



Gezondheidsmonitor stad Antwerpen 2017

Hoofdstuk 7 Gezondheidszorg

Opdrachtgever

Stad Antwerpen / Samen Leven

Uitvoerder

Stad Antwerpen / Studiedienst / Jerry Ruys

Verantwoordelijke uitgever

Stad Antwerpen / Studiedienst

Datum

28/09/2017



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
7 Gezondheidszorg	4
7.1 Gebruik van gezondheidszorg	5
7.1.1 Informele versus professionele zorg	6
7.1.1.1 Potentiële informele hulp en ondersteuning	6
7.1.1.2 Nood en beschikbaarheid informele en professionele hulp.....	9
7.1.2 Eerstelijnsgezondheidszorg	15
7.1.2.1 Gebruiksfrequentie huisarts	15
7.1.2.2 Gebruiksfrequentie tandarts	17
7.1.2.3 Gebruiksfrequentie huisartsenwachtpost	24
7.1.2.4 Gebruiksfrequentie thuishulp	25
7.1.3 Ziekenhuizen	26
7.1.3.1 Hospitalisaties per opnametype.....	26
7.1.3.2 Gebruiksfrequentie spoedgevallendienst	29
7.1.3.3 Oneigenlijk gebruik spoedgevallendienst	29
7.1.3.4 Redenen van gebruik spoedgevallendienst	31
7.1.3.5 Omwille van welke klachten gebruik spoedgevallendienst	33
7.1.4 Gespecialiseerde gezondheidszorg	35
7.1.4.1 Gebruiksfrequentie specialist	35
7.1.4.2 Gebruiksfrequentie mentale gezondheidszorg.....	36
7.1.4.3 Hospitalisaties per type psychiatrische voorziening	38
7.1.5 Preventieve zorg	39
7.1.5.1 Vaccinaties	39
7.1.5.2 Kankerscreenings	46
7.2 Kennis van gezondheidszorg	56
7.2.1 Begrippen gezondheidszorg	56
7.2.2 Gebruik van derdebetalerssysteem	58
7.2.3 Kennis seksuele gezondheidszorgaanbod	60
7.3 Toegankelijkheid van gezondheidszorg	62
7.3.1 Aanbod en spreiding	62
7.3.1.1 Eerstelijnsgezondheidszorg	62
7.3.1.2 Hospitalen / ziekenhuizen	69
7.3.1.3 Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg	71



7.3.1.4	Ouderenzorg.....	75
7.3.2	Vaste huisarts, tandarts en gynaecoloog	78
7.3.2.1	Vaste huisarts.....	78
7.3.2.2	Vaste tandarts	82
7.3.2.3	Vaste gynaecoloog	86
7.3.3	Globaal Medisch Dossier	88
7.3.3.1	Globaal Medisch Dossier en achtergrondkenmerken	90
7.3.3.2	Globaal Medisch Dossier volgens leeftijd en geslacht	91
7.3.3.3	Globaal Medisch Dossier en woonplaats.....	93
7.3.4	Verhoogde Tegemoetkoming.....	95
7.3.4.1	Verhoogde tegemoetkoming volgens leeftijd en geslacht	95
7.3.4.2	Verhoogde tegemoetkoming volgens woonplaats.....	97
7.3.5	Uitstel medische zorgen	99
7.3.5.1	Uitstel per zorgvorm.....	99
7.3.5.2	Redenen van uitstel medische zorgen	103
7.3.5.3	Uitstel medische zorgen om financiële redenen.....	107
	Lijst van tabellen	115
	Lijst van figuren.....	115
	Lijst van grafieken	116



7 Gezondheidszorg

In dit laatste hoofdstuk schetsen we een beeld van het bestaande aanbod in de gezondheidszorg in Antwerpen alsook van het gebruik, de kennis en de toegankelijkheid ervan. We doen dit aan de hand van een aantal administratieve gegevensbronnen (o.a. vaccinatierapporten van Kind & Gezin en IMA-Atlas) maar daarnaast bijna uitsluitend op basis van de resultaten van de Antwerpse gezondheidsenquête.

We besteden het meeste aandacht aan het gebruik en het aanbod van de eerstelijnsgezondheidszorg. Onder de eerstelijnsgezondheidszorg rekenen we de rechtstreeks toegankelijke hulp en zorg. Daaronder vallen onder andere de huisartsen, thuisverpleegkundigen, ergo- en kinesitherapeuten, gynaecologen, eerstelijnspsychologen en psychotherapeuten, apothekers en tandartsen. De tweede lijn wordt gevormd door zorg- en hulpverleners die na verwijzing kunnen worden geconsulteerd (bijvoorbeeld een psycholoog, psychotherapeut of psychiater van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG)). Ook de algemene ziekenhuizen horen tot de tweede lijn. De derdelijnsgezondheidszorg omvat de gespecialiseerde en intramurale zorg zoals de psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen. Ook voorzieningen voor residentiële ouderenzorg kunnen we hieronder rekenen. De eerste-, tweede- en derdelijnsgezondheidszorg kan zowel curatieve als palliatieve zorg betreffen. Naast de professionele gezondheidszorg hebben we ook aandacht voor informele zorg (mantelzorgers, mensen die op niet-professionele basis de zorg voor een ander opnemen, maar ook zelfhulpgroepen en vrijwilligers worden tot de zgn. 'nulte lijn' gerekend).

Vaccinatierapporten van Kind en Gezin en de databank van het Centrum voor Kankeropsporing (CVKO) bieden ons nuttige cijfergegevens inzake vaccinaties bij jonge kinderen en kankerscreenings bij specifieke leeftijdsgebonden doelgroepen. Deze cijfergegevens geven we weer in de paragraaf over preventieve zorg.

Na een kort deel over enkele kennisaspecten van de gezondheidszorg staan we uitgebreid stil bij de toegankelijkheid. We kijken hierbij eerst naar het aanbod en de spreiding van de eerstelijnsgezondheidszorg, ziekenhuizen en voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg (waaronder psychiatrische voorzieningen) en residentiële ouderenzorg. Dan gaan we na hoeveel respondenten een vaste huisarts (en een globaal medisch dossier), vaste tandarts en vaste gynaecoloog hebben en hoeveel Antwerpenaren recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering. Tot slot staan we uitgebreid stil bij zorgbehoeften waarvoor geen beroep op de gezondheidszorg wordt gedaan.

We kunnen de resultaten van de nationale gezondheidsenquête inzake medische consumptie niet vergelijken met de resultaten van de Antwerpse survey wat betreft consultaties gezondheidszorg (huisarts, specialist, spoedgevallendienst), omdat de frequentiecategorieën bij de antwoordmogelijkheden niet geheel overeenstemmen. Wel kunnen we het aantal mensen tussen beide enquêtes vergelijken - vergezeld van de nodige kanttekeningen - inzake zorguitstel om financiële redenen. Cijfergegevens van het Intermutualistisch Agentschap maken een vergelijking mogelijk inzake aandeel inwoners met een globaal medisch dossier en met recht op een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering.



7.1 Gebruik van gezondheidszorg

Hoewel het gebruik van de gezondheidszorg mede kan beïnvloed worden door de kennis van deze zorg en de toegankelijkheid en het aanbod ervan, starten we dit hoofdstuk toch met het gebruik. Eerst bekijken we in hoever mensen een beroep (kunnen) doen op informele en professionele hulp. Daarna bekijken we het gebruik van de professionele zorg meer in detail. De resultaten inzake raadpleegfrequentie van huisartsen en tandartsen uit de Antwerpse gezondheidsenquête kunnen we nu aanvullen met cijfergegevens hieromtrent die het Intermutualistisch Agentschap ontsluit.

We besteden ook bijzondere aandacht aan het gebruik van de spoedgevallendienst van ziekenhuizen. Dit doen we in eerste instantie aan de hand van de resultaten van de gezondheidsenquête maar we geven ook een beeld van het aantal hospitalisaties in Antwerpse ziekenhuizen, waarbij aandacht uitgaat naar spoedopnames.

We analyseren het gebruik van mentale gezondheidszorg en een specialist onder een apart hoofdstuk, naast de analyse van de eerstelijnsgezondheidszorg, omdat mentale gezondheidszorg zowel om eerste- als om tweede- of derdelijnsgezondheidszorg kan gaan. Hoewel een specialist vaak ook rechtstreeks toegankelijk is, blijft in principe een specialist slechts consulteerbaar na doorverwijzing vanuit de eerste lijn. Daarom hebben we beide zorgvormen in een apart deel over 'gespecialiseerde gezondheidszorg' opgenomen. We beperken ons hier niet alleen tot de resultaten van de Antwerpse gezondheidsenquête, maar maken ook gebruik van gegevens van FOD Volksgezondheid om het gebruik van de psychiatrische voorzieningen in Antwerpen in beeld te brengen.

De vraag naar de gebruiksfrequentie van thuishulp in de Antwerpse gezondheidsenquête is ruim te interpreteren. Ook huishoudelijke hulp, boodschappendienst, maaltijden en persoonsverzorging zijn in de vraagstelling inbegrepen. Hoewel de analyse met betrekking tot het gebruik van thuishulp is ingedeeld bij het hoofdstuk over de eerstelijnsgezondheidszorg, moeten de resultaten echter vanuit deze ruimere context geïnterpreteerd worden.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met cijfergegevens inzake preventieve zorg (vaccinaties en kankerscreenings).



7.1.1 Informele versus professionele zorg

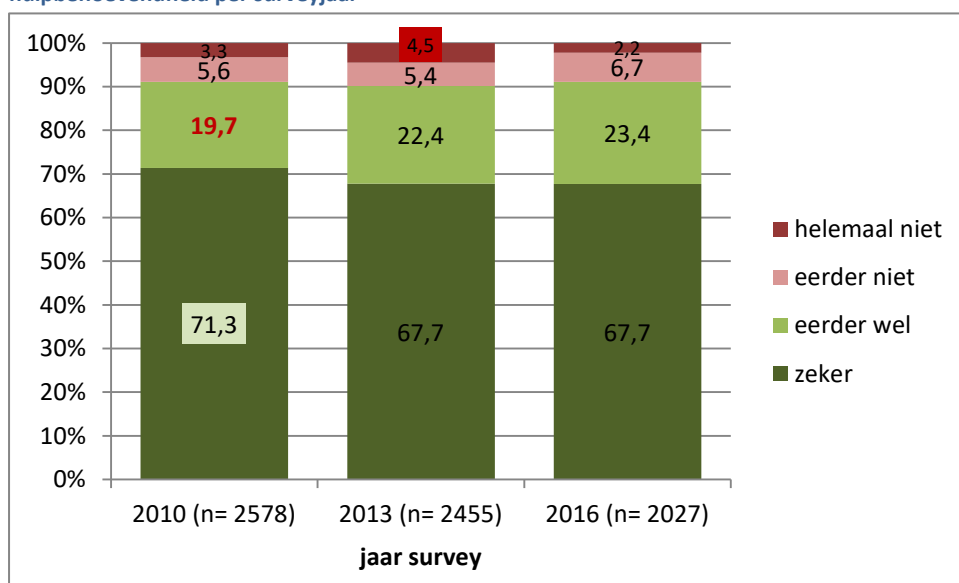
7.1.1.1 Potentiële informele hulp en ondersteuning

Informele zorg betekent zorg die gedragen wordt door mensen die niet professioneel met gezondheid of zorg bezig zijn. Het gaat dus om **zorg die door familie of kennissen kan uitgevoerd worden**. In de gezondheidsenquête werd er gepeild naar de ondersteuning bij ziekte ('Kan je rekenen op hulp en ondersteuning van familie, vrienden of kennissen wanneer u ziek of hulpbehoevend bent?'), maar niet naar de ondersteuning bij de zorg voor hulpbehoevende ouders.

Meer dan 67% van de respondenten kan zeker rekenen op informele hulp en ondersteuning wanneer men ziek of hulpbehoevend is. Nog eens 23% zegt dat ze in zulk een geval eerder wel dan niet hulp en ondersteuning kan verwachten. Dat betekent dat slechts **10% van de respondenten eerder geen of zeker geen informele hulp en ondersteuning moet verwachten wanneer men ziek of hulpbehoevend wordt**. 2% van de respondenten is er zeker van dat ze geen hulp en ondersteuning van familie, vrienden of kennissen zal krijgen.

In onderstaande grafiek worden de resultaten van de gezondheidsenquête vergeleken met de resultaten uit de edities van 2010 en 2013. We merken een licht gunstige evolutie ten opzichte van 2013.

Grafiek 1 Aandeel respondenten dat kan rekenen op ondersteuning van familie, vrienden of kennissen bij ziekte of hulpbehoevendheid per surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2010, 2013 & 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



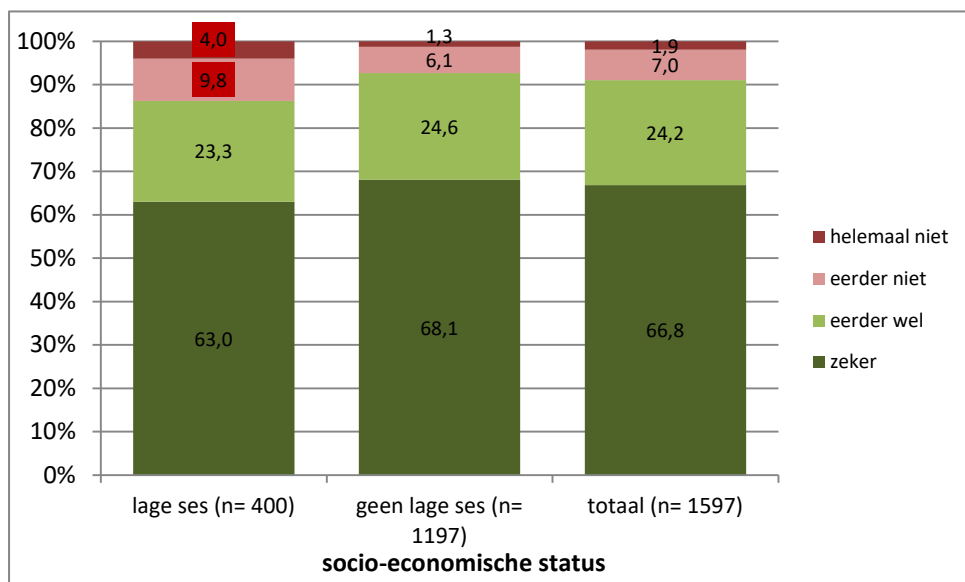
We stellen een ongelijkheid vast tussen mensen met een lage en mensen zonder lage socio-economische status. **Respondenten met een lage socio-economische status vermelden significant vaker dat ze eerder of helemaal niet kunnen rekenen op dergelijke steun (14% t.o.v. 7,4% bij de overige respondenten).**

Alleenstaanden geven ook significant vaker aan dat ze eerder of helemaal niet kunnen rekenen op dergelijke ondersteuning (13%), hoewel dit verschil niet significant blijkt. Inwonende kinderen kunnen veel vaker dan gemiddeld met zekerheid op steun rekenen (84% t.o.v. 68% gemiddeld). Ook tussen de leeftijdsgroepen merken we grote verschillen op. In de jongste leeftijdsgroep, waarvan 4 op 5 van de respondenten nog inwonend bij de ouders is, kan 85% van de respondenten met zekerheid rekenen op ondersteuning bij ziekte of hulpbehoevendheid. Ook 75-plussers kunnen significant vaker dan gemiddeld rekenen op dergelijke ondersteuning (74%). Het zijn de respondenten uit de drie middelste leeftijdsgroepen (van 35 tot en met 64 jaar) die significant vaker aangeven dat ze eerder niet op dergelijke steun kunnen rekenen.

Allochtonen geven duidelijk vaker aan dat ze in een dergelijk geval niet kunnen rekenen op ondersteuning (ruim 14% kunnen eerder of helemaal niet rekenen op dergelijke steun). Maar vooral het significant groter aandeel respondenten dat met zekerheid niet op steun kan rekenen bij de Noord-Afrikaanse en west-Aziatische respondenten (5,3%) springt in het oog.

Het aandeel personen dat zegt zeker te kunnen rekenen op ondersteuning van familie, vrienden of kennissen is significant groter bij respondenten van het district Ekeren (78% t.o.v. 68% gemiddeld).

Grafiek 2 Aandeel respondenten dat kan rekenen op ondersteuning van familie, vrienden of kennissen bij ziekte of hulpbehoevendheid volgens socio-economische status

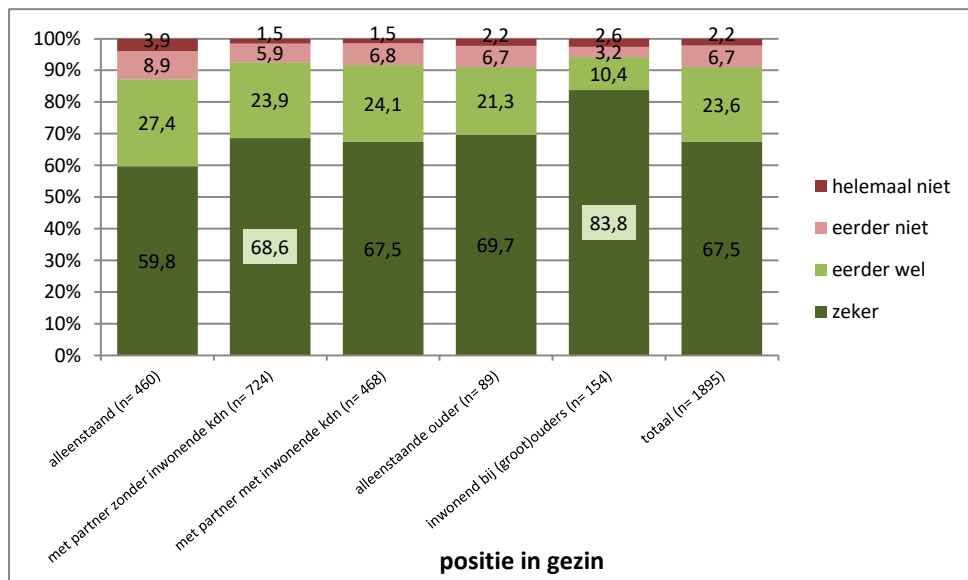


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



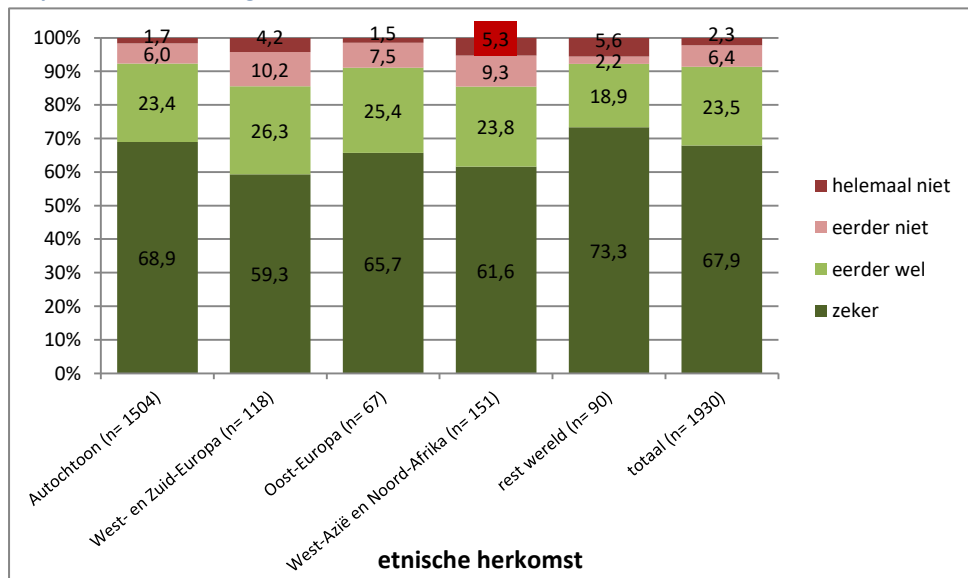
Grafiek 3 Aandeel respondenten dat kan rekenen op ondersteuning van familie, vrienden of kennissen bij ziekte of hulpbehoevendheid volgens positie in gezin



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 4 Aandeel respondenten dat kan rekenen op ondersteuning van familie, vrienden of kennissen bij ziekte of hulpbehoevendheid volgens etnische herkomst



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

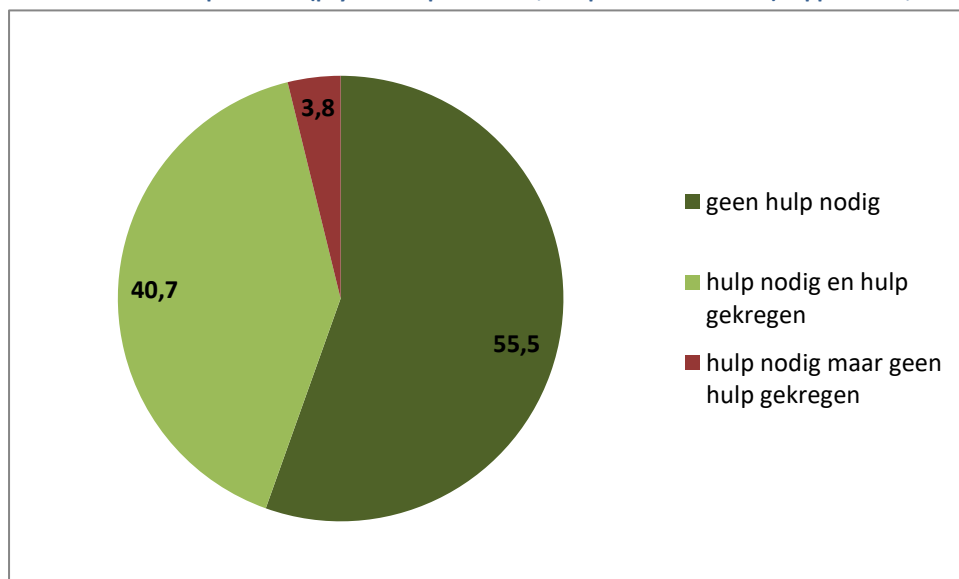


7.1.1.2 Nood en beschikbaarheid informele en professionele hulp

Onderstaande grafieken tonen ons de **werkelijke nood en beschikbaarheid van informele en professionele hulp**. Alleen aan de respondenten die op één van de voorgaande vragen naar het voorkomen (tijdens het afgelopen jaar) van een ziekte of aandoening, psychisch probleem, stress en slaapstoornissen bevestigend geantwoord hebben, werd de bijkomende vraag gesteld of zij hierdoor nood hebben gehad aan informele en/of professionele hulp. Indien zij die nood hebben gehad werd er bovendien gevraagd of zij die hulp dan ook effectief hebben bekomen. We zien geen noemenswaardige verschillen met de resultaten van voorgaande edities en geven bijgevolg in de onderstaande grafieken alleen de percentages voor de resultaten van 2016 weer.

Ruim meer dan de helft van deze groep respondenten heeft geen behoefte gehad aan hulp van familie, vrienden of kennissen en een nog iets groter aandeel van deze respondenten had geen professionele hulp nodig. Ongeveer 4% van de respondenten die gezondheidsproblemen tijdens het afgelopen jaar rapporteerde had hiervoor informele hulp nodig maar heeft die niet gekregen. Anders bekeken: **ongeveer 8,5% van de respondenten die gezondheidsproblemen rapporteerde en hiervoor informele hulp nodig hadden, hebben die hulp niet gekregen.** Ook ruim 4% van deze respondenten had hiervoor professionele hulp nodig maar heeft die niet gekregen. Anders bekeken: **10% van respondenten die gezondheidsproblemen rapporteerde en hiervoor professionele hulp nodig hadden, hebben die hulp niet gekregen.**

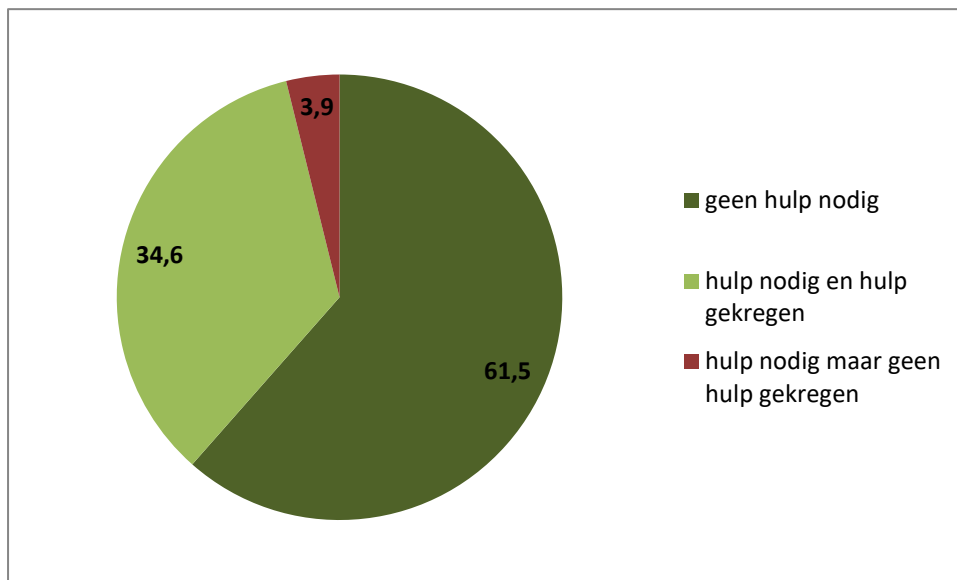
Grafiek 5 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van **informele hulp** (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren, n= 1228)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 6 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van professionele hulp (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren, n= 1244)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Voor 1,6% van de respondenten die een ziekte of ander probleem rapporteerden geldt dat zij hiervoor zowel informele als professionele hulp nodig hadden maar geen van beide hulpvormen hebben gekregen.

Tabel 1 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van hulp (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren)

welke hulp nodig gehad en welke hulp beschikbaar	percentage
geen hulp nodig gehad	52,0
alleen informele hulp nodig gehad en gekregen	11,7
alleen informele hulp nodig gehad, maar niet gekregen	0,8
alleen professionele hulp nodig gehad en gekregen	6,5
beide hulpvormen nodig gehad en beide gekregen	23,8
beide hulpvormen nodig gehad, maar alleen professionele hulp gekregen	1,6
alleen professionele hulp nodig gehad, maar niet gekregen	0,3
beide hulpvormen nodig gehad, maar alleen informele hulp gekregen	1,8
beide hulpvormen nodig gehad, maar geen van beide gekregen	1,6
n=	1.142

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



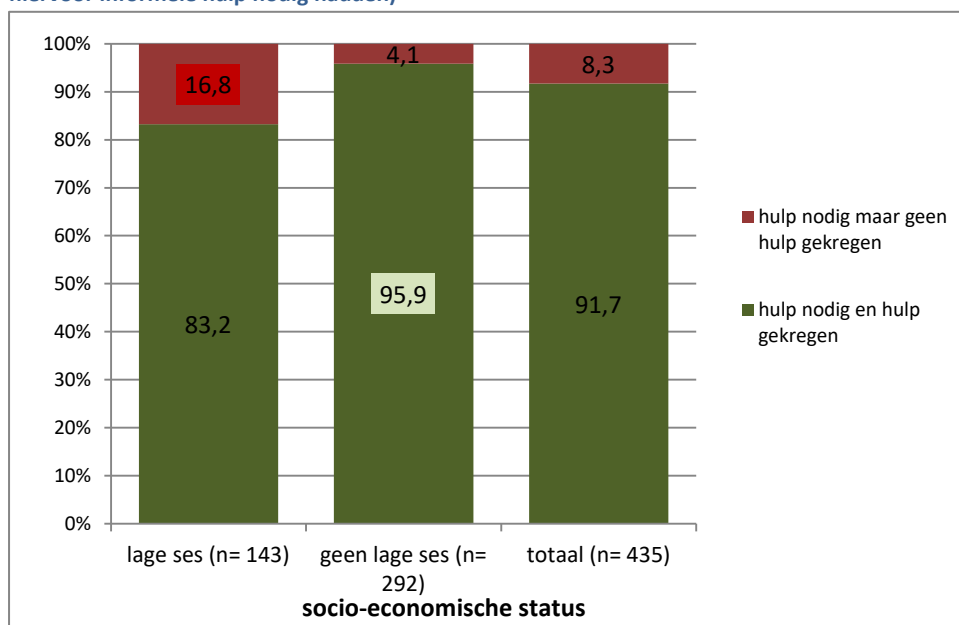
Bij de inschatting van de potentiële beschikbaarheid van informele hulp en ondersteuning bij ziekte of hulpbehoevendheid vonden we significante verschillen tussen de respondenten volgens socio-economische status, leeftijd, etnische herkomst en de gezinspositie van de respondent. Wanneer we de resultaten bekijken van de vragen die peilen naar de werkelijk gekregen informele hulp, dan vinden we opnieuw significante verschillen volgens dezelfde achtergrondkenmerken van de respondenten. In onderstaande grafieken werden de percentages berekend op de groep van respondenten die effectief informele hulp nodig hebben gehad.

Maar liefst 17% van de respondenten met een lage socio-economische status die informele hulp nodig hebben gehad, heeft dergelijke hulp ook effectief gekregen (t.o.v. 4% bij de overige respondenten). Omdat het aantal respondenten dat informele hulp nodig heeft gehad verdeeld over de verschillende opleidingsniveaus tamelijk klein is, blijkt een significantietoest onbetrouwbaar. Toch geven we nog mee dat bijna 1 op 5 van de respondenten zonder diploma die informele hulp nodig hebben gehad dergelijke hulp niet heeft kunnen krijgen.

Hoewel het aandeel respondenten dat effectief informele hulp heeft gekregen bij alle andere samengestelde herkomstgroepen veel groter is dan bij de groep respondenten van Noord-Afrikaanse en West-Aziatische herkomst, blijkt alleen het aandeel bij de autochtonen (94%) significant af te wijken van het aandeel bij de Noord-Afrikanen en West-Aziaten (77%). Dit is het gevolg van de kleine aantallen in de afzonderlijke herkomstgroepen waarop de percentages werden berekend. Maar we onthouden zeker dat **bijna 1 op 4 van de Noord-Afrikaanse en West-Aziatische respondenten geen beroep konden doen op informele hulp terwijl ze daaraan nood hadden.**

Ook alleenstaanden die informele hulp nodig hebben gehad, geven vaker aan dat ze die hulp niet konden krijgen (13%).

Grafiek 7 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van informele hulp volgens socio-economische status (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren én hiervoor informele hulp nodig hadden)

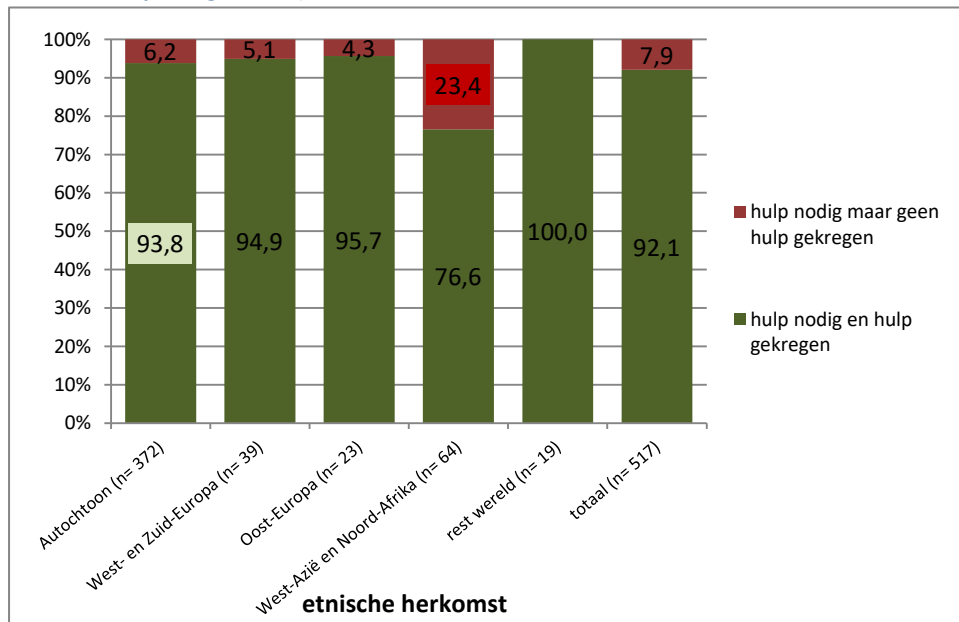


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

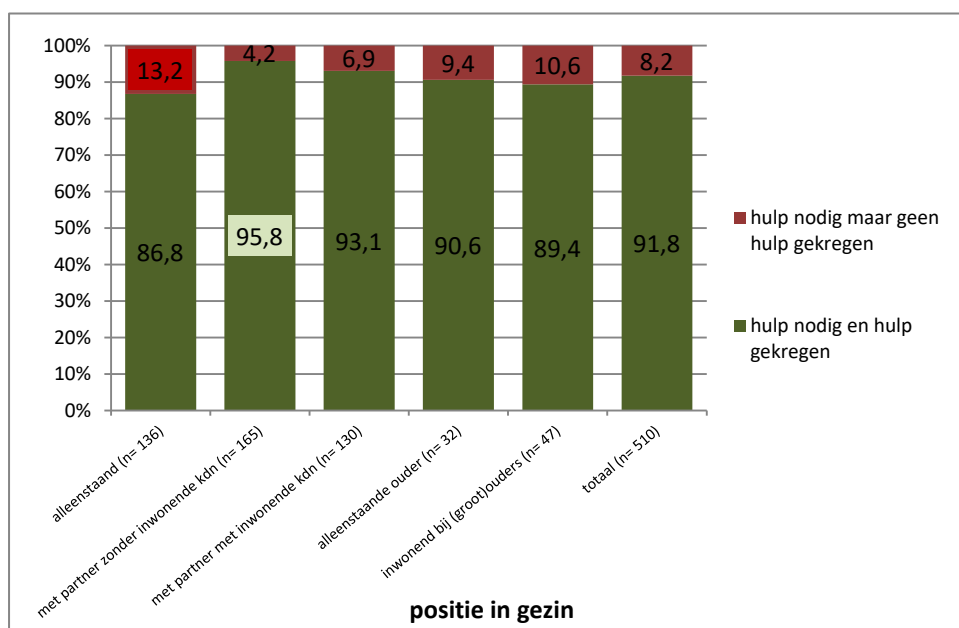


Grafiek 8 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van informele hulp volgens etnische herkomst (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren én hiervoor informele hulp nodig hadden)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 9 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van informele hulp volgens positie in gezin (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren én hiervoor informele hulp nodig hadden)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



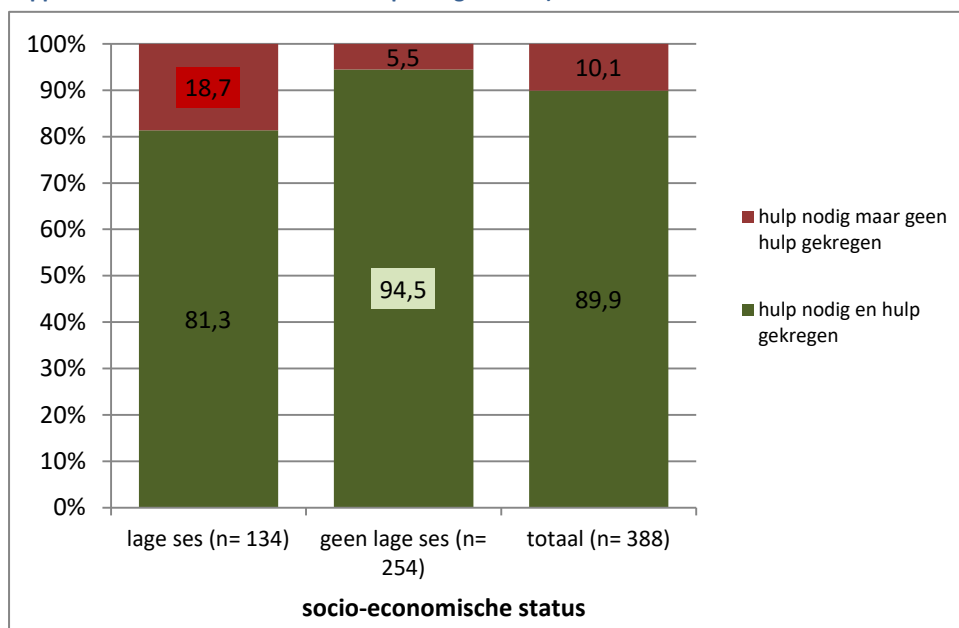
Bij de inschatting van de potentiële beschikbaarheid van informele hulp en ondersteuning bij ziekte of hulpbehoevendheid vonden we significante verschillen tussen de respondenten volgens socio-economische status, leeftijd, etnische herkomst en de gezinspositie van de respondent. Wanneer we de resultaten bekijken van de vragen die peilen naar de werkelijk gekregen professionele hulp, dan vinden we opnieuw een aantal significante verschillen volgens achtergrondkenmerken van de respondenten. In onderstaande grafieken werden de percentages berekend op de groep van respondenten die effectief professionele hulp nodig hebben gehad.

Bijna 19% van de respondenten met een lage socio-economische status die professionele hulp nodig hebben gehad, heeft dergelijke hulp ook effectief gekregen (t.o.v. 5,5% bij de overige respondenten). Omdat het aantal respondenten dat professionele hulp nodig heeft gehad verdeeld over de verschillende opleidingsniveaus tamelijk klein is, blijkt een significantietoest onbetrouwbaar. Toch geven we nog mee dat bijna 25% van de respondenten zonder diploma die professionele hulp nodig hebben gehad dergelijke hulp niet heeft kunnen krijgen.

Omdat het aantal respondenten dat effectief professionele hulp heeft gekregen bij alle leeftijdsgroepen relatief klein is, moeten we de resultaten van een significantietoest met voorzichtigheid benaderen. De resultaten wijzen er wel op dat het aandeel respondenten dat geen professionele hulp heeft gehad groter is bij de middelste leeftijdsgroepen.

Hoewel het aandeel respondenten dat effectief professionele hulp heeft gekregen bij alle andere samengestelde herkomstgroepen veel groter is dan bij de groep respondenten van Noord-Afrikaanse en West-Aziatische herkomst, blijkt alleen het aandeel bij de autochtonen (93%) en west- en Zuid-Europeanen (95%) significant af te wijken van het aandeel bij de Noord-Afrikanen en West-Aziaten (69%). Dit is het gevolg van de kleine aantallen in de afzonderlijke herkomstgroepen waarop de percentages werden berekend. Maar we onthouden zeker dat **bijna 31% van de Noord-Afrikaanse en West-Aziatische respondenten geen beroep konden doen op professionele hulp terwijl ze daaraan nood hadden.**

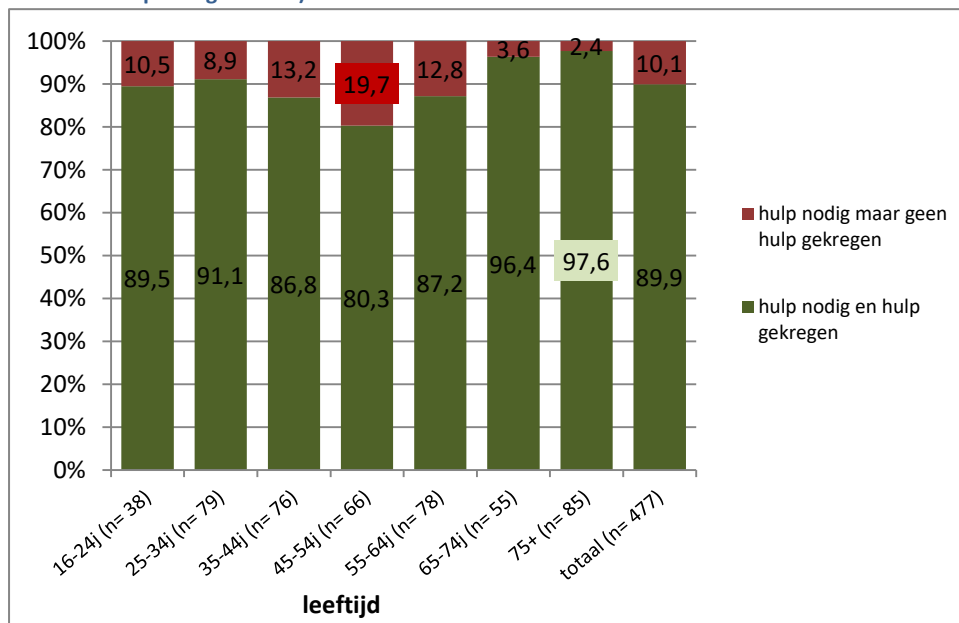
Grafiek 10 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van professionele hulp volgens socio-economische status (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren én hiervoor informele hulp nodig hadden)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



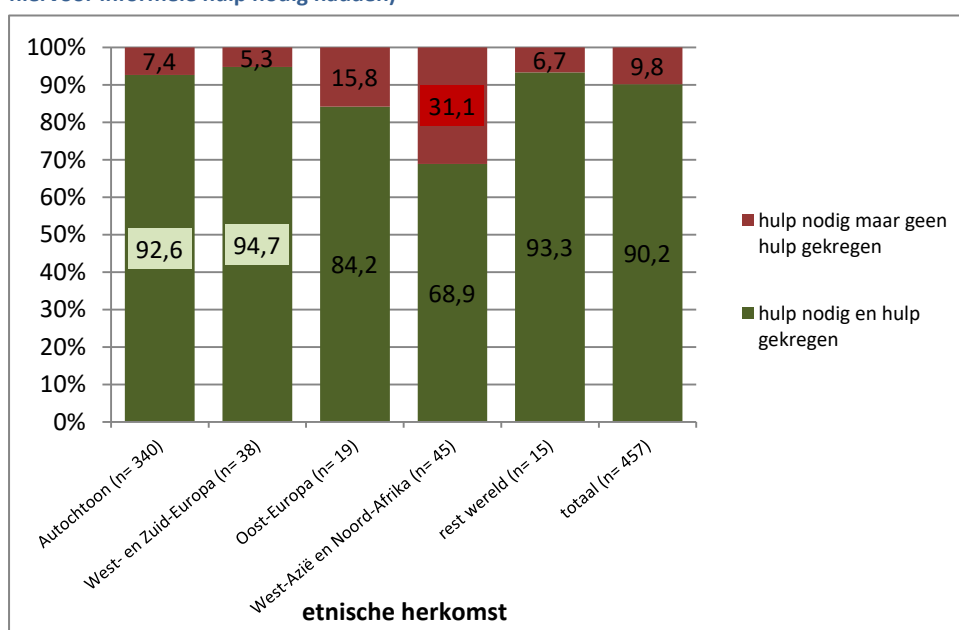
Grafiek 11 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van professionele hulp volgens leeftijd (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren én hiervoor informele hulp nodig hadden)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 12 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van professionele hulp volgens etnische herkomst (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren én hiervoor informele hulp nodig hadden)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.1.2 Eerstelijnsgezondheidszorg

7.1.2.1 Gebruiksfrequentie huisarts

7.1.2.1.1 Zelfgerapporteerd gebruik huisarts

Hoewel de frequentie van een raadpleging bij een huisarts ons rechtstreeks niets vertelt over de toegankelijkheid, is het toch nuttig de gebruiksfrequentie te schetsen. Er bestaat geen opgelegde norm inzake een minimum aantal consults op jaarbasis. Bovendien verschilt dit van persoon tot persoon, want personen van een zekere leeftijd of personen met een verhoogd gezondheidsrisico zouden idealiter vaker een huisarts moeten bezoeken. Het te verkiezen aantal raadplegingen is m.a.w. variabel naargelang de patiënt.

Van alle respondenten van de Antwerpse gezondheidsenquête geeft **ruim 9%** aan dat ze het **voorbijge jaar geen enkele keer een huisarts hebben geraadpleegd**. Ruim 2% van de respondenten zegt nooit een huisarts te raadplegen. De meerderheid van de respondenten bezoekt 1 tot 4 keer per jaar een huisarts. Voor een minderheid van 17% is een bezoek aan een huisarts een maandelijkse tot wekelijkse gewoonte of noodzaak.

Tabel 2 Aandeel respondenten volgens frequentie van bezoek aan huisarts

frequentie bezoek huisarts	percentage
nooit	2,2
niet afgelopen jaar	7,2
1 tot 2 keer per jaar	34,0
3 tot 4 keer per jaar	39,7
1 keer per maand	13,8
meerdere keren per maand	3,1
<i>n=</i>	<i>2.071</i>

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

We stellen vast dat een aantal categorieën van respondenten significant vaker dan het gemiddelde (2,2%) nooit een huisarts raadplegen:

- mannen (3,2%);
- 16- tot 34-jarigen (4,8%);
- 25- tot 34-jarige mannen (7,8%);
- 45- tot 54-jarige mannen (4,3%);
- zelfstandigen (6%);
- niet-Europese allochtonen (uitgez. Noord-Afrikanen en West-Aziaten) (5,3%);
- alleenstaanden (3,6%);
- alleenstaande ouders (3,2%).



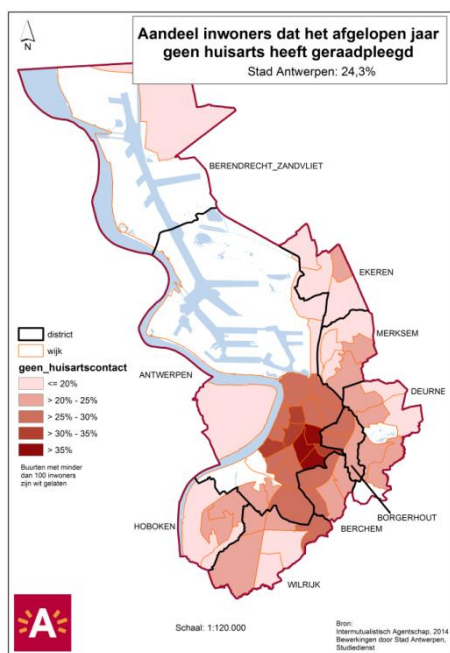
7.1.2.1.2 *Geen consultaties huisarts o.b.v. prestaties in ziekteverzekering*

Via cijfergegevens van het Inter mutualistisch Agentschap kunnen we ook accuraat in beeld brengen hoeveel Antwerpenaren werkelijk geen beroep hebben gedaan op een huisarts. 'Accuraat' betekent hier dat de cijfergegevens op de IMA-Atlas¹ verwijzen naar alle rechthoudenden in de ziekteverzekering (ca. 99% van de Antwerpse bevolking).

9,4% van de respondenten van de Antwerpse gezondheidsenquête heeft aangegeven dat ze het afgelopen jaar geen huisarts hebben geraadpleegd. Het blijkt dat in werkelijkheid dit aandeel substantieel groter is. Maar liefst **24% van de Antwerpenaren raadpleegde in 2014** (meest recent beschikbare gegevens) **geen enkele keer een huisarts**. Tussen 2005 en 2014 schommelde dit aandeel telkens tussen 24% en 26%. Uiteraard is de frequentie van raadpleging van een huisarts ook afhankelijk van kenmerken van de bevolking die een invloed hebben op de consultatiefrequentie. Zo zullen jongere mensen gemiddeld genomen minder behoefte hebben aan een consultatie wegens een groter aandeel van hen dat nog in voortreffelijke gezondheid verkeert. Niettemin valt het verschil met de inwoners van het **Vlaams Gewest** op. Bij hen **contacteerde** in 2014 slechts **18% geen enkele keer een huisarts**.

We merken ook opmerkelijke verschillen volgens de wijk waarin men woont. **Meer dan 35% van de inwoners van de wijken Centraal Station, Stadspark en Haringrode consulteerde in 2014 geen enkele keer een huisarts**. Dit aandeel is in de randdistricten veelal kleiner dan in de meeste wijken in het district Antwerpen. Dit zijn mogelijk niet toevallig wijken met een tekort aan huisartspraktijken (volgens de vooropgestelde Impulso-I norm, waaraan we in 7.3.1.1 meer aandacht besteden), althans voor de twee eerst genoemde wijken. Maar opnieuw moeten we hierbij opnieuw een kanttekening maken. De genoemde wijken hebben een gemiddeld genomen relatief jong bevolkingsprofiel. Bovendien wonen er veel mensen van de Joodse geloofsgemeenschap, die vaak hun medische zorgen halen via alternatieve circuits (buiten de via de verplichte ziekteverzekering georganiseerde gezondheidszorg om) of hun zorgvragen buiten de gemeente stellen.

Figuur 1 Aandeel inwoners dat het afgelopen jaar geen huisarts heeft geraadpleegd per wijk, 2014





7.1.2.2 Gebruiksfrequentie tandarts

7.1.2.2.1 Zelfgerapporteerd gebruik tandarts

Afhankelijk van de leeftijd en het advies van de tandarts is het aanbevelenswaard minstens jaarlijks of tweemaal jaarlijks een tandarts te raadplegen. Ongeveer **25% van de respondenten heeft het afgelopen jaar geen tandarts geraadpleegd. Dit is een ongunstige evolutie ten opzichte van de resultaten van 2010 (21%) en 2013 (21,5%).** De meeste respondenten zaten een- of tweemaal in de wachtkamer van de tandarts.

Tabel 3 Aandeel respondenten volgens frequentie van bezoek aan tandarts

frequentie bezoek tandarts	percentage
nooit	9,6
niet afgelopen jaar	15,9
1 tot 2 keer per jaar	69,0
3 tot 4 keer per jaar	4,3
1 keer per maand	0,9
meerdere keren per maand	0,2
n=	2.023

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

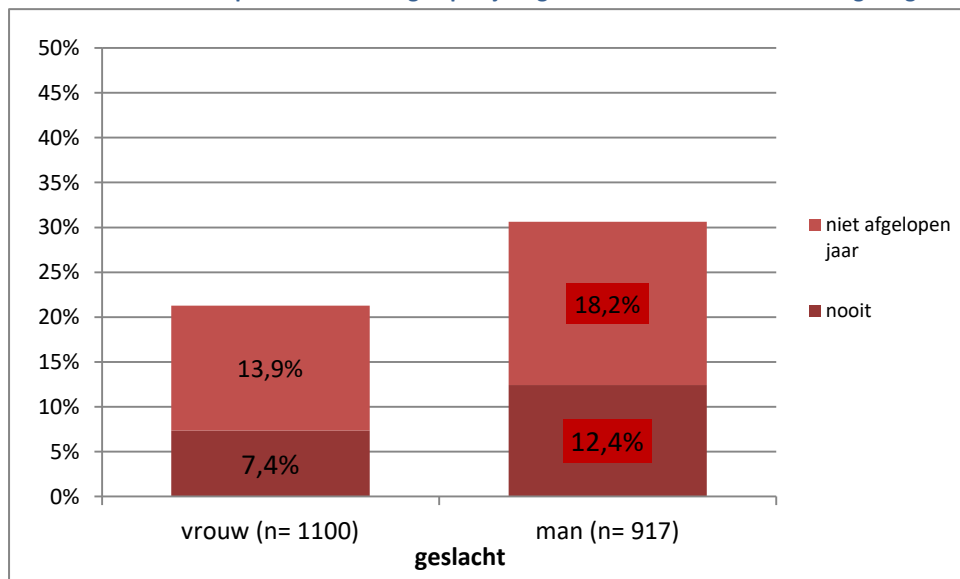
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

We stellen vast dat een aantal categorieën van respondenten significant vaker dan het gemiddelde nooit of niet het afgelopen jaar (25,5%) een tandarts hebben geraadpleegd:

- mannen (30,5%);
- 75-plussers (48%);
- 35- tot 44-jarige mannen (30%);
- 45- tot 54-jarige mannen (31%);
- 45- tot 54-jarige mannen (31%);
- lage socio-economische status (36%);
- hoogstens diploma lager onderwijs (46%);
- diploma lager secundair onderwijs (35%);
- niet-Europese allochtonen (uitgez. Noord-Afrikanen en West-Aziaten) (35%);
- alleenstaanden (35%);
- alleenstaande ouders (30,5%).



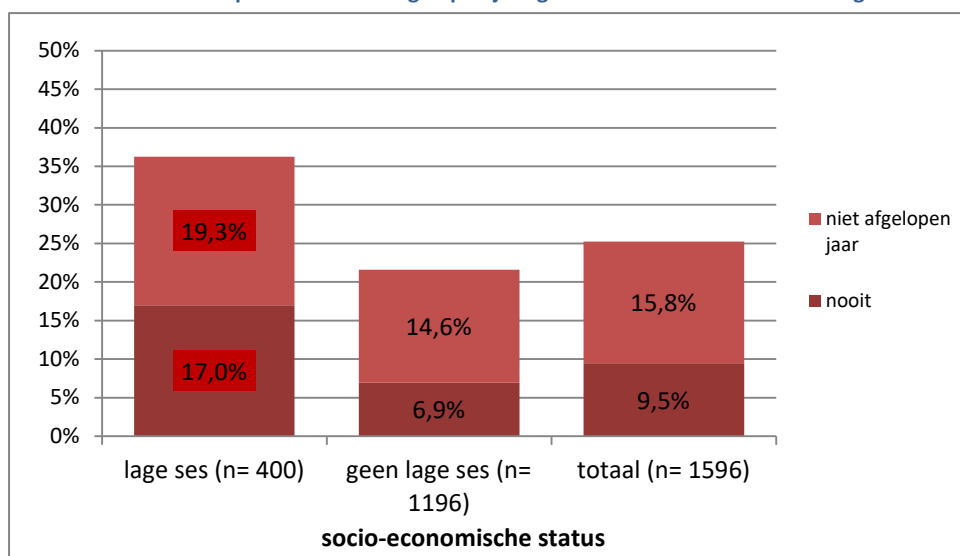
Grafiek 13 Aandeel respondenten dat afgelopen jaar geen tandarts heeft bezocht volgens geslacht



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 14 Aandeel respondenten dat afgelopen jaar geen tandarts heeft bezocht volgens socio-economische status

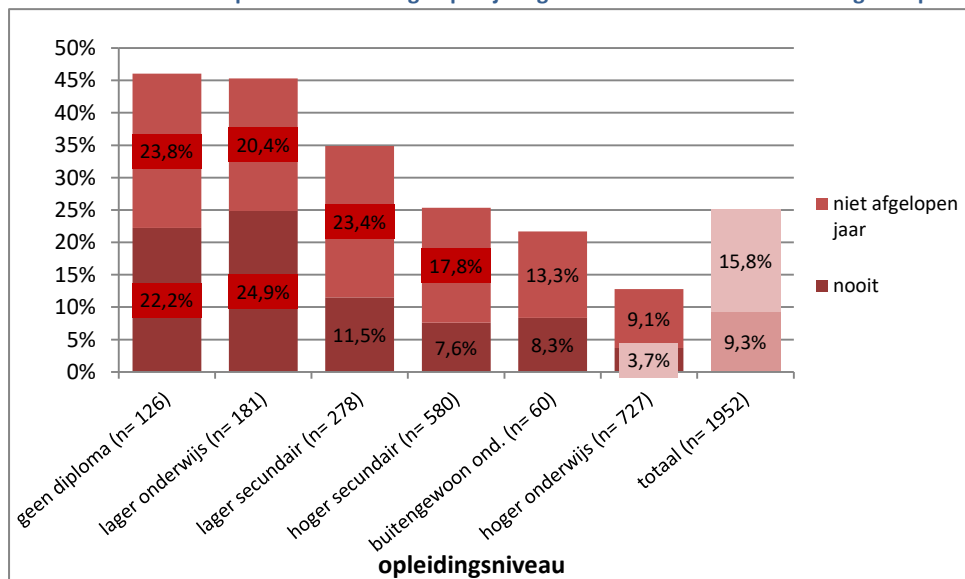


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



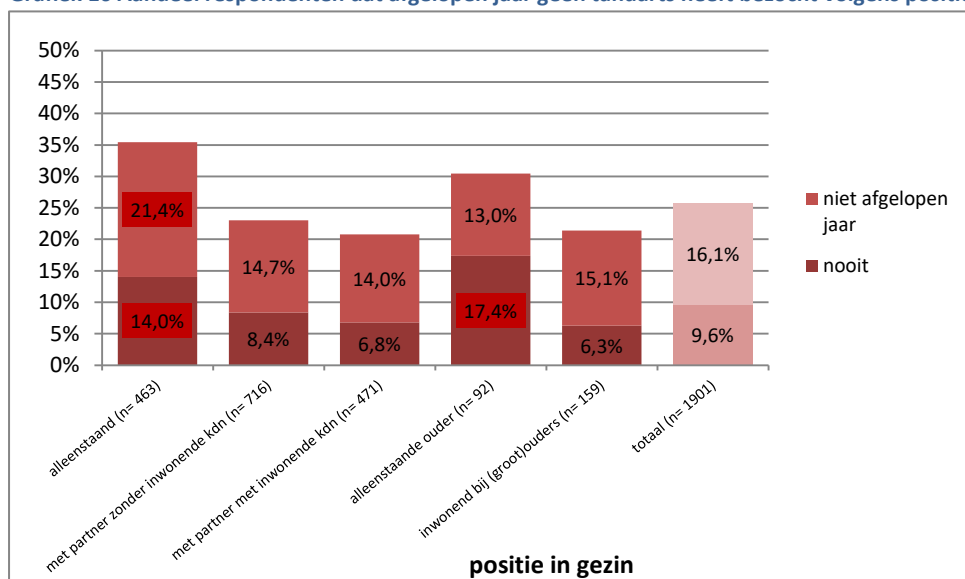
Grafiek 15 Aandeel respondenten dat afgelopen jaar geen tandarts heeft bezocht volgens opleidingsniveau



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 16 Aandeel respondenten dat afgelopen jaar geen tandarts heeft bezocht volgens positie in gezin



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.1.2.2.2 *Geen consultaties tandarts o.b.v. prestaties ziekteverzekering*

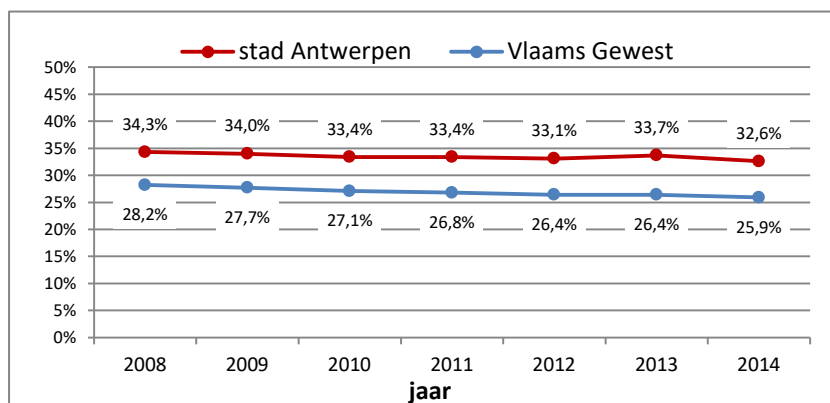
Via cijfergegevens van het Intermutualistisch Agentschap kunnen we accuraat in beeld brengen hoeveel inwoners werkelijk geen beroep hebben gedaan op een tandarts. 'Accuraat' betekent hier dat de cijfergegevens van IMA verwijzen naar alle rechthabbers in de ziekteverzekering (ca. 99% van de Antwerpse bevolking).

25,5% van de respondenten van de Antwerpse gezondheidsenquête heeft aangegeven dat ze het afgelopen jaar geen tandarts hebben geraadpleegd. Het werkelijke aandeel van de Antwerpenaren dat geen enkel tandartsbezoek heeft afgelegd tijdens de afgelopen drie kalenderjaren vinden we terug op de IMA-Atlas². Maar liefst **32% van de Antwerpenaren raadpleegde in 2014, 2013 en 2012** (meest recent beschikbare gegevens) **geen enkele keer een tandarts**. Tussen 2008 en 2014 is er wel jaarlijks een licht gunstige evolutie merkbaar. In 2008 bedroeg dit aandeel nog 34,3% (voor de jaren 2008, 2007 en 2006) en nam sindsdien geleidelijk af tot 32,6% in 2014. Het aandeel dat tijdens de periode van drie opeenvolgende kalenderjaren nooit een tandarts heeft bezocht is bij Antwerpenaren opmerkelijk groter dan bij de inwoners van het **Vlaams Gewest (26%)**.

We merken ook opmerkelijke verschillen volgens de wijk waarin men woont. **Meer dan 35% van de inwoners van de wijken Amandus-Atheneum, Stuivenberg, Dam, Sint-Andries, Historisch Centrum, Centraal Station, Borgerhout Intramuros Noord, Luchtbal, Oud Merksem, Deurne Noord, Kruininge-Bremweide (Deurne) en Kiel consulteerde in de kalenderjaren 2014, 2013 en 2012 geen enkele keer een tandarts**. In Antwerpen Noord, Luchtbal, Oud Merksem en Kruininge-Bremweide gaat het om meer dan 40%. Het betreft allemaal wijken met een groot aandeel inwoners met een laag socio-economisch profiel. Een aantal van deze wijken hebben een tekort aan tandartspraktijken. In 7.3.1.1 besteden we meer aandacht aan die tekorten.

Kleuters buiten beschouwing gelaten, zien we dat het aandeel personen dat in de afgelopen drie kalenderjaren geen tandarts heeft bezocht het kleinste is bij de minderjarigen. Vanaf de leeftijd van 18 jaar ging ca. 30% van de Antwerpenaren de voorbije drie jaren nooit naar de tandarts, bij de 65- tot 74-jarigen loopt dit aandeel op tot 35% en bij de 75-plussers tot 45%. Behalve bij de 75-plussers is het aandeel inwoners in alle leeftijdsgroepen dat geen tandartsbezoek afgelegd heeft in het Vlaams Gewest opmerkelijk kleiner dan bij de inwoners van stad Antwerpen. Uiteraard is de kans dat ouderen een kunstgebit dragen groter dan bij de jongere leeftijdsgroepen en mogelijk consulteren zij daardoor minder vaak een tandarts of hebben zij eerder behoefte aan een tandtechniker.

Grafiek 17 Evolutie aandeel inwoners dat de afgelopen drie kalenderjaren geen tandarts heeft geraadpleegd per woonplaats

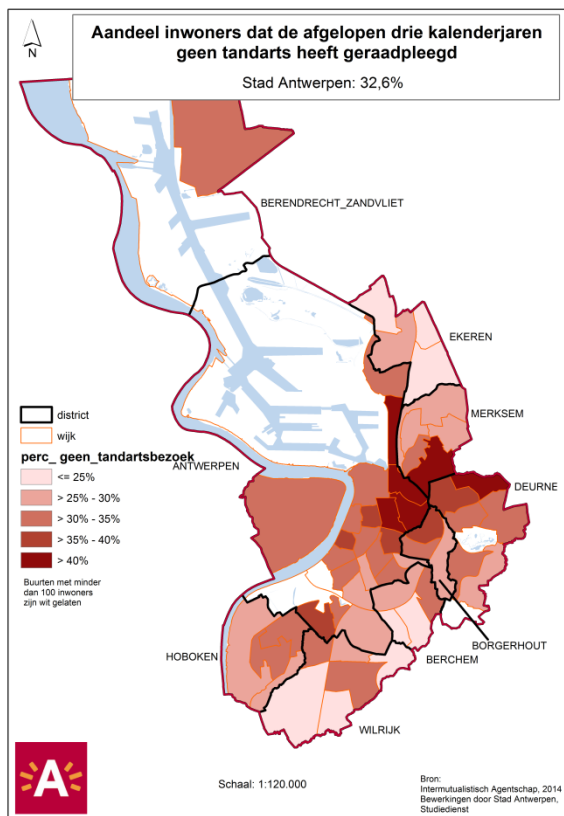


Bron: Intermutualistisch Agentschap, 2014, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

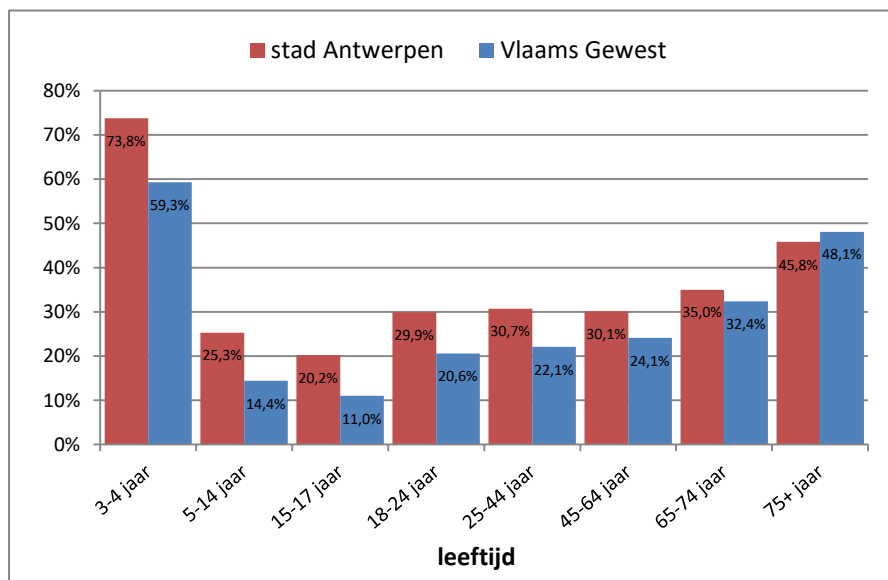
² Beleidsrelevante statistieken van het InterMutualistisch Agentschap:

<http://atlas.ima-aim.be/home.aspx?ReturnUrl=%2f>

Figuur 2 Aandeel inwoners dat de afgelopen drie kalenderjaren geen tandarts heeft geraadpleegd per wijk, 2014



Grafiek 18 Aandeel inwoners dat de afgelopen drie kalenderjaren geen tandarts heeft geraadpleegd volgens leeftijd per woonplaats, 2014



Bron: Inter mutualistisch Agentschap, 2014
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.1.2.2.3 Preventieve tandartsbezoeken o.b.v. prestaties ziekteverzekering

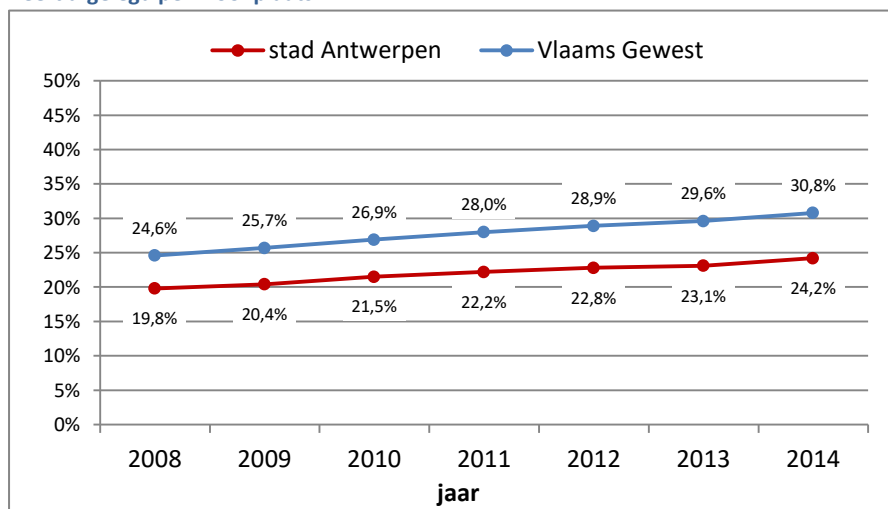
Via cijfergegevens van het Inter mutualistisch Agentschap kunnen we ook accuraat in beeld brengen hoeveel Antwerpenaren minstens twee preventieve tandartsbezoeken hebben gedaan tijdens de afgelopen drie kalenderjaren. 'Accuraat' betekent hier dat de cijfergegevens van IMA verwijzen naar alle rechthoudenden in de ziekteverzekering (ca. 99% van de Antwerpse bevolking).

24% van de Antwerpenaren deed twee preventieve tandartsbezoeken tijdens de kalenderjaren 2014, 2013 en 2012 (meest recent beschikbare gegevens). Tussen 2008 en 2014 merken we op dit vlak een duidelijke gunstige evolutie. In 2008 bedroeg dit aandeel slechts 19,8% (voor de jaren 2008, 2007 en 2006), maar dit aandeel nam sindsdien elk jaar gestaag toe tot 24,2% in 2014 (voor de jaren 2014, 2013 en 2012). Het aandeel dat tijdens de periode van drie opeenvolgende kalenderjaren minstens twee keer een preventief tandartsbezoek heeft afgelegd is bij Antwerpenaren veel kleiner dan bij de inwoners van het **Vlaams Gewest (31%)**.

We merken ook opmerkelijke verschillen volgens de wijk waarin men woont. **Minder dan 20% van de inwoners van de wijken Amandus-Atheneum, Stuivenberg, Dam, Centraal Station, Borgerhout Intramuros Noord, Luchtbal, Oud Merksem, Deurne Noord, Kruiding-Bremweide (Deurne) en Kiel legde in de kalenderjaren 2014, 2013 en 2012 geen twee keer een preventief tandartsbezoek af.** Een aantal van deze wijken hebben een tekort aan tandartspraktijken. In 7.3.1.1 besteden we meer aandacht aan die tekorten. Het betreft bovendien allemaal wijken met een groot aandeel inwoners met een laag socio-economisch profiel. Het verschil met de inwoners van een aantal andere wijken is groot. Dit aandeel bedraagt bijvoorbeeld meer dan 35% in een aantal wijken van Ekeren, Berchem en Wilrijk.

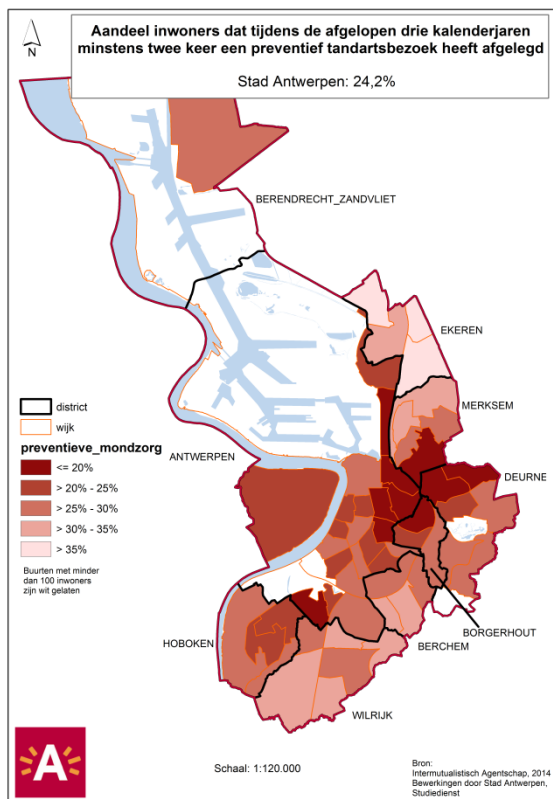
Kleuters buiten beschouwing gelaten, zien we dat het aandeel personen dat in de afgelopen drie kalenderjaren minstens twee keer een preventief tandartsbezoek heeft afgelegd het kleinste is bij de jongvolwassenen (18- tot 24-jarigen). De invloed van ouders om de nodige preventieve mondzorg te bekomen lezen we af in de laatste grafiek. 30% van de 5- tot 14-jarigen bezocht minstens twee keer een tandarts uit preventieve overwegingen. Bij de inwoners van het Vlaams Gewest is dit verschil met de andere leeftijdsgroepen nog groter. Opvallend is dat nog slechts 14% van de Antwerpse 75-plussers minstens twee keer een preventief tandartsbezoek heeft afgelegd. Alleen bij 65-plussers scoort het Vlaams Gewest op dit vlak slechter dan stad Antwerpen.

Grafiek 19 Evolutie aandeel inwoners dat de afgelopen drie kalenderjaren minstens twee keer een preventief tandartsbezoek heeft afgelegd per woonplaats

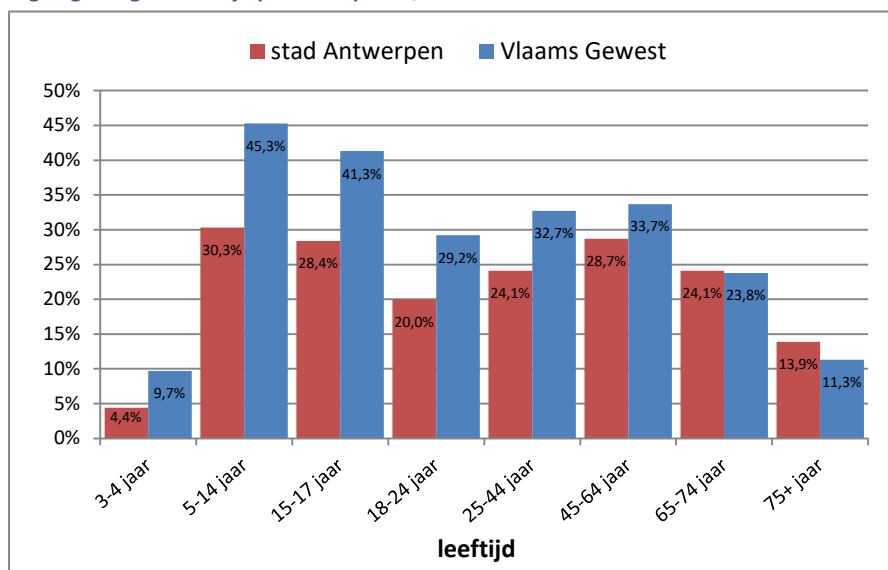


Bron: Inter mutualistisch Agentschap, 2014, bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Figuur 3 Aandeel inwoners dat de afgelopen drie kalenderjaren minstens twee keer een preventief tandartsbezoek heeft afgelegd per wijk, 2014



Grafiek 20 Aandeel inwoners dat de afgelopen drie kalenderjaren minstens twee keer een preventief tandartsbezoek heeft afgelegd volgens leeftijd per woonplaats, 2014



Bron: Intercommunale Agentschap, 2014
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.1.2.3 Gebruiksfrequentie huisartsenwachtpost

Het gebruik van de huisartsenwachtpost is nog niet wijdverspreid. Bovendien is er nog geen huisartsenwachtpost voor alle inwoners van stad Antwerpen. Langs de andere kant vindt een relatief groot aantal bewoners reeds haar weg naar de huisartsenwachtposten, m.n. **10% van de respondenten bracht het voorbije jaar een bezoek aan de huisartsenwachtpost**. We merken hierbij geen noemenswaardige evolutie ten opzichte van de resultaten van 2013.

Bijna 50% van de respondenten uit Antwerpen 2018 en Hoboken geven het vaakst aan minstens al eens een keer naar de huisartsenwachtpost te zijn geweest (t.o.v. 38% gemiddeld). Jongvolwassenen en 65-plussers zijn minder vaak ooit bij huisartsenwachtpost geweest (ca. 30%). Dit geldt ook voor respondenten met een lage socio-economische status (ca. 33%).

Tabel 4 Aandeel respondenten volgens frequentie van bezoek aan huisartsenwachtpost

frequentie bezoek huisartsenwachtpost	percentage
nooit	62,1
niet afgelopen jaar	27,5
1 tot 2 keer per jaar	8,5
3 tot 4 keer per jaar	1,4
1 keer per maand	0,3
meerdere keren per maand	0,2
n=	1.915

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.1.2.4 Gebruiksfrequentie thuishulp

De vraag naar de frequentie waarmee men thuishulp of gezinszorg raadpleegt in de Antwerpse gezondheidsenquête werd aangevuld met een limitatieve lijst van voorbeelden van thuishulp, m.n. huishoudelijke hulp, boodschappen, maaltijden, persoonsverzorging en verpleging.

Thuishulp of gezinszorg wordt door 20% van de respondenten wel eens gebruikt. Het zijn bijna uitsluitend bejaarde mensen die hiervan gebruik maken. Bij de 75-plussers maakte 31% al gebruik van thuishulp. Bij de vrouwelijke 75-plussers betreft het ca. 40% van de respondenten. **Bij 16% van de 75-plussers komt er minstens 2 keer per week hulp aan huis.**

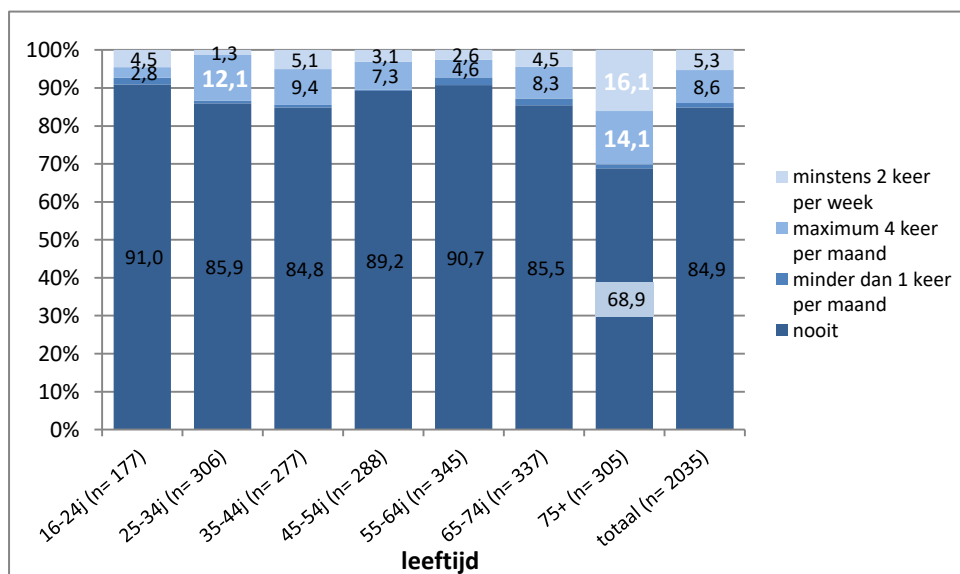
Tabel 5 Aandeel respondenten volgens frequentie van raadpleging thuishulp

frequentie raadpleging thuishulp	percentage
nooit	80,1
1 tot 2 keer per jaar of minder	5,6
3 tot 4 keer per jaar	0,5
1 keer per maand	0,9
2 tot 4 keer per maand	7,7
2 tot 3 keer per week	2,4
4 tot 6 keer per week	0,7
elke dag	2,2
n=	2.051

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 21 Aandeel respondenten volgens frequentie van raadpleging thuishulp volgens leeftijd



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



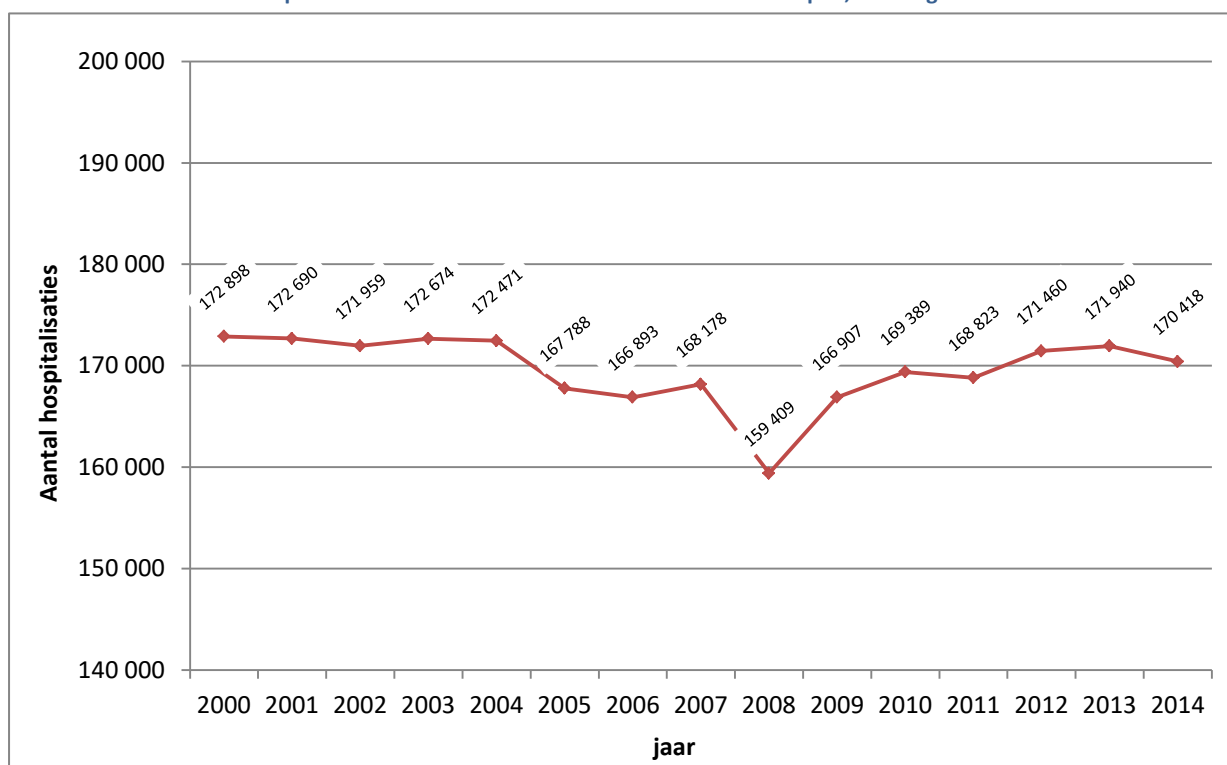
7.1.3 Ziekenhuizen

We kunnen het zorggebruik bekijken op basis van het aantal opnames die gebeuren in de ziekenhuizen van Antwerpen. Dit gebruik is uiteraard afhankelijk van het bestaande aanbod. Onderstaande cijfers tonen hoeveel er gebruik gemaakt wordt van de capaciteit van de ziekenhuizen in het arrondissement Antwerpen. We verwerkten deze cijfers in eerste instantie om het aantal spoedopnames in beeld te brengen. Na de schets van deze objectieve registratiegegevens staan we stil bij het gebruik van de spoedgevallendienst, op basis van de bevraging in de Antwerpse gezondheidsenquête.

7.1.3.1 Hospitalisaties per opnametype

In de periode 2000-2008 daalt het aantal klassieke hospitalisaties in ziekenhuizen van het arrondissement Antwerpen van ruim 172.000 tot beneden 160.000 in 2008. Nadien neemt het aantal hospitalisaties opnieuw toe tot bijna meer dan 170.000 opnames. **Ruwweg bijna 50% van de hospitalisaties betreft bewoners van Antwerpen. Ongeveer 52% van de hospitalisaties in 2014 zijn geplande opnames, 46% zijn opnames die via de spoed verlopen.** Voor de gehospitaliseerde **Antwerpenaren** is de verhouding anders. Bij hen zien we **48% geplande opnames tegenover 50% spoedopnames**. De verhouding tussen het aantal geplande en het aantal spoedopnames is doorheen de jaren 2000 ongeveer gelijk gebleven.

Grafiek 22 Evolutie aantal opnames in ziekenhuizen van arrondissement Antwerpen, Vlamingen

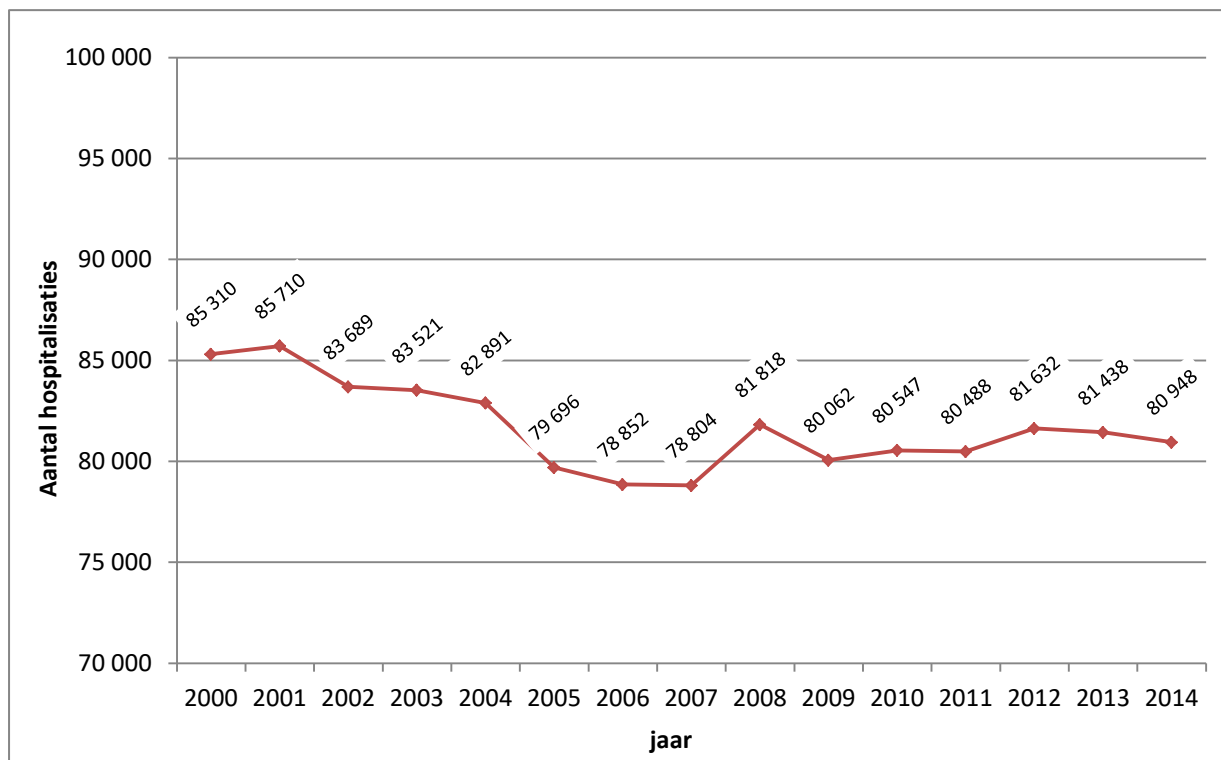


Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MZG, 2000-2014

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 23 Evolutie aantal opnames in ziekenhuizen van arrondissement Antwerpen, Antwerpenaren



Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MZG, 2000-2014

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Tabel 6 Aantal ziekenhuisopnames in ziekenhuizen van arrondissement Antwerpen volgens opnametype, Vlamingen

opnametype	totaal	%
Aard van opname: onbekend	145	0,1%
Dienst spoed : ambulance zonder 100, MUG	5.650	3,3%
Dienst spoed : ambulance, 100 zonder MUG	13.726	8,1%
Dienst spoed : ambulance,100,MUG ander zkhuis	3.978	2,3%
Dienst spoed : ambulance,100,MUG eigen zkhuis	1.906	1,1%
Dienst spoed zonder ambulance, 100, MUG	39.783	23,3%
Geboren in dit ziekenhuis	545	0,3%
Gepland	89.078	52,3%
Laatste registratie langdurig verblijf	28	0,0%
Plaatsing	2	0,0%
Spoedopname zonder spoeddienst te passeren	13.738	8,1%
Terugtransfer	1.381	0,8%
Tussentijdse registratie langdurig verblijf	0	0,0%
Vanuit daghospitalisatie	490	0,3%
totaal	170.450	100,0%

Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MZG, 2014

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Tabel 7 Aantal ziekenhuisopnames in ziekenhuizen van arrondissement Antwerpen volgens opnametype, Antwerpenaren

opnametype	totaal	%
Aard van opname: onbekend	111	0,1%
Dienst spoed : ambulance zonder 100, MUG	2.492	3,2%
Dienst spoed : ambulance, 100 zonder MUG	7.300	9,5%
Dienst spoed : ambulance, 100,MUG ander zkhuis	2.050	2,7%
Dienst spoed : ambulance, 100,MUG eigen zkhuis	691	0,9%
Dienst spoed zonder ambulance, 100, MUG	18.885	24,6%
Geboren in dit ziekenhuis	254	0,3%
Gepland	37.128	48,3%
Laatste registratie langdurig verblijf	16	0,0%
Plaatsing	2	0,0%
Spoedopname zonder spoeddienst te passeren	7.240	9,4%
Terugtransfer	613	0,8%
Tussentijdse registratie langdurig verblijf	0	0,0%
Vanuit daghospitalisatie	77	0,1%
totaal	76.859	100,0%

Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MZG, 2014

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.1.3.2 Gebruiksfrequentie spoedgevallendienst

Een minderheid van de respondenten (17%) wendde zich het afgelopen jaar tot de spoedgevallendienst van een ziekenhuis. Minder dan 2% deed dit meer dan twee keer per jaar.

Tabel 8 Aandeel respondenten volgens frequentie gebruik spoedgevallendienst

frequentie gebruik spoedgevallendienst	percentage
nooit	58,1
niet afgelopen jaar	25,0
1 tot 2 keer per jaar	15,2
3 tot 4 keer per jaar	1,5
1 keer per maand	0,0
meerdere keren per maand	0,1
n=	2.057

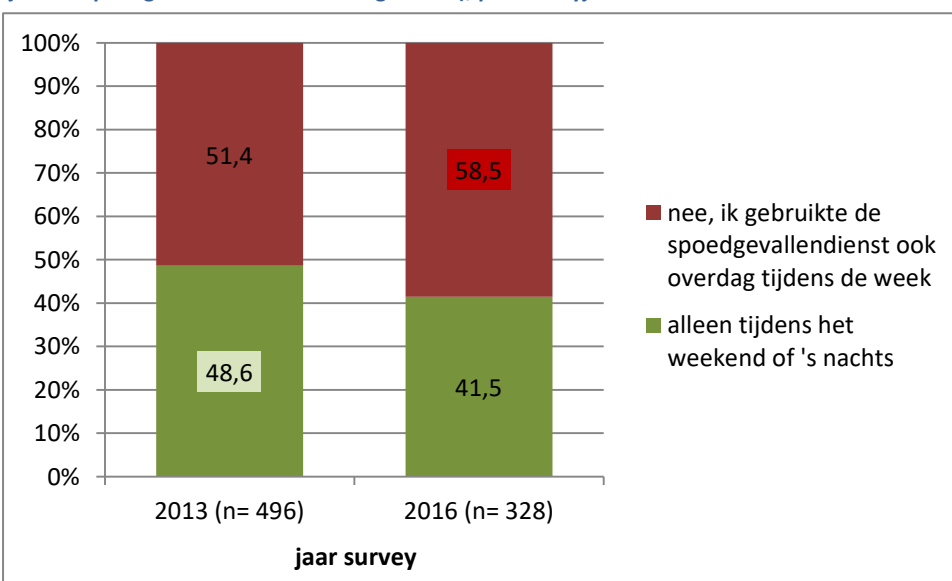
Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

7.1.3.3 Oneigenlijk gebruik spoedgevallendienst

Van alle respondenten die het afgelopen jaar minstens een keer de spoedgevallendienst hebben gebruikt deed 41,5% dit alleen tijdens het weekend of 's nachts, 58,5% geeft aan dat ze ook naar de spoedgevallendienst gingen overdag tijdens de week. Dit is een duidelijke toename ten opzichte van de resultaten van 2013. In veel gevallen kan het hier om oneigenlijk gebruik gaan. Dit betekent ook dat ruwweg 9% van alle respondenten (t.o.v. 10% in 2013) de spoedgevallendienst heeft bezocht buiten de normale uren.

Grafiek 24 Aandeel respondenten volgens tijdstip van gebruik spoedgevallendienst (selectie: respondenten die het afgelopen jaar de spoedgevallendienst hebben gebruikt), per surveyjaar



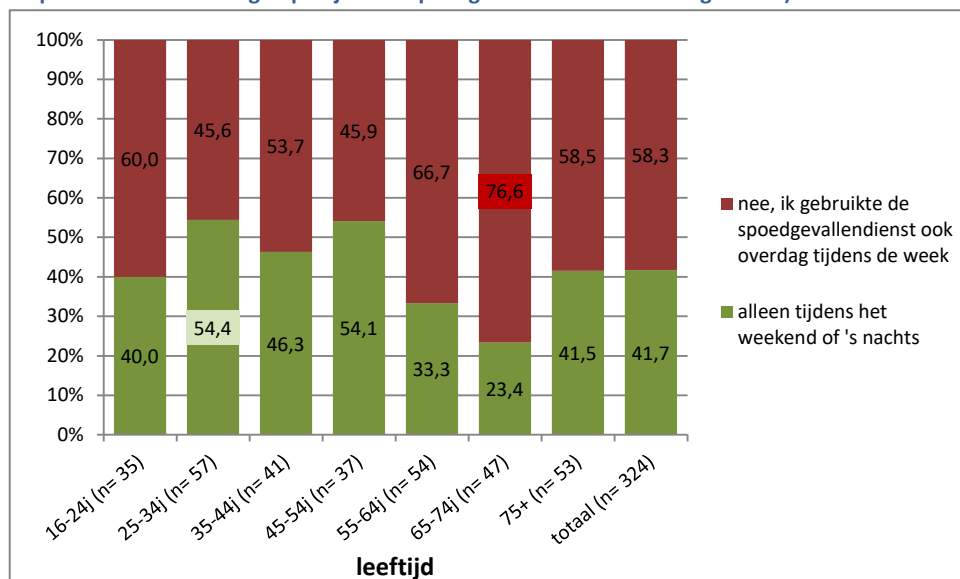
Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2013 & 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



In de onderstaande grafiek zien we dat **oudere respondenten vaker de spoedgevallendienst raadplegen tijdens de week overdag. Bij de 64- tot 74-jarigen betreft het meer dan 75% van de gebruikers van de spoedgevallendienst.** We moeten hierbij opmerken dat het aantal respondenten (per afzonderlijke leeftijdsgroep) waarop de percentages zijn berekend klein zijn, waardoor de resultaten onderhevig zijn aan toeval. We vinden geen significante verschillen volgens andere achtergrondkenmerken.

Grafiek 25 Aandeel respondenten volgens tijdstip van gebruik spoedgevallendienst per leeftijd en geslacht (selectie: respondenten die het afgelopen jaar de spoedgevallendienst hebben gebruikt)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

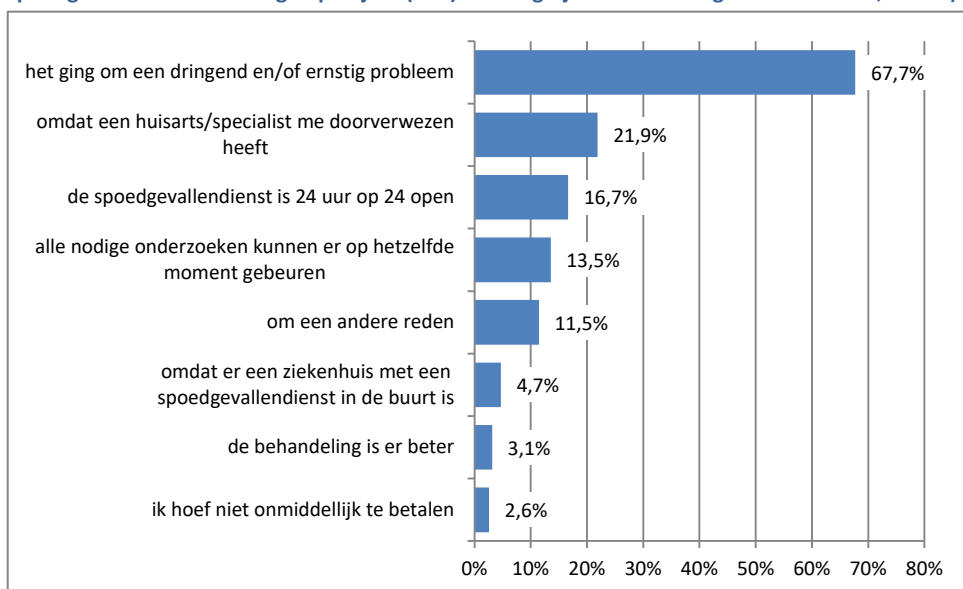


7.1.3.4 Redenen van gebruik spoedgevallendienst

Van de respondenten die de spoedgevallendienst minstens een keer ook overdag tijdens de week hebben gebruikt, geeft 68% aan dat het om een dringend en/of ernstig probleem ging. In 22% van de gevallen is er sprake van een doorverwijzing via een huisarts of specialist.

Een aantal redenen die geen raadpleging van de spoedgevallendienst rechtvaardigen worden ook relatief vaak genoemd. **Bijna 14% van deze groep respondenten geeft als reden omdat alle nodige onderzoeken er op hetzelfde moment kunnen gebeuren en 5% vindt louter in de aanwezigheid van een ziekenhuis in de buurt voldoende argumenten om de raadpleging van de spoedgevallendienst te rechtvaardigen.** Een kleine minderheid gaat naar de spoedafdeling overdag tijdens de week omdat de behandeling er beter is of omdat men er niet onmiddellijk hoeft te betalen. We merken geen significante verschillen met de resultaten van 2013.

Grafiek 26 Aandeel respondenten volgens reden van gebruik spoedgevallendienst (selectie: respondenten die de spoedgevallendienst het afgelopen jaar (ook) overdag tijdens de week gebruikt hebben, n=192)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

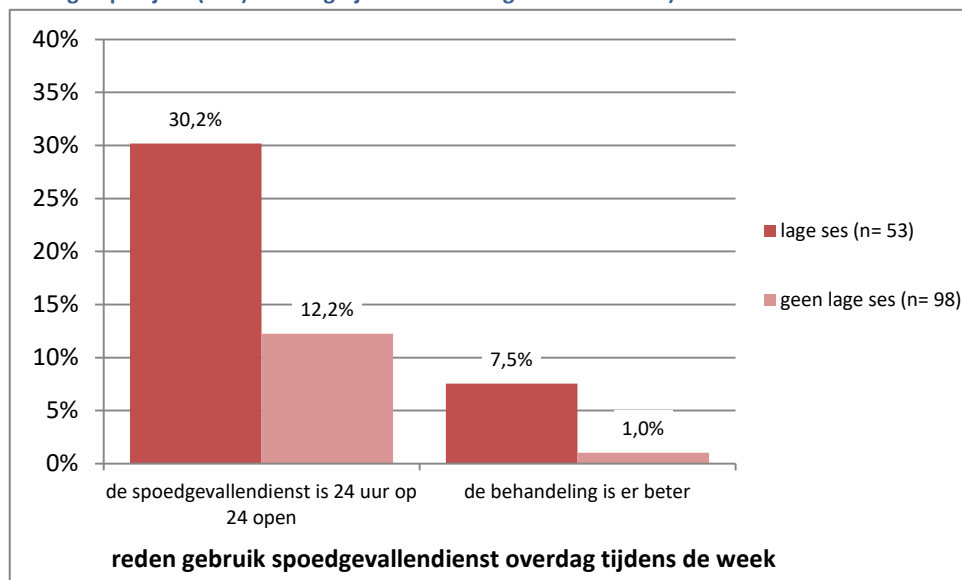
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Er werden significante verschillen gevonden naar opgave van de reden van het gebruik van de spoedgevallendienst tijdens de week overdag tussen de verschillende opleidingsniveaus en leeftijdsgroepen en tussen respondenten met en zonder lage socio-economische status. Maar alleen het aantal respondenten volgens socio-economische status is voldoende groot om de resultaten van de significantietoest als enigszins betrouwbaar te kunnen beschouwen.

Respondenten met een lage socio-economische status die de spoedgevallendienst overdag tijdens de week hebben bezocht, deden dit significant vaker dan de overige respondenten omdat de spoedgevallendienst 24 uur op 24 open is (30% t.o.v. 12% bij de overige respondenten) en de behandeling er beter is (7,5% t.o.v. 1% bij de overige respondenten). Ca. 40% van de respondenten in de jongste leeftijdsgroep die de spoedgevallendienst overdag tijdens de week hebben bezocht, deed dit omdat de spoedgevallendienst 24 uur op 24 geopend is (t.o.v. 17% gemiddeld). Bijna 20% van de respondenten met een diploma lager secundair die de spoedgevallendienst overdag tijdens de week hebben bezocht, deed dit omdat ze vinden dat de behandeling er beter is (t.o.v. 3% gemiddeld).



Grafiek 27 Aandeel respondenten dat het afgelopen jaar de spoedgevallendienst heeft gebruikt omdat de dienst 24 uur op 24 open is en de behandeling er beter is, volgens socio-economische status (selectie: respondenten die de spoedgevallendienst het afgelopen jaar (ook) overdag tijdens de week gebruikt hebben)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

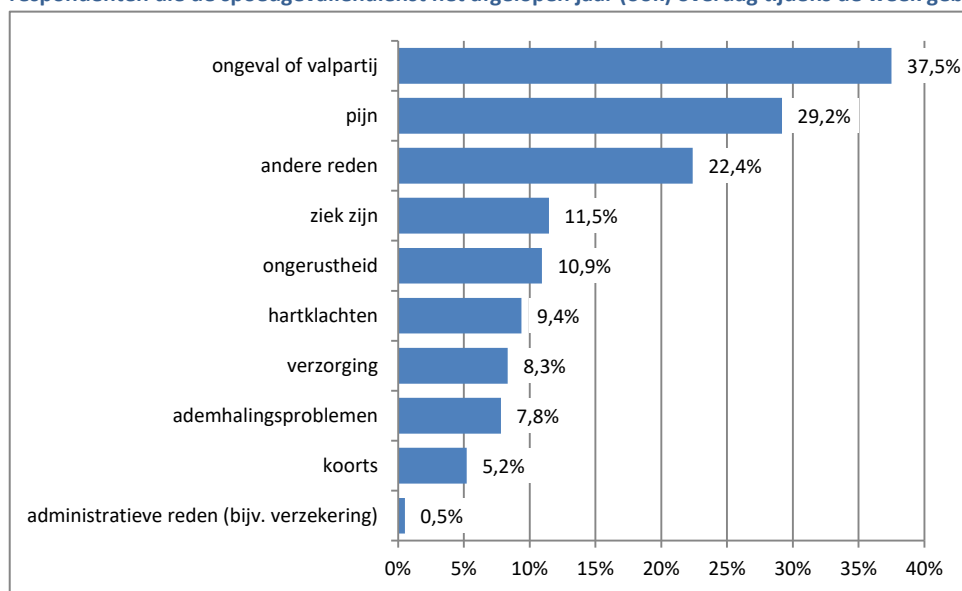


7.1.3.5 Omwille van welke klachten gebruik spoedgevallendienst

Van de respondenten die de spoedgevallendienst minstens een keer ook overdag tijdens de week hebben gebruikt, geeft meer dan 37% aan dat het omwille van een ongeval of valpartij was. In 29% van de gevallen is er sprake van pijn als reden.

Een aantal klachten waarvoor in eerste instantie de raadpleging van een huisarts of een andere zorgverlener te verkiezen valt, wordt ook een relevant aantal keren genoemd. **Ruim 10% van deze groep respondenten geeft als klacht ziek zijn op en een gelijkaardig aandeel deed dit uit ongerustheid. Respectievelijk 8% en 5% van hen gaat voor verzorging en omwille van koorts naar de spoedafdeling.**

Grafiek 28 Aandeel respondenten volgens de klachten waarvoor de spoedgevallendienst werd gebruikt (selectie: respondenten die de spoedgevallendienst het afgelopen jaar (ook) overdag tijdens de week gebruikt hebben, n=192)



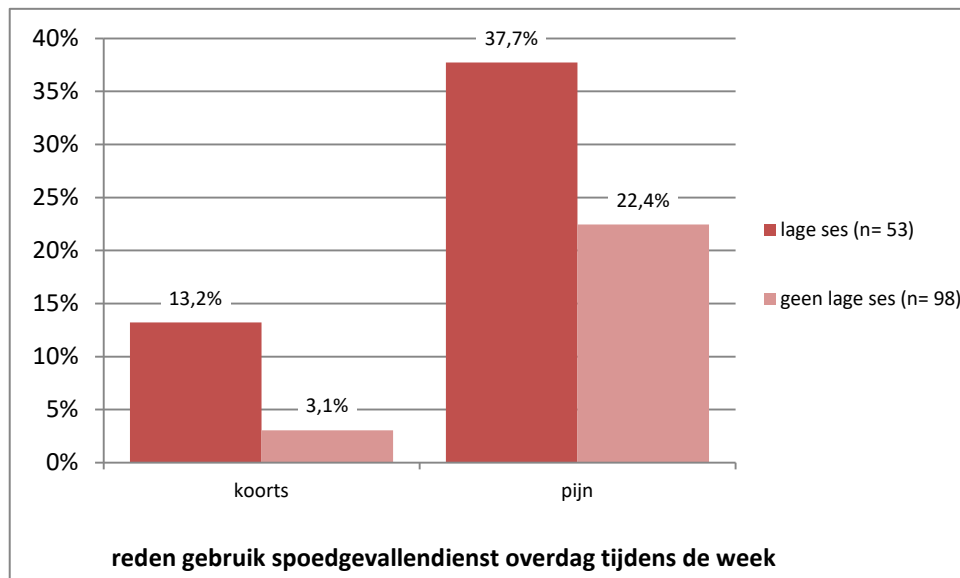
Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Er werden alleen significante verschillen gevonden volgens het soort klacht waarmee men naar de spoedgevallendienst tijdens de week overdag is gegaan volgens socio-economische status. **Meer dan 1 op 3 van de respondenten met een lage socio-economische status die de spoedgevallendienst overdag tijdens de week hebben bezocht deed dit omwille van pijnklachten (38% t.o.v. 22% bij de overige respondenten) en 12% van hen deed die omwille van klachten van koorts (12% t.o.v. 3% bij de overige respondenten).**



Grafiek 29 Aandeel respondenten dat het afgelopen jaar de spoedgevallendienst heeft gebruikt omwille van koorts en pijn, volgens socio-economische status (selectie: respondenten die de spoedgevallendienst het afgelopen jaar (ook) overdag tijdens de week gebruikt hebben)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.1.4 Gespecialiseerde gezondheidszorg

7.1.4.1 Gebruiksfrequentie specialist

Ongeveer de helft van alle respondenten heeft het afgelopen jaar minstens één keer een specialist geraadpleegd.
4% bezocht minstens één keer per maand een specialist.

Tabel 9 Aandeel respondenten volgens frequentie van bezoek specialist

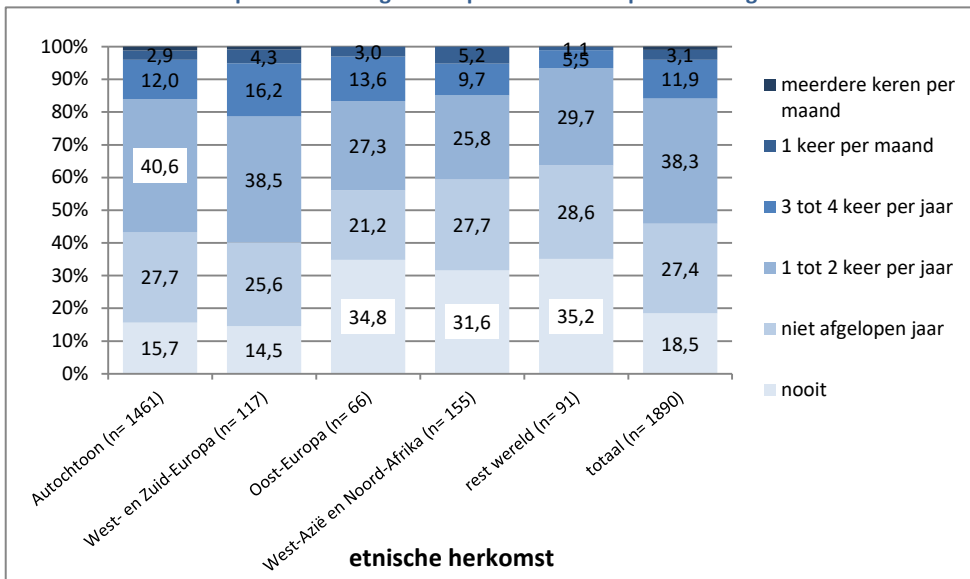
frequentie bezoek specialist	percentage
nooit	19,1
niet afgelopen jaar	26,8
1 tot 2 keer per jaar	38,1
3 tot 4 keer per jaar	12,1
1 keer per maand	3,0
meerdere keren per maand	0,9
n=	1.973

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Allochtonen raadplegen minder vaak een specialist. Zo geeft bijvoorbeeld ruwweg 32 tot 35% van de respondenten van zowel Oost-Europese, Noord-Afrikaans en West-Aziatische als andere niet-Europese allochtonen aan dat zij nooit een specialist raadplegen (t.o.v. 15% bij autochtonen en West en Zuid-Europese respondenten). In de groep van allochtonen is het aandeel oudere mensen evenwel kleiner dan bij de autochtonen, maar ook bij de 55-plussers alleen blijven de verschillen tussen autochtone en West- en Zuid-Europese respondenten enerzijds en de respondenten van de andere herkomstgroepen anderzijds behouden.

Grafiek 30 Aandeel respondenten volgens frequentie bezoek specialist volgens etnische herkomst



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.1.4.2 Gebruiksfrequentie mentale gezondheidszorg

De vraag naar de frequentie waarmee men mentale gezondheidszorg raadpleegt in de Antwerpse gezondheidsenquête werd tussen haakjes aangevuld met 'bij psychologische of emotionele problemen'.

Van alle respondenten heeft 8,7% het voorbije jaar mentale gezondheidszorg geraadpleegd. Dit aandeel ligt een procentpunt beneden de resultaten van de editie van 2013. Bovendien hebben we in het hoofdstuk over psychische en sociale gezondheid al gezien dat ongeveer 1,3% van de Antwerpenaren (n= 6.719) zich in 2015 aangemeld heeft bij een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg. Die aanmeldingen blijken dus slechts een fractie te zijn van alle zorgvragen omwille van een mentale of emotionele problematiek die Antwerpenaren stellen.

Tabel 10 Aandeel respondenten volgens frequentie van raadpleging mentale gezondheidszorg

frequentie raadpleging mentale gezondheidszorg	percentage
nooit	78,6
niet afgelopen jaar	12,9
1 tot 2 keer per jaar	3,2
3 tot 4 keer per jaar	1,5
1 keer per maand	2,0
meerdere keren per maand	2,0
n=	1.927

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

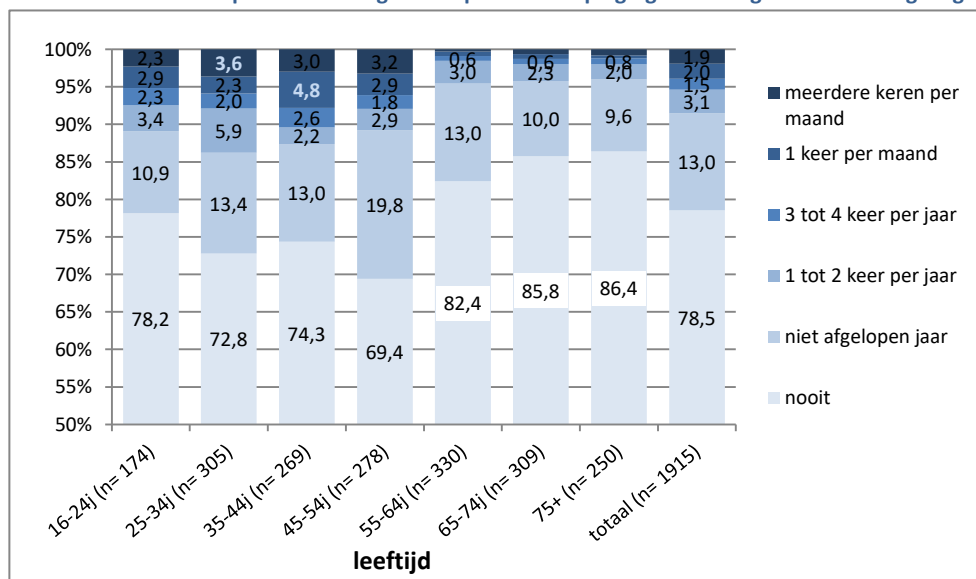
In het deel over de psychische en sociale gezondheidstoestand van de Antwerpenaren hebben we met behulp van de registratiegegevens van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg ook gezien dat de meeste aanmeldingen in de tweedelijsgezondheidszorg voor psychische problemen gebeuren door mensen op beroepsactieve leeftijd en dat dit aandeel sterk afneemt vanaf de leeftijd van 60 jaar. Deze tendens zien we weerspiegeld in onderstaande grafiek. **In de leeftijdsgroepen tot 54 jaar raadpleegt meer dan 1 op 10 van de respondenten minstens jaarlijks een vorm van geestelijke gezondheidszorg, maar na de leeftijd van 55 jaar daalt dit aandeel beneden 5%.**

Daarnaast zien we ook nog dat **vrouwelijke respondenten (10,4% t.o.v. 6% bij de mannen) significant vaker aangeven dat ze hulp hebben gezocht voor problemen van psychologische of emotionele aard.** Dit significante verschil ligt in de lijn van onze bevindingen die we in het hoofdstuk over psychische en sociale gezondheid hebben beschreven, namelijk dat vrouwen vaker (ook sneller?) geneigd zijn hulp te zoeken voor dergelijke problemen, althans via de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Alleenstaande ouders doen ook vaker dan gemiddeld een beroep op geestelijke gezondheidszorg (13% minstens één keer).



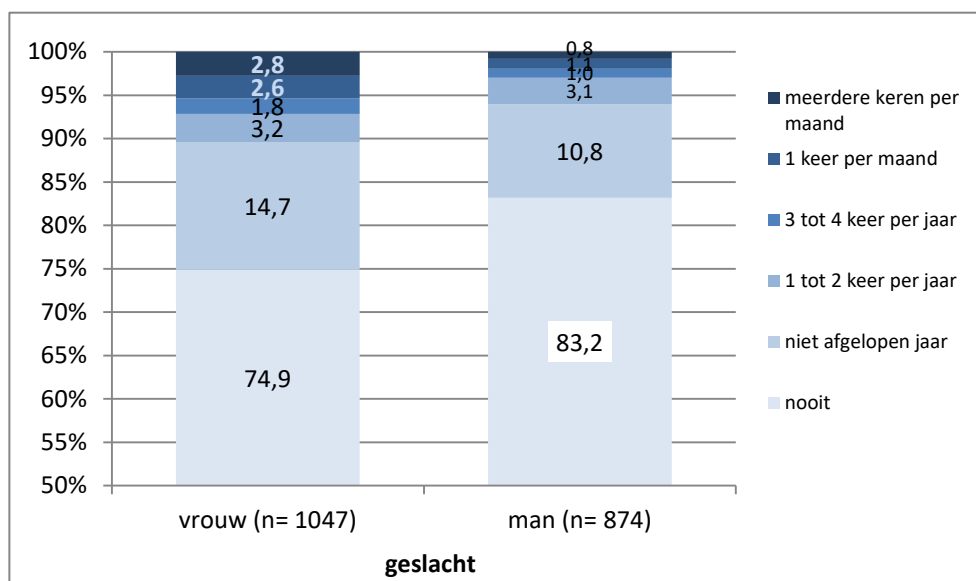
Grafiek 31 Aandeel respondenten volgens frequentie raadpleging mentale gezondheidszorg volgens leeftijd



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 32 Aandeel respondenten volgens frequentie raadpleging mentale gezondheidszorg volgens geslacht



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.1.4.3 Hospitalisaties per type psychiatrische voorziening

We kunnen het gebruik van geestelijke gezondheidszorg ook bekijken op basis van het aantal opnames die gebeuren in psychiatrische voorzieningen. Dit gebruik is uiteraard ook afhankelijk van het bestaande aanbod. Onderstaande cijfers tonen hoeveel er gebruik gemaakt wordt van de Antwerpse voorzieningen. De cijfers verwijzen naar alle patiënten, niet alleen de Antwerpse patiënten.

In 2013 bedroeg het **aantal hospitalisaties van psychiatrische patiënten** in psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen op het grondgebied van stad Antwerpen **3.556**. Dit is een groter aantal dan het aantal hospitalisaties tussen 2000 en 2004, toen het aantal nog beneden 3.000 patiënten bleef. Sinds 2005 behandelen de Antwerpse voorzieningen telkens meer dan 3.200 patiënten per jaar, met voorlopig het hoogste aantal in 2012.

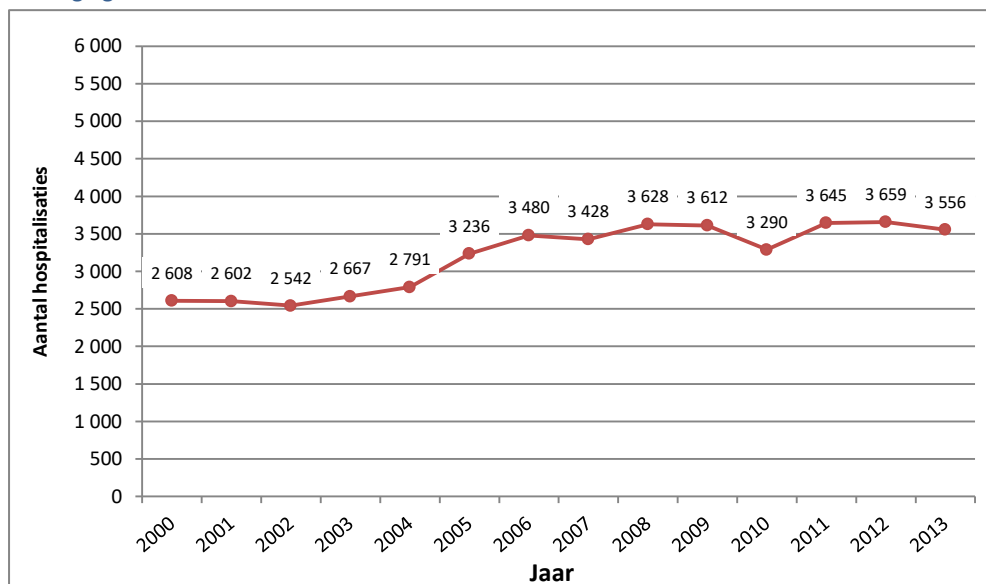
Tabel 11 Aantal opnames in Antwerpse psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen volgens type instelling, 2013

Type	aantal opnames	%
Initiatief voor beschut wonen	54	1,5%
Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis	2 016	56,7%
Psychiatrisch verzorgingstehuis	0	0,0%
Psychiatrische ziekenhuis	1 486	41,8%
totaal	3 556	100,0%

Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2013

Bewerking door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 33 Evolutie aantal opnames in Antwerpse psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen



Bron: FOD Volksgezondheid, gegevens MPG, 2000-2013

Bewerking door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.1.5 Preventieve zorg

Naast de curatieve en palliatieve gezondheidszorg is ook preventie een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorg. Cijfers over het gebruik en aanbod van preventieve zorg zijn niet voldoende beschikbaar om een beeld te vormen van dit type zorg. Daarom focussen we op slechts twee specifieke vormen van preventieve zorg:

- vaccinaties van jonge kinderen
- kankerscreenings
 - o screening borstkanker bij vrouwen van 50 tot 69 jaar
 - o screening baarmoederhalskanker bij vrouwen van 25 tot 64 jaar
 - o screening dikkedarmkanker bij mannen en vrouwen van 56 tot 74 jaar

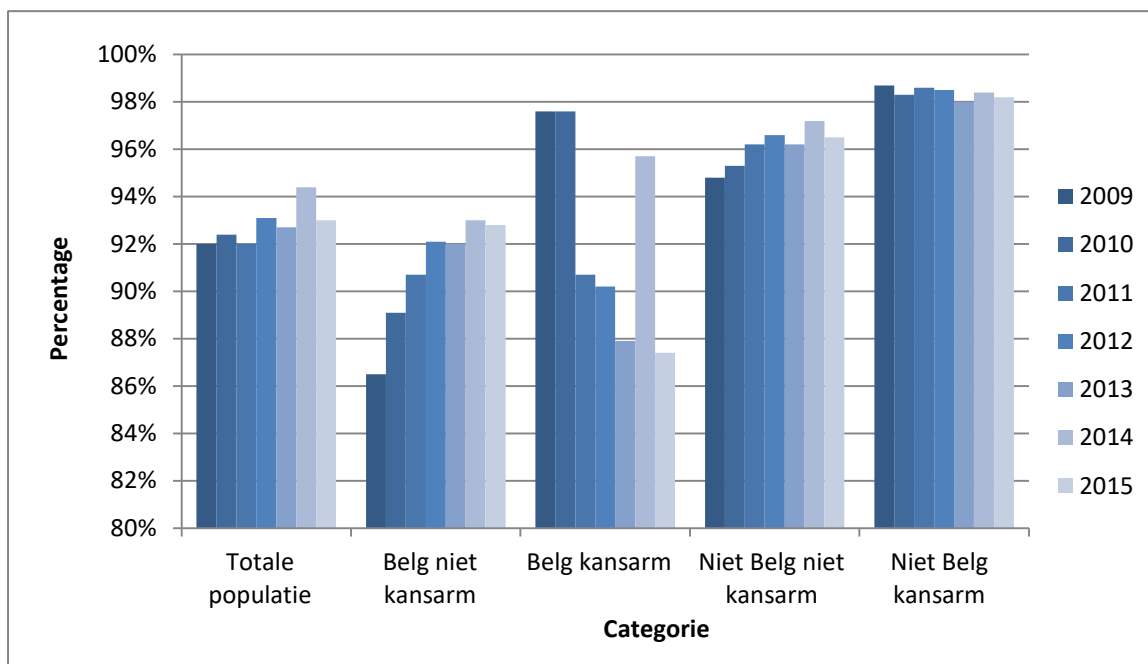
7.1.5.1 Vaccinaties

Voor de vaccinaties beschikken we over statistieken die Kind en Gezin ter beschikking stelt via haar gemeentelijke kindrapporten. Deze statistieken geven weer in welke mate pasgeborenen bij Kind en Gezin aangemeld en gevaccineerd werden. Het is wel zo dat degenen die niet gevaccineerd werden door Kind en Gezin mogelijk wel behandeld worden door een private arts.

De **mate waarin ouders Kind en Gezin consulteren voor hun pasgeboren kind** wordt als volgt geoperationaliseerd: ieder kind dat in het eerste jaar na zijn geboorte minstens 1 keer op consult ging bij Kind en Gezin wordt geteld. Voor de **stad Antwerpen** bedraagt dit aandeel 94,4% in 2014 en **93% in 2015**. Er is een geleidelijke lichte toename van dit aandeel zichtbaar sinds 2009. In Vlaanderen bedraagt dit 92,8%. Er is duidelijk een verschil naar kansarmoedeniveau van het gezin en de nationaliteit. Hierbij is er een duidelijke verandering zichtbaar tijdens de afgelopen jaren. **Terwijl in 2009 en 2010 een duidelijk groter aandeel van de gezinnen in kansarmoede nog gemakkelijker hun weg vond naar Kind en Gezin dan van de niet-kansarme gezinnen, is deze trend geleidelijk omgekeerd.** Bij de Belgen is deze trendwijziging heel duidelijk. In 2015 was ruim 92% van de niet-kansarme Belgische pasgeborenen ingeschreven bij Kind en Gezin tegenover amper 87% van de kansarme pasgeborenen. Niet-Belgen zijn – zowel bij kansarme als niet-kansarme gezinnen - vaker ingeschreven. 98% van de niet-Belgische kansarme pasgeborenen zijn ingeschreven tegenover 96% van de niet-kansarmen. Dit verschil bedroeg in 2009 nog 4 procentpunten.

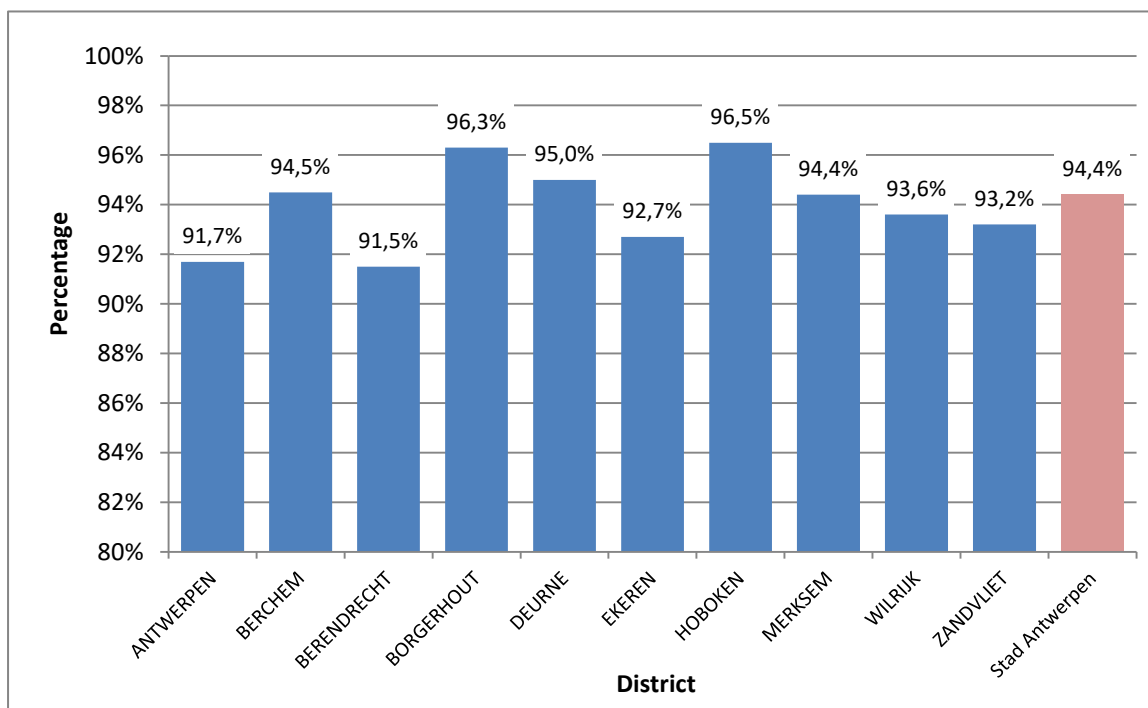
We zien de hoogste inschrijvingsgraad in de districten Borgerhout en Hoboken (telkens meer dan 95%). **In de districten Antwerpen en Berendrecht is de inschrijvingsgraad met minder dan 92% opvallend lager.** Alleen in het district Berendrecht is er sprake van een afname van het aandeel bij Kind en Gezin ingeschreven pasgeborenen t.o.v. 2009. De cijfergegevens per district betreft het jaar 2014, omdat de gegevens voor het jaar 2015 daarvoor nog niet voorhanden zijn.

Grafiek 34 Evolutie van het aandeel kinderen dat ingeschreven is op een consultatiebureau van Kind en Gezin volgens nationaliteit en kansarmoedeniveau in stad Antwerpen



Bron: Kind en Gezin, Gemeentelijke Kindrapporten, 2015
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 35 Aandeel kinderen dat ingeschreven is op een consultatiebureau van Kind en Gezin volgens district, 2014



Bron: Kind en Gezin, Gemeentelijke Kindrapporten, 2014
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Vervolgens gaan we in op de vaccinaties. We brengen volgende vaccinaties in beeld:

- vaccinatie tegen poliomyelitis (polio of kinderverlamming)
- vaccinatie tegen mazelen, bof en rubella (Rodehond)
- vaccinatie tegen meningokokken C (die hersenvliesontsteking veroorzaken)

In de onderstaande tabel staat het vaccinatieschema voor deze aandoeningen. We bespreken voor polio het percentage kinderen dat de eerste 15 maanden ingeënt is op alle periodes die op het schema staan. Voor de andere aandoeningen worden de kinderen geteld die gevaccineerd werden in de 12^e (of 13^e) maand na hun geboorte. We nemen de vaccinatiegegevens van de kinderen geboren in 2014, omdat de gegevens van de laatste vaccinatie van de kinderen geboren in 2015 nog niet voorhanden zijn. (Wanneer uitgesplitst naar districtsniveau geven we de vaccinatiegegevens van de kinderen geboren 2013, omdat de gegevens van de laatste vaccinatie van de kinderen geboren in 2014 nog niet voorhanden zijn.)

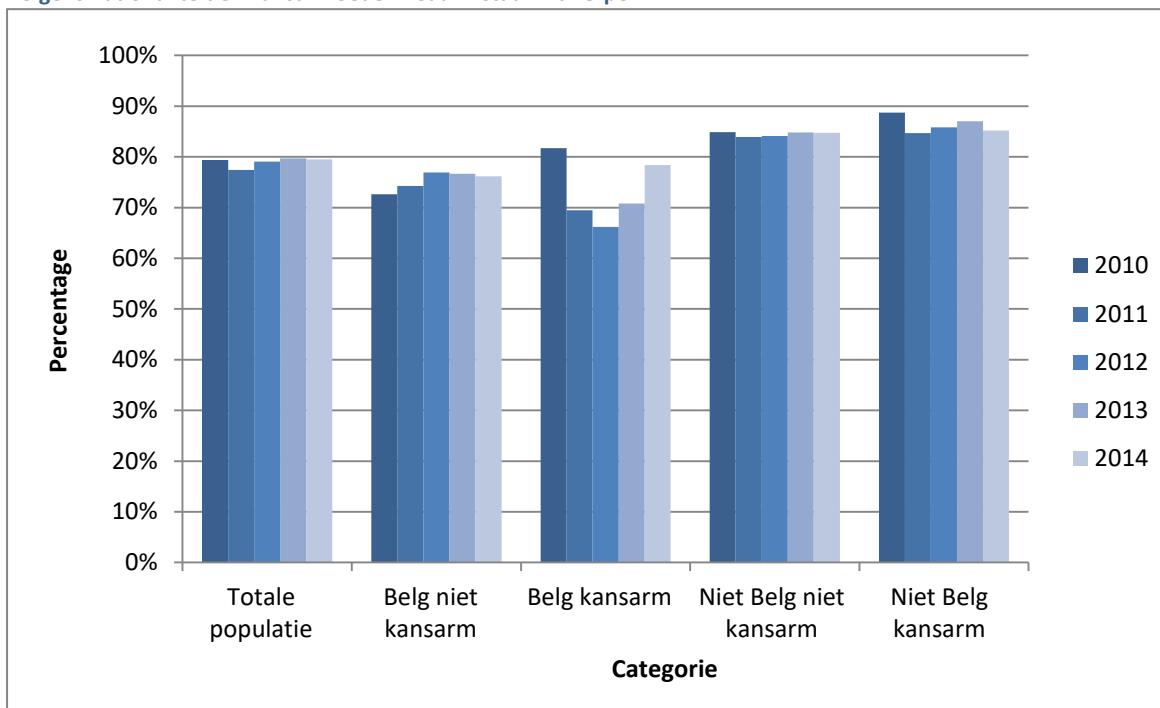
Tabel 12 Vaccinatieschema

Ziekte	2 mnd	3 mnd	4 mnd	12-13 mnd	15 mnd	6 jr	11-12 jr	15-16 jr
Polio(myelitis)	x	x	x		x	x		
Mazelen				x			x	
Bof				x			x	
Rodehond				x			x	
Meningokokken C				x				

We zien dat van de kinderen die in 2014 werden geboren ongeveer **79%** het vaccinatieschema voor **polio** heeft doorlopen. Dit is een aanzienlijke stijging van bijna 10 procentpunten ten opzichte van de borelingen van 2008 (niet meer mee opgenomen in grafiek 36). In Vlaanderen ligt dit percentage voor de borelingen van 2014 ongeveer even hoog. **Belgische kinderen worden minder gevaccineerd door Kind en Gezin dan niet-Belgische kinderen**, maar mogelijk halen Belgen vaker een vaccin bij een private arts.. Bij de groep van kansarme Belgen stellen we eerst een afname van het aandeel vast dat gevaccineerd werd bij Kind en Gezin, maar vanaf 2013 neemt het aandeel gevaccineerden opnieuw toe bij deze groep.

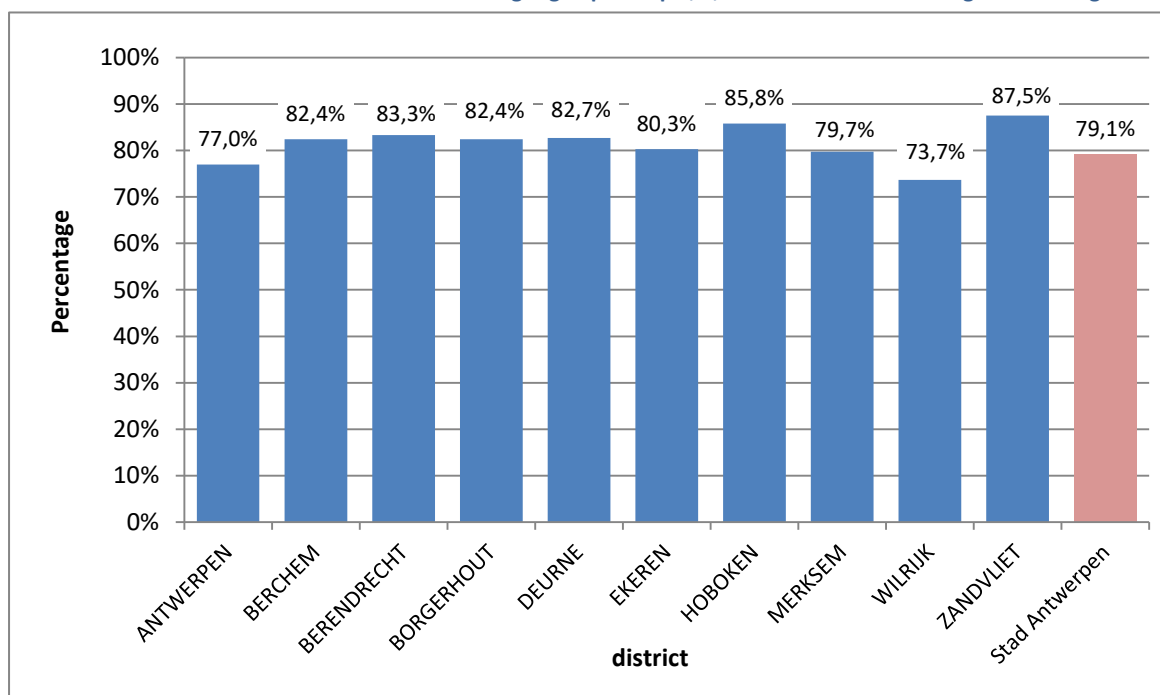
We zien dat districten Antwerpen en Wilrijk **een lager aandeel gevaccineerde kinderen bij Kind en Gezin hebben dan de andere districten**.

Grafiek 36 Evolutie van het aandeel kinderen dat een vaccin ontving tegen polio op 2, 3, 4 en 15 maanden na de geboorte volgens nationaliteit en kansarmoedeniveau in stad Antwerpen



Bron: Kind en Gezin, Gemeentelijke kindrapporten, 2014
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 37 Aandeel kinderen dat een vaccin ontving tegen polio op 2, 3, 4 en 15 maanden na de geboorte volgens district, 2013



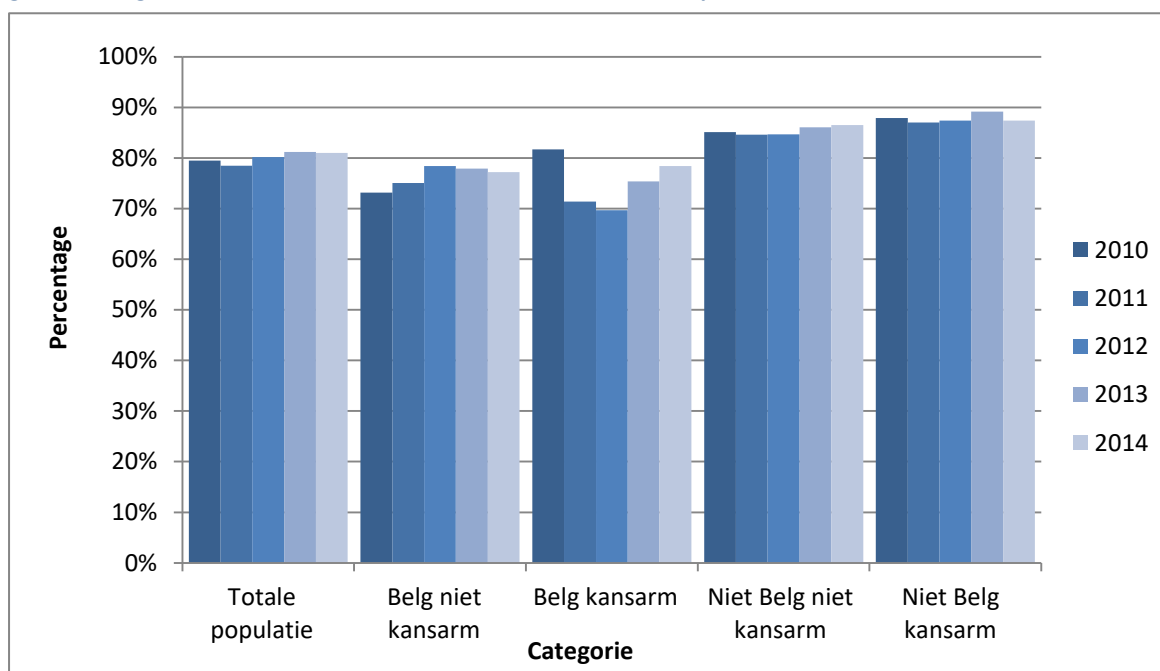
Bron: Kind en Gezin, Gemeentelijke Kindrapporten, 2013
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Het aandeel kinderen dat na 12 maanden is ingeënt tegen **mazelen, bof en rubella** bedraagt **81%** in 2014. Ook dit ligt in de lijn van het Vlaamse gemiddelde. Algemeen gezien is er een kleine toename van het aandeel gevaccineerde kinderen bij Kind en gezin ten opzichte van de voorgaande jaren. Net als bij de polio-vaccinatie ligt het **percentage het lager bij Belgische kinderen**, maar mogelijk halen Belgen vaker een vaccin bij een private arts.. De afname van het aandeel gevaccineerde kinderen bij de kansarme Belgen wijzigde vanaf 2013 opnieuw in een toename.

We zien dat de districten Antwerpen, Ekeren en Wilrijk **een iets lager aandeel gevaccineerde kinderen bij Kind en Gezin hebben dan de andere districten.**

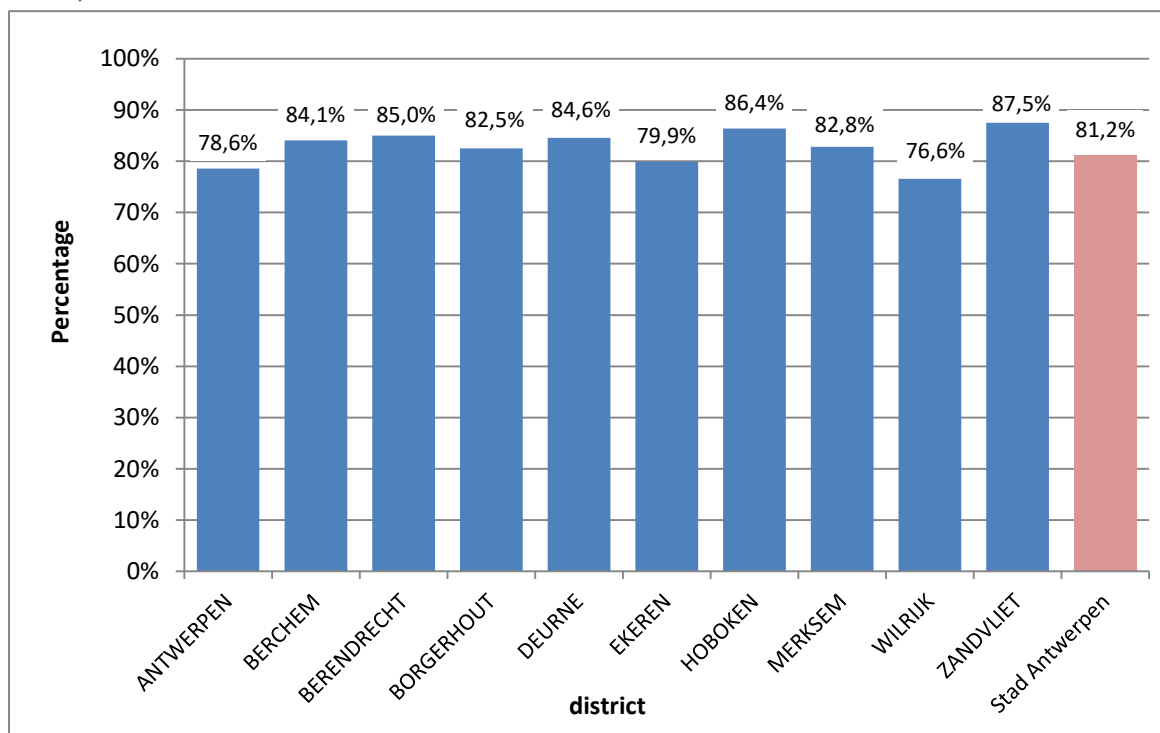
Grafiek 38 Evolutie van het aandeel kinderen dat een vaccin ontving tegen mazelen, Bof en Rubella op 12 maanden na de geboorte volgens nationaliteit en kansarmoedeniveau in stad Antwerpen



Bron: Kind en Gezin, Gemeentelijke kindrapporten, 2014
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 39 Aandeel kinderen dat een vaccin ontving tegen mazelen, bof en rubella op 12 maanden na de geboorte volgens district, 2013



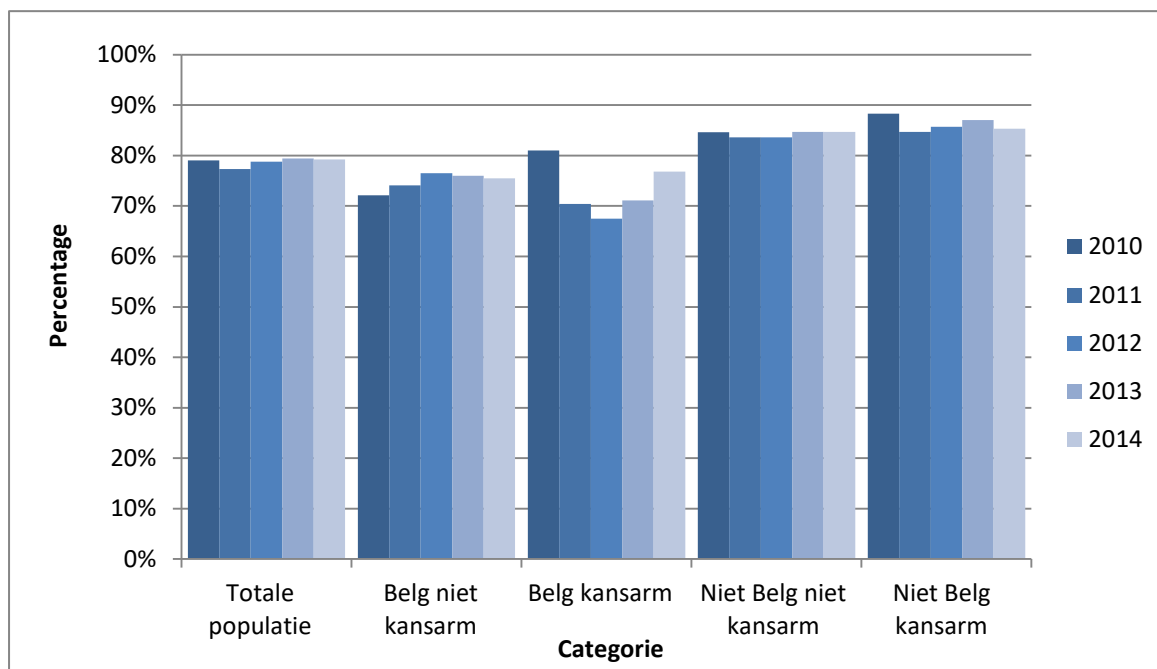
Bron: Kind en Gezin, Gemeentelijke Kindrapporten, 2013
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Het aandeel kinderen dat na 12 maanden is ingeënt tegen **meningokokken C** bedraagt **79,2%** in 2014. Ook dit ligt in de lijn van het Vlaamse gemiddelde. Algemeen gezien is er een kleine toename van het aandeel gevaccineerde kinderen bij Kind en Gezin ten opzichte van de voorgaande jaren. Net als bij de polio-vaccinatie ligt het **percentage lager bij Belgische kinderen** maar mogelijk halen Belgen vaker een vaccin bij een private arts. De afname van het aandeel gevaccineerde kinderen bij de kansarme Belgen wijzigde vanaf 2013 opnieuw in een toename.

We zien dat districten Antwerpen en Wilrijk **een lager aandeel gevaccineerde kinderen bij Kind en Gezin hebben dan de andere districten.**

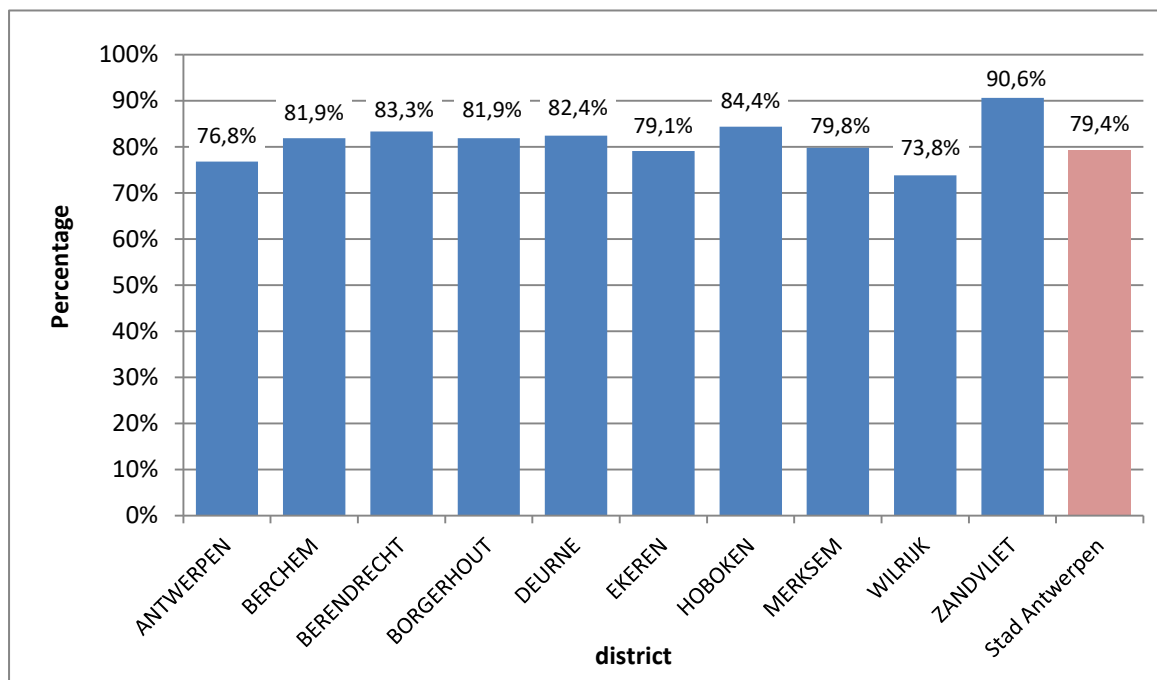


Grafiek 40 Evolutie van het aandeel kinderen dat een vaccin ontving tegen meningokokken C op 12 maanden na de geboorte volgens nationaliteit en kansarmoedeniveau in stad Antwerpen



Bron: Kind en Gezin, Gemeentelijke kindrapporten, 2014
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 41 Aandeel kinderen dat een vaccin ontving tegen meningokokken C op 12 maanden na de geboorte volgens district, 2013



Bron: Kind en Gezin, Gemeentelijke Kindrapporten, 2013
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.1.5.2 *Kankerscreenings*

De Vlaamse overheid organiseert en financiert momenteel bevolkingsonderzoeken om drie soorten kankers op te sporen. Vroegtijdige opsporing verhoogt de kans op genezing aanzienlijk voor elk van deze ziekten. In juni 2001 startte de Vlaamse overheid met een Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Het onderzoek spoort alle vrouwen van 50 tot en met 69 jaar ertoe aan om elke twee jaar een screeningsmammografie te laten nemen. Een screeningsmammografie kan afwijkingen in je borsten vroegtijdig opsporen, lang voordat je er zelf iets van merkt. In juni 2013 startte de Vlaamse overheid ook met een Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Het onderzoek spoort alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar ertoe aan om elke drie jaar een uitstrijkje te laten nemen. In oktober 2013 startte de Vlaamse overheid ook nog met een Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. Het onderzoek spoort alle mannen en vrouwen van 55 tot en met 74 jaar ertoe aan om elke twee jaar een stoelgangtest te doen.

Met de hiernavolgende cijfergegevens willen een beeld verkrijgen van het effect van de preventieve aanpak. Meer nog dan het totaal aantal screenings op kanker zijn we geïnteresseerd in de respons die bekomen wordt n.a.v. uitnodigingen tot preventieve kankerscreenings. Echter wat betreft de screenings voor baarmoederhalskanker is deze opdeling tussen screenings via het bevolkingsonderzoek en andere screenings (nog) niet mogelijk. Bij borstkanker rapporteren we daarom de dekkingsgraad binnen het bevolkingsonderzoek (berekend over periode van twee jaren) en bij baarmoederhalskanker rapporteren we de dekkingsgraad (al dan niet binnen het bevolkingsonderzoek en berekend over een periode van drie jaren). Op advies van het Centrum voor Kankeropsporing vzw rapporteren we voor de dikkedarmkankerscreening niet de zgn. dekkingsgraad maar de responsgraad, d.i. het aandeel van de in het betreffende jaar uitgenodigde doelgroeppersonen dat tijdens het betreffende jaar heeft deelgenomen aan een screening.

Voor cijfers inzake screenings naar kanker buiten de bevolkingsonderzoeken verwijzen we graag naar de website van CVKO (Centrum voor Kankeropsporing), waar ook de totale dekkingsgraad – berekend op het aantal personen in de specifieke doelgroepen - bij de drie afzonderlijke kankersoorten wordt weergegeven.

7.1.5.2.1 *Screening borstkanker*

Zoals reeds aangestipt in deze monitor is borstkanker het meest voorkomende type kanker bij vrouwen. Om deze vorm van kanker te voorkomen is een goede screening nodig. De meest effectieve screening is een **tweejaarlijkse mammografie bij vrouwen van 50 tot 70 jaar**. De organisatie van deze screenings wordt opgenomen door de Vlaamse overheid (zgn. 'bevolkingsonderzoek'). De rekrutering van de vrouwen voor een onderzoek gebeurt door een doorverwijzing van de huisarts (spoor 1) of door een uitnodiging via een regionaal screeningscentrum (spoor 2). De gegevens die we voorstellen zijn afkomstig van het Centrum voor Borstkankeropsporing. Naast dit officieel screeningscircuit (bevolkingsonderzoek) zijn er nog andere mogelijkheden om een mammografie te laten uitvoeren. Het zogenaamde diagnostische spoor, dat verwijst naar patiënten die zijn doorverwezen door de huisarts naar het ziekenhuis voor een diagnostisch onderzoek. Een dergelijk diagnostisch onderzoek houdt meer in dan een mammografie. Deze vrouwen zijn dus niet mee opgenomen in de cijfers.

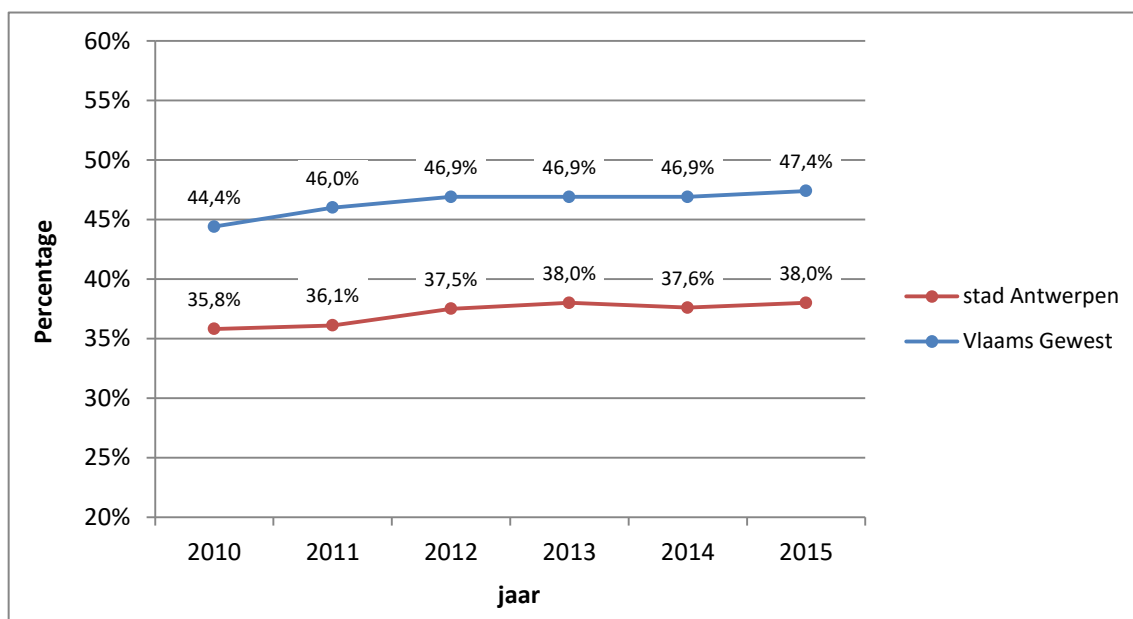
Alle onderstaande cijfers verwijzen dus naar het aandeel vrouwen in de doelgroepleeftijd (dekkingsgraad) die gescreend werden voor borstkanker via het bevolkingsonderzoek tijdens het betreffende of voorafgaande jaar.

De merkbaar gunstige evolutie van de dekkingsgraad tussen 2010 en 2015 bij Antwerpse vrouwen – een evolutie van 35,8% naar 38% - zien we ook bij Vlaamse vrouwen (van 44,4% naar 47,4%). Maar bij de Vlaamse vrouwen is de dekkingsgraad elk jaar wel minstens 9 procentpunten groter. In de districten Bezali en Ekeren blijkt de dekkingsgraad het grootst. Hier nam in 2014 en 2015 de helft van de doelgroepvrouwen deel aan het



bevolkingsonderzoek. In het district Wilrijk, Antwerpen Linkeroever en de postzones 2018 en 2020 van het district Antwerpen nam in dezelfde periode ongeveer slechts 1 op 3 van de doelgroepvrouwen deel. Uit grafiek 43 blijkt dat de relatief gunstige score voor de districten Bezali en Ekeren zich ook al manifesteerde tijdens de voorgaande jaren. Antwerpen Linkeroever en de districten Borgerhout, Deurne en Wilrijk vertonen een duidelijk stijgende curve tijdens de voorgestelde periode. We hebben de dekkingsgraad ook uitgesplitst naar vier leeftijdsgroepen. Het aandeel participerende vrouwen in de jongste leeftijdsgroep (50 tot 54 jaar) en de oudste leeftijdsgroep (65 tot 69 jaar) is elk jaar lager dan bij de middelste leeftijdsgroepen, hoewel we doorgaans een stijgende curve vaststellen bij alle leeftijdsgroepen tijdens de voorgestelde periode.

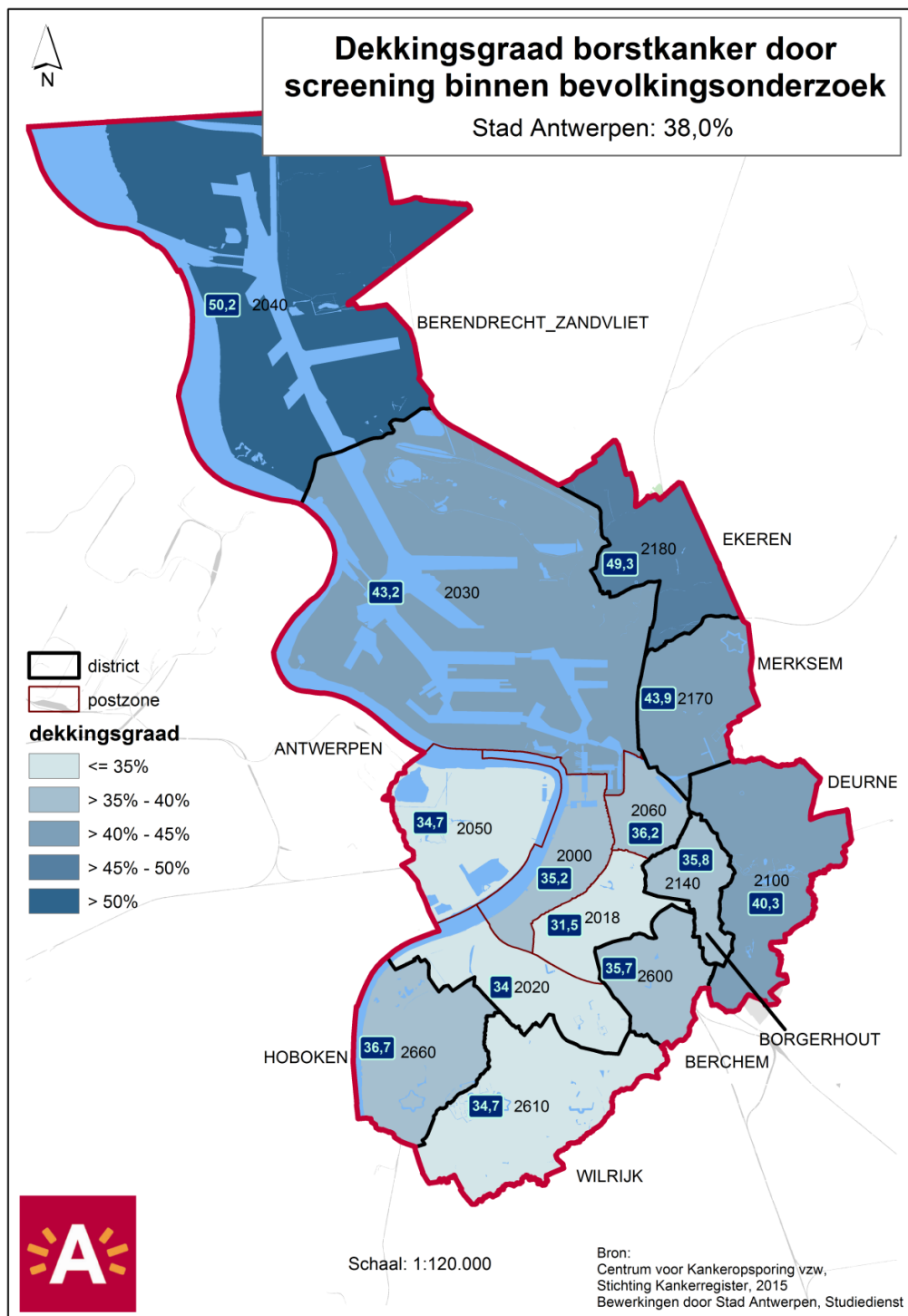
Grafiek 42 Evolutie dekkingsgraad borstkankerscreening door bevolkingsonderzoek in stad Antwerpen en Vlaanderen



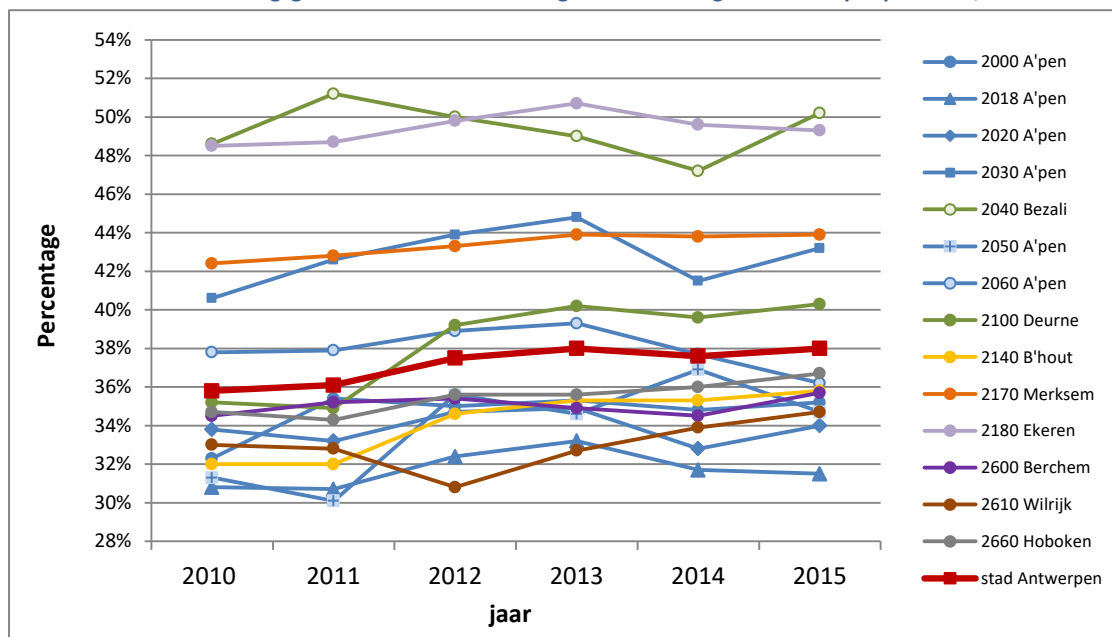
Bron: Centrum voor Kankeropsporing vzw, Stichting Kankerregister, 2015
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Figuur 4 Dekkingsgraad bij borstkankerscreening binnen bevolkingsonderzoek per postzone/district

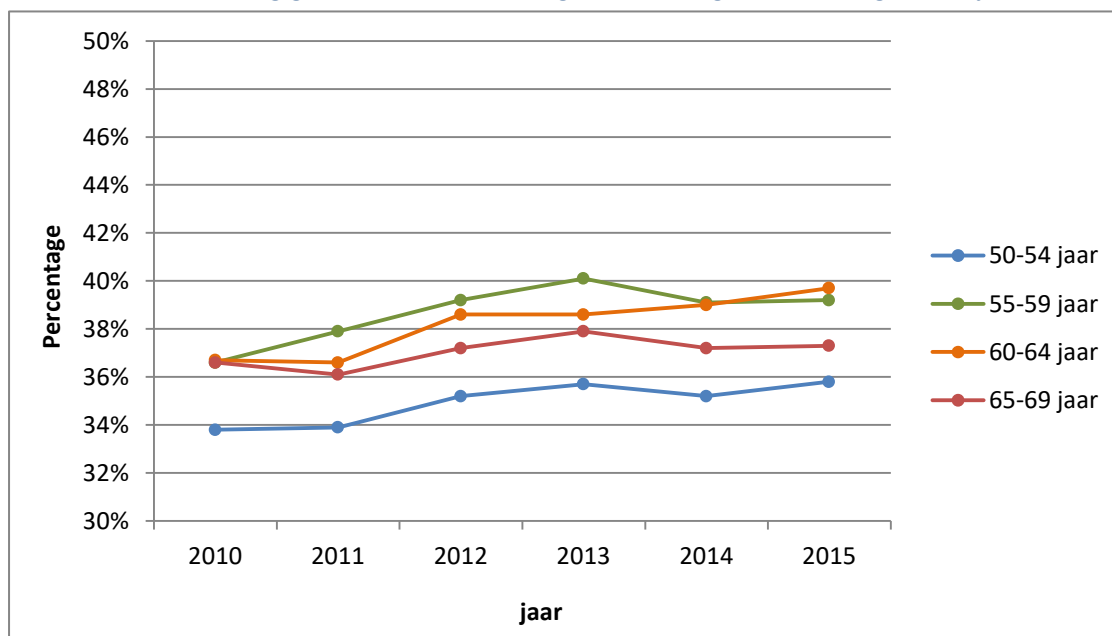


Grafiek 43 Evolutie dekkingsgraad borstkankerscreening door bevolkingsonderzoek per postzone/district



Bron: Centrum voor Kankeropsporing vzw, Stichting Kankerregister, 2015
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 44 Evolutie dekkingsgraad borstkankerscreening door bevolkingsonderzoek volgens leeftijd



Bron: Centrum voor Kankeropsporing vzw, Stichting Kankerregister, 2015
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



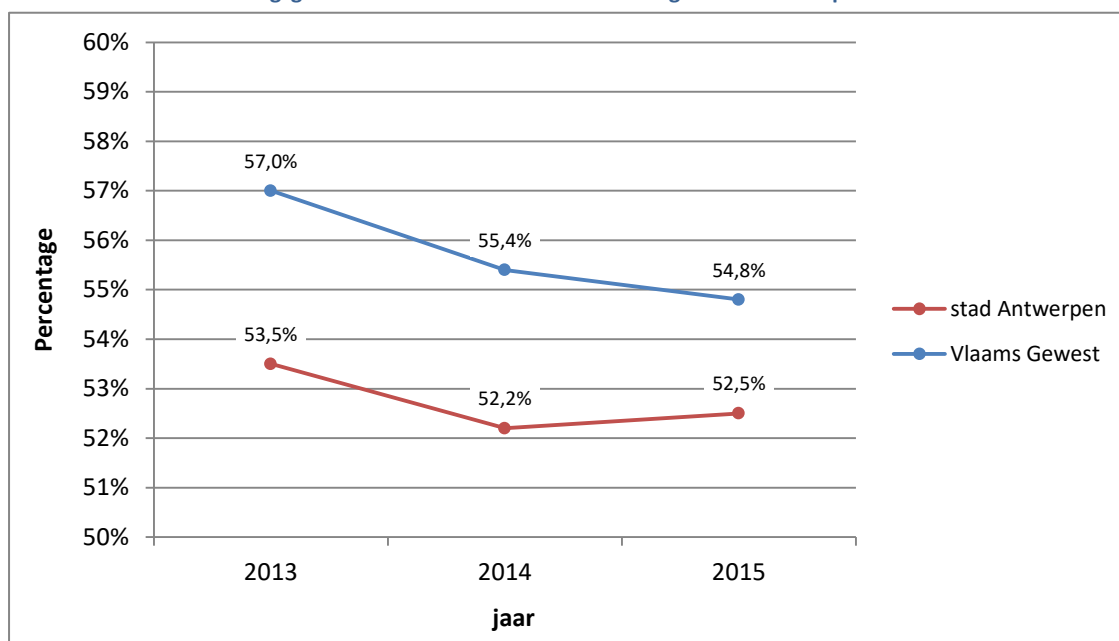
7.1.5.2.2 Screening baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker is het zesde meest voorkomende type kanker bij Antwerpse vrouwen, wanneer de incidentie van deze kankervorm gestandaardiseerd wordt volgens leeftijd. Ook voor deze vorm van kanker organiseert de Vlaamse overheid screenings, voor de doelgroep van vrouwen tussen 25 en 65 jaar. Omdat er nog geen afzonderlijke registratie gebeurt van uitstrijkjes n.a.v. een uitnodiging tot screening (bevolkingsonderzoek) en uitstrijkjes via een ander circuit, is het niet mogelijk om de exacte deelnamegraad bij screening binnen de bevolkingsonderzoeken weer te geven.

Alle onderstaande cijfers verwijzen naar het aandeel vrouwen in de doelgroepleeftijd (dekkingsgraad) die gescreend werden voor baarmoederhalskanker (uitstrijkje laten nemen) - al dan niet via het bevolkingsonderzoek - tijdens het betreffende of de twee voorafgaande jaren.

Om de evolutiecurve in onderstaande grafiek te interpreteren is de bestaansduur van de bevolkingsonderzoeken nog wat te kort. Zowel in **Antwerpen (52,5%)** als in **Vlaanderen (54,8%)** liet meer dan de helft van de doelgroepvrouwen tijdens de afgelopen drie jaren minstens eenmaal een uitstrijkje nemen. **Alleen in Antwerpen Noord (postzone 2060) liet minder dan de helft van de doelgroepvrouwen een uitstrijkje nemen tijdens de afgelopen 3 jaren.** We hebben de dekkingsgraad ook uitgesplitst naar acht leeftijdsgroepen. Het resultaat ervan wordt weergegeven in de laatset grafiek van deze paragraaf.

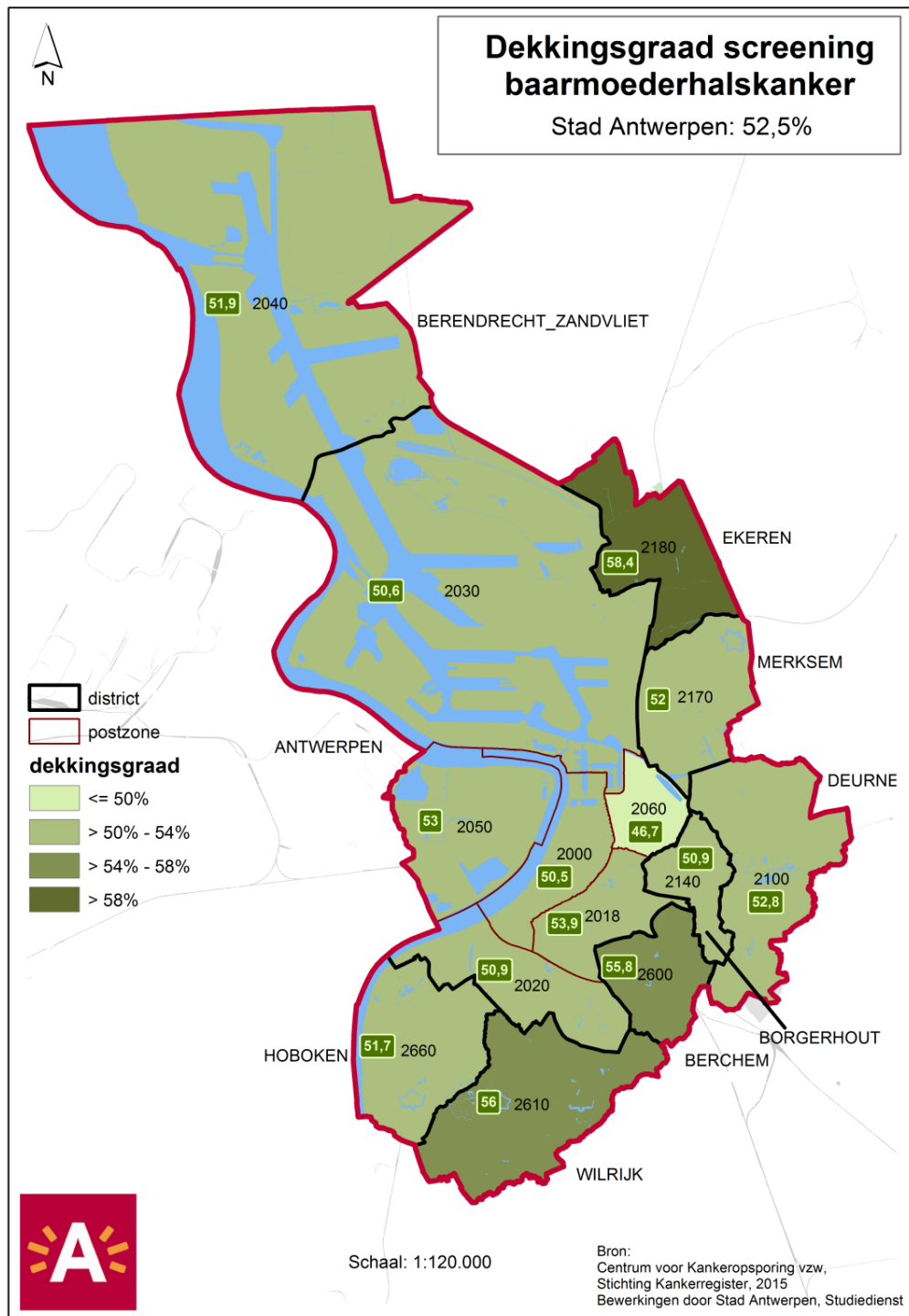
Grafiek 45 Evolutie dekkingsgraad baarmoederhalskankerscreening in stad Antwerpen en Vlaanderen



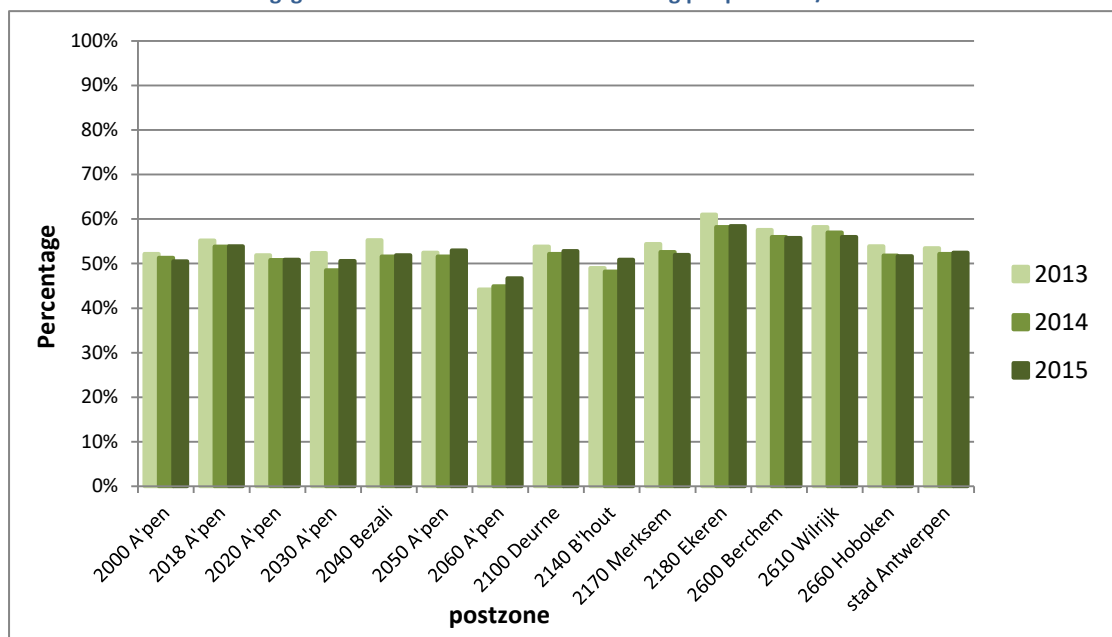
Bron: Centrum voor Kankeropsporing vzw, Stichting Kankerregister, 2015
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Figuur 5 Dekkingsgraad bij baarmoederhalskankerscreening per postzone/district

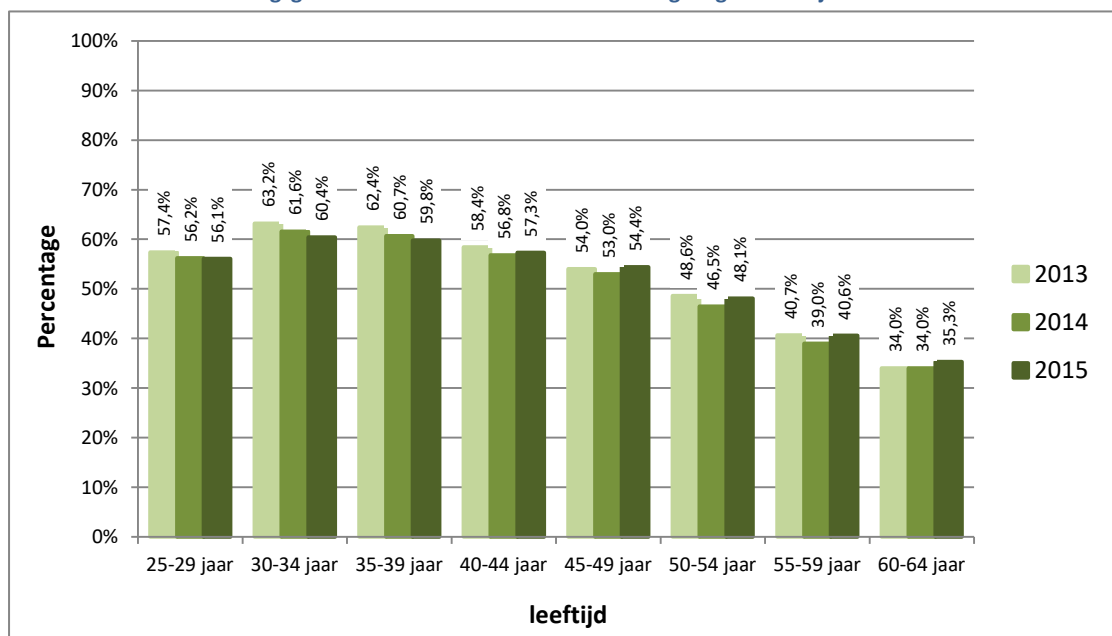


Grafiek 46 Evolutie dekkingsgraad baarmoederhalskankerscreening per postzone/district



Bron: Centrum voor Kankeropsporing vzw, Stichting Kankerregister, 2015
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 47 Evolutie dekkingsgraad baarmoederhalskankerscreening volgens leeftijd



Bron: Centrum voor Kankeropsporing vzw, Stichting Kankerregister, 2015
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



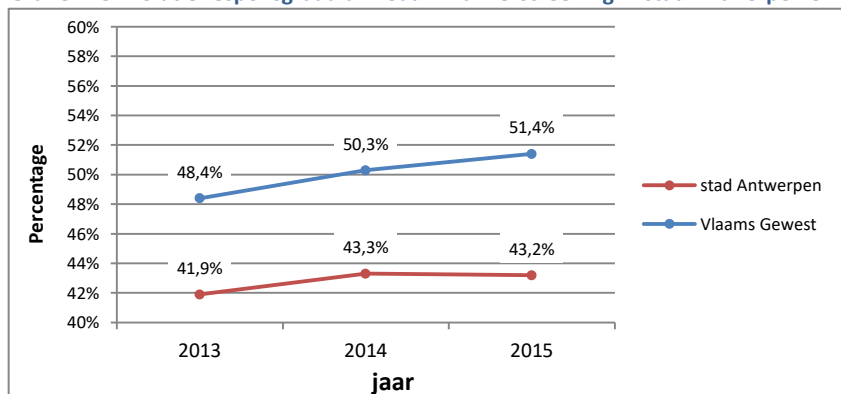
7.1.5.2.3 Screening dikkedarmkanker

Dikkedarmkanker blijkt in de gehele periode van 2000 tot 2014 het derde meest voorkomende type kanker bij Antwerpse mannen en het tweede meest voorkomende type kanker bij Antwerpse vrouwen. Het jaarlijks aantal nieuw geregistreerde gevallen van deze kanker blijft – zowel bij de mannen (tussen 60 en 75 gevallen/100.000 inw.) als bij de vrouwen (tussen 45 en 50 gevallen/100.000 inw.) – min of meer stabiel en kent dus vooralsnog geen gelijkaardige hoopgevende geleidelijke afname zoals betreft de incidentie van prostaat- en longkanker bij de mannen en borstkanker bij de vrouwen. Ook voor dikkedarmkanker organiseert de Vlaamse overheid screenings, voor de doelgroep van personen tussen 56 en 75 jaar.

Alle onderstaande cijfers verwijzen naar het aandeel personen in de doelgroeleeftijd die gescreend werden voor dikkedarmkanker via bevolkingsonderzoek tijdens het jaar waarin ze hiertoe werden uitgenodigd (responsgraad).

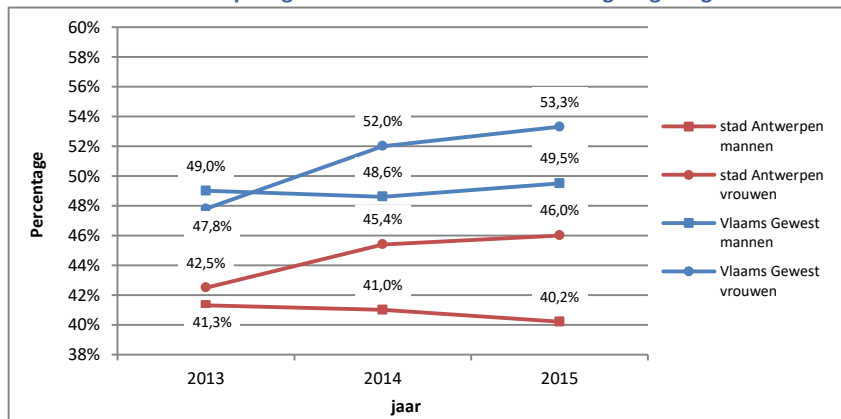
Om de evolutiecurve in de twee onderstaande grafieken te interpreteren is de bestaansduur van de bevolkingsonderzoeken nog wat te kort. **In Vlaanderen (51,4% in 2015) liet sinds 2014 meer dan de helft van de doelgroeppersonen zich screenen op dikkedarmkanker n.a.v. uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek. Bij Antwerpenaren ligt dit aandeel duidelijk lager (43,2% in 2015).** Bij de Antwerpse mannen is de responsgraad slechts ca. 40% in 2015. **Met een responsgraad van amper 33% scoren de postzones 2018 en 2060 van het district Antwerpen duidelijk slechter dan het Antwerpse gemiddelde.**

Grafiek 48 Evolutie responsgraad dikkedarmkankerscreening in stad Antwerpen en Vlaanderen



Bron: Centrum voor Kankeropsporing vzw, Stichting Kankerregister, 2015

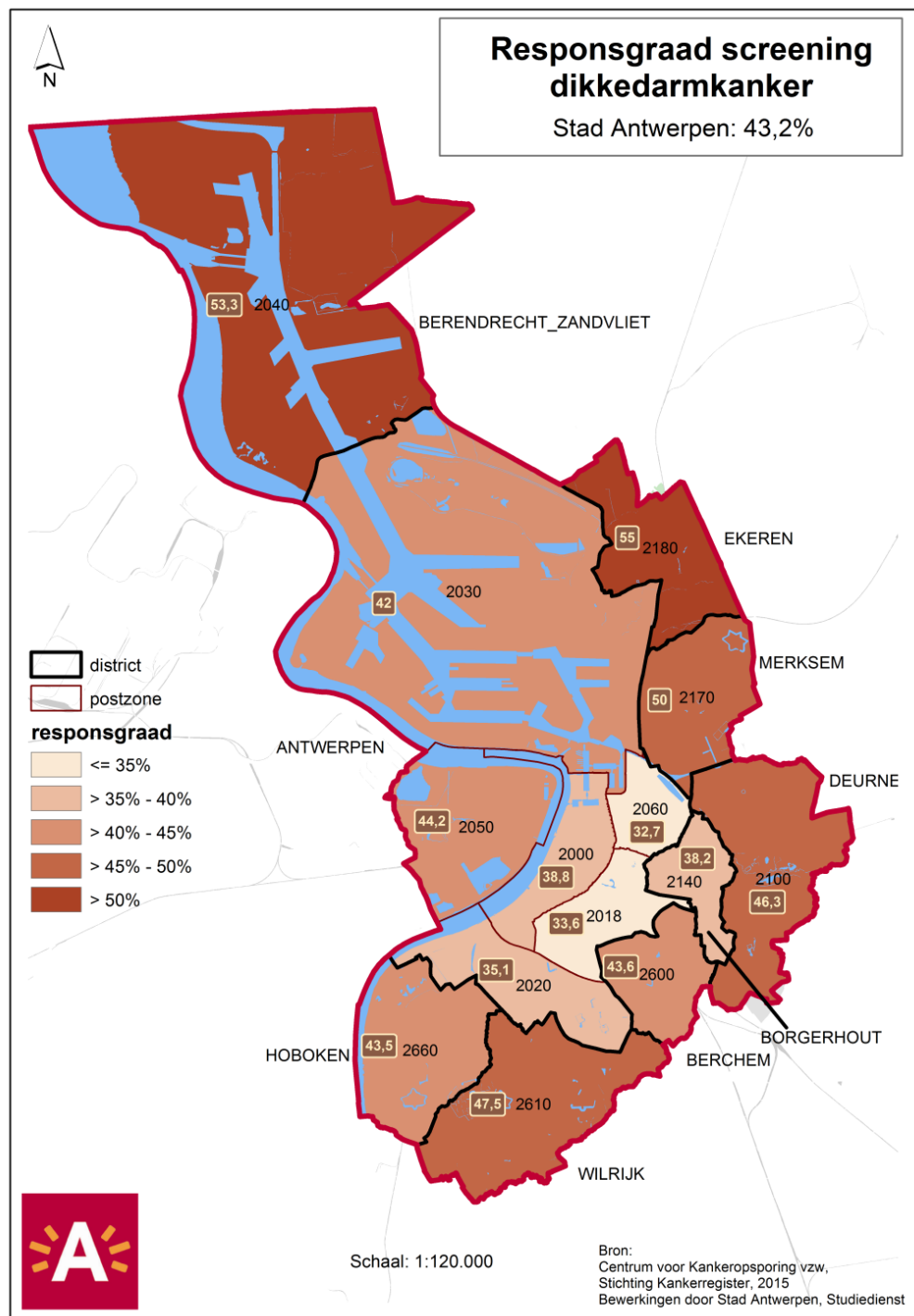
Grafiek 49 Evolutie responsgraad dikkedarmkankerscreening volgens geslacht in stad Antwerpen en Vlaanderen



Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

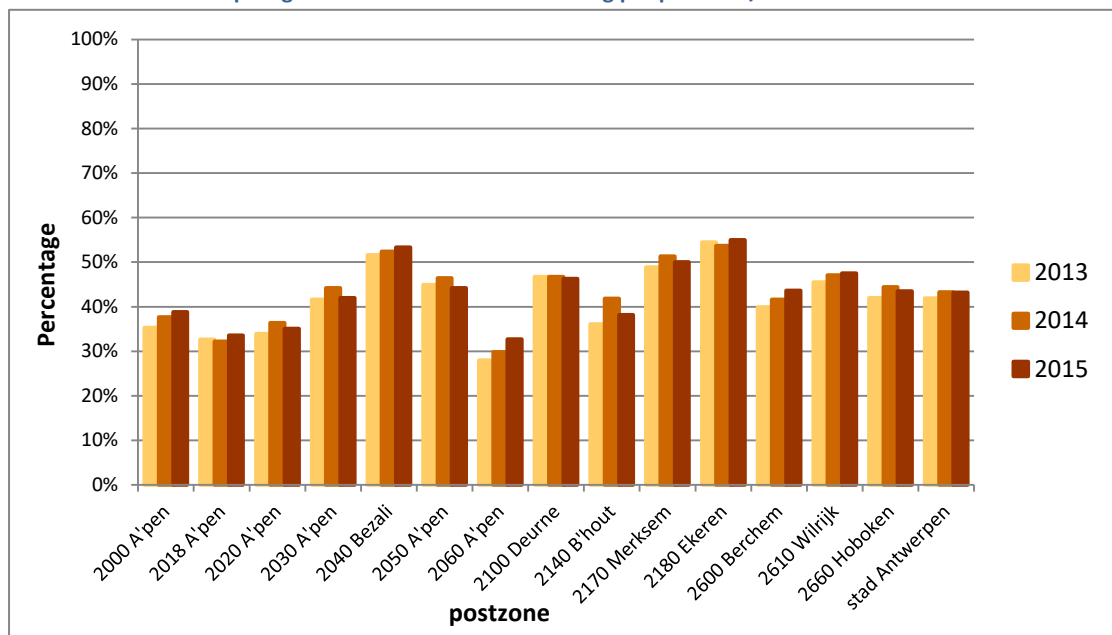


Figuur 6 Responsgraad bij dikkedarmkankerscreening per postzone/district





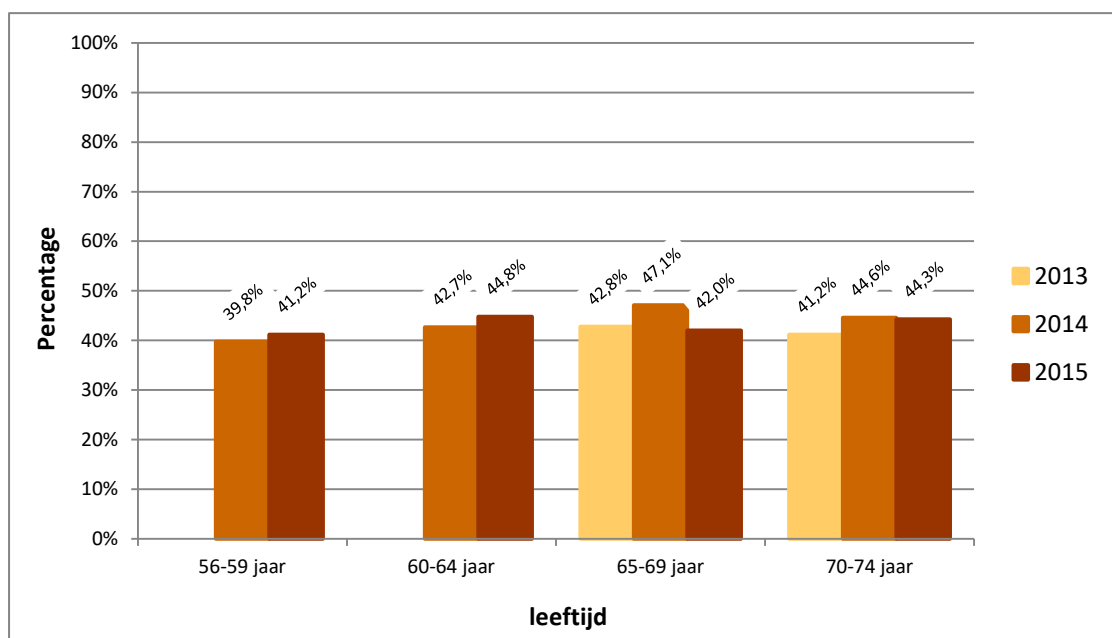
Grafiek 50 Evolutie responsgraad dikkedarmkankerscreening per postzone/district



Bron: Centrum voor Kankeropsporing vzw, Stichting Kankerregister, 2015

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 51 Evolutie responsgraad dikkedarmkankerscreening volgens leeftijd



Bron: Centrum voor Kankeropsporing vzw, Stichting Kankerregister, 2015

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.2 Kennis van gezondheidszorg

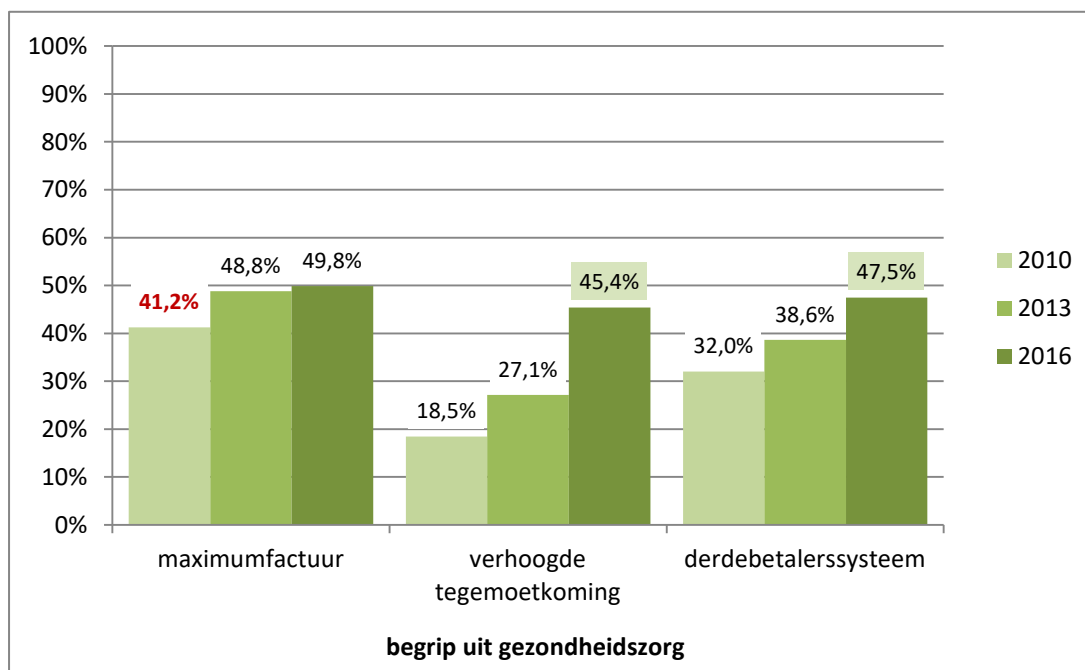
In dit deel is het de bedoeling om na te gaan – in zeer beperkte mate evenwel – in hoeverre de gezondheidszorg gekend is. In de Antwerpse gezondheidsenquête werd er gevraagd naar de kennis van enkele begrippen uit de gezondheidszorg. In eerste instantie gaat het om stelsels/statuten die voordelen bieden (in het financiële aspect van de gezondheidszorg) aan lage-inkomensgezinnen en personen die ten gevolge van een andere hoedanigheid rechtgebend zijn op bepaalde statuten.

In de Antwerpse gezondheidsenquête werd er in het bijzonder ook gevraagd naar de kennis over het aanbod van hulpverlening inzake seksuele problematieken.

7.2.1 Begrippen gezondheidszorg

In de vragenlijst van de gezondheidsenquête werd er gepeild naar de kennis van drie begrippen uit de gezondheidszorg. Hieronder geven we de evolutie weer van de resultaten ten opzichte van 2010 en 2013. Voor alle begrippen geldt dat het aantal mensen dat ze kent is toegenomen. **De maximumfactuur blijkt het best gekend te zijn (1 op 2). Het derdebetalerssysteem en de verhoogde tegemoetkoming zijn gekend door iets minder dan de helft** van de respondenten. Bij beide betekent dit een substantiële toename van het aandeel respondenten dat de begrippen kent.

Grafiek 52 Aandeel respondenten volgens kennis van maximumfactuur, omnio-statut en derdebetalerssysteem, per surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Een groter aandeel van de vrouwelijke respondenten is geïnformeerd over de verhoogde tegemoetkoming en het derdebetalerssysteem. Jongere mensen, alsook 75-plussers, blijken significant minder vaak geen kennis te hebben van bepaalde gezondheidszorgbegrippen. Slechts 26% van de jongste leeftijdsgroep kent de maximumfactuur en de verhoogde tegemoetkoming en 32% van hen kent het derdebetalerssysteem. **Hoogopgeleiden kennen significant vaker de begrippen verhoogde tegemoetkoming en derdebetalerssysteem. Van de respondenten met hoogstens een diploma lager onderwijs kent maar ruim 37% het derdebetalerssysteem.** Respondenten van West- en Zuid-Europese herkomst hebben vaker dan gemiddeld geen kennis van de maximumfactuur en de verhoogde tegemoetkoming, terwijl Noord-Afrikaanse en West-Aziatische respondenten net wel vaker kennis hebben van de verhoogde tegemoetkoming (meer dan 50%).

Tabel 13 Aandeel respondenten met kennis van drie begrippen uit gezondheidszorg volgens achtergrondkenmerken

categorie respondent	maximumfactuur	verhoogde tegemoetkoming	3e-betalerssysteem
geslacht (n= 1.905)			
man	48,2%	40,6%	43,4%
vrouw	51,4%	49,6%	51,0%
leeftijd (n= 1.894)			
16-24j	25,7%	25,3%	32,4%
25-34j	41,7%	44,2%	43,6%
35-44j	51,5%	49,2%	49,6%
45-54j	54,2%	47,5%	48,5%
55-64j	54,1%	51,2%	56,5%
65-74j	57,9%	52,5%	53,0%
75+	54,7%	38,4%	40,6%
socio-economische status (n= 1.502)			
lage ses	45,3%	50,4%	48,1%
geen lage ses	52,8%	45,2%	50,0%
opleidingsniveau (n= 1.855)			
geen diploma	40,0%	36,9%	36,4%
lager onderwijs	43,0%	43,9%	37,1%
lager secundair	49,2%	44,5%	47,8%
hoger secundair	47,2%	40,4%	42,6%
hoger onderwijs / universiteit	54,8%	51,3%	56,3%
etnische herkomst (n= 1.831)			
autochtoon	52,7%	46,5%	48,9%
West- en Zuid-Europa	38,7%	32,1%	40,0%
Oost-Europa	47,7%	38,1%	45,2%
Noord-Afrika en West-Azië	43,1%	52,8%	51,0%
ander niet-Europa	30,7%	36,5%	36,1%

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

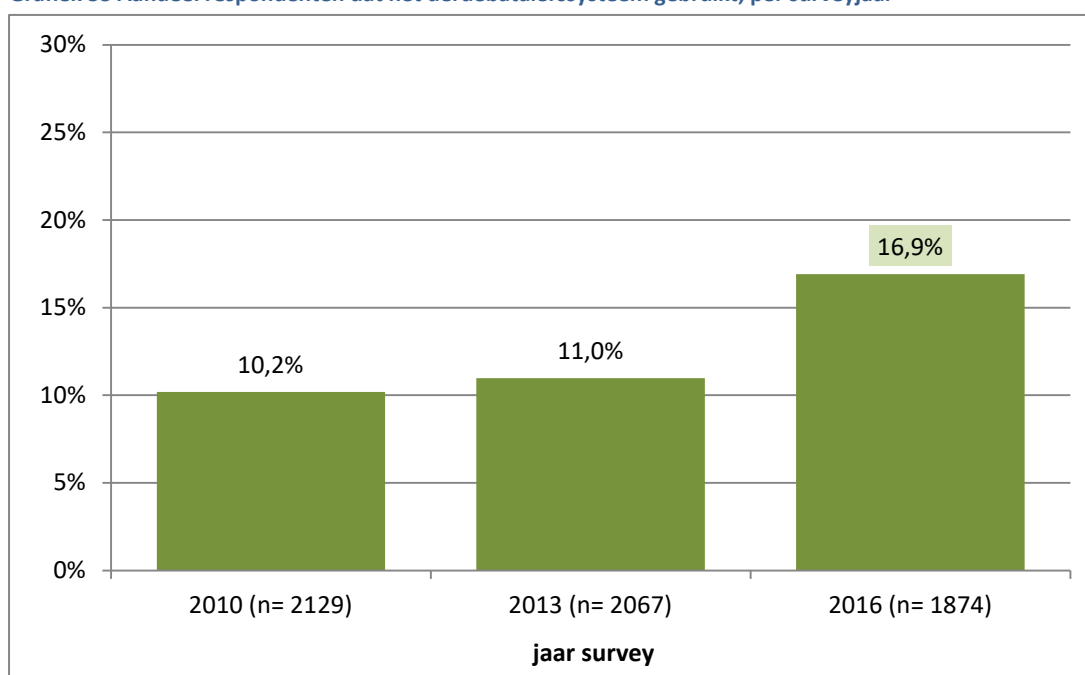
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.2.2 Gebruik van derdebetalerssysteem

17% van de respondenten zegt gebruik te maken van het derdebetalerssysteem. Dit is een gevoelige toename ten opzichte van 2013. Het is opmerkelijk dat ook maar 25% van de respondenten met een lage socio-economische status het derdebetalerssysteem gebruikt en dat slechts 7 op 10 van degenen die het systeem kennen ook gebruiken. **Een mogelijke verklaring voor de aanzienlijke toename van het aantal gebruikers van het derdebetalerssysteem is dat sinds 1 oktober 2015 moet een huisarts bij zijn raadplegingen de derdebetalersregeling toepassen voor zijn patiënten die van de verhoogde tegemoetkoming genieten.**

Grafiek 53 Aandeel respondenten dat het derdebetalerssysteem gebruikt, per surveyjaar



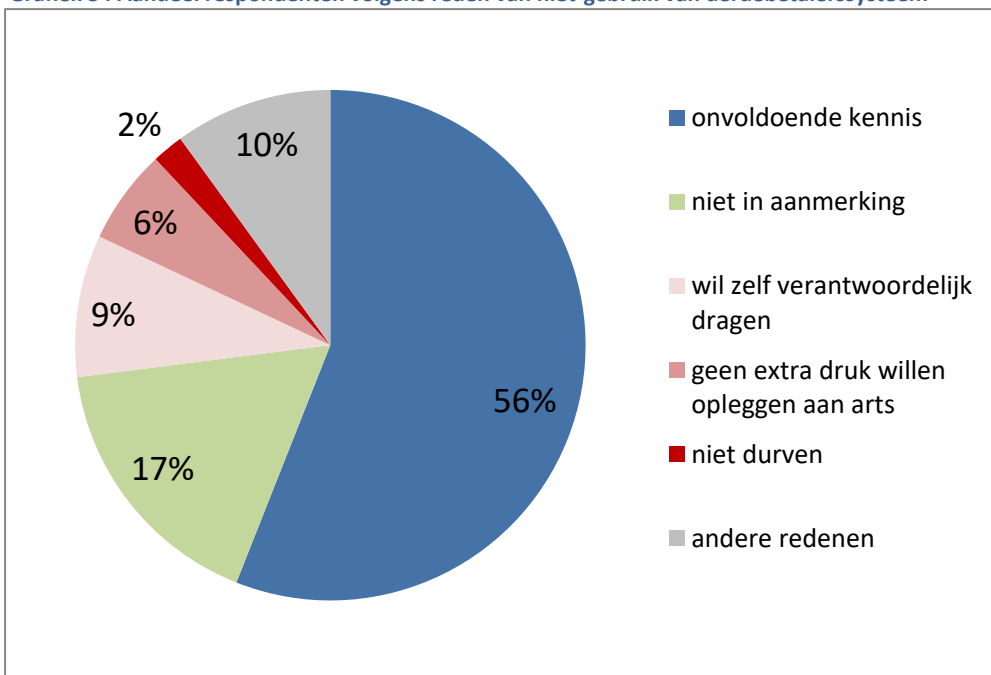
Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2010, 2013 & 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Er werd in de Antwerpse gezondheidsenquête niet gevraagd naar de reden waarom men het derdebetalerssysteem niet gebruikt en er werd ook niet gevraagd of men al dan niet rechthebbende is op basis van het statuut van verhoogde tegemoetkoming. Ingeval men rechthebbende is en de derdebetalersregeling kent spelen er mogelijk nog andere redenen om er geen gebruik van te maken. Resultaten van het Europese Qualicopc-onderzoek geven ons alleszins een idee van mogelijke redenen die hierbij een rol kunnen spelen. Meer dan helft van de Belgische niet-gebruikers zegt over onvoldoende kennis over het systeem te beschikken om zijn eventuele rechten te doen gelden. Een groot deel van hen zou bij voldoende kennis over de financiële voorwaarden zichzelf mogelijk bij de 17% van de ondervraagden aansluiten die als reden 'niet in aanmerking' hebben vermeld. Nog eens 17% van de respondenten die het systeem niet gebruiken heeft een andere reden voor dit niet-gebruik: 9% wil zelf verantwoordelijk dragen, 6% wil geen extra druk opleggen aan de zorgverlener en 2% durft gewoon niet te vragen om het systeem toe te passen. Maar met de invoering van de verplichte toepassing van het systeem door de huisartsen bij de rechthebbenden ervan zou het niet-gebruik sterk moeten afnemen.



Grafiek 54 Aandeel respondenten volgens reden van niet-gebruik van derdebetalerssysteem



Bron: Qualicopc Study, 2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.2.3 Kennis seksuele gezondheidszorgaanbod

Een belangrijke hefboom om tot de juiste gezondheidszorg te bekomen is een minimale kennis van de sector. In de Antwerpse gezondheidsenquête werd gepeild naar de kennis van het gezondheidszorgaanbod, maar dan slechts specifiek over de seksuele hupverlening. Vandaar dat we in dit deel over de kennis van het aanbod ons uitsluitend focussen op de kennis van het seksuele gezondheidszorgaanbod. Van alle respondenten gaf meer dan 16% geen antwoord op deze vraag. **6 op 10 van de respondenten zegt te weten waar men terecht kan als men vragen heeft over seksualiteit, ongewenste zwangerschap, soa's of andere seksueel gerelateerde vragen. Wanneer we alleen rekening houden met de valide antwoorden, dan bedraagt dit aandeel iets meer dan 7 op 10.** We merken geen noemenswaardig verschil ten opzichte van de resultaten van 2013.

Tabel 14 Aandeel respondenten volgens kennis van het aanbod seksuele gezondheidszorg

Weet je bij welke instantie je terecht kan als je vragen hebt over seksualiteit, ongewenste zwangerschap, seksueel overdraagbare aandoeningen (zoals AIDS,...)?	aantal	aandeel	valide aandeel
Ja	1.265	60,1%	71,4%
Nee	506	24,0%	28,6%
totaal	1.711	64,0%	100,0%
geen antwoord	333	15,8%	
n=	2.104	100,0%	

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

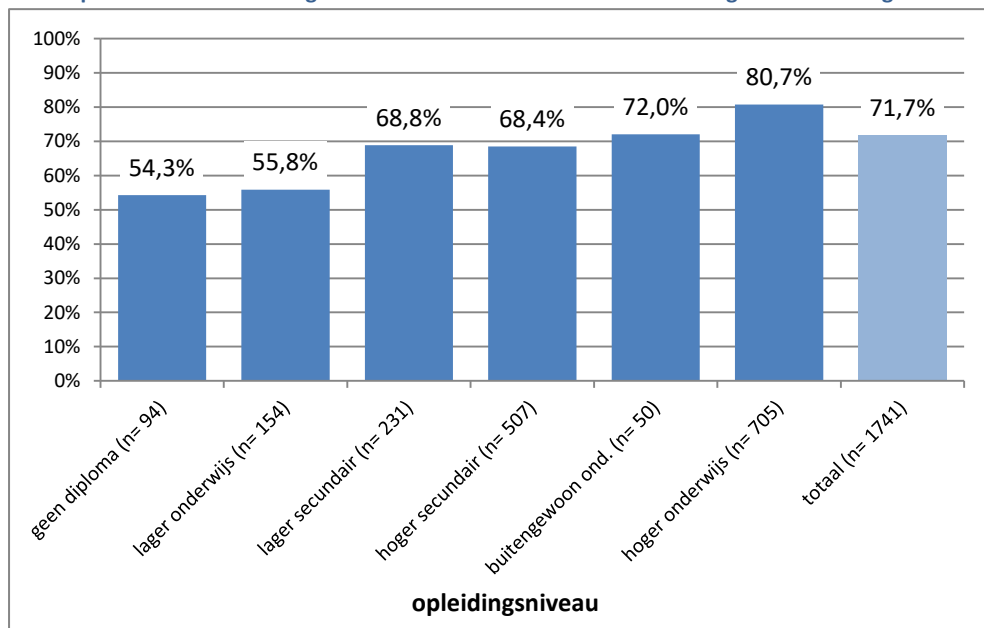
De hiernavolgende percentages refereren telkens alleen aan de respondenten die de vraag hebben beantwoord en moeten bijgevolg gerelateerd worden aan de percentages uit de laatste kolom van bovenstaande tabel.

We stellen een significant verschil vast tussen mannen (67%) en vrouwen (76%) in het aandeel respondenten dat hierover geïnformeerd is. Respondenten van sommige vreemde herkomstgroepen weten minder vaak waar ze voor vragen m.b.t. over seksualiteit e.d. terecht kunnen. Amper 60% van de niet-Europese allochtonen heeft hierover kennis. Ook slechts 60% van de respondenten meet een lage socio-economische status weet bij welke instantie men hiervoor terecht kan (t.o.v. 75% bij de overige respondenten).

De grootste verschillen inzake kennis over het seksuele gezondheidszorgaanbod bestaan er tussen de respondenten van verschillende opleidingsniveaus. Terwijl 81% van de hoogopgeleiden weet waar men terecht kan met vragen over seksualiteit e.d., bedraagt dit aandeel bij de respondenten met een diploma hoger of lager secundair onderwijs bijna 70% en bij de respondenten met hoogstens een diploma lager onderwijs ca. 55%.



Grafiek 55 Aandeel respondenten volgens kennis van het aanbod seksuele gezondheidszorg volgens opleidingsniveau (selectie: alle respondenten die de vraag naar de kennis van het aanbod seksuele gezondheidszorg hebben beantwoord)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.3 Toegankelijkheid van gezondheidszorg

Een belangrijk aspect van de gezondheidszorg is de toegankelijkheid. In dit deel is het de bedoeling na te gaan in hoeverre de eerstelijnsgezondheidszorg aanwezig en toegankelijk is. Maar we besteden ook aandacht aan het aanbod van hospitalen en ziekenhuizen en voorzieningen m.b.t. geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg in stad Antwerpen. De aanwezigheid van een goed uitgebouwde zorg betekent niet noodzakelijk dat iedereen er zijn weg naartoe vindt. Om de toegankelijkheid meetbaar te maken gebruiken we opnieuw de gegevens van de Antwerpse gezondheidsenquête die peilt naar:

- het hebben van een vaste huisarts, tandarts en gynaecoloog
- het uitstellen van zorg, gedetailleerd in beeld dankzij sub-vragen naar redenen en soorten zorgvormen

Het aandeel mensen met een vaste huisarts kunnen we ook op Vlaams niveau weergeven op basis van de resultaten van de nationale gezondheidsenquête. Dit geldt ook voor zorguitstel om financiële redenen, hoewel een betrouwbare vergelijking tussen Antwerpenaren en Vlamingen omwille van de van elkaar afwijkende vraagstelling in beide enquêtes niet mogelijk is.

Toegankelijkheid zorgt voor meer en een beter gebruik van de gezondheidszorg. Dit gebruik kwam in het voorgaande deel reeds aan bod. Een goede kennis van de werking van de gezondheidszorg en het aanbod verbetert de toegang tot de juiste zorg. Die kennis kwam in het voorgaande deel reeds in beperkte mate aan bod. Cijfergegevens van het Intermutualistisch Agentschap maken een vergelijking mogelijk inzake aandeel inwoners met een globaal medisch dossier en met recht op een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering. Naast de verhoogde tegemoetkoming kunnen tegemoetkomingen voor specifieke groepen, die verhoogde uitgaven m.b.t. gezondheidszorg hebben, de financiële toegankelijkheid ook vergroten. Dit geldt bijvoorbeeld voor tegemoetkomingen voor personen met een handicap. Voor cijfergegevens hierover verwijzen we graag naar paragraaf 4.2.3 in hoofdstuk 4 van de gezondheidsmonitor.

7.3.1 Aanbod en spreiding

7.3.1.1 Eerstelijnsgezondheidszorg

Eerst brengen we de **huisartsen, apothekers en tandartsen** in beeld. We berekenen per wijk of er voldoende eerstelijnszorg aanwezig is³. Bij de berekening van het aantal huisartsen, apothekers en tandartsen per wijk rekenen we wel elke afzonderlijke praktiserende zorgverstreker mee. Een praktijk met twee praktiserende artsen bijvoorbeeld wordt twee keer geteld.

We vergelijken het actuele aanbod ook met een vooropgestelde norm. Voor de huisartsen is een norm bepaald in het kader van Impulseo-I⁴. Die stelt dat er per 1.000 inwoners 0,9 huisartsen moeten zijn. Deze norm heeft een

³ De bedrijfseenheid Stadsontwikkeling van Stad Antwerpen berekent en visualiseert ook het percentage inwoners dat binnen een toegankelijke afstand van een huisarts, tandarts en apotheker woont. Voor dergelijke kaarten verwijzen we graag naar <https://stadincijfers.antwerpen.be/databank/>.

⁴ Roy Remmen, diensthoofd Centrum Huisartsgeneeskunde en voorzitter vakgroep Eliza (Eerstelijns en Interdisciplinaire Zorg) stelt een alternatieve norm van 1.500 patiënten per huisarts voorop. De voorwaarde voor de toepassing van die norm is echter dat een ruime meerderheid van de huisartsen samenwerkt in een groep of netwerk en met hulppersoneel zoals assistent en eerstelijnsverpleegkundigen. Stilaan nemen dergelijke samenwerkingen toe, maar nog altijd is ca. 55% van de Antwerpse huisartsenpraktijken een solopraktijk. Daarom is de toepassing van deze aangepaste norm volgens hem vandaag nog niet wenselijk. Niettemin tonen we ook een figuur waarbij de tekorten per wijk volgens deze alternatieve norm werden berekend.



praktische implicatie, aangezien Impulseo een fonds is dat leningen voorziet voor jonge beginnende huisartsen. In zones met minder dan 0,9 huisartsen per 1.000 inwoners ligt het bedrag van de lening hoger dan in andere zones. Voor tandartsen hanteren we geen officieel geldende norm maar een richtcijfer van 1 tandarts per 2.500 inwoners⁵. Het KB van 25 september 1974 dat de spreiding van apotheken reguleert stelt dat er in gebieden met meer dan 30.000 inwoners ongeveer 1 apotheek per 3.000 inwoners mag zijn.

Huisartsen (Impulseo I-norm: 0,9 huisartsen per 1.000 inwoners)

Als in Antwerpen de norm Impulseo-I toegepast wordt, dan bedraagt het gewenste aantal huisartsen idealiter 470. In het voorjaar van **2017** tellen we **481 huisartsen** met een praktijk (elke huisarts die behoort tot een groepspraktijk wordt afzonderlijk geteld), met andere woorden 11 artsen meer dan de norm vooropstelt. **Per 1.000 inwoners zijn er ongeveer 0,92 artsen.** Hierbij wordt er geen rekening gehouden met het arbeidsregime (al dan niet voltijds werkend) van elke afzonderlijke huisarts.

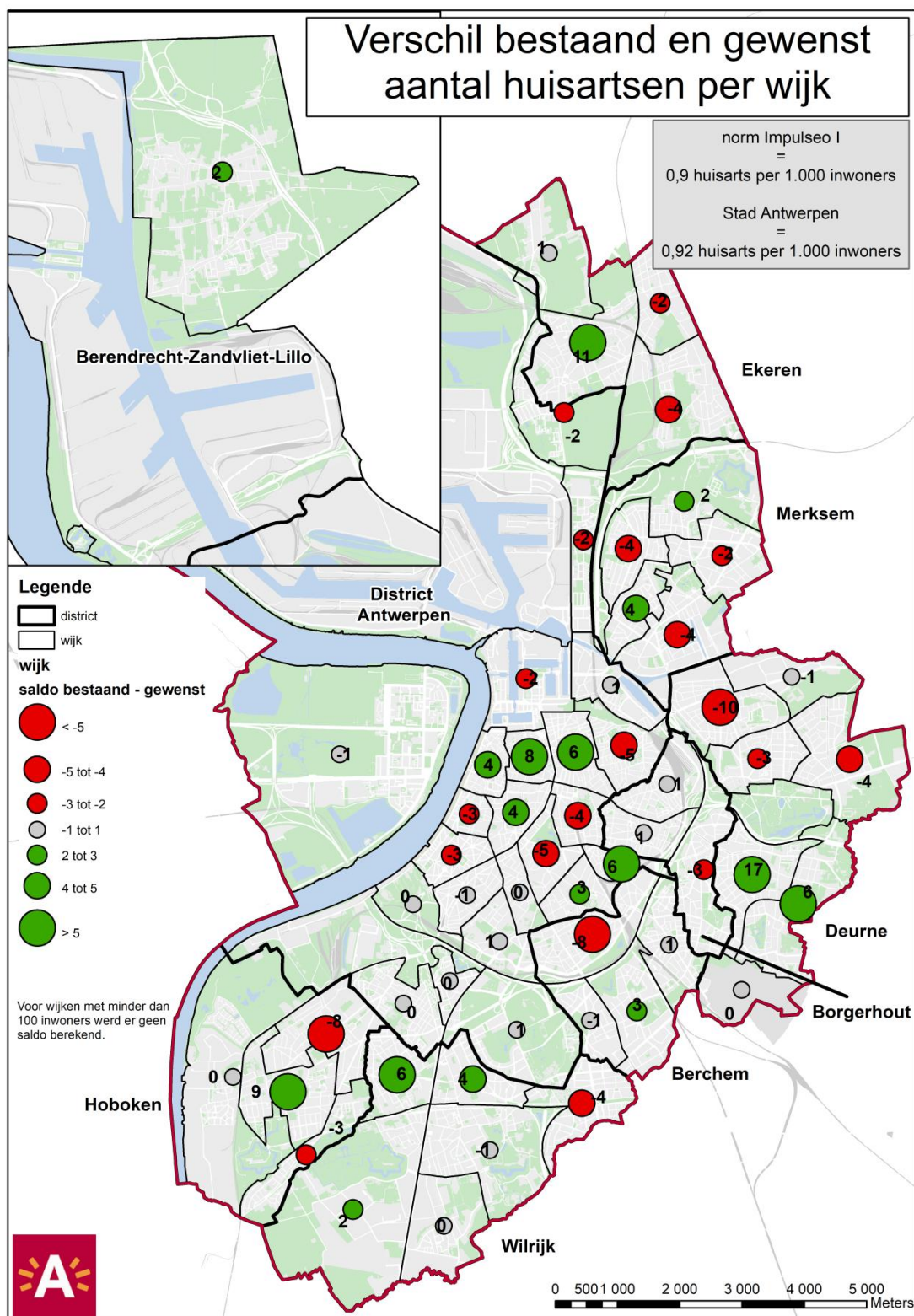
Er zijn dus globaal genomen voor stad Antwerpen voldoende praktiserende huisartsen, maar niet in alle wijken is het aantal optimaal. Nuttiger dan voor elke wijk afzonderlijk het aantal praktiserende huisartsen per 1.000 inwoners te berekenen is het om het exact aantal tekort of overschot aan huisartsen per wijk te berekenen. Er bestaan namelijk behoorlijk grote verschillen in het aantal inwoners per wijk. In een wijk waar het aantal huisartsen per inwoner klein is maar slechts weinig inwoners telt, is het aantal extra huisartsen dat nodig is ook kleiner dan in een wijk met een gelijkaardig aantal huisartsen per inwoner maar met een groot aantal inwoners. Aldus berekenden we **het exacte aantal gewenste huisartsen per wijk en vergeleken dit met het werkelijk aantal praktiserende huisartsen.** Figuur 7 toont deze oefening. **Het grootste tekort aan huisartsen tellen we in Deurne Noord (-10). De wijken Oud Berchem en Hoboken Noord hebben ook meer dan 5 huisartsen tekort.** Verder zien we dat niet alleen Deurne Noord maar de ganse Kanaalzone (ook Oud Merksem en Merksem Heide) en alle wijken in Deurne ten noorden van Rivierenhof ongunstig scoren. De aan elkaar aansluitende wijken Ekeren Mariaburg en Donk en Schoonbroek-Rozemaai en Luchtbal kennen ook een tekort. In het district Antwerpen vinden we de grootste tekorten in de wijken Stuivenberg, Centraal Station en Stadspark. In Deurne Zuid is het overaanbod het grootst.

Wanneer we rekening houden met de op pensioenstelling van huisartsen vóór het einde van 2022, dan geeft dit voor het einde van 2022 het beeld zoals voorgesteld op figuur 8. Deze figuur geeft geenszins exact de **toekomstige spreidingsrealiteit** weer⁶. Maar de figuur toont ons alleszins waar extra aanbod de komende jaren gewenst zal zijn. De bestaande tekorten in Deurne Noord, Oud Berchem en Hoboken Noord worden nog vergroot. Dit geldt ook voor de meeste andere in bovenste alinea vermelde tekortzones. Ook vestigen we de aandacht op tekorten in het district Wilrijk – met uitzondering van Valaar – de Zuidrand van het district Antwerpen en Linkeroever. Voor de binnenstad (Historisch Centrum, Theaterbuurt-Meir en Universiteitsbuurt), Deurne Zuid en Zurenborg blijkt het aanbod nog steeds meer dan toereikend.

⁵ Dit richtcijfer werd ons geadviseerd door André Mestrum, gemandateerde in RIZIV raden en adviseur voor het Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT).

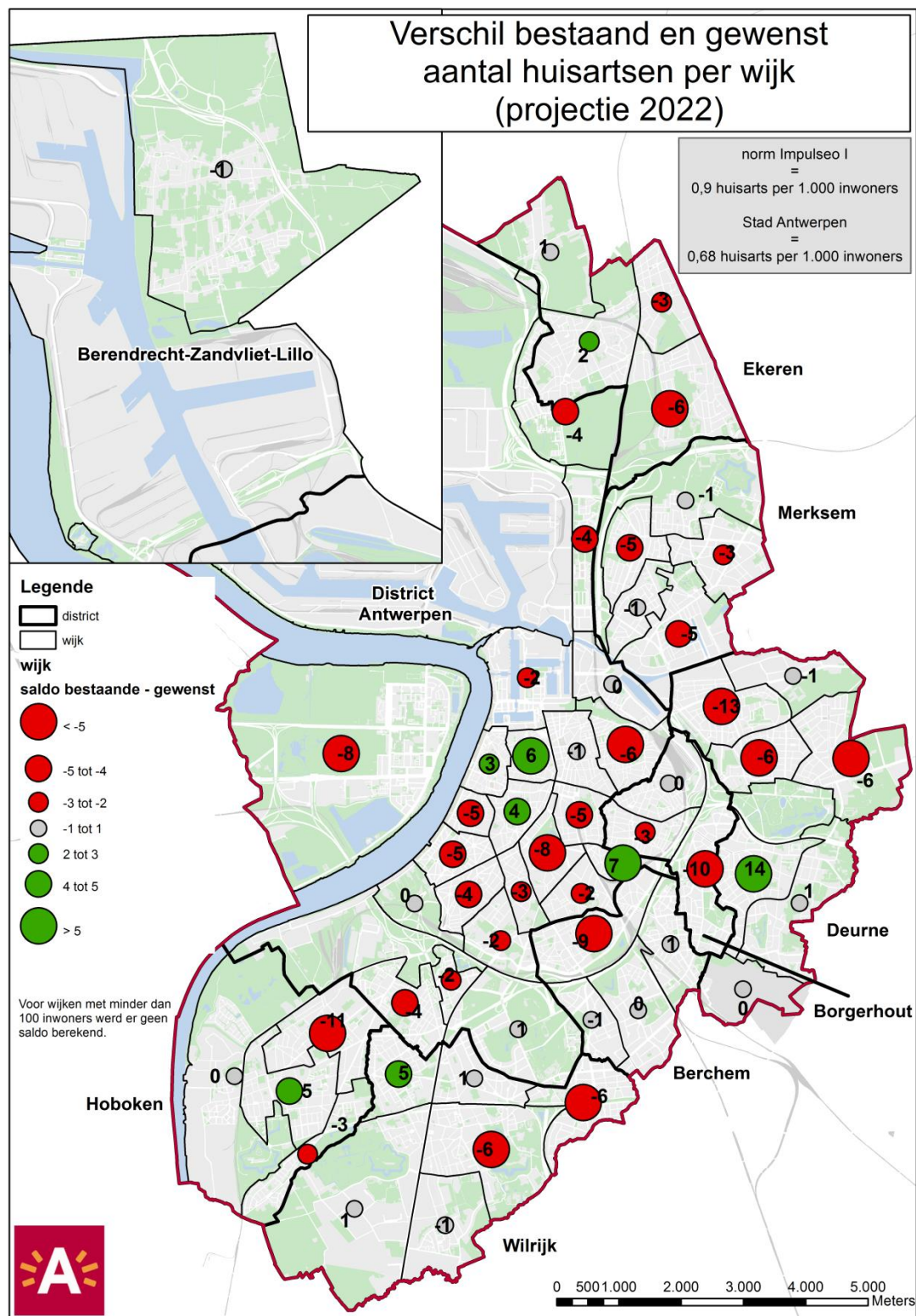
⁶ Studiedienst van stad Antwerpen beschikt via de Antwerpse huisartsenkringen ook over de leeftijd van de in Antwerpen praktiserende huisartsen. Dit laat ons toe om een virtuele toekomstige situatie te schetsen. Hierbij gaan we ervan uit dat alle huisartsen vanaf 65 jaar hun praktijk stopzetten en houden we dus geen rekening met huisartsen die eventueel tot op latere leeftijd als arts beroepsactief blijven. Het betreft uiteraard een fictieve situatie, waarbij we er gemakshalve van uitgaan dat er in de komende vijf jaar geen nieuwe huisartsen in Antwerpen een praktijk opstarten of bij een bestaande praktijk aansluiten. Bovendien werd er bij de berekening van deze toekomstige saldi per wijk vertrokken van de huidige bevolkingsaantallen.

Figuur 7 Saldo van het bestaande en het gewenste aantal huisartsen per wijk, 2017



Bron: Huisartsenkringen Antwerpen, april 2017 | Cartografie: BZ / SSO / Statistiek | mail: stadincijfers@stad.antwerpen.be | donderdag 3 augustus 2017

Figuur 8 Fictief toekomstig saldo van het bestaande en het gewenste aantal huisartsen per wijk, projectie 2022



Bron: Huisartsenkringen Antwerpen, april 2017 | Cartografie: BZ / SSO / Statistiek | mail: stadincijfers@stad.antwerpen.be | donderdag 3 augustus 2017

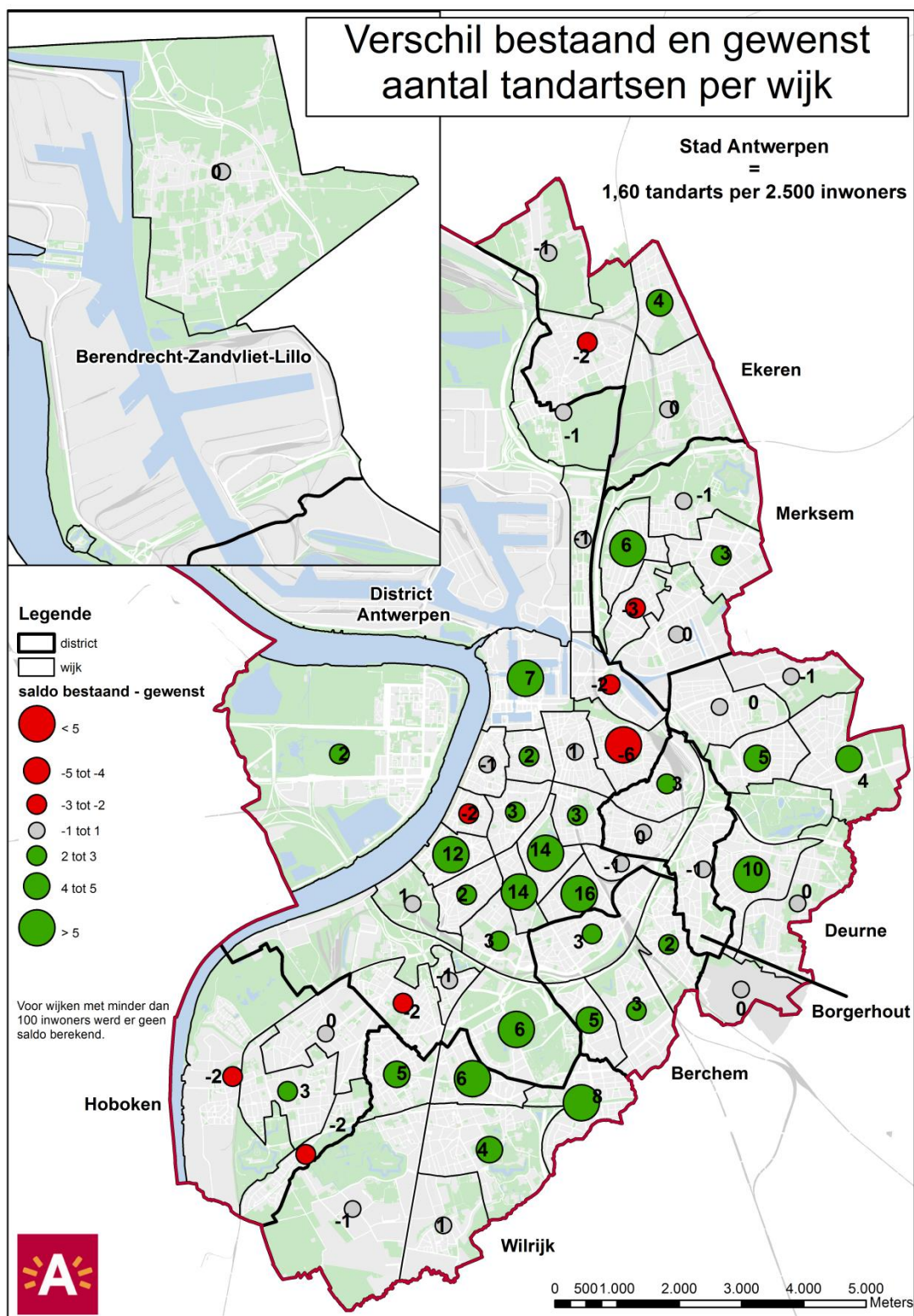


Tandartsen (richtcijfer: 1 tandarts per 2.500 inwoners)

Wat betreft het aantal tandartsen gebruiken we het richtcijfer van 1 tandarts per 2.500 inwoners. In Antwerpen zijn anno 2017 **335 tandartsen** gevestigd (een 60-tal ervan zijn groepspraktijken, waarvan de meeste praktijken twee (n= 37) of drie (n= 15) tandartsen tellen). Dit komt overeen met **1,6 tandartsen per 2.500 inwoners**. Dit betekent ook dat er ten opzichte van 2011 een 25-tal tandartsen zijn bijgekomen en het aantal groepspraktijken duidelijk is toegenomen.

Er zijn dus globaal genomen voor stad Antwerpen voldoende praktiserende tandartsen, maar niet in alle wijken is het aantal optimaal. Nuttiger dan voor elke wijk afzonderlijk het aantal praktiserende tandartsen per 2.500 inwoners te berekenen is het om het exact aantal tekort of overschot aan tandartsen per wijk te berekenen. Er bestaan namelijk behoorlijk grote verschillen in het aantal inwoners per wijk. In een wijk waar het aantal tandartsen per inwoner klein is maar slechts weinig inwoners telt, is het aantal extra tandartsen dat nodig is ook kleiner dan in een wijk met een gelijkaardig aantal tandartsen per inwoner maar met een groot aantal inwoners. Aldus berekenden we **het exacte aantal gewenste tandartsen per wijk en vergeleken dit met het werkelijk aantal praktiserende tandartsen**. Figuur 9 toont deze oefening. Globaal genomen bestaat er in het district Antwerpen een ruim overschot aan tandartsen, wanneer vergeleken met het richtcijfer van 1 tandarts per 2.500 inwoners. **In de wijk Stuivenberg** tellen we wel **6 tandartsen te weinig**. Verder zien we **enkele kleinere tekorten, m.n. in de wijken Dam, Kiel en Sint-Andries** bestaat er een tekort van minstens 2 tandartsen. Het tekort aan tandartspraktijken in **Ekeren Centrum en Nieuwdreef** wordt op districtsniveau gecompenseerd door de overschotten in de overige wijken van Ekeren en Merksem. De tekorten in **Hoboken West en Hoboken Zuidoost** worden slechts ten dele gecompenseerd door het overschot aan tandartsen in Hoboken Centrum. In de districten Wilrijk, Berchem en Deurne zijn er nagenoeg geen tekortzones. De grootste positieve saldi vinden we bij de wijken het Zuid en de wijken in de postzone 2018.

Figuur 9 Saldo van het bestaande en het gewenste aantal tandartsen per wijk, 2017



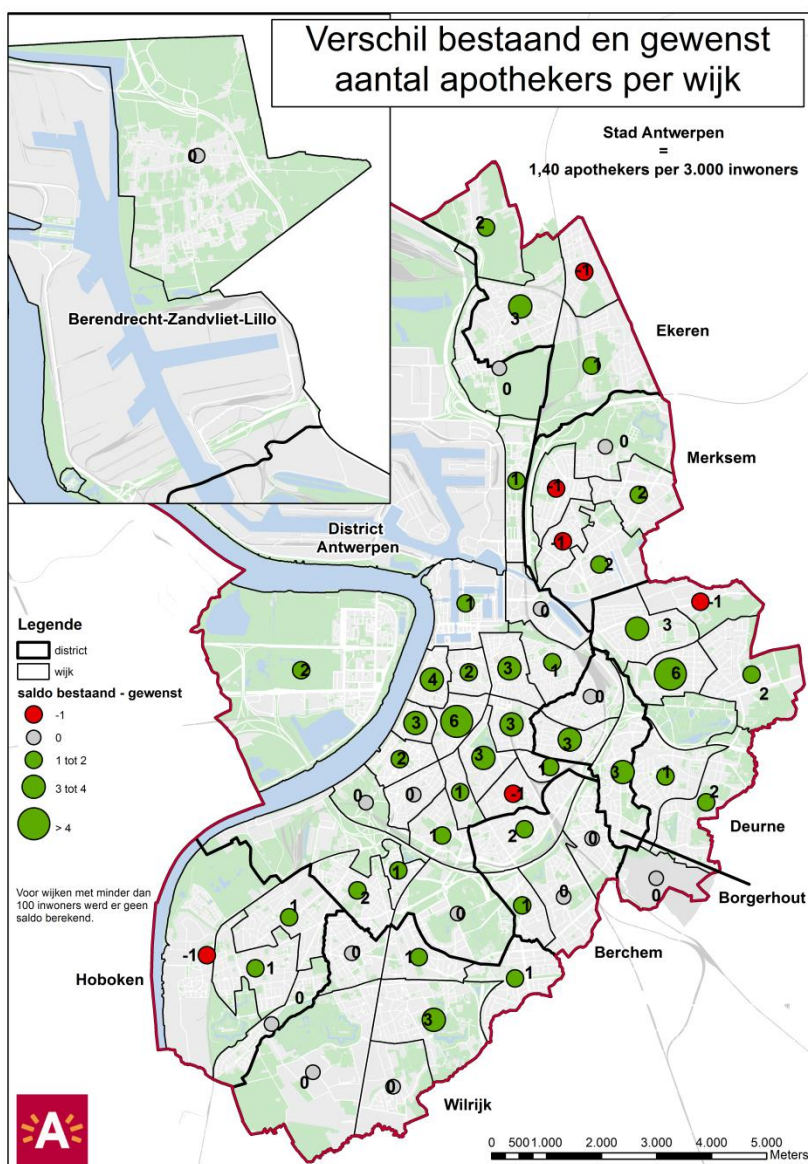
Bron: Huisartsenkringen Antwerpen, april 2017 | Cartografie: BZ / SSO / Statistiek | mail: stadincijfers@stad.antwerpen.be | donderdag 3 augustus 2017

Apothekers (norm: 1 apotheek per 3.000 inwoners)

Het KB van 25 september 1974 dat de spreiding van apotheken reguleert stelt dat er in gebieden met meer dan 30.000 inwoners ongeveer 1 apotheek per 3.000 inwoners mag zijn. De filosofie achter deze wetgeving is niet zozeer om tekorten tegen te gaan maar eerder om de vermijden dat er te veel apotheken zijn. **In Antwerpen** zijn er ongeveer **1,40 apothekers per 3.000 inwoners**.

De onderstaande figuur die het aanbod per wijk in beeld brengt, toont dat er **zes wijken** zijn met een **negatieve afwijking ten opzichte van de norm**. Drie van deze wijken liggen aan de rand van de stedelijke regio: Ekeren, Mariaburg, Kruininge-Bremweide (Deurne) en Hoboken West. Ook in de wijk Haringrode is er een tekort en in de twee aansluitende wijken, Nieuwdreef en Lambrechtshoeken, in Merksem.

Figuur 10 Saldo van het bestaande en het gewenste aantal apothekers wijk, 2017

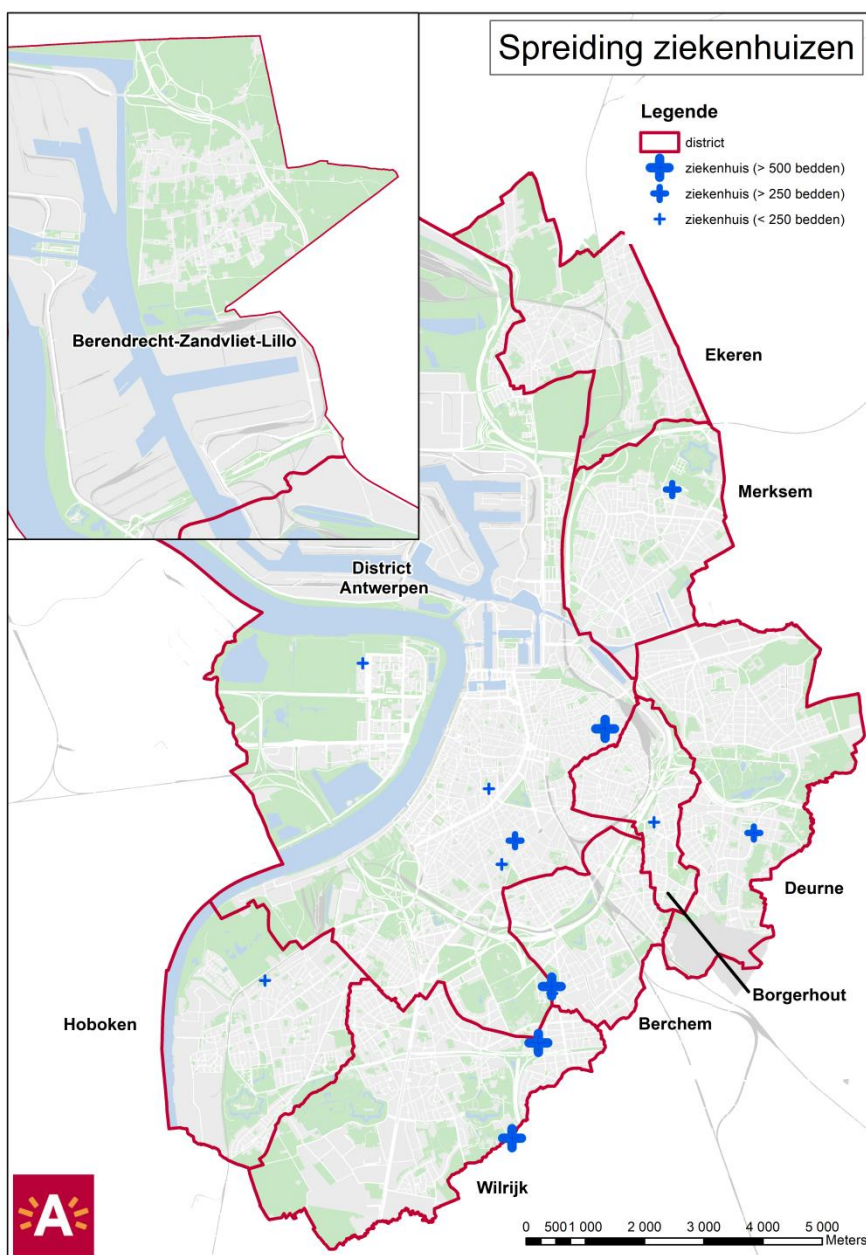


Bron: Huisartsenkringen Antwerpen, april 2017 | Cartografie: BZ / SSO / Statistiek | mail: stadincijfers@stad.antwerpen.be | donderdag 3 augustus 2017

7.3.1.2 Hospitalen / ziekenhuizen

Hier gaan we verder in op het aanbod van de ziekenhuizen. Met het universitair ziekenhuis van Antwerpen meegeteld, dat eigenlijk op het grondgebied van Edegem ligt, zijn er 13 ziekenhuizen. De grote ziekenhuizen Sint-Augustinus, Middelheim en UZA liggen in de omgeving van Wilrijk en tellen alle meer dan 500 bedden. Stuivenberg, dat ook meer dan 500 bedden telt (inclusief het psychiatrisch ziekenhuis), situeert zich in Antwerpen Noord. In totaal tellen de Antwerpse ziekenhuizen 4.470 bedden. Dit is ongeveer 11% van het totaal aantal bedden in het Vlaams Gewest.

Figuur 11 Spreiding ziekenhuizen in stad Antwerpen, 2017



Bron: FOD Volksgezondheid, 2017 | Cartografie: BZ / SSO / Statistiek | mail: stadincijfers@stad.antwerpen.be | dinsdag 8 augustus 2017



Tabel 15 Aantal bedden in Antwerpse ziekenhuizen volgens type afdeling

Afdeling	aantal bedden
A-dienst (dagverpleging)	35
Dagverpleging in T-dienst	35
Dienst neuro-psiatrie voor kinderen (K-dienst; dag- en nachtverpleging)	85
Dienst neuro-psiatrie voor observatie en behandeling (A dienst; dag- en nachtverpleging)	255
Dienst Pediatrie (E-dienst)	195
Dienst voor behandeling en revalidatie patiënten met locomotorische aandoeningen (sp Loco)	295
Dienst voor behandeling en revalidatie patiënten met neurologische aandoeningen (sp Neuro)	60
Dienst voor gemengde hospitalisatie	60
Dienst voor Geriatrie (G-dienst)	541
Dienst voor intensieve neonatale verzorging (NIC)	49
Diensten voor diagnose en geneeskundige behandeling (D-dienst)	1.293
Diensten voor diagnose en heilkundige behandeling (C-dienst)	1.273
K-dienst (dagverpleging)	31
Kraamdienst (M-dienst)	204
Nachtverpleging in T-dienst	10
Palliatieve zorgen (sp pallia)	24
Gespecialiseerde dienst voor locomotorische aandoeningen	25
totaal aantal bedden	4.470

Bron: FOD Volksgezondheid, 2017

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.3.1.3 Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg

Alle vier typen van **psychiatrische voorzieningen**⁷ zijn aanwezig in stad Antwerpen: psychiatrisch ziekenhuis (PZ), psychiatrische afdeling in algemeen ziekenhuis (PAAZ), psychiatrische verzorgingstehuis (PVT) en initiatieven voor beschut wonen (IBW). In onderstaande tabel worden de verschillende Antwerpse instellingen met de capaciteit getoond. Op figuur 12 worden de locaties van deze voorzieningen voorgesteld.

Tabel 16 Capaciteit Antwerpse psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen

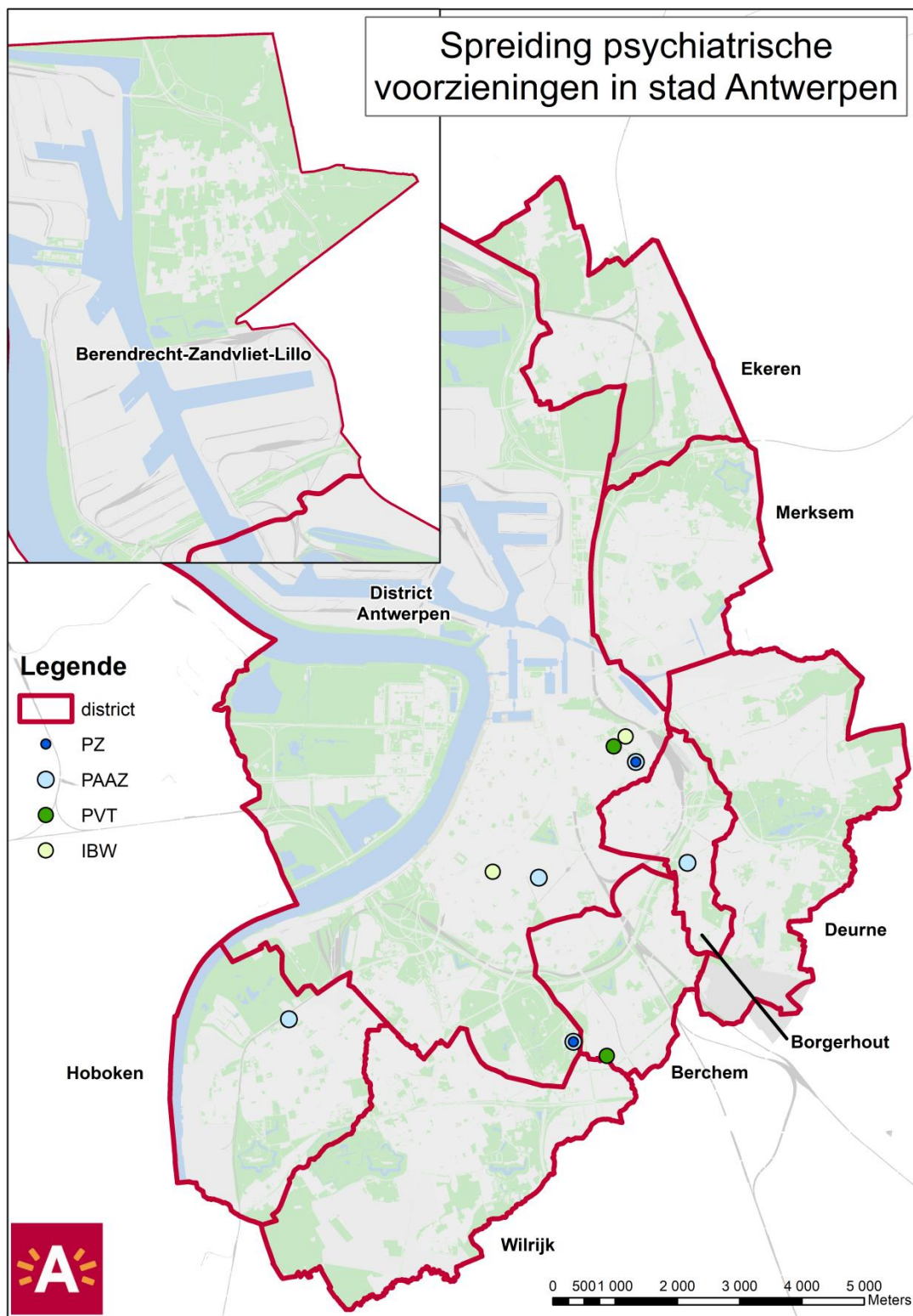
type	naam	capaciteit
Psychiatrisch ziekenhuis	ZNA Stuivenberg	247
Psychiatrisch ziekenhuis	Koningin Paola kinderziekenhuis	
Psychiatrische afdeling Algemeen ziekenhuis	ZNA Stuivenberg - Sint-Erasmus	30
Psychiatrische afdeling Algemeen ziekenhuis	Sint-Vincentius	50
Psychiatrische afdeling Algemeen ziekenhuis	ZNA UKJA (Middelheim, Hoge Beuken, Sint-Erasmus, Stuivenberg)	77
Psychiatrisch verzorgingstehuis	Ter Bosch - Campus Hotel Min	24
Psychiatrisch verzorgingstehuis	ZNA PVT Antwerpen	30
Initiatief beschut wonen	Beschut Wonen Antwerpen	79
Initiatief beschut wonen	Beschut Wonen M.I.N.	50
Initiatief beschut wonen	Beschut Wonen De Link	

Bron: OGGPA, 2017

Bewerking door Stad Antwerpen, Studiedienst

⁷ Het verblijf in een *psychiatrisch ziekenhuis (PZ)* of *psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (PAAZ)* wordt zo kort mogelijk gehouden. De basisfuncties omvatten urgentiepsychiatrie, kortdurende behandeling, liasonpsychiatrie en de ambulante zorgverlening. In een *psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)* komen personen terecht met een langdurige gestabiliseerde psychiatrische stoornis die geen ziekenhuisopname meer behoeven maar ook niet naar beschut wonen of naar huis kunnen aangezien zij nog steeds de nood hebben aan een 24-uursomkadering. De focus ligt echter niet langer op het behandelen van de stoornis maar op het opnieuw invullen van het dagelijkse leven met de mogelijkheden en beperkingen die men heeft. De *Initiatieven Beschut Wonen (IBW)* organiseren begeleiding en ondersteuning in de samenleving voor volwassenen met ernstige en langdurige psychische problemen voor wie zelfstandig wonen niet of nog niet mogelijk is. Beschut Wonen wil zoveel als mogelijk zorg op maat bieden, waarbij de keuze van de bewoner vooropstaat. Dit vanuit het principe dat een verblijf in een groeps- of individuele woning de cliënt een veilige woonomgeving aanbiedt zowel wat betreft wonen, werken als vrije tijd. Aandachtspunten liggen vooral op vlak van zelfzorg, zorg voor de woonomgeving, zinvolle dagbesteding en sociale integratie.

Figuur 12 Spreiding psychiatrische voorzieningen in stad Antwerpen, 2014



Bron: OGGPA, 2017 | Cartografie: BZ / SSO / Statistiek | mail: stadincijfers@stad.antwerpen.be | vrijdag 1 september 2017



Daarnaast bieden we ook een overzicht van de **ambulante geestelijke gezondheidszorg**⁸. Die kunnen we opdelen in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), organisaties met een RIZIV-conventie, ontmoetingshuizen, dagactiviteitencentra en arbeidszorg (ODA) en psychiatrische zorg in de thuissituatie (PZT). In onderstaande tabel worden de verschillende voorzieningen getoond. Figuur 13 toont de locaties van deze voorzieningen.

Zowel in onderstaande tabel als figuur werden de voorzieningen van psychiatrische zorg in de thuissituatie niet opgenomen. De voorzieningen zijn pilootprojecten. Ze bieden volwassenen met een langdurige en ernstige psychiatrische problematiek die min of meer gestabiliseerd is gespecialiseerde zorg in de reguliere woonomgeving. Binnen de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg via artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving konden PZT-projecten worden opgenomen in de mobiele teams van de nieuwe GGZ-netwerken. De PZT-projecten De Link en De Vliering gingen op in de mobiele teams Antwerpen van het 107-netwerk SaRA.

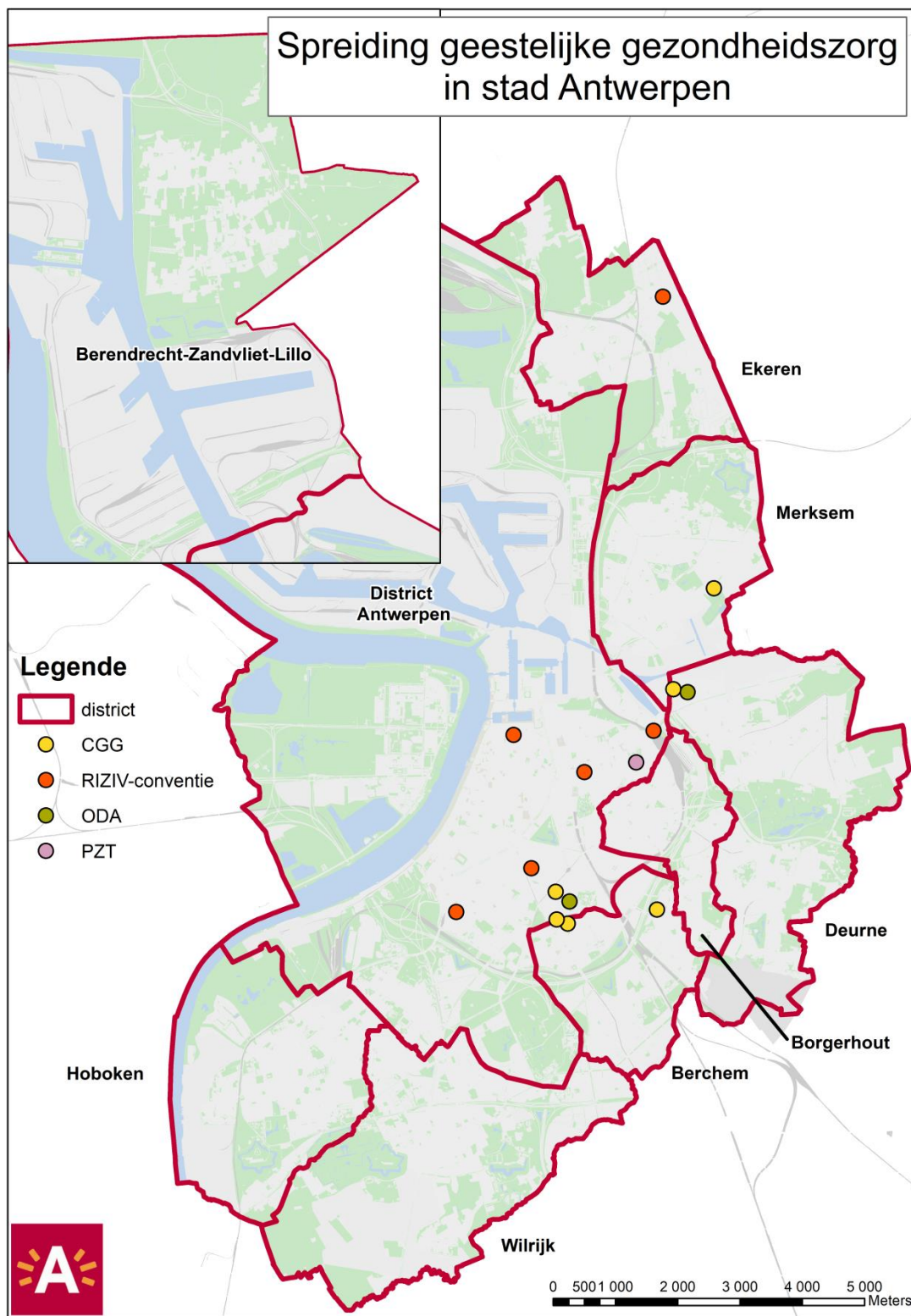
Tabel 17 Ambulante geestelijke gezondheidszorg in stad Antwerpen

type	naam	postzone	district
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw Andante - Jeugdteam	2600	Berchem
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw Andante - Jeugdteam	2170	Merksem
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw Andante - Jongvolwassenenteam	2170	Merksem
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw Andante - team volwassenen	2600	Berchem
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw Andante - team volwassenen	2100	Deurne
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw Andante - team volwassenen	2170	Merksem
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw Andante - Ouderenteam	2170	Merksem
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw VAGGA - Kinderen en jeugd	2018	Antwerpen
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw VAGGA - Volwassenen en ouderen	2018	Antwerpen
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw VAGGA - Ouderenzorg	2018	Antwerpen
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw VAGGA - Verslavingszorg jongeren & jongvolwassenen	2018	Antwerpen
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw VAGGA - Vroeginterventie	2018	Antwerpen
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw VAGGA - Verslavingszorg volwassenen & ouderen	2018	Antwerpen
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw VAGGA - Verslavingspreventie	2018	Antwerpen
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	vzw VAGGA - Forensische werking	2018	Antwerpen
Organisaties RIZIV-conventie	ADIC	2000	Antwerpen
Organisaties RIZIV-conventie	Dagcentrum De Sleutel	2060	Antwerpen
Organisaties RIZIV-conventie	Medisch sociaal opvangcentrum Free Clinic	2060	Antwerpen
Organisaties RIZIV-conventie	Psycho-sociaal revalidatiecentrum De Evenaar	2018	Antwerpen
Organisaties RIZIV-conventie	Therapeutisch centrum TSEDEK vzw	2180	Ekeren
Organisaties RIZIV-conventie	Antwerps revalidatiecentrum vzw	2018	Antwerpen
Psychiatrische Zorg in de Thuissituatie	PZT Adapt	2060	Antwerpen
Ontmoetingshuizen, dagactiviteitencentra en arbeidszorg	vzw Andante - Instuif	2018	Antwerpen
Ontmoetingshuizen, dagactiviteitencentra en arbeidszorg	Centrum voor Arbeidszorg 't Magazijn	2100	Deurne

Bron: OGGPA, 2017, bewerking door Stad Antwerpen, Studiedienst

⁸ De *centra geestelijke gezondheidszorg (CGG)* zijn tweedelijnsvoorzieningen in de gezondheidszorg die erkend en gesubsidieerd worden door de Vlaamse Gemeenschap. Deze centra bieden gespecialiseerde, ambulante zorg aan kinderen, volwassenen en ouderen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of aan hun omgeving. Ambulante zorg betekent dat cliënten niet residentieel worden opgenomen in de centra maar de zorg aangeboden krijgen terwijl ze verder verblijven in hun normale leefsituatie. De *organisaties met RIZIV-conventie* met een opdracht in de geestelijke gezondheidszorg kunnen een zeer verschillend aanbod hebben voor uiteenlopende doelgroepen. We hebben het vooral over de dagcentra, de medisch-sociale opvangcentra, de therapeutische centra en de centra voor ambulante revalidatie,... (*Dag*)*activiteitencentra* hebben als primaire doelstelling het bevorderen van het sociaal functioneren van personen met psychiatrische problemen door het bieden van ondersteuning (werk, dagstructurende activiteiten, vorming, ontspanning). Vaak zijn ze ook gekoppeld aan *ontmoetingshuizen*.

Figuur 13 Spreiding geestelijke gezondheidszorg in stad Antwerpen, 2014



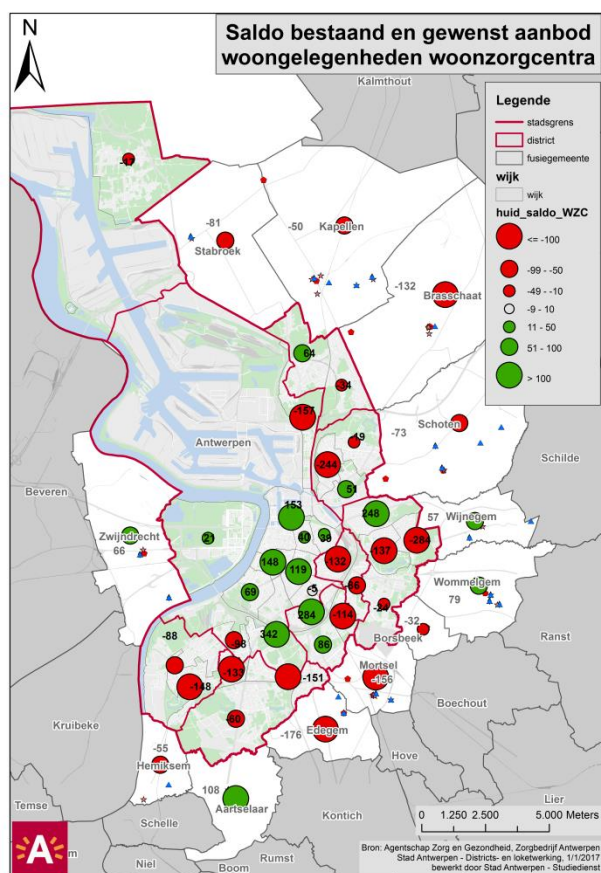
Bron: OGGPA, 2017 | Cartografie: BZ / SSO / Statistiek | mail: stadincijfers@stad.antwerpen.be | vrijdag 1 september 2017

7.3.1.4 Ouderenzorg

In functie van de opmaak van het Zorgstrategisch Plan voor Stad Antwerpen inventariseert de Studiedienst het bestaande en geplande aanbod aan woonzorgvoorzieningen voor ouderen in stad Antwerpen en de aangrenzende gemeenten. De prioritaire doelstelling van dit plan is een optimalisering van het aanbod en een gunstige spreiding van de voorzieningen op wijkniveau. Zowel het aanbod van residentiële (woonzorgcentra, assistentiewoningen (serviceflats) en centra voor kortverblijf), semi-residentiële woonzorgvoorzieningen (dagverzorgingscentra) als lokale dienstencentra wordt hierbij beoogd. In deze monitor bekijken we alleen **de tekortzones voor wat betreft het bestaande aanbod aan woonzorgcentra (WZC), assistentiewoningen (GAW) en lokale dienstencentra (LDC)**. Hierbij nemen we de wijkindeling die Stad Antwerpen hanteert voor de opmaak van het Zorgstrategisch Plan.

Het saldo tussen het bestaande aantal woongelegenheden WZC en het gewenste aantal wordt berekend aan de hand van de formule van de programmatienorm van de Vlaamse overheid⁹. Globaal genomen kent stad Antwerpen anno juni 2017 een tekort van ca. 200 woongelegenheden. De tekorten zijn het grootst in de oostelijke en zuidelijke rand van Antwerpen, alsook in de wijk Schoonbroek-Luchtbal en Merksem Nieuwdreef-Lambrechtschoeken. Behalve de wijken Schoonbroek-Luchtbal en Kiel is er in elke wijk in het district Antwerpen een toereikend aanbod of zelfs groot overschot.

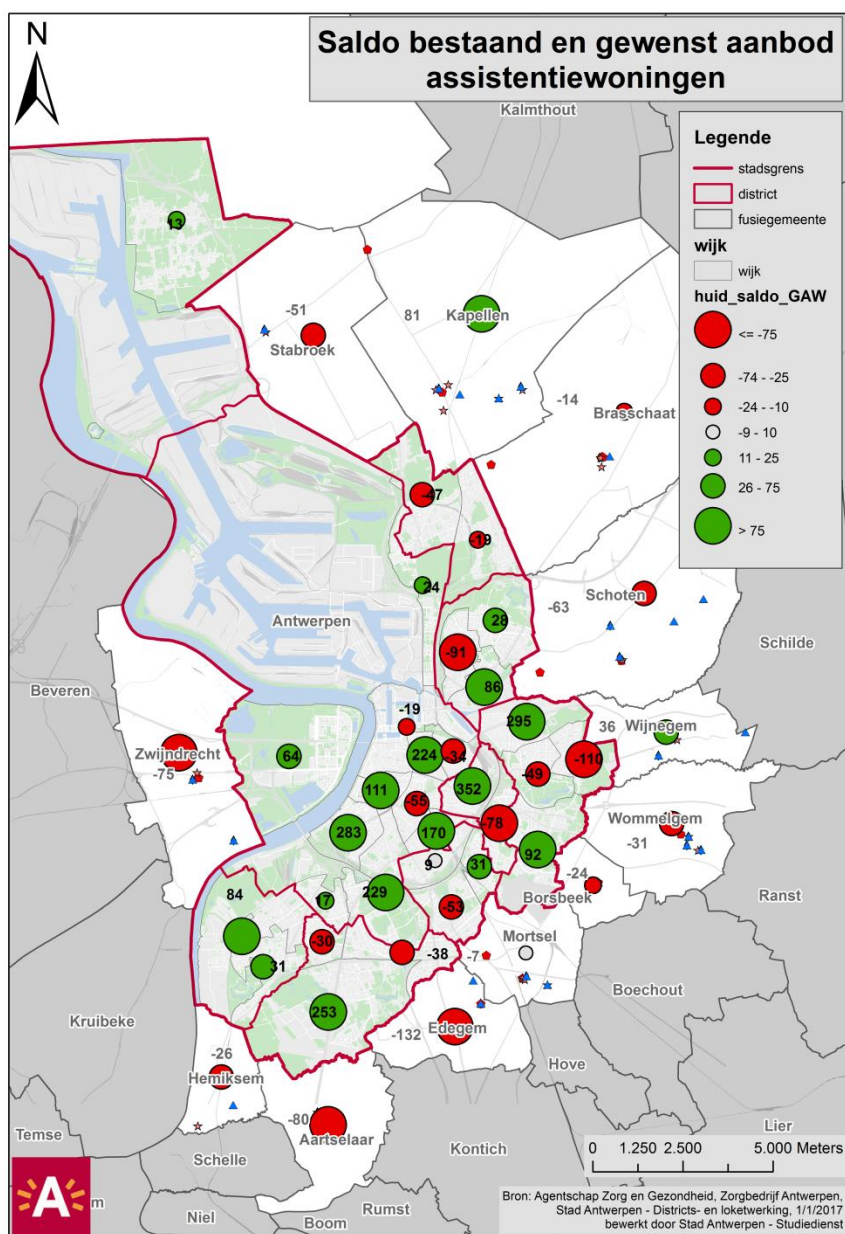
Figuur 14 Saldo bestaand en gewenst aanbod woongelegenheden in woonzorgcentra per wijk



⁹ De Vlaamse programmatienorm voor woongelegenheden WZC wordt als volgt berekend: 1 WGL per 100 65- tot 74-jarigen; 4 WGL per 100 75- tot 79-jarigen, 12 WGL per 100 80- tot 84-jarigen, 23 WGL per 100 85- tot 89-jarigen en 32 WGL per 100 90-plussers.

Het saldo tussen het bestaande aantal assistentiewoningen en het gewenste aantal wordt berekend aan de hand van de formule van de programmatienorm van de Vlaamse overheid¹⁰. Globaal genomen kent stad Antwerpen anno juni 2017 een meer dan toereikend aanbod, wanneer we ook de niet door de Vlaamse overheid erkende assistentiewoningen mee in rekening brengen (positief saldo van ca. 1.750 assistentiewoningen). In tegenstelling tot de woongelegenheden WZC tellen we minder tekortzones voor assistentiewoningen en zijn de tekortzones minder ruimtelijk geconcentreerd in bepaalde deelgebieden. Grote tekortzones, zoals de wijken Deurne Oost, Borgerhout Extra Muros en Merksem Nieuwdreef-Lambrechtschoeken grenzen aan wijken met een groot overschot.

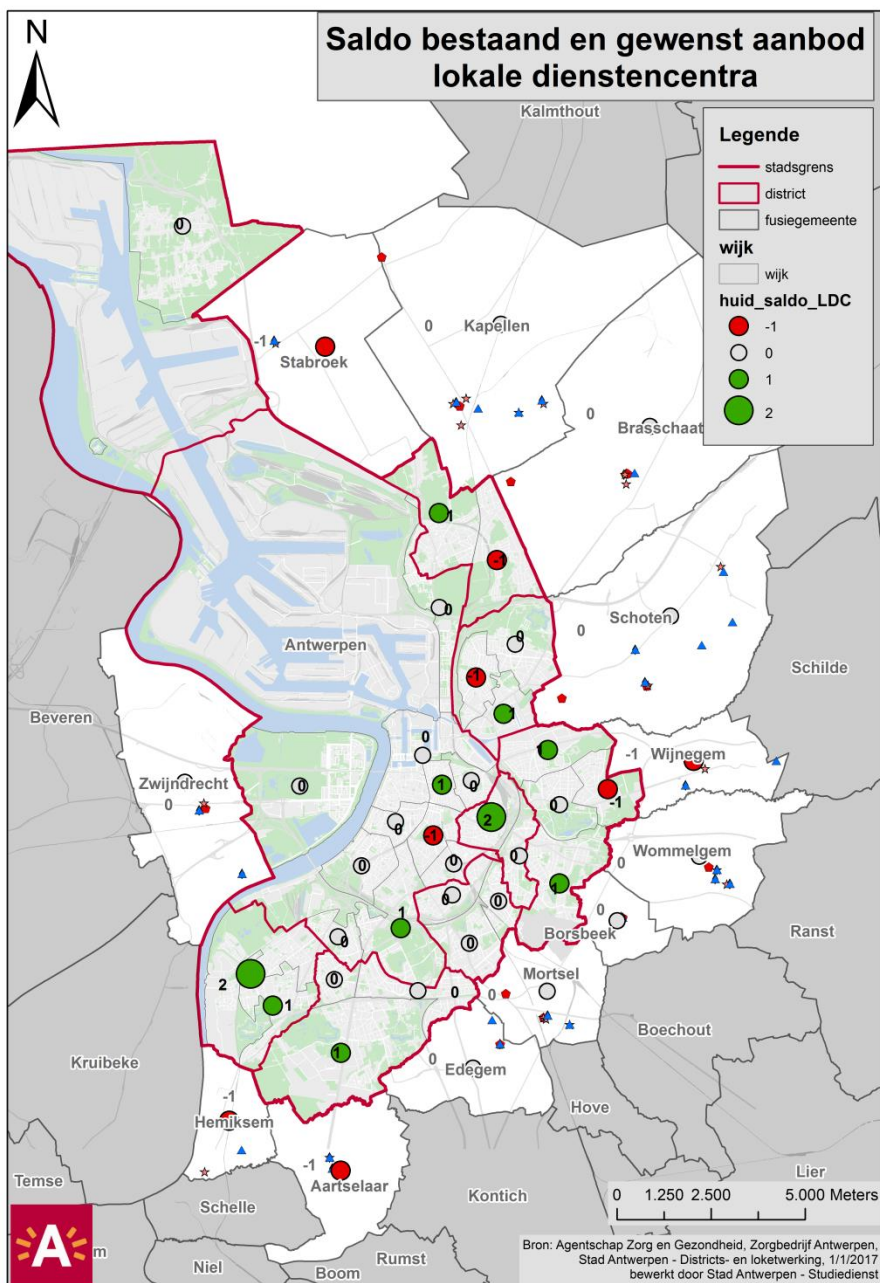
Figuur 15 Saldo bestaand en gewenst aanbod assistentiewoningen per wijk



¹⁰ De Vlaamse programmatienorm voor groepen van assistentiewoningen (GAW) wordt als volgt berekend: 2 assistentiewoningen per 100 60-plussers.

Het saldo tussen het bestaande aantal lokale dienstencentra en het gewenste aantal wordt berekend aan de hand van de formule van de programmatienorm van de Vlaamse overheid¹¹. Globaal genomen kent stad Antwerpen anno juni 2017 een meer dan toereikend aanbod (positief saldo van 7 lokale dienstencentra). Alleen de wijken Ekeren Mariaburg-Donk, Merksem Nieuwdreef-Lambrechtschoeken, Deurne Oost en Diamant-Stadpark hebben vandaag geen lokaal dienstencentrum.

Figuur 16 Saldo bestaand en gewenst aanbod lokale dienstencentra per wijk



¹¹ De Vlaamse programmatienorm voor lokale dienstencentra (LDC) wordt als volgt berekend: 1 lokaal dienstencentrum per 15.000 inwoners.



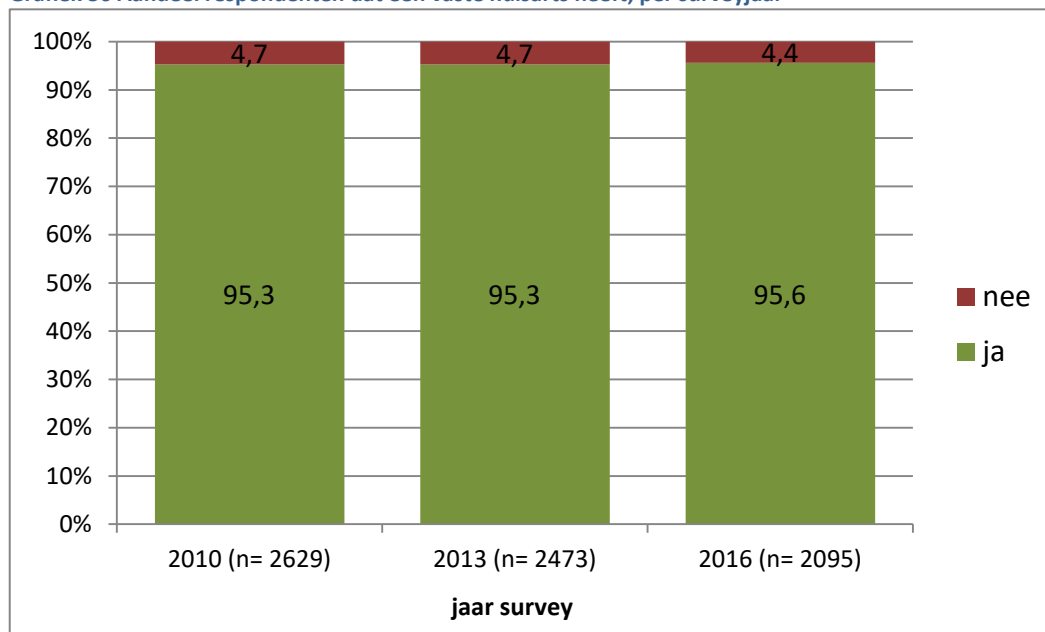
7.3.2 Vaste huisarts, tandarts en gynaecoloog

Een vaste huisarts maar ook tandarts en gynaecoloog biedt zowel voordelen voor de patiënten als voor de betrokken zorgverstrekkers en bevordert de kwaliteit van de zorgverlening. Bovendien ontstaat er een betere samenwerking tussen andere diensten en deze zorgverstrekkers en kan er een duurzame relatie tussen patiënt en zorgverstrekker opgebouwd worden, waarbij die laatste stelselmatig meer specifieke kennis verwerft over de gezondheidstoestand van de patiënt. Ook het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst kan hierdoor verminderd worden.

7.3.2.1 Vaste huisarts

Ruim 4% van de ondervraagde Antwerpenaren heeft geen vaste huisarts. Het verschil met het aandeel bij de edities van 2010 en 2013 is uiterst klein en niet significant.

Grafiek 56 Aandeel respondenten dat een vaste huisarts heeft, per surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2010, 2013 & 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Bij de oudere leeftijdsgroepen is het percentage mensen zonder vaste huisarts duidelijk lager dan bij de jonge leeftijdsgroepen. Meer dan 95% van alle respondenten ouder dan 35 jaar heeft een vaste huisarts. Bij de 65-plussers gaat het zelfs over minstens 98%. **Bij de 16- tot 24-jarigen zegt 6% geen vaste huisarts te hebben en bij de 25- tot 34-jarigen betreft dit aandeel 11%.** Bij de mannelijke respondenten van 25 tot 34 jaar heeft 18% geen vaste huisarts. Oost-Europese en niet-Europese allochtone respondenten hebben vaker geen vaste huisarts. **Bij de niet-Europese allochtonen heeft bijna 10% geen vaste huisarts.**

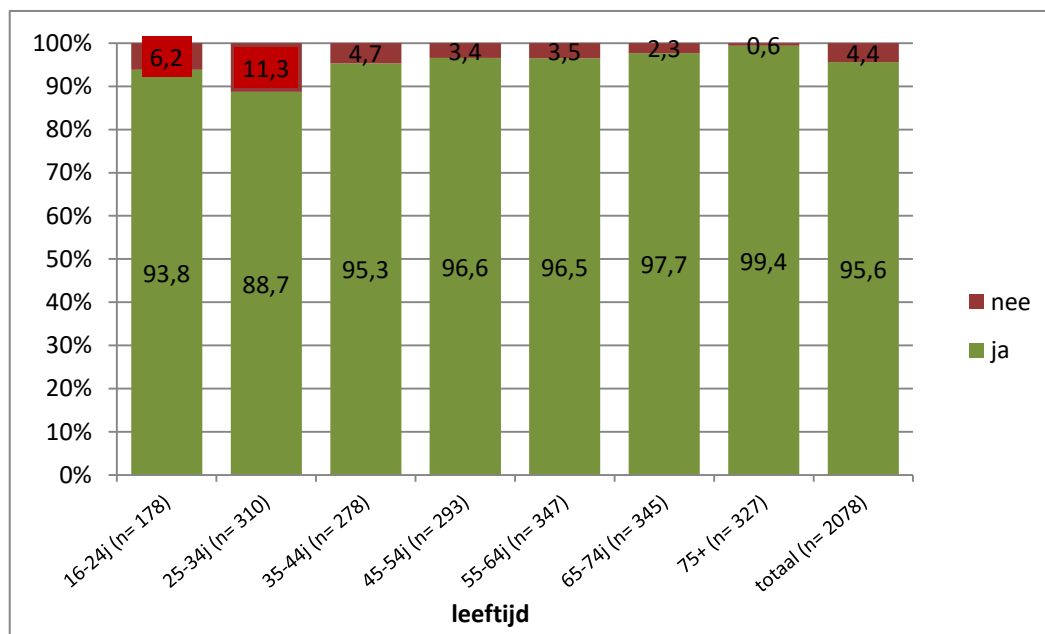
Om de verschillen tussen respondenten volgens woonplaats voor te stellen hebben we ook een figuur bijgevoegd. Hierop wordt zowel het aandeel respondenten zonder vaste huisarts als de grootte van het tekort/overschot aan huisartsen weergegeven. Hoewel de verschillen niet significant blijken te zijn (behalve voor Antwerpen Noord),



vermelden we toch dat **het aandeel respondenten zonder vaste huisarts zichtbaar groter is voor Antwerpen Noord (10%), Antwerpen 2018 (8,5%) en Antwerpen 2000 (7,5%)**. In de meeste wijken in deze stadszones stellen we bovendien tekorten aan huisartsen vast (zie ook 7.3.1.1), maar dat is niet altijd het geval wanneer we dit op postzoneniveau voorstellen. Geen van drie bovenvermelde postzones kent op postzoneniveau een tekort aan praktiserende huisartsen.

Gezien wegens de werkdruk praktijken van patiëntenstop bij veel huisartsen ingang hebben gevonden, is het waarschijnlijk dat het aandeel van inwoners zonder vaste huisarts in de zeer nabije toekomst niet zal verminderen. Het aandeel respondenten zonder vaste huisarts wijkt bij de Antwerpse survey niet significant af van de resultaten van de nationale gezondheidsenquête voor het Vlaams Gewest.

Grafiek 57 Aandeel respondenten met een vaste huisarts volgens leeftijd

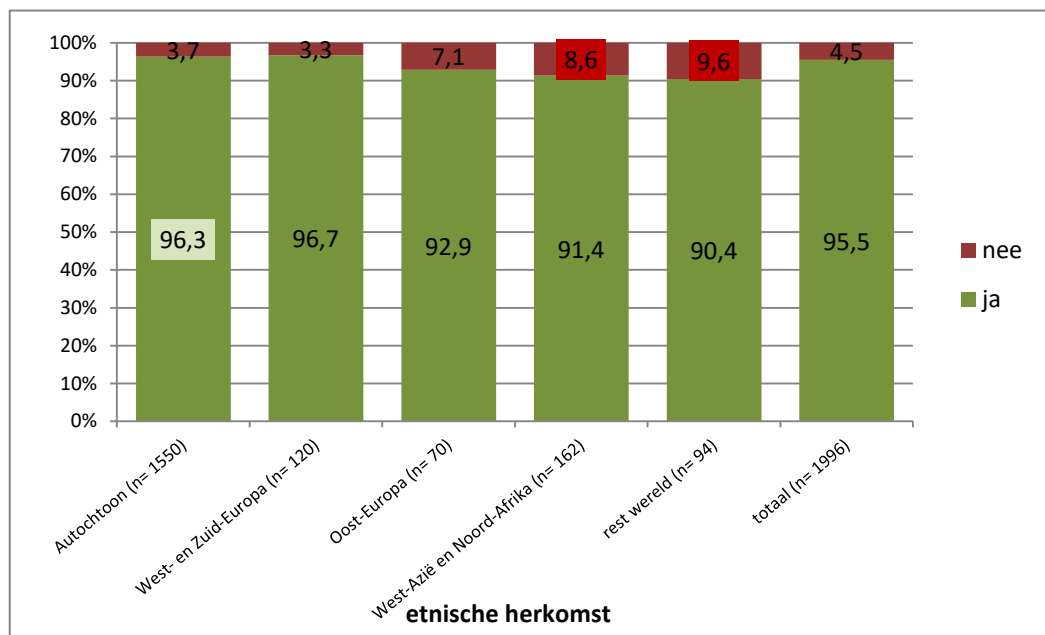


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



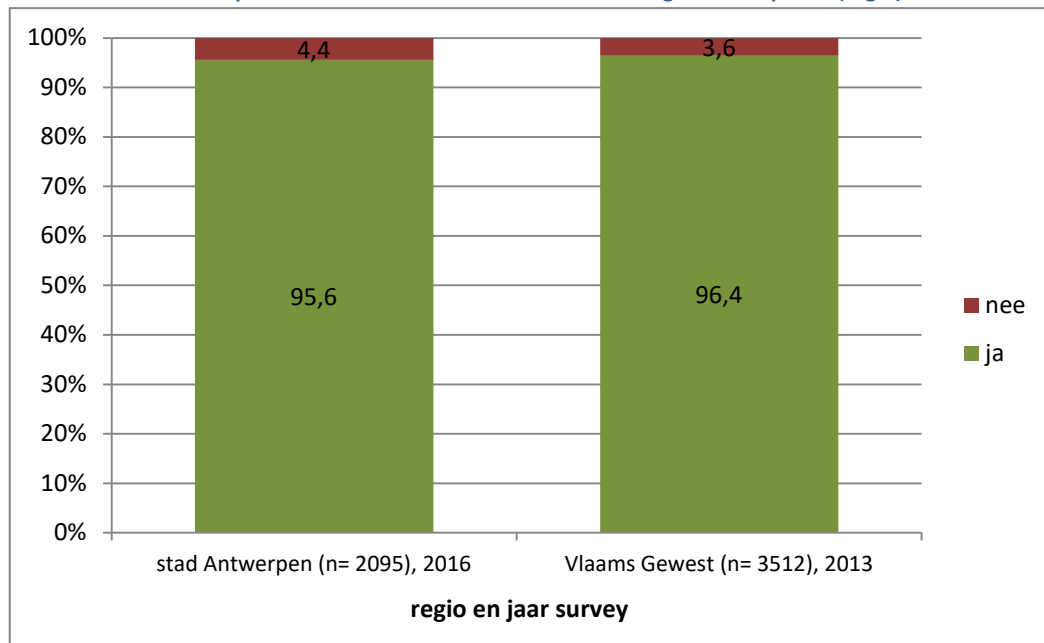
Grafiek 58 Aandeel respondenten met een vaste huisarts volgens etnische herkomst



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

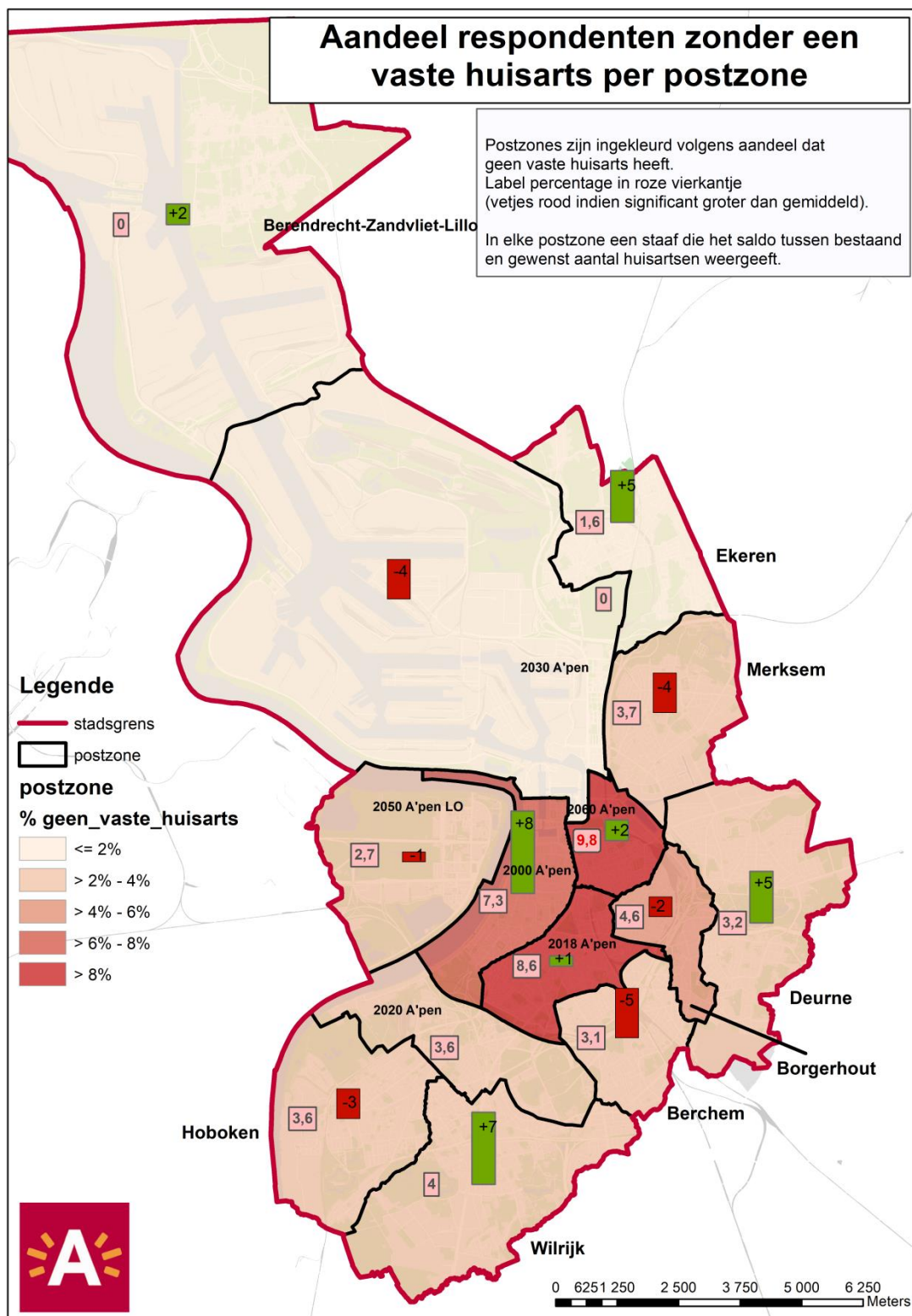
Grafiek 59 Aandeel respondenten dat een vaste huisarts heeft volgens woonplaats (regio)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016 ; Nationale gezondheidsenquête, 2013

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Figuur 17 Aandeel respondenten dat een vaste huisarts heeft volgens woonplaats (postzone)



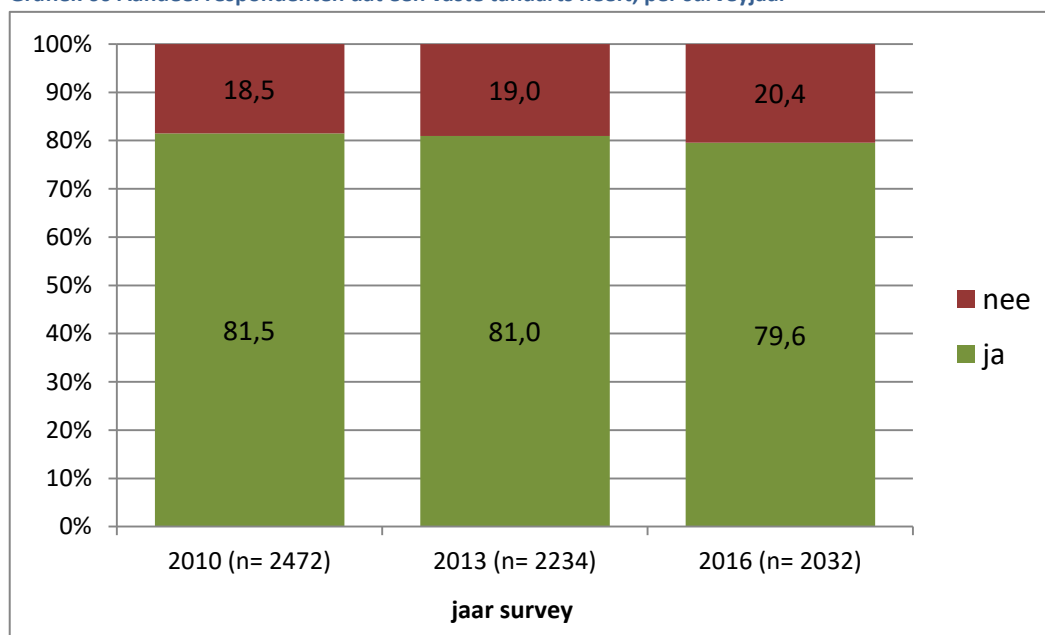
Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016 & Huisartsenkringen Antwerpen | Cartografie: BZ / SSO / Statistiek | mail: stadincijfers@stad.antwerpen.be | woensdag 6 september 2017



7.3.2.2 Vaste tandarts

Ruim 20% van de ondervraagde Antwerpenaren heeft geen vaste tandarts. Ten opzichte van 2010 en 2013 zien we een licht ongunstige maar niet significante evolutie.

Grafiek 60 Aandeel respondenten dat een vaste tandarts heeft, per surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2010, 2013 & 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

24% van de mannelijke respondenten heeft geen vaste tandarts tegenover 18% van de vrouwen. De verschillen zijn significant en het grootst in de leeftijdsgroepen van 25 tot 34 jaar en bij de 45- tot 54-jarigen. Van de mannelijke respondenten jonger dan 35 jaar heeft meer dan 30% geen vaste tandarts. Dit geldt ook voor de 75-plussers (30%). Bij de vrouwelijke respondenten is het aandeel zonder een vaste tandarts het grootst bij de jongste leeftijdsgroep en – eveneens – bij de 75-plussers. Het gaat hier ook telkens om ca. 30% van de respondenten die geen vaste tandarts heeft.

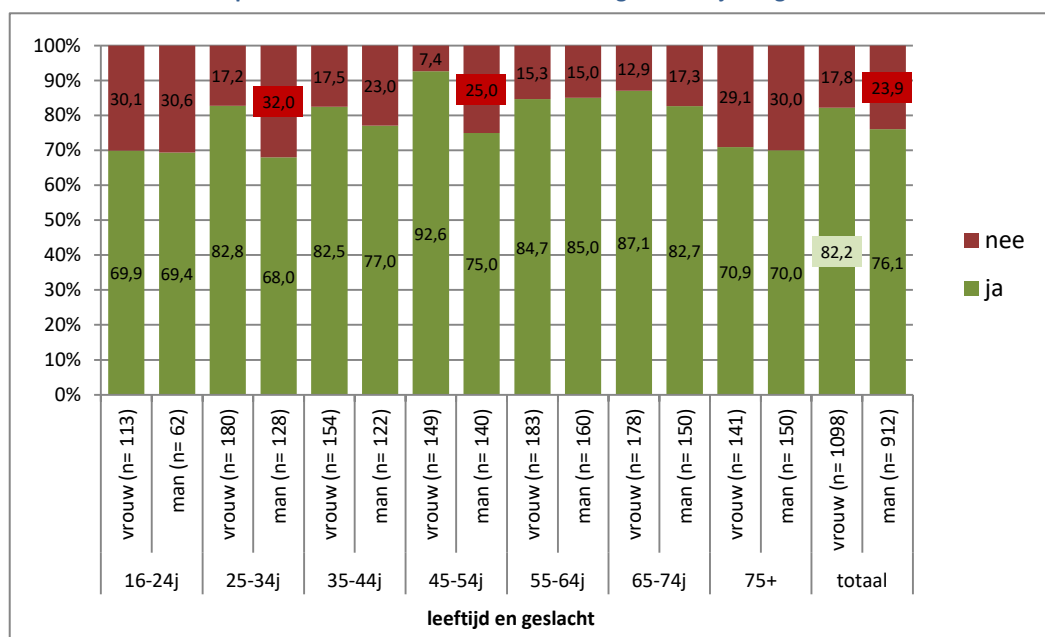
We merken een enorm verschil op tussen respondenten met een lage socio-economische status (38% zonder vaste tandarts) en de overige respondenten (14% zonder vaste tandarts). Een dergelijk groot verschil tussen maatschappelijk sterkere en zwakkere groepen merken we ook wanneer we alleen naar de scholingsgraad kijken. **Van de respondenten zonder diploma heeft ruwweg 1 op 2 geen vaste tandarts. Dit aandeel daalt gestaag toe met het genoten opleidingsniveau.** Bij degenen die hoger secundair onderwijs hebben behaald, bereikt dit aandeel het gemiddelde van 20%. Bij de hoogopgeleiden heeft ca. 10% van de respondenten geen vaste tandarts.

Opvallend is dat niet-actieven, uitgezonderd (brug)gepenioneerden, minder vaak een vaste tandarts hebben. Bij werkzoekenden (36%), huismannen/-vrouwen (27,5%), studenten (23%) en arbeidsongeschikten (35%) is het aandeel zonder vaste tandarts significant groter. Bij de actieve bevolking zien we dat alleen arbeiders (32% zonder vaste tandarts) slechter scoren dan gemiddeld. Ook Oost-Europeanen (29%), Noord-Afrikanen en West-Aziaten (36%) en andere niet-Europese allochtonen (43%) rapporteren vaker geen vaste tandarts te hebben. Alleenstaanden (24%) en alleenstaande ouders (26%) blijken ook vaker geen vaste tandarts te hebben.



Maar vooral de verschillen volgens de woonplaats van de respondent zijn opvallend groot. Om deze verschillen tussen respondenten volgens woonplaats voor te stellen hebben we ook een figuur bijgevoegd. Hierop wordt zowel het aandeel respondenten zonder vaste tandarts als de grootte van het tekort/overschot aan tandartsen weergegeven. **Meer dan 37% van de respondenten van Antwerpen Noord heeft geen vaste tandarts.** Ook de respondenten van Luchtbal (31%) en het Kiel (28%) geven duidelijk vaker aan geen vaste tandarts te hebben, maar deze verschillen blijken niet significant te zijn. Op postzoneniveau hebben alleen Antwerpen Noord en Luchtbal een tekort aan tandartsen. In al de postzones waar het aandeel respondenten zonder een vaste tandarts significant gunstig afwijkt van het gemiddelde (m.n. Antwerpen 2018 (16%), Linkeroever (10%), Wilrijk (15%), Deurne (16%) en Ekeren (17%)) stellen we vast dat daar wel een (meer dan) voldoende aanbod aan tandartsen is.

Grafiek 61 Aandeel respondenten met een vaste tandarts volgens leeftijd en geslacht

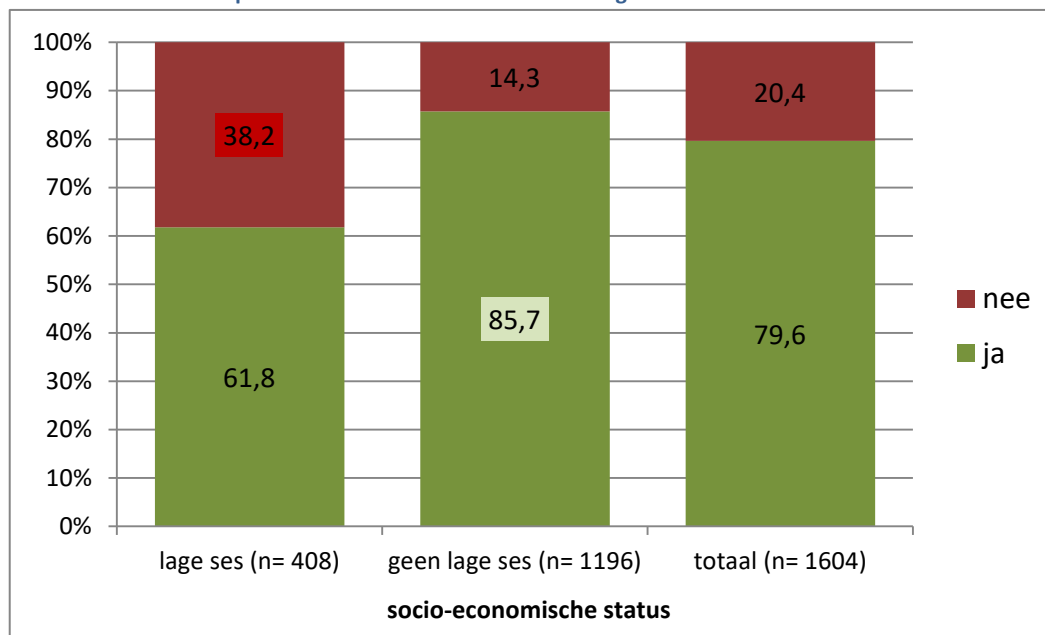


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



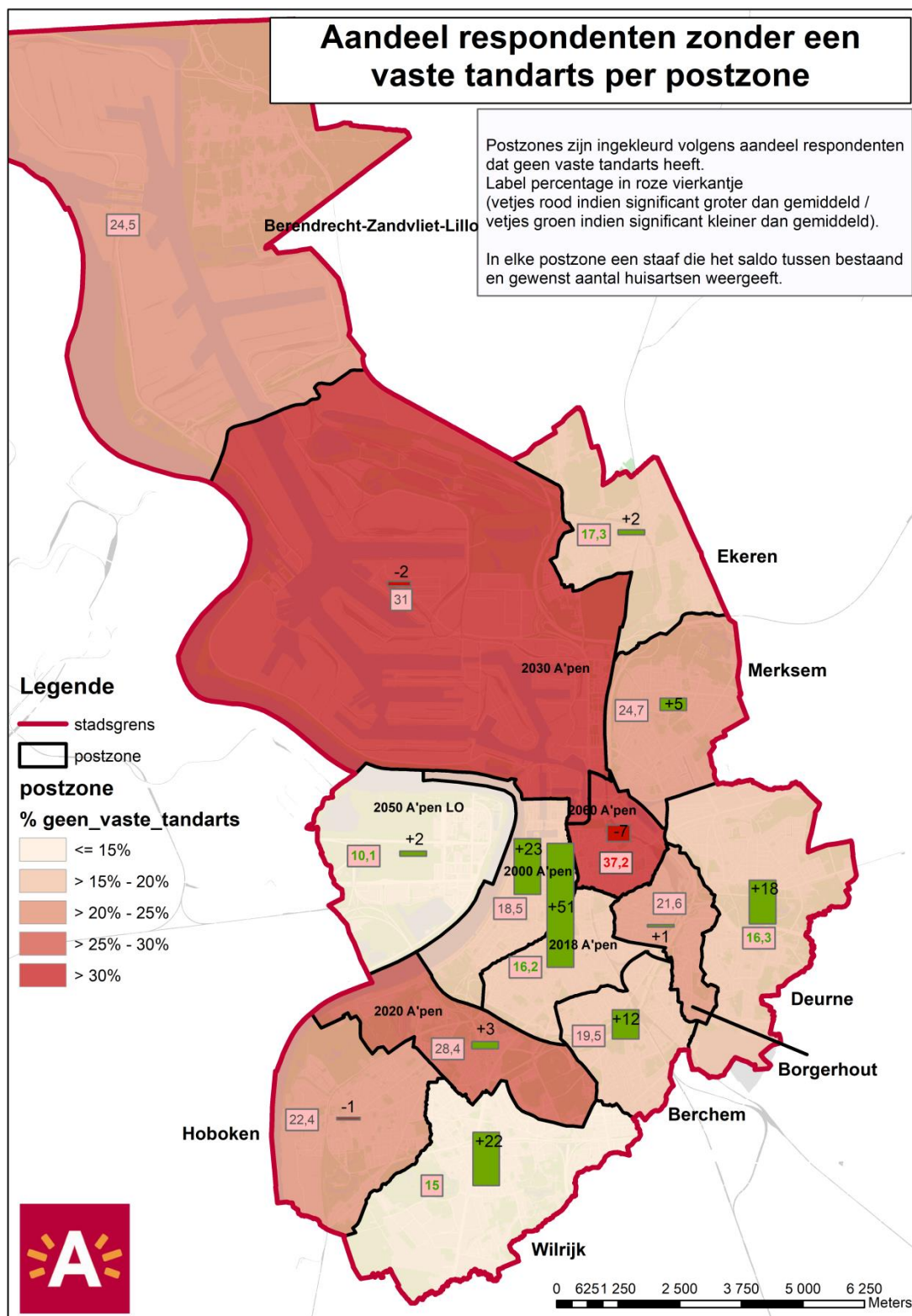
Grafiek 62 Aandeel respondenten met een vaste tandarts volgens socio-economische status



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Figuur 18 Aandeel respondenten met een vaste tandarts volgens woonplaats (postzone)



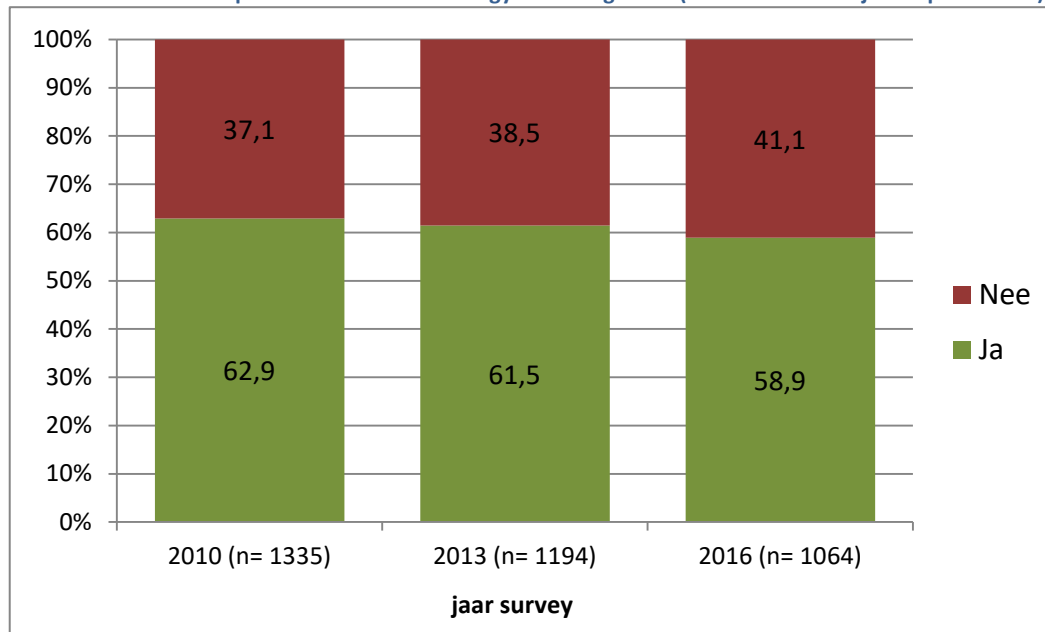
Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016 & VVT | Cartografie: BZ / SSO / Statistiek | mail: stadincijfers@stad.antwerpen.be | woensdag 6 september 2017



7.3.2.3 Vaste gynaecoloog

59% van de ondervraagde vrouwelijke Antwerpenaren heeft een vaste gynaecoloog. Ten opzichte van 2010 en 2013 zien we een licht dalende evolutie.

Grafiek 63 Aandeel respondenten dat een vaste gynaecoloog heeft (selectie: vrouwelijke respondenten), per surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2010, 2013 & 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

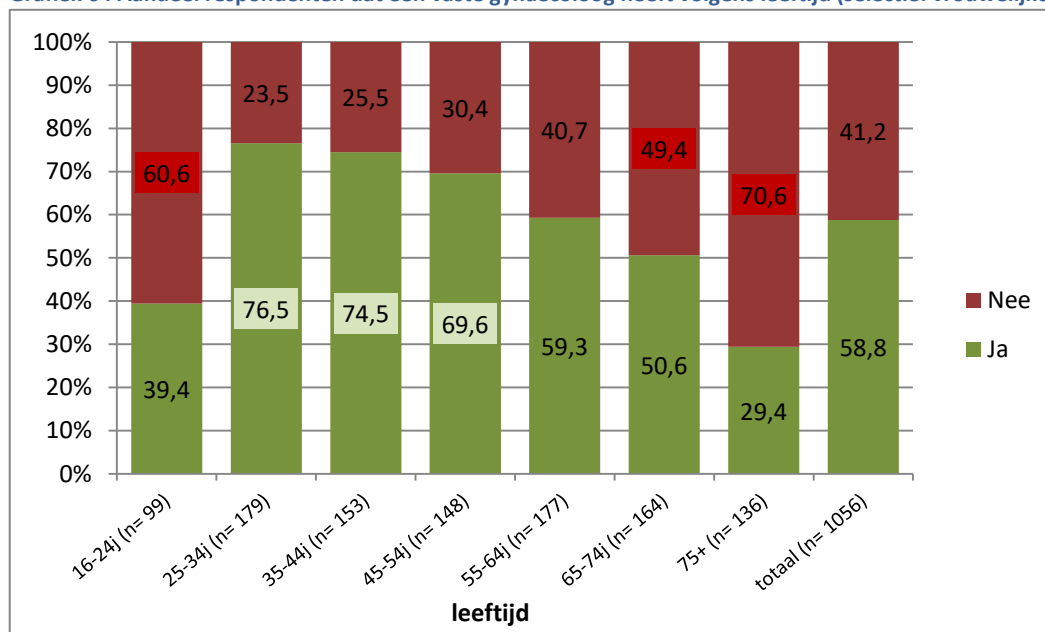
Van de jongste groep vrouwen antwoordt 39% dat ze (al) een vaste gynaecoloog heeft. Ruwweg **75% van de vrouwen tussen 25 en 44 jaar heeft een vaste gynaecoloog. Dit aandeel daalt naar 60% vanaf de leeftijd van 55 jaar en bedraagt nog maar 29% bij de 75-plussers.**

Opnieuw stellen we een significant verband vast, tussen het opleidingsniveau en het aandeel vrouwen dat een vaste gynaecoloog heeft. Terwijl 68% van de hoogopgeleide vrouwen zegt een vaste gynaecoloog te hebben, merken we bij de ongeschoolden (38%) en de vrouwen met een diploma lager onderwijs (47%) een duidelijk lager aandeel. **Van de vrouwelijke respondenten met een lage socio-economische status heeft slechts ongeveer de helft een vaste gynaecoloog, terwijl dit bij de overige respondenten bijna 2 op 3 is.**

We vinden geen significante verschillen tussen de verschillende etnische herkomstgroepen of de woonplaats van de respondenten.



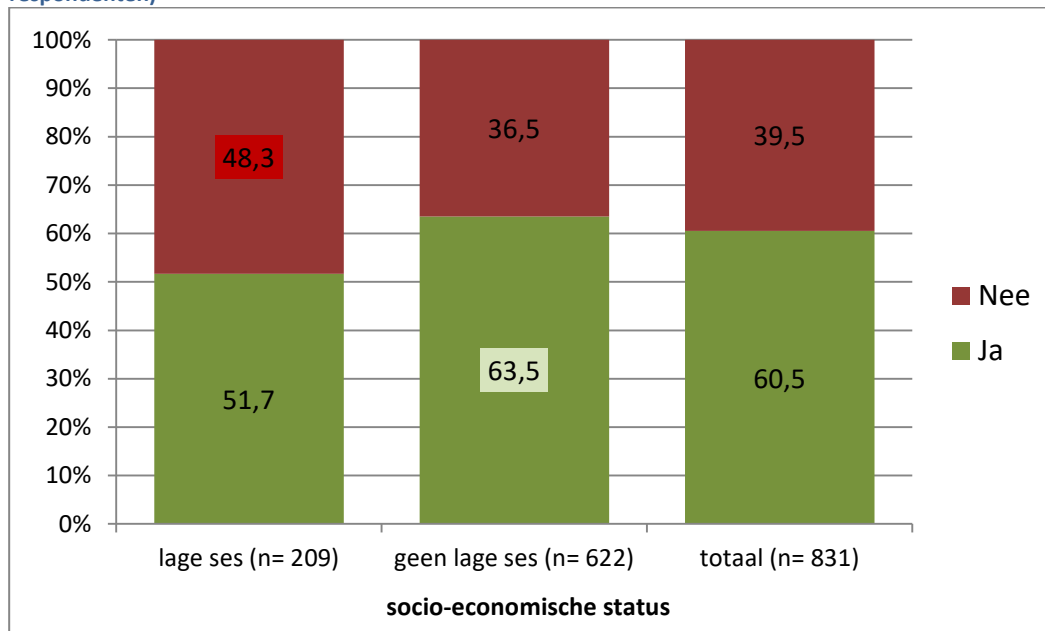
Grafiek 64 Aandeel respondenten dat een vaste gynaecoloog heeft volgens leeftijd (selectie: vrouwelijke respondenten)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 65 Aandeel respondenten dat een vaste gynaecoloog heeft volgens socio-economische status (selectie: vrouwelijke respondenten)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.3.3 Globaal Medisch Dossier

Bijna 90% van de respondenten heeft een Globaal Medisch Dossier bij de vaste huisarts. Dit aandeel ligt gevoelig hoger dan het percentage dat wordt weergegeven op de IMA-Atlas¹² voor stad Antwerpen (63,6% t.o.v. 70% voor Vlaams Gewest). De cijfers van het IMA zijn accuraat, want ze zijn gebaseerd op objectieve registraties. Echter, patiënten die al een GMD hebben maar in de loop van drie opeenvolgende kalenderjaren hun vaste huisarts niet hebben geraadpleegd of bezocht worden worden niet bij het aantal GMD bijgerekend. Alleen personen die in de loop van de drie voorgaande kalenderjaren werden gefactureerd n.a.v. nomenclatuurcode¹³ 102771 of 102793 zijn bij de cijfers GMD inbegrepen. Het grote verschil tussen het aandeel personen met een GMD volgens de cijfers van het IMA en volgens de resultaten van de Antwerpse gezondheidsenquête kan zeker niet geheel verklaard worden door bovenstaande beschreven manier van gegevensontsluiting door het IMA en het kan onmogelijk verklaard worden doordat het cijfer van IMA refereert aan de toestand van 2014. Dit verschil geeft vooral aan dat de respons op schriftelijke en online enquêtes verhoudingsgewijs veel kleiner is bij maatschappelijk kwetsbare groepen, die ook op het vlak van gezondheidszorg gemiddeld genomen minder goed ingelicht zijn en er minder gebruik van maken. M.a.w. personen met een globaal medisch dossier zijn mogelijk oververtegenwoordigd in de netto-steekproef van de Antwerpse gezondheidsenquête.

De grote schommeling in de resultaten tussen de drie edities van de gezondheidsenquête geeft ook al aan dat met de enquêteresultaten een inschatting van het werkelijke aandeel personen met een globaal medisch dossier erg moeilijk te maken is. Bovendien zien we dat de betrouwbaarheid van de resultaten bijkomend bemoeilijkt wordt door het relatief grote aandeel respondenten dat deze vraag onbeantwoord heeft gelaten, in het bijzonder bij de editie van 2013. **Een forse daling van het aandeel in 2013 ten opzichte van 2010 staat haaks op de realiteit van een jaarlijkse gestage werkelijke toename van het aandeel personen met een globaal medisch dossier**, zoals te zien is op de tweede onderstaande grafiek. **Sinds 2003 nam het aandeel personen met een globaal medisch dossier jaarlijks met minstens enkele procentpunten toe en evolueerde alzo van 36% in 2003 tot 63,6% in 2014.**

Het aantal mensen met een globaal medisch dossier verschilt dus sterk naargelang de gegevensbron, maar om eventuele verschillen tussen andere dan geslachts- en leeftijdsgebonden subgroepen te bekijken, moeten we terug een beroep doen op de enquêteresultaten. Daarom splitsen we deze paragraaf op in drie afzonderlijke delen:

- resultaten met achtergrondkenmerken vanuit Antwerpse gezondheidsenquête (7.3.3.1);
- meest recente cijfergegevens (2014) van IMA-Atlas m.b.t. leeftijd en geslacht (7.3.3.2);
- meest recente cijfergegevens (2014) van IMA-Atlas: vergelijking Vlaams Gewest en stad Antwerpen (incl. cijfers op kleiner geografische niveau (7.3.3.3).

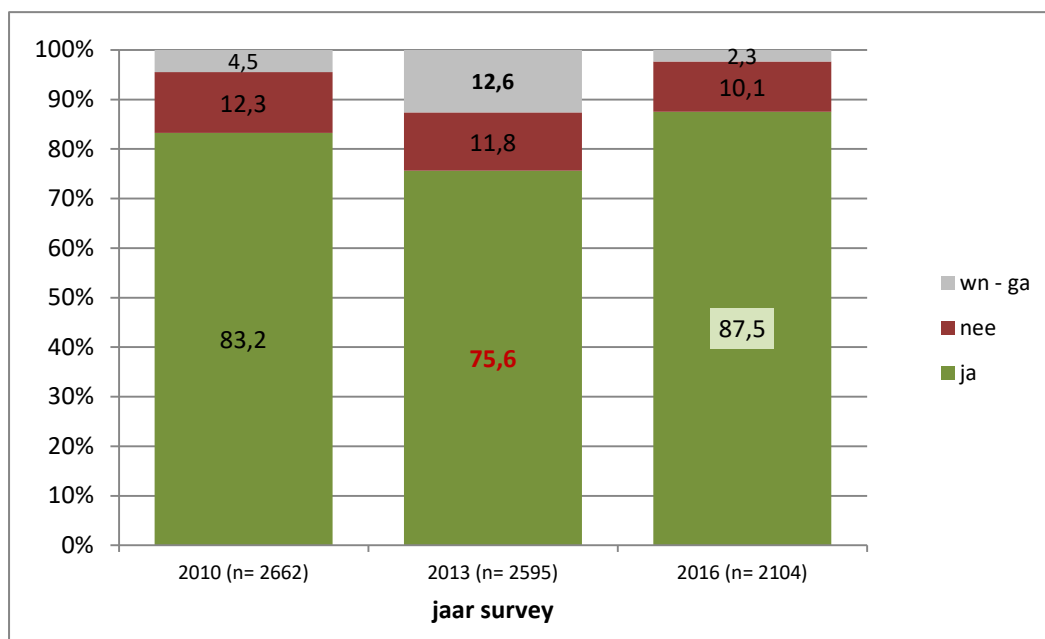
¹² Beleidsrelevante statistieken van het InterMutualistisch Agentschap:

<http://atlas.ima-aim.be/home.aspx?ReturnUrl=%2f>

¹³ Nomenclatuurcode 102771 = Supplement voor het beheer van het globaal medisch dossier (GMD) door een huisarts, ter gelegenheid van een raadpleging (101032, 101076) of van een bezoek (103132, 103412, 103434), met het schriftelijk akkoord van de patiënt.

Nomenclatuurcode 102793 = Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier zonder gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten: verlenging van het globaal medisch dossier.

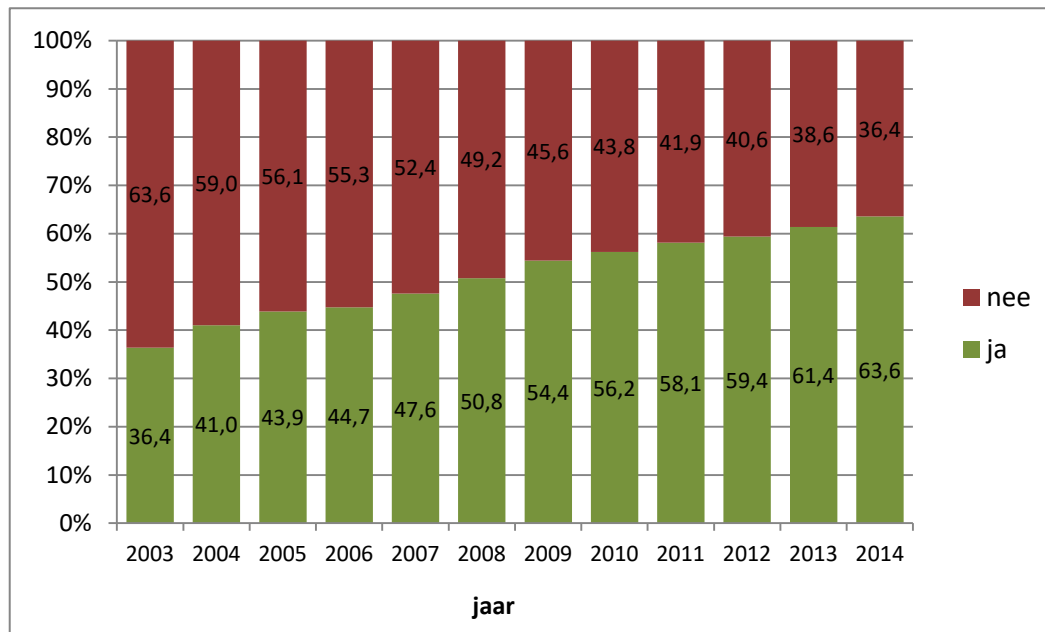
Grafiek 66 Aandeel respondenten met Globaal Medisch Dossier, per surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 67 Evolutie van het aandeel Antwerpenaren met Globaal Medisch Dossier



Bron: Intermutualistisch Agentschap, 2014

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



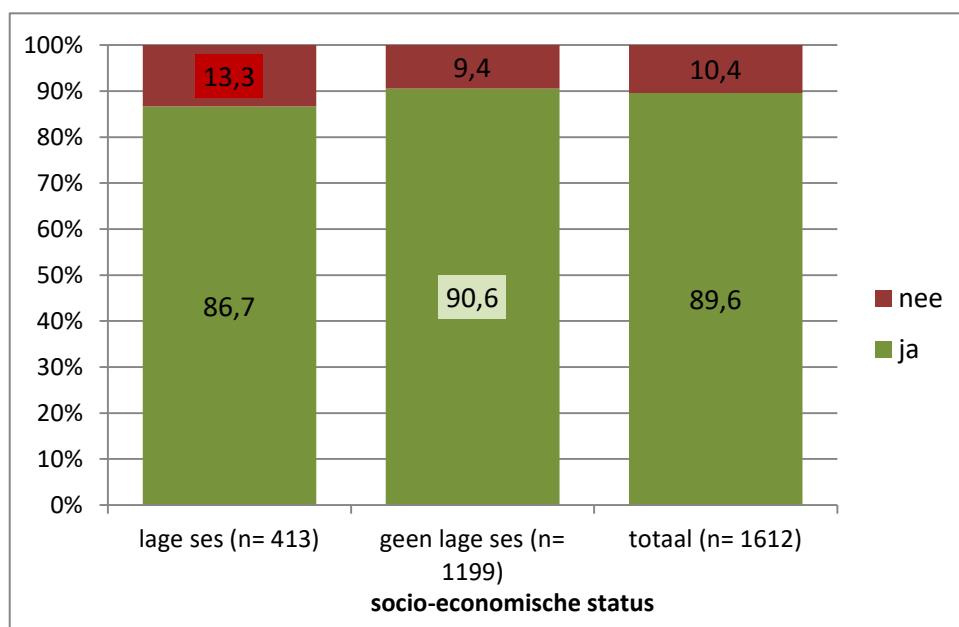
7.3.3.1 Globaal Medisch Dossier en achtergrondkenmerken

Bij de cijfers in onderstaande grafieken laten we opnieuw de niet valide antwoorden buiten beschouwing.

Respondenten met een lage socio-economische status (13%) geven vaker aan dat ze geen globaal medisch dossier hebben dan de overige respondenten (9,4%). Dit kan te maken hebben met een gebrekkige kennis hierover, maar het kan ook zijn dat een groter aandeel van hen gewoon geen huisarts raadpleegt. Daarnaast stellen we alleen nog significante en noemenswaardige verschillen vast volgens de herkomst van de respondenten. Meer dan 90% van de autochtone en West- en Zuid-Europese respondenten heeft een globaal medisch dossier. Bij Noord-Afrikaanse en West-Aziatische respondenten is dit 80% en bij Oost-Europese en andere niet-Europese allochtonen ongeveer 75%.

We analyseerden de resultaten niet in functie van de leeftijd en het geslacht van de respondenten, omdat deze achtergrondkenmerken ook beschikbaar zijn op de IMA-Atlas.

Grafiek 68 Aandeel respondenten met Globaal Medisch Dossier volgens socio-economische status

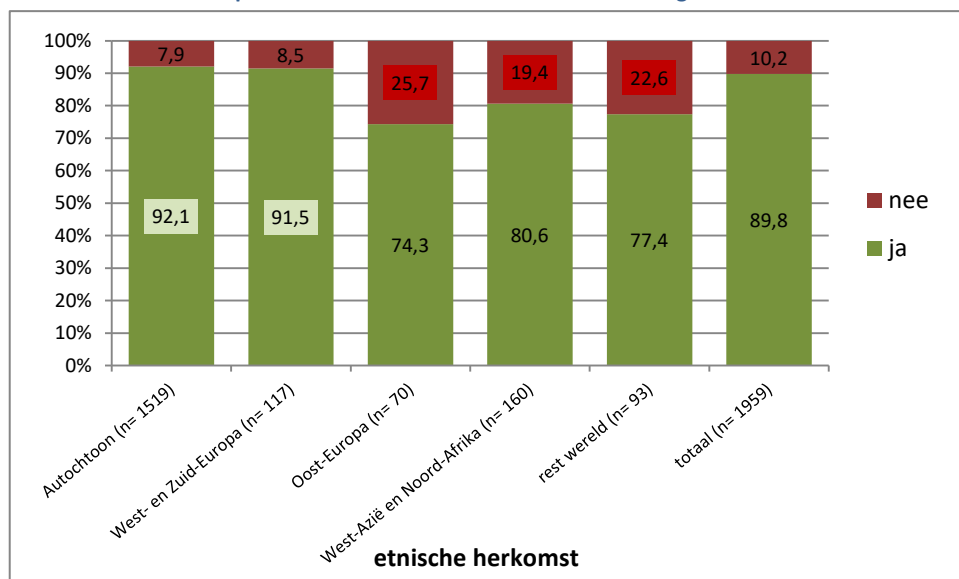


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 69 Aandeel respondenten met Globaal Medisch Dossier volgen etnische herkomst



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

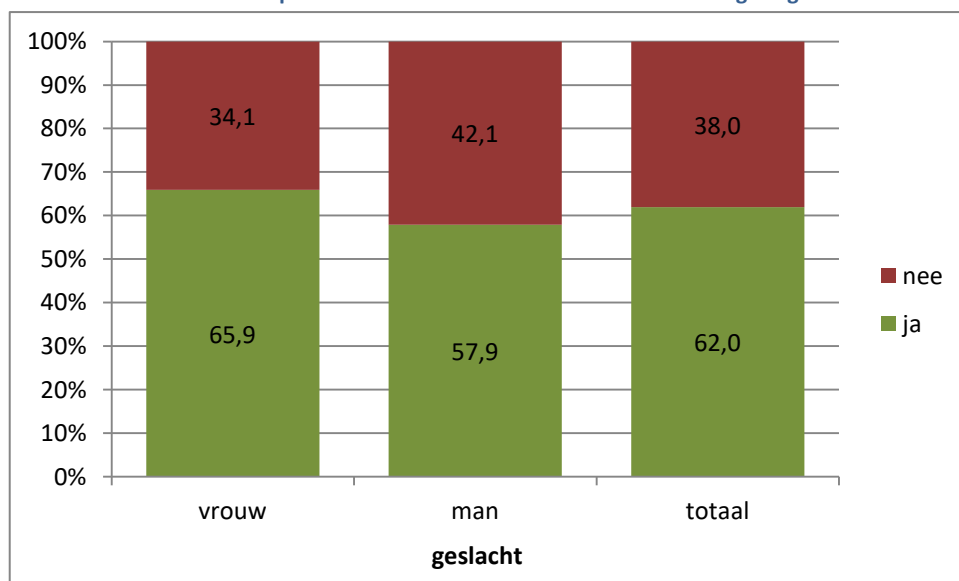
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

7.3.3.2 Globaal Medisch Dossier volgens leeftijd en geslacht

Hier geven we het werkelijke aantal Antwerpenaren weer die een globaal medisch dossier bij hun vaste huisarts hebben. We doen dit ook voor verschillende leeftijdsgroepen en voor mannen en vrouwen apart.

Vrouwen die in stad Antwerpen wonen (66%) hebben veel vaker een globaal medische dossier dan de Antwerpse mannen (58%). Het aandeel Antwerpenaren met een globaal medisch dossier neemt gestaag toe met de leeftijd, bij de vrouwen is de toename per leeftijdsgroep lineair. Alleen in de twee jongste leeftijdsgroepen is het aandeel inwoners met een globaal medisch dossier bij de mannen niet kleiner dan bij de vrouwen. In die leeftijdsgroepen heeft nog minder dan de helft een globaal medisch dossier. Het verschil tussen mannen en vrouwen is uitermate groot in de beroepsactieve leeftijdsgroepen. Terwijl maar de helft van de mannen tussen 15 en 44 jaar een globaal medisch dossier heeft, is dit aandeel bij de vrouwelijke 15- tot 24-jarigen bijna 59% en bij de vrouwelijke 25- tot 44-jarigen bijna 63%. Bij de 75-plussers is het verschil opnieuw erg klein.

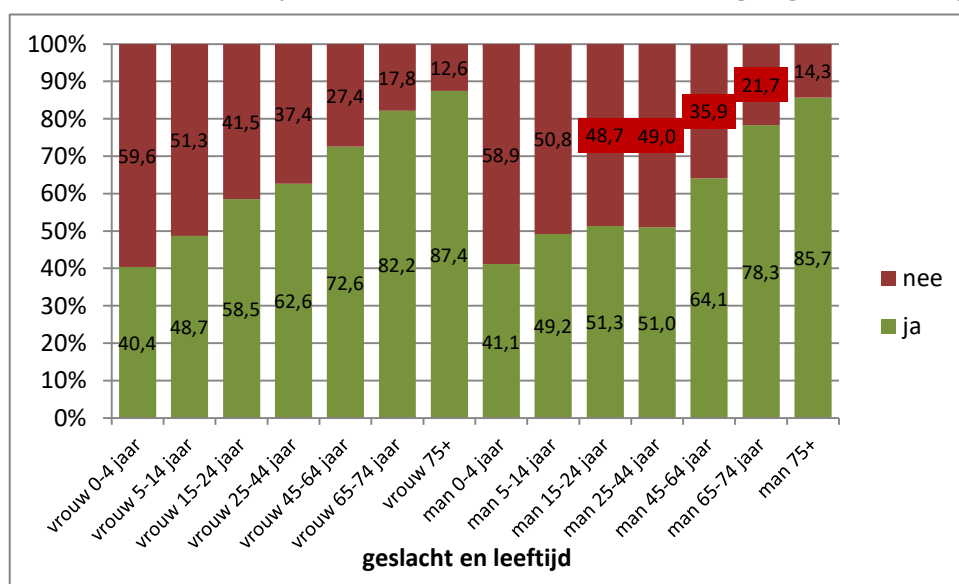
Grafiek 70 Aandeel Antwerpenaren met een Globaal Medisch Dossier volgens geslacht



Bron: Intermutualistisch Agentschap, 2014

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 71 Aandeel Antwerpenaren met een Globaal Medisch Dossier volgens geslacht en leeftijd



Bron: Intermutualistisch Agentschap, 2014

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



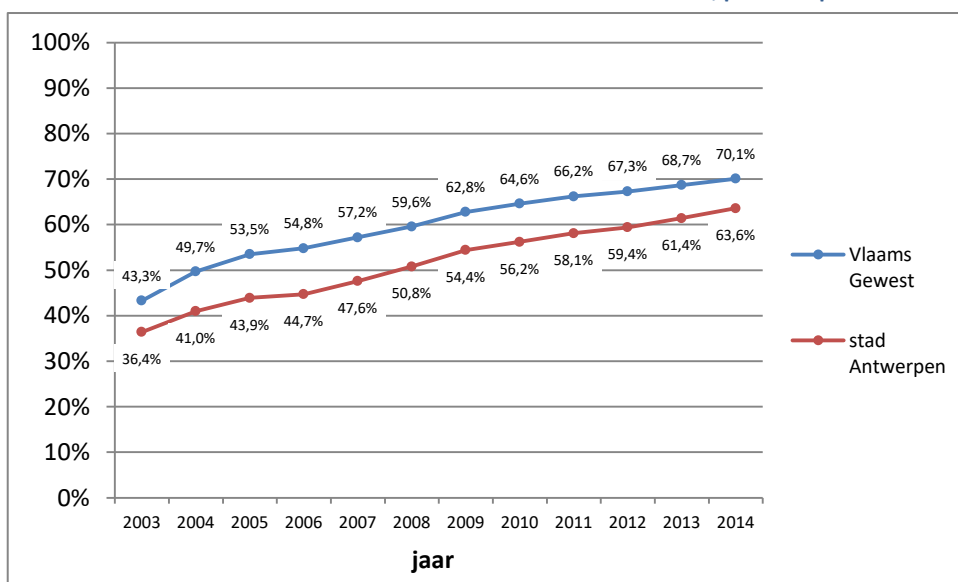
7.3.3.3 Globaal Medisch Dossier en woonplaats

De cijfers op de IMA-Atlas¹⁴ worden ontsloten tot op het wijkniveau. Daarom stellen we die cijfers ook gedetailleerd op onderstaande figuur voor, waarbij we het aandeel personen met een globaal medisch dossier per afzonderlijke wijk weergeven. We vergelijken de cijfers met het Vlaams Gewest.

Zowel bij de inwoners van het Vlaams Gewest als bij de Antwerpenaren merken we gedurende de afgelopen tien jaar een gestage toename van het aandeel met een globaal medisch dossier. De aanvankelijke percentagekloof van 7 procentpunten in 2003 tussen Antwerpenaren (36,4%) en Vlamingen (43,3%) vergrootte in de eerste jaren lichtjes. **Vanaf 2008 verkleint deze kloof jaar na jaar een klein beetje, maar het verschil tussen Antwerpenaren (63,3%) en inwoners van het Vlaams Gewest (70,1%) blijft nog steeds tamelijk groot.**

In de wijken Centraal Station, Stadspark en Haringrode heeft minder dan 40% van de inwoners een globaal medisch dossier. In 7.3.1.1 hebben we al vastgesteld dat in de eerste twee genoemde wijken een tekort aan huisartsen bestaat.

Grafiek 72 Evolutie aandeel inwoners met een Globaal Medisch Dossier, per woonplaats



Bron: InterMutualistisch Agentschap, 2014

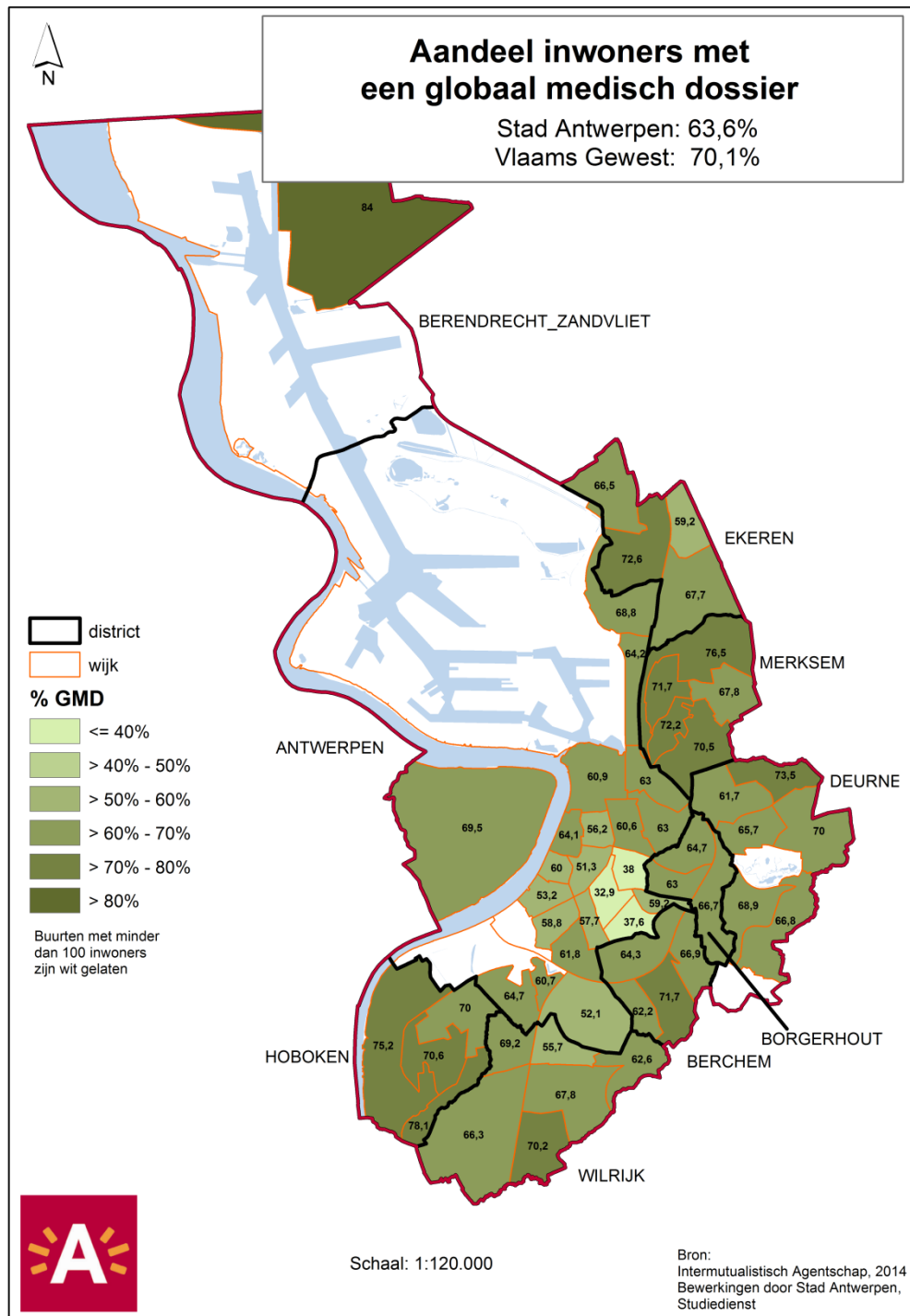
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

¹⁴ Beleidsrelevante statistieken van het InterMutualistisch Agentschap:

<http://atlas.ima-aim.be/home.aspx?ReturnUrl=%2f>



Figuur 19 Aandeel inwoners met een Globaal medisch Dossier per wijk, 2014





7.3.4 Verhoogde Tegemoetkoming

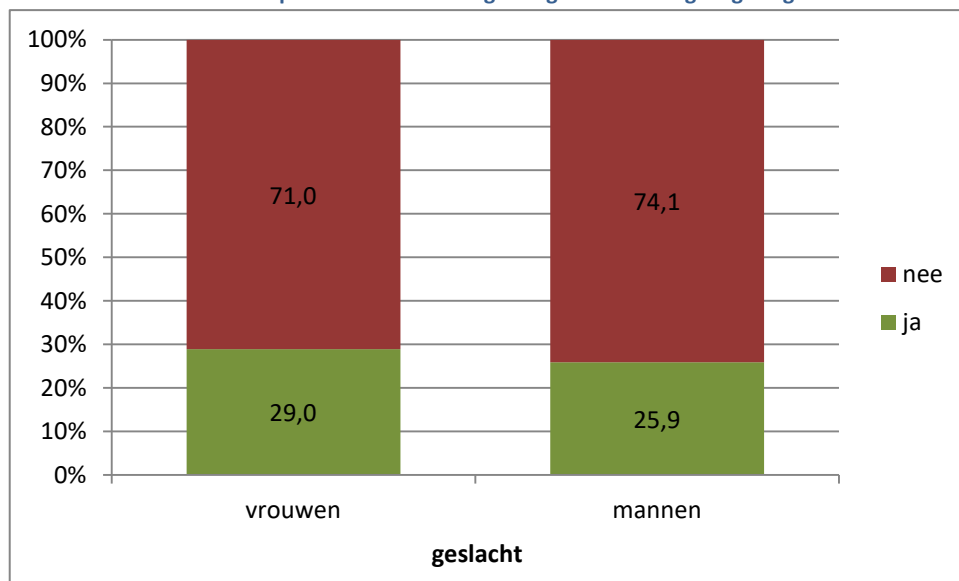
Personen met een laag inkomen en/of met een bepaald statuut hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming. Zij betalen minder voor gezondheidszorg en hebben nog andere financiële voordelen. Begin 2014 ging een nieuwe regeling in, waarbij de regeling verhoogde tegemoetkoming (waarbij het recht op een verhoogde tegemoetkoming automatisch aan de rechthebbende werd toegekend o.b.v. een bepaalde hoedanigheid: leefloontrekker, weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen) en het Omnio-statuuut werden samengevoegd tot één eenvormige regeling. De benaming 'verhoogde tegemoetkoming' blijft bestaan. Het statuut 'verhoogde tegemoetkoming' wordt niet automatisch toegekend ingeval dit recht louter o.b.v. het inkomensniveau ontstaat, maar dient aangevraagd te worden door de eventuele rechthebbende. Omdat het aantal rechthebbenden (gebruikers van het recht) ver beneden het potentiële aantal rechthebbenden blijft werd in 2013 door de bevoegde minister al de opdracht aan de ziekenfondsen gegeven om op zoek te gaan naar leden die in aanmerking komen voor een verhoogde tegemoetkoming. Sinds 2015 zijn er bepalingen omtrent de informatie-uitwisseling tussen de fiscus en de mutualiteiten wettelijk vastgelegd. De fiscus bezorgt de gegevens van burgers die onder de inkomensgrens vallen aan de mutualiteiten, die pro-actief de potentiële rechthebbenden opzoeken.

In de eerste onderstaande paragraaf bekijken we het aandeel Antwerpenaren met een verhoogde tegemoetkoming, opgesplitst naar leeftijd en geslacht. In de tweede onderstaande paragraaf bekijken we – met behulp van cijfers van de IMA-Atlas - het aandeel inwoners met een verhoogde tegemoetkoming per wijk in Antwerpen en vergelijken het aandeel met het Vlaams Gewest. Omdat de IMA-cijfers de evolutie schetsen tot en met het jaar 2015, kunnen we de impact van de nieuwe wettelijke bepalingen (zie bovenstaande alinea) nog niet goed inschatten.

7.3.4.1 Verhoogde tegemoetkoming volgens leeftijd en geslacht

Vrouwen die in stad Antwerpen wonen (29%) hebben vaker het statuut van verhoogde tegemoetkoming dan de Antwerpse mannen (26%). Het aandeel Antwerpenaren met het statuut van verhoogde tegemoetkoming is het grootste bij de leeftijdsgroepen jonger dan 20 jaar (meer dan 35%) en bij de oudste leeftijdsgroepen.

Grafiek 73 Aandeel Antwerpenaren met verhoogde tegemoetkoming volgens geslacht

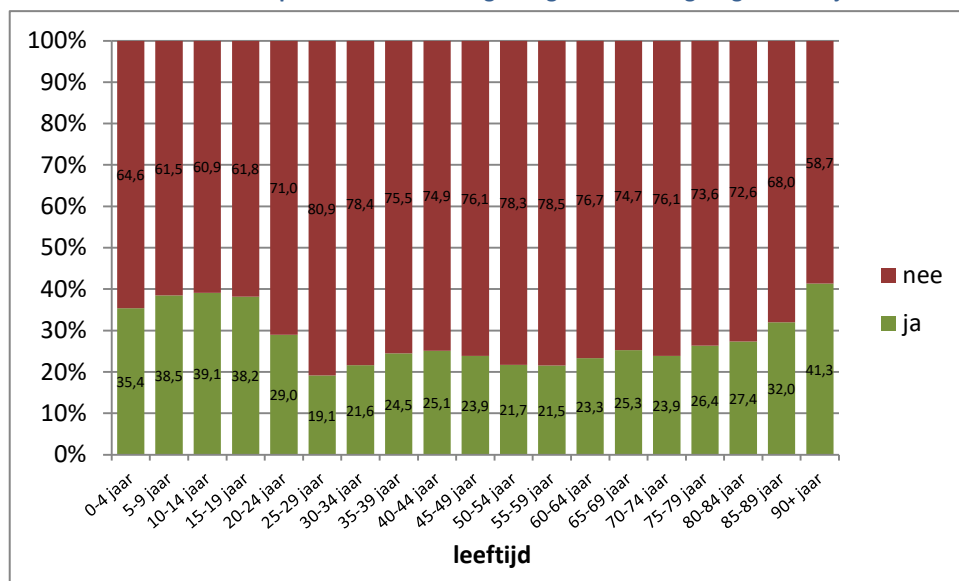


Bron: Intermutualistisch Agentschap, 2015

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 74 Aandeel Antwerpenaren met verhoogde tegemoetkoming volgens leeftijd



Bron: Intermutualistisch Agentschap, 2015

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



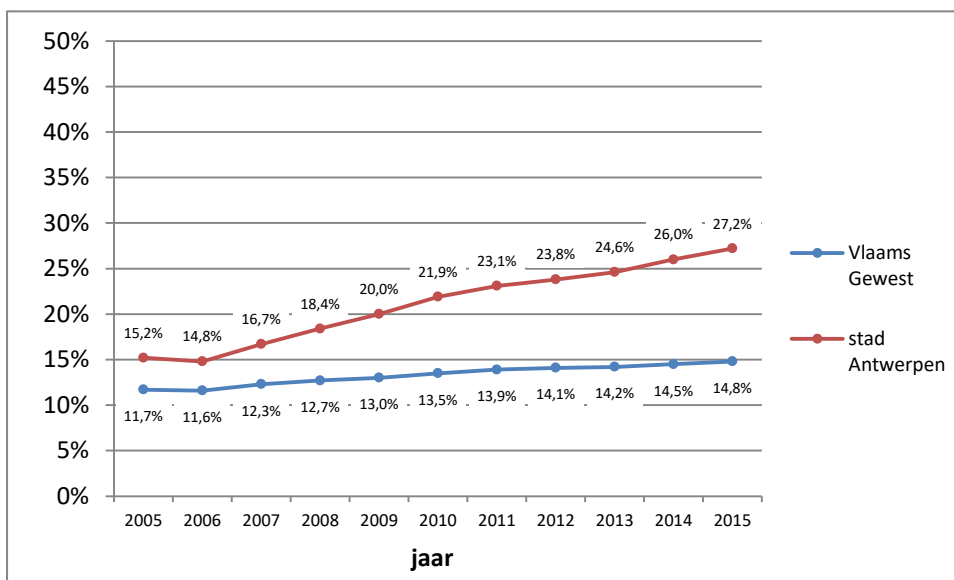
7.3.4.2 Verhoogde tegemoetkoming volgens woonplaats

De cijfers op de IMA-Atlas¹⁵ worden ontsloten tot op het wijkniveau. Daarom stellen we die cijfers ook gedetailleerd op onderstaande figuur voor, waarbij we het aandeel personen met het statuut van verhoogde tegemoetkoming per afzonderlijke wijk weergeven. We vergelijken de cijfers met het Vlaams Gewest.

Zowel bij de inwoners van het Vlaams Gewest als bij de Antwerpenaren merken we gedurende de afgelopen tien jaar een toename van het aandeel met een verhoogde tegemoetkoming. Bij de Antwerpenaren is die toename echter veel groter. De aanvankelijke kleine percentagekloof van 3 procentpunten in 2005 tussen Antwerpenaren (15,2%) en Vlamingen (11,7%) vergrootte in de afgelopen tien jaar stelselmatig.

In de wijken Amandus-Atheneum, Stuivenberg, Dam, Centraal Station, Haringrode, Borgerhout Intra Muros Noord en Zuid, Luchtbal, Kiel, Linkeroever en Oud Merksem heeft meer dan 35% van de inwoners een statuut van verhoogde tegemoetkoming. In de wijken Stuivenberg en Luchtbal is dit aandeel zelfs meer dan de helft.

Grafiek 75 Evolutie aandeel inwoners met verhoogde tegemoetkoming, per woonplaats



Bron: Intermutualistisch Agentschap, 2015

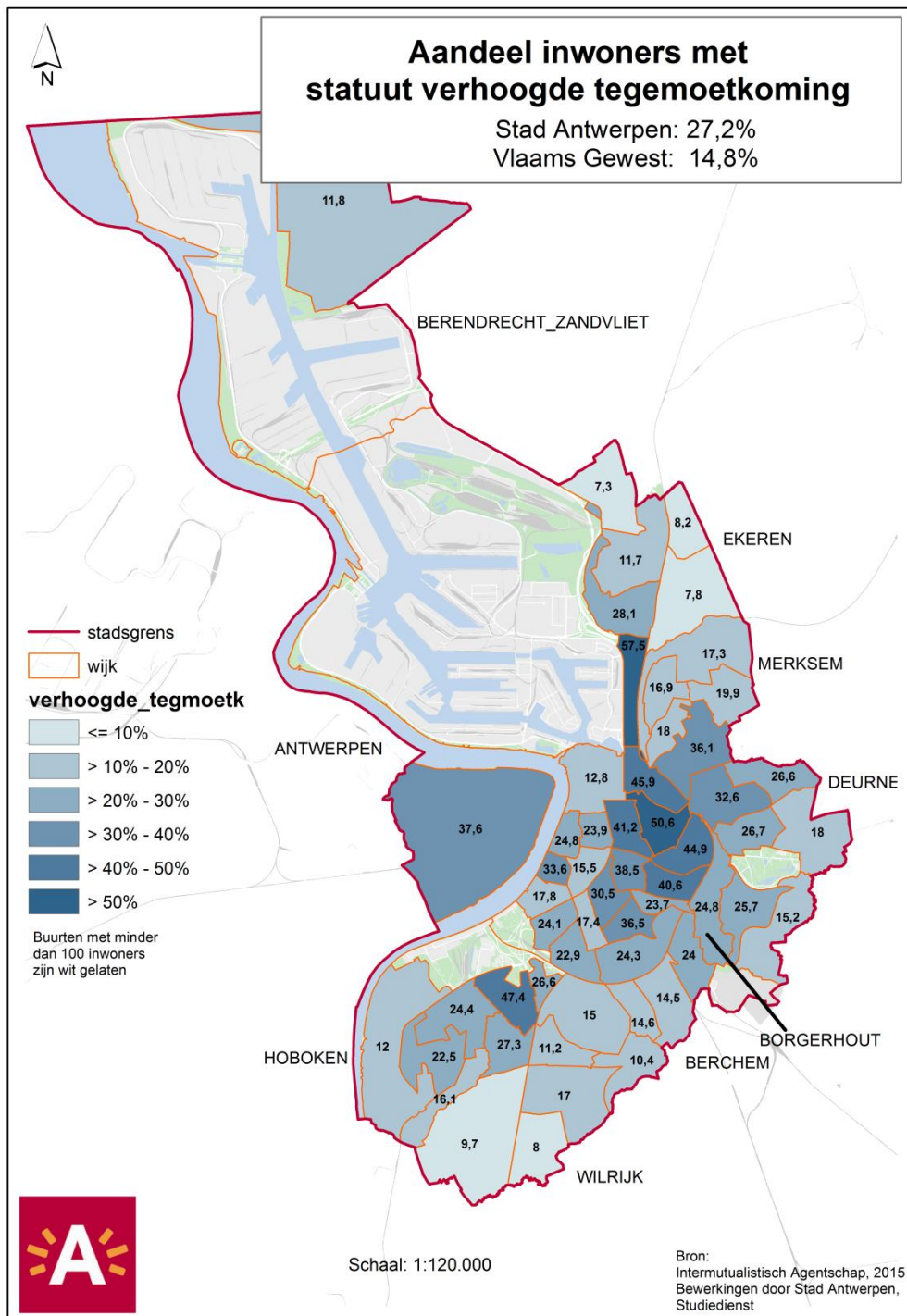
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

¹⁵ Beleidsrelevante statistieken van het InterMutualistisch Agentschap:

<http://atlas.ima-aim.be/home.aspx?ReturnUrl=%2f>



Figuur 20 Aandeel inwoners met verhoogde tegemoetkoming per wijk, 2015





7.3.5 Uitstel medische zorgen

In deze paragraaf wordt uitstel van medische zorgen nader geanalyseerd. In dit kader moet opgemerkt worden dat de term 'medische zorgen' in dit geval ruim geïnterpreteerd moet worden. Ook paramedische zorg zoals kinesitherapie, mentale gezondheidszorg en gezinszorg worden meegenomen in de analyse.

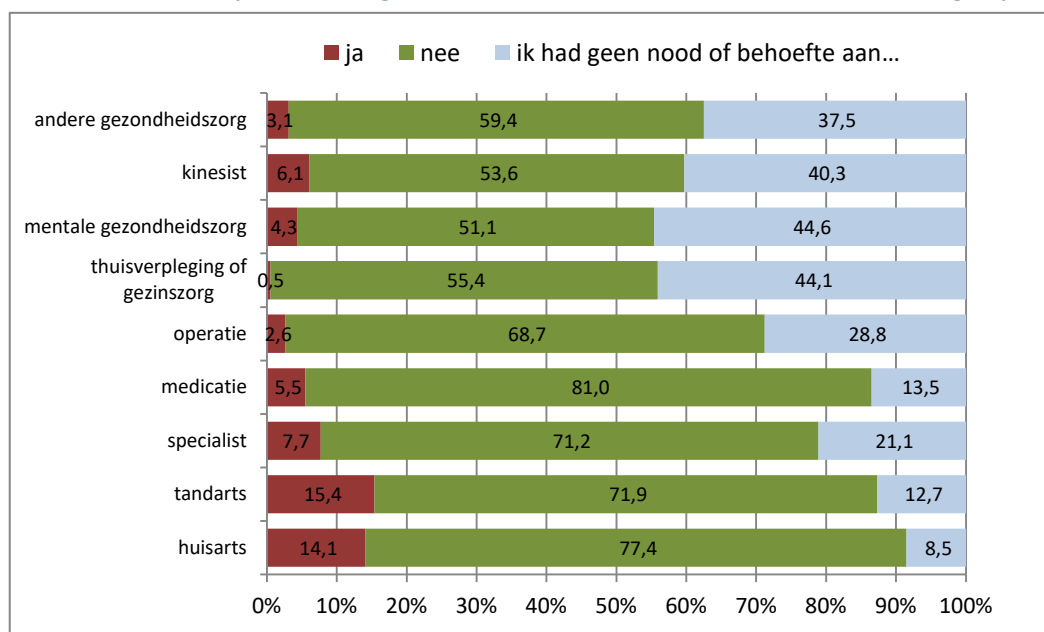
We bekijken eerst het zorguitstel per zorgvorm, nadien de redenen van zorguitstel en we sluiten dit hoofdstuk af met een detailanalyse van het zorguitstel om financiële redenen.

7.3.5.1 Uitstel per zorgvorm

Een bezoek aan de tandarts (15,4%) en de huisarts (14,1%) wordt het vaakst uitgesteld. Voor wat betreft de consultatie bij een kinesist (6%) en specialist (7,7%) meldt meer dan 1 op 20 van de respondenten dat ze een bezoek hebben uitgesteld. Ook 5,5% van de respondenten heeft de inname van bepaalde medicatie uitgesteld.

Wanneer we de respondenten die geen behoefte hadden aan een consultatie bij de tandarts of huisarts buiten beschouwing laten, dan zien we dat 17,5% van hen een bezoek aan de tandarts heeft uitgesteld en 15% van deze respondenten consulteerde geen huisarts. Bij een vergelijking met de resultaten van de survey van 2013 laten we de respondenten die geen behoefte hadden aan de betreffende medische zorg ook buiten beschouwing. In de tweede onderstaande grafiek tonen we alleen de zorgsoorten waarbij we een significant verschil tussen 2013 en 2016 hebben vastgesteld bij het aandeel respondenten dat de betreffende zorg heeft uitgesteld. Zo zien we dat een tandartsbezoek en thuisverpleging of gezinszorg minder vaak werd uitgesteld volgens de respondenten van de survey van 2016, terwijl het aandeel zorguitstellers voor mentale gezondheidszorg en voor de inname van bepaalde medicatie groter is bij de respondenten van de survey van 2016.

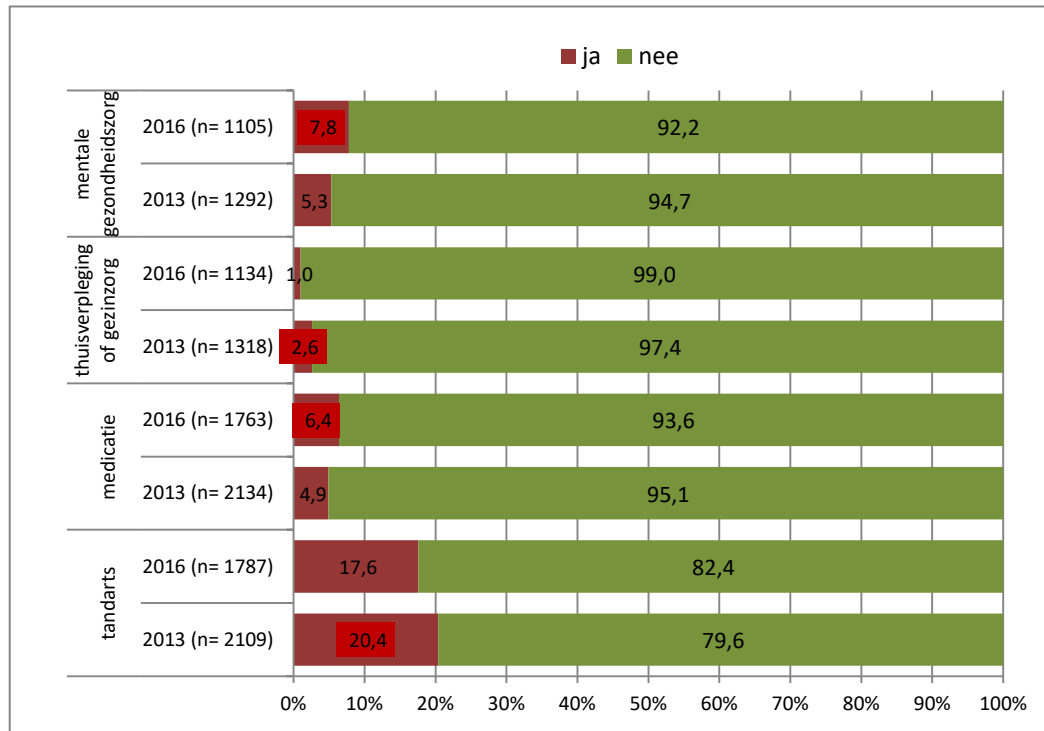
Grafiek 76 Aandeel respondenten volgens al dan niet uitstel van en behoefte aan medische zorgen, per soort zorg



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 77 Aandeel respondenten dat medische zorgen heeft uitgesteld volgens soort zorg, per surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2013 & 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Uitgezonderd wat betreft mentale gezondheidszorg geven respondenten met een lage socio-economische status significant vaker aan dat ze de betreffende soort zorg hebben uitgesteld tijdens het voorbije jaar. De verschillen zijn overall vrij opmerkelijk. **Maar liefst 21% van de respondenten met een lage socio-economische status heeft een consultatie bij de huisarts en de tandarts uitgesteld.** Ook ruim 10% van hen stelde een bezoek aan een specialist en de inname van bepaalde medicatie uit.

Tabel 18 Aandeel respondenten dat medische zorgen heeft uitgesteld volgens socio-economische status, per soort zorg

soort zorg	lage ses (n= 416)	geen lage ses (n= 1201)	totaal (n= 1617)
huisarts	20,7%	12,0%	14,2%
tandarts	21,9%	12,8%	15,2%
specialist	10,8%	6,2%	7,4%
inname van medicatie	10,1%	3,7%	5,3%
een operatie	5,0%	1,7%	2,6%
thuisverpleging of gezinszorg	1,7%	0,2%	0,6%
mentale gezondheidszorg	4,8%	4,2%	4,3%
kinesist	9,1%	4,7%	5,9%
andere gezondheidszorg	5,8%	2,0%	3,0%

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Bij analyse met andere achtergrondkenmerken van de respondenten vinden we niet voor (bijna) alle zorgsoorten significante verschillen. Enkele opvallende verschillen willen we echter wel tonen in onderstaande grafieken.

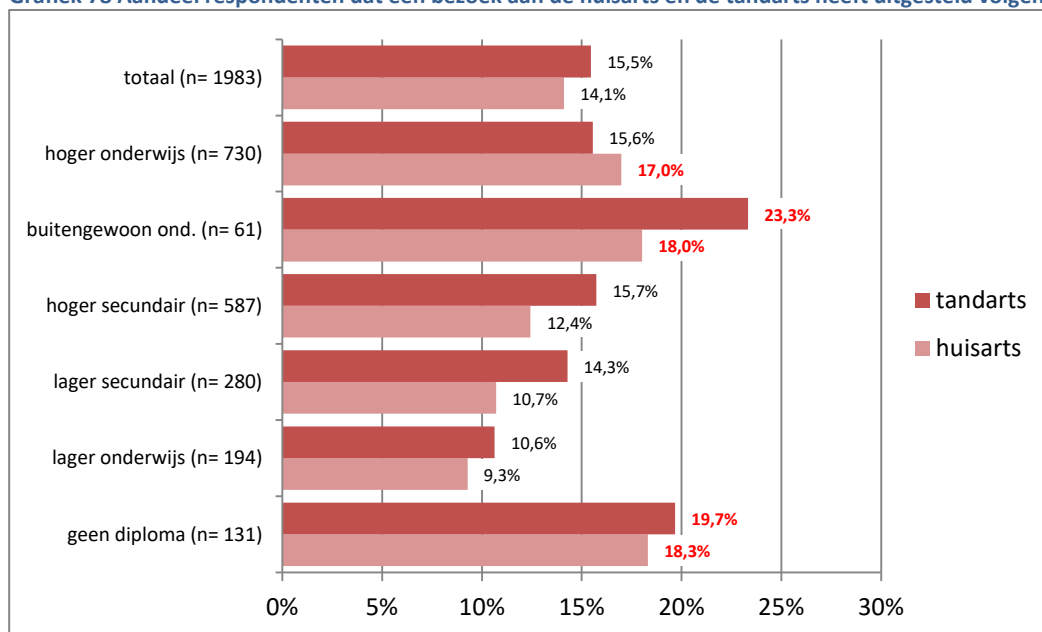
Opmerkelijke verschillen tussen de respondenten van verschillende scholingsgraad vinden we alleen voor het uitstel van consultaties bij de huisarts en tandarts. Zowel de respondenten zonder diploma (18%) en de hogescholenden (17%) melden vaker dat ze een bezoek aan de huisarts hebben uitgesteld. Respondenten zonder diploma geven ook significant vaker aan dat ze een tandartsbezoek hebben uitgesteld (ca. 20%). Hierbij moeten we nog opmerken dat de **laaggeschoolden** – zowel respondenten zonder diploma als met een diploma lager onderwijs - significant en **veel vaker** aangeven dat ze **geen behoefte hadden aan een tandartsbezoek (23% t.o.v. 12,5% gemiddeld)**.

Significante verschillen volgens gezinspositie van de respondent vinden we ook voor het uitstel van consultaties bij de huisarts en tandarts. Een duidelijk groter aandeel van de respondenten bij de **alleenstaande ouders** zegt het afgelopen jaar een **doktersbezoek** te hebben **uitgesteld (24% t.o.v.14% gemiddeld)**. Respondenten die inwonen bij de ouders stellen ook vaker een doktersbezoek uit. Veelal zullen dit jonge mensen zijn. Mogelijk speelt hierbij het tekort aan huisartsen een rol maar net zo goed kunnen jongere mensen consultaties uitstellen omdat de reden voor een eventueel doktersbezoek van minder ernstige medische aard kan zijn. Ook het aandeel respondenten dat een **tandartsbezoek** heeft **uitgesteld** is het grootste bij **alleenstaande ouders (23% t.o.v.15% gemiddeld)**.

Ook tussen respondenten van verschillende etnische herkomst vinden we significante verschillen voor het uitstel van consultaties bij de huisarts en tandarts. Maar liefst **22,5% van de West-Aziatische en Noord-Afrikaanse respondenten** heeft het voorbije jaar een **doktersbezoek uitgesteld** en **24% van de West-Aziatische, Noord-Afrikaanse en Oost-Europese respondenten stelde een bezoek aan de tandarts uit**.

Tot slot vermelden we nog dat vrouwen significant vaker dan mannen een bezoek aan de huisarts, een specialist en kinesist uitgesteld hebben en ook vaker de mentale gezondheidszorg hebben uitgesteld. Uitstel van een dokters- of tandartsbezoek en de consultatie van een specialist wordt vaker door de jongere leeftijdsgroepen (tot 44 jaar) uitgesteld.

Grafiek 78 Aandeel respondenten dat een bezoek aan de huisarts en de tandarts heeft uitgesteld volgens opleidingsniveau

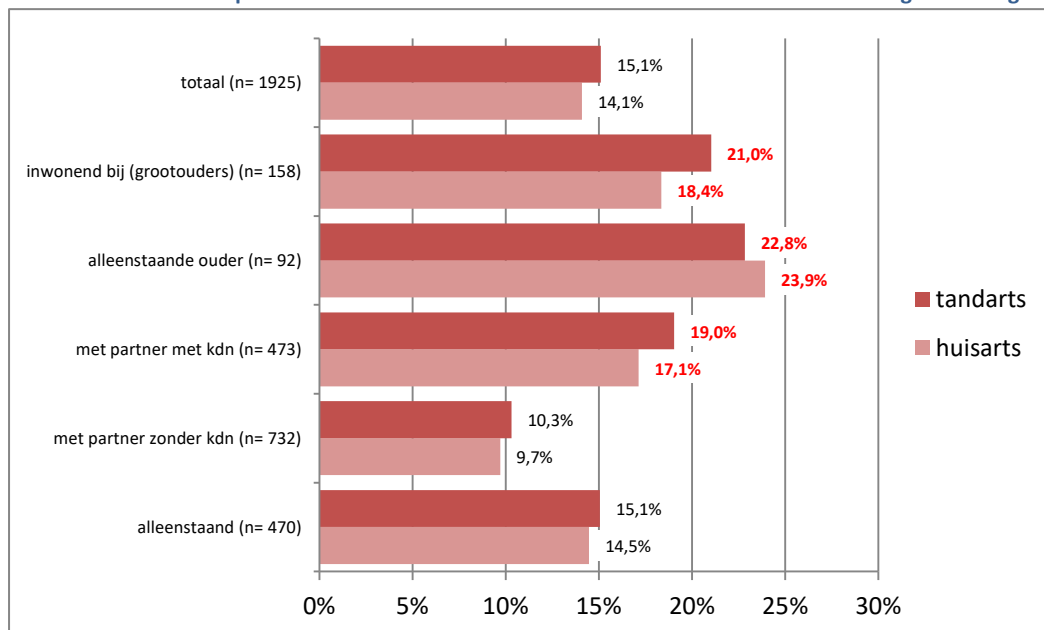


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



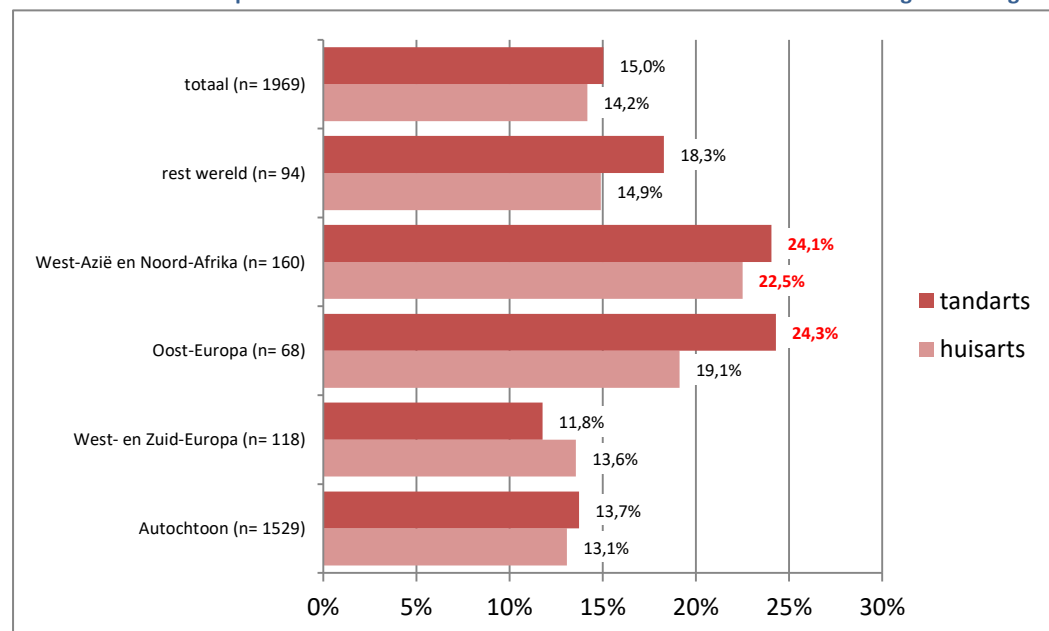
Grafiek 79 Aandeel respondenten dat een bezoek aan de huisarts en de tandarts heeft uitgesteld volgens positie in gezin



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 80 Aandeel respondenten dat een bezoek aan de huisarts en de tandarts heeft uitgesteld volgens etnische herkomst



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.3.5.2 Redenen van uitstel medische zorgen

In de Antwerpse gezondheidsenquête werd er ook gevraagd naar de reden waarvoor men medische zorgen heeft uitgesteld. Voor elke zorgvorm was er een aparte vraag die peilde naar eventueel zorguitstel. Die vraag werd gevolgd door een vraag naar de redenen van dit uitstel. Alleen de respondenten die deze specifieke medische zorgen hebben uitgesteld beantwoordden ook deze bijkomende vraag. We vergelijken hier geen resultaten tussen verschillende categorieën van respondenten volgens achtergrondkenmerken, omdat het aantal respondenten per categorie veel te klein is om betrouwbare conclusies te trekken.

Meer dan de helft van de respondenten die een bezoek aan de huisarts hebben uitgesteld geeft aan dat dit uitstel is gebeurd als gevolg van een gebrek aan tijd (7,5% van de netto-steekproef). 16% van deze respondenten stelde een doktersbezoek uit omdat men de consultatie niet kon betalen (2,3% van de netto-steekproef). 9% van deze respondenten had schrik om doorverwezen te worden voor verder medisch onderzoek. 5% van hen raadpleegde geen huisarts uit angst dat de klachten niet begrepen zouden worden. Bij een kleine minderheid van deze respondenten heeft dit uitstel een reden die niet bij de leefomstandigheden, de attitude of het gedrag van de respondent ligt. Zo geeft iets minder dan 10% van deze respondenten op dat een doktersbezoek werd uitgesteld omdat men op een wachtlijst werd geplaatst (1,3% van de netto-steekproef).

38% van de respondenten die een bezoek aan de tandarts hebben uitgesteld ging niet naar de tandarts omdat er geen tijd voor was (6% van de netto-steekproef). 25% van hen kon een tandartsbezoek niet betalen (bijna 4% van de netto-steekproef). 12% van deze respondenten moest een consultatie uitstellen omdat ze op een wachtlijst werden geplaatst (2% van de netto-steekproef).

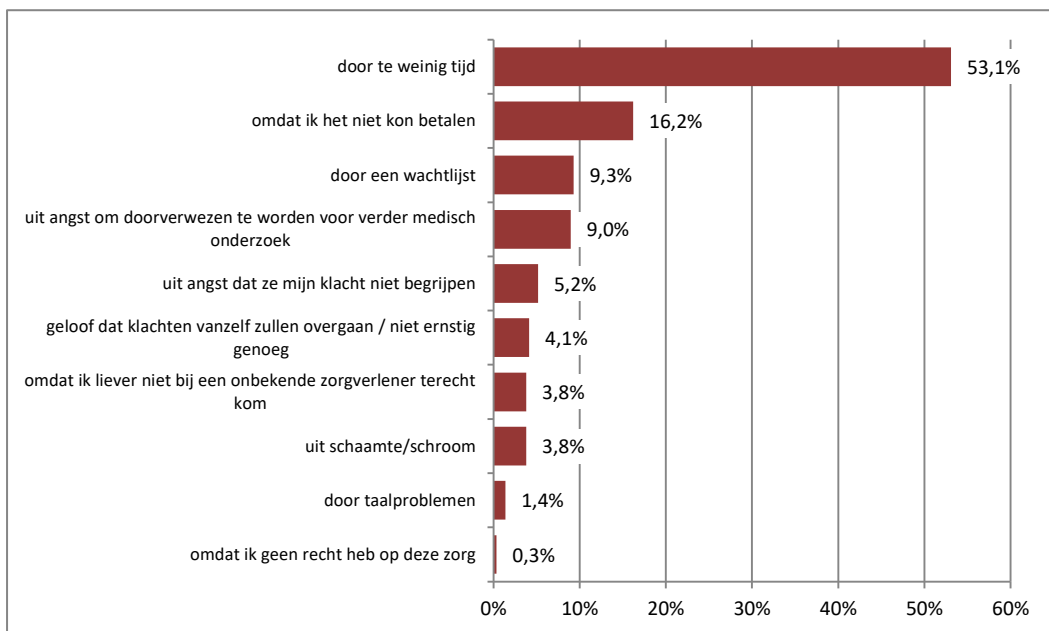
Ook 38% van de respondenten die een bezoek aan een specialist hebben uitgesteld ging niet naar de specialist omdat er geen tijd voor was (3% van de netto-steekproef). Ruim 28% van hen kon een consultatie niet betalen (ruim 2% van de netto-steekproef). 12% van deze respondenten moest een consultatie uitstellen omdat ze op een wachtlijst werden geplaatst en 10% had schrik om doorverwezen te worden voor verder onderzoek.

De inname van bepaalde medicatie wordt het vaakst uitgesteld omdat men het niet kon betalen (27%) (1,5% van de netto-steekproef). Bijna 10% van deze respondenten neemt de medicatie niet uit tijdsgebrek of uit angst voor de bijwerkingen.

Een operatie wordt ook het vaakst uitgesteld omwille van financiële redenen (26%) en een gebrek aan tijd (15%). Mentale gezondheidszorg wordt in 43% van de gevallen uitgesteld omdat men het niet kon betalen (2% van de netto-steekproef). Voor de consultatie bij mentale gezondheidszorg speelt veel vaker schaamte (29%) (1,3% van de netto-steekproef) en de angst dat de klacht niet zal begrepen worden (22%) (1% van de netto-steekproef) als reden om dit soort zorgvraag uit te stellen. 24% van deze respondenten zegt te weinig tijd te hebben gehad voor een consultatie (1% van de netto-steekproef). Voor deze laatste twee zorgvormen geldt dat het aantal respondenten dat dit soort zorg uitgesteld heeft relatief beperkt is. De extrapolatie van de percentages naar de gehele netto-steekproef moet daarom met nog meer voorzichtigheid gebeuren. Dit geldt nog veel explicieter voor wat betreft het uitstel van thuisverpleging of gezinszorg (n= 11), waar ook meer dan de helft van zorguitstellers aangeeft dat de zorg werd uitgesteld omdat men het niet kon betalen.

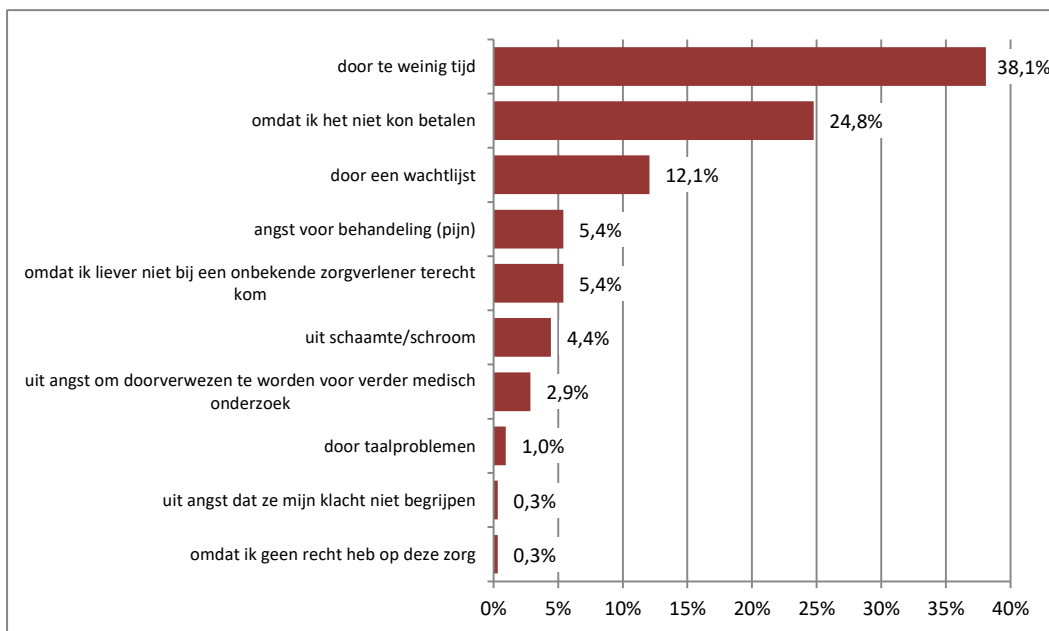


Grafiek 81 Aandeel respondenten volgens reden van uitstel van bezoek aan huisarts (selectie: respondenten die een bezoek aan huisarts hebben uitgesteld, n= 290)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

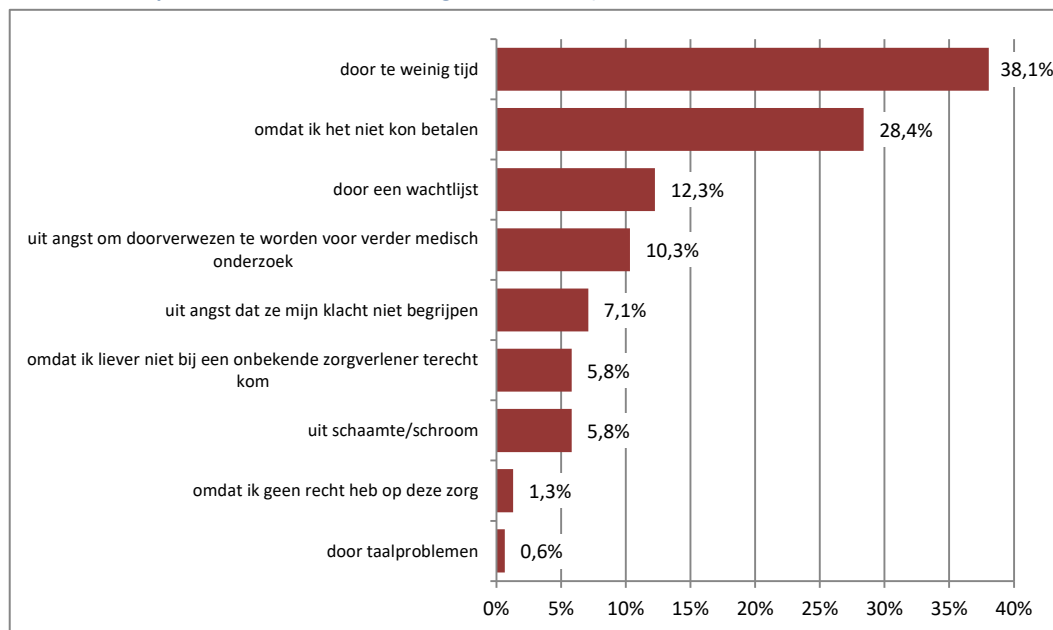
Grafiek 82 Aandeel respondenten volgens reden van uitstel van bezoek aan tandarts (selectie: respondenten die een bezoek aan tandarts hebben uitgesteld, n= 315)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

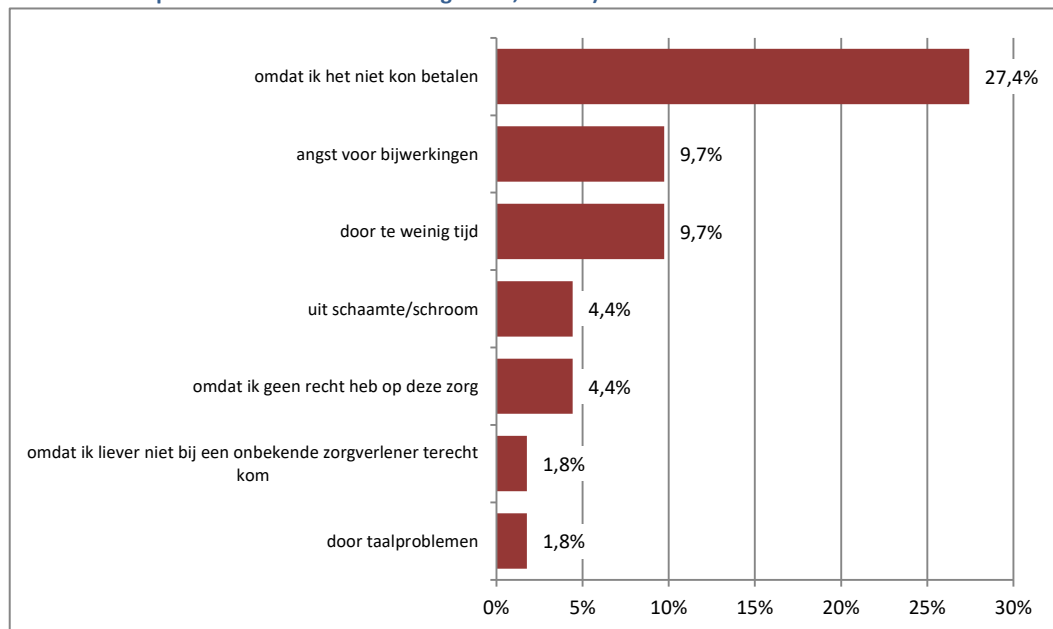


Grafiek 83 Aandeel respondenten volgens reden van uitstel van bezoek aan een specialist (selectie: respondenten die de inname van bepaalde medicatie hebben uitgesteld, n= 155)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

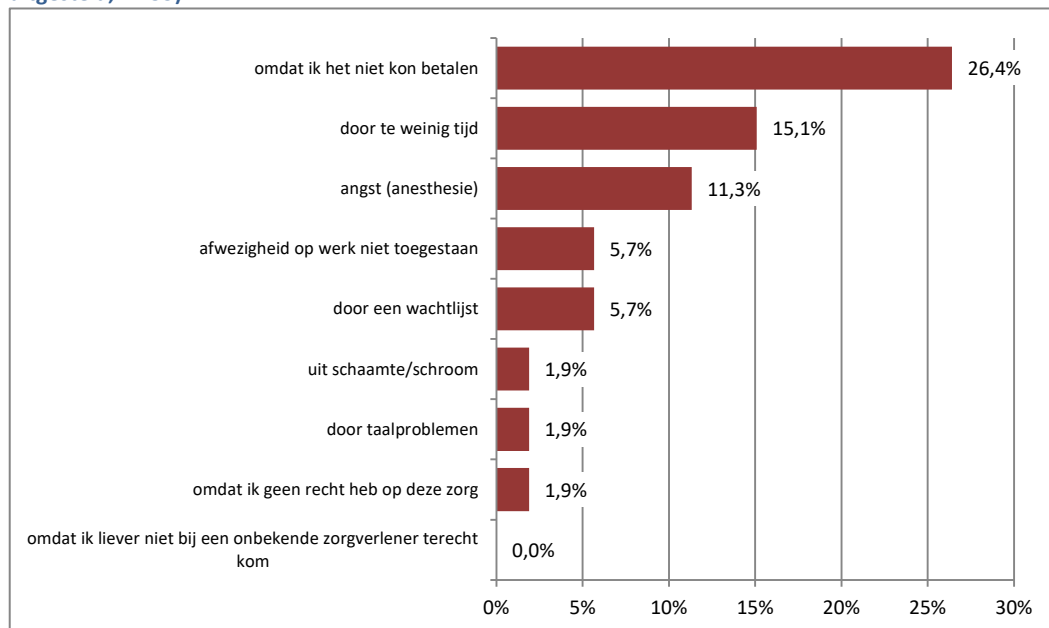
Grafiek 84 Aandeel respondenten volgens reden van uitstel van inname van bepaalde medicatie (selectie: respondenten die de inname van bepaalde medicatie hebben uitgesteld, n= 133)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

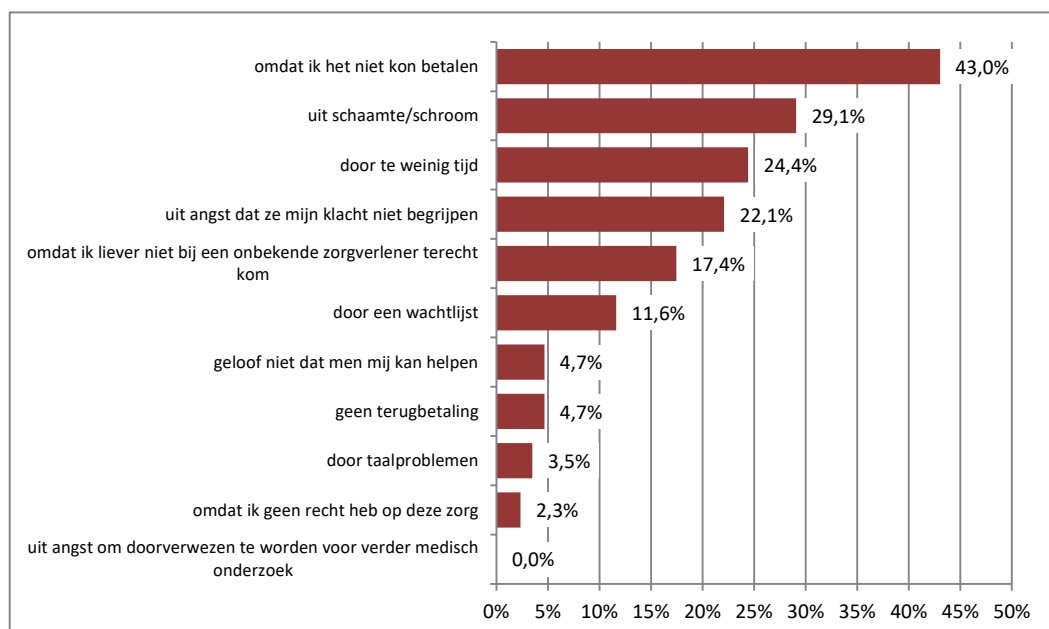


Grafiek 85 Aandeel respondenten volgens reden van uitstel van een operatie (selectie: respondenten die een operatie hebben uitgesteld, n= 53)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 86 Aandeel respondenten volgens reden van uitstel van mentale gezondheidszorg (selectie: respondenten die mentale gezondheidszorg hebben uitgesteld, n= 86)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



7.3.5.3 Uitstel medische zorgen om financiële redenen

Onderstaande cijfers inzake uitstel van medische zorgen omwille van financiële redenen werden op de volgende manier bekomen: alle respondenten die op minstens één van de vragen naar de redenen van uitstel van medische zorgen per zorgverlener (incl. operatie en medicatie) de antwoordcategorie *'omdat ik het niet kon betalen'* hebben aangeduid.

In de editie van de gezondheidsenquête van 2010 werd er alleen gevraagd naar het eventuele uitstel van medische zorgen *'omwille van financiële redenen'*. Bovendien werd deze vraag louter algemeen geformuleerd, zonder specificatie inzake raadpleging van welke zorgverlener of voor welke medische ingreep of m.b.t. welke medicatie de zorg werd uitgesteld. Door de gewijzigde formulering van het meer algemene *'omwille van financiële redenen'* naar het meer concrete *'omdat ik het niet kon betalen'* en door de mogelijkheid om ook andere redenen van zorguitstel te vermelden, kunnen de resultaten van de editie van 2010 niet op betrouwbare manier vergeleken worden met de resultaten van 2013 en 2016. Het grote verschil in het aandeel respondenten dat zorg heeft uitgesteld *'om financiële redenen'* in 2010 (14%) ten opzichte van het aandeel zorguitstellers *'omdat men het niet kon betalen'* in 2013 (10%) en 2016 (9%)¹⁶ geeft aan dat hier niet louter sprake is van toeval, maar veeleer dat de afwijkende vraagstelling effectief naar een andere werkelijkheid peilt. Het is aannemelijk dat respondenten medische zorgen uitstellen om financiële redenen, terwijl ze het wel zouden kunnen betalen (bijvoorbeeld omdat men de zorg te duur vindt en/of prioriteit geeft aan andere uitgaven), waardoor het aandeel respondenten logischerwijze hoger is bij de vraagstelling van de editie van 2010 dan bij de editie van 2013 en 2016. Maar mogelijk bieden ook andere redenen een (gedeeltelijke) verklaring¹⁷. Niettemin lijkt het ons nuttig de evolutie te tonen.

We maken geen vergelijking met de resultaten van de nationale gezondheidsenquête, waarvan reeds cijfers beschikbaar zijn voor de jaren 1997, 2001, 2004, 2008 en 2013. In de nationale gezondheidsenquête werd de vraag naar uitstel van medische zorgen¹⁸ steeds op identieke manier geformuleerd, maar op een andere manier dan in de Antwerpse gezondheidsenquête. Terwijl in de Antwerpse gezondheidsenquête meer verschillende zorgverstrekkers als antwoordmogelijkheid voor uitstel van zorgconsumptie worden geboden, neemt de nationale gezondheidsenquête bijvoorbeeld ook het uitstel van de aanschaf van een bril of contactlenzen op als keuze om te melden dat men dit niet kon betalen.

¹⁶ Dit percentage verwijst naar het aandeel respondenten dat bij één of meerdere van de verschillende zorgverleners (ook medicatie of operatie) deze zorg uitgesteld heeft omdat men het niet kon betalen.

¹⁷ De reeds aangehaalde mogelijke reden voor de sterke daling van het aandeel medische zorguitstellers in Antwerpen kunnen we aanvullen met een mogelijke verklaring die de auteur van *hoofdstuk 12- Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen* uit *Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten*¹⁷ van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid aanhaalt naar aanleiding van eenzelfde vaststelling bij de resultaten van de nationale gezondheidsenquête. Waarom zijn de percentages voor 2013 zo verschillend met deze van 2008 (meer correct, gezien de cijfers van de editie 2013 veel meer aansluiten met deze van de edities van 1997, 2001 en 2004, dient gezocht te worden naar de redenen van de plotse – en tot dusver eenmalige – sterke stijging vastgesteld voor het jaar 2008). 'Zonder de impact ervan echt te kunnen inschatten, kan het zijn dat maatregelen, erop gericht de eigen bijdragen (remgelden) onder controle te houden (maximumfactuur, derdebetalerssysteem), meer en meer effectief worden. De oorzaak kan echter ook te maken hebben met de samenstelling – in socio-demografische en socio-economische termen – van de participanten aan de opeenvolgende enquêtes¹⁷. (Demarest, S.)'. Mogelijk zijn deze verklaringen ook (gedeeltelijk) geldig voor de vastgestelde afname van het aantal zorguitstellers bij de Antwerpse respondenten.

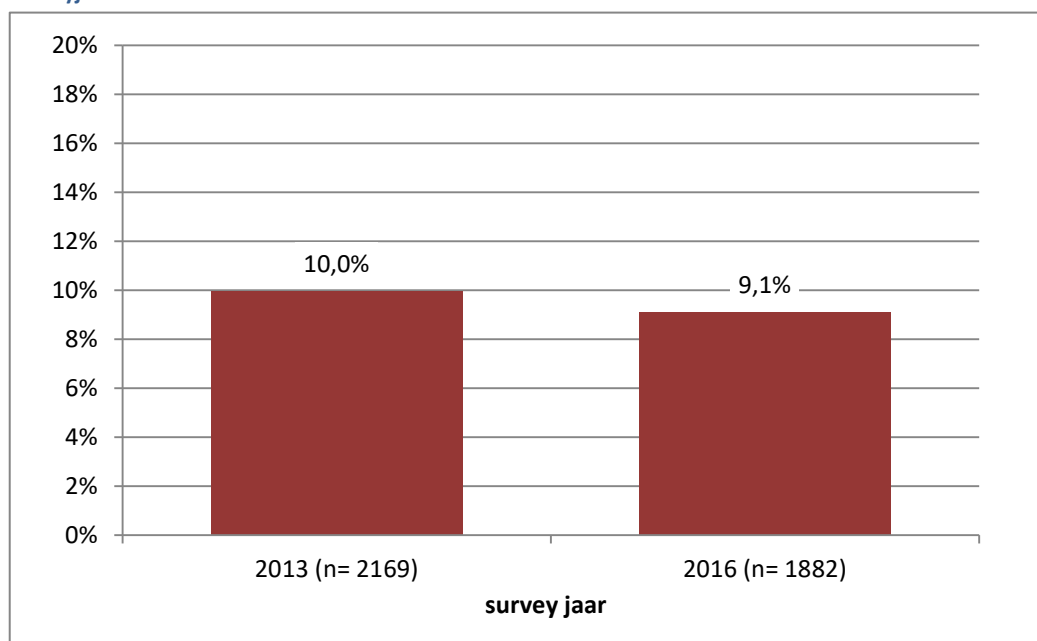
¹⁸ In de nationale gezondheidsenquête werd er aan de respondenten gevraagd of het de afgelopen 12 maanden is voorgekomen dat men (of iemand in het huishouden) zorgen nodig had, maar dit niet kon betalen: medische zorgen of een operatie, tandverzorging, voorgeschreven geneesmiddelen, een bril of contactlenzen, mentale zorgen zoals van een psycholoog of psychiater.



7.3.5.3.1 Algemeen

Zoals reeds vermeld **stelde 9% van de respondenten één of meerdere vormen van medische zorg uit omdat men het niet kon betalen**. Dit betekent een gunstige evolutie t.o.v. de resultaten van de survey van 2013, maar het verschil blijkt niet significant. We kunnen deze gunstige evolutie in een maatschappelijke context interpreteren, hoewel we de impact van die context niet kunnen inschatten. Zo kan het zijn dat maatregelen die erop gericht zijn de eigen bijdragen (remgelden) onder controle te houden – zoals de maximumfactuur en het derdebetalerssysteem – stilaan effectief worden.

Grafiek 87 Aandeel respondenten dat het afgelopen jaar medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen, per surveyjaar



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2013 & 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

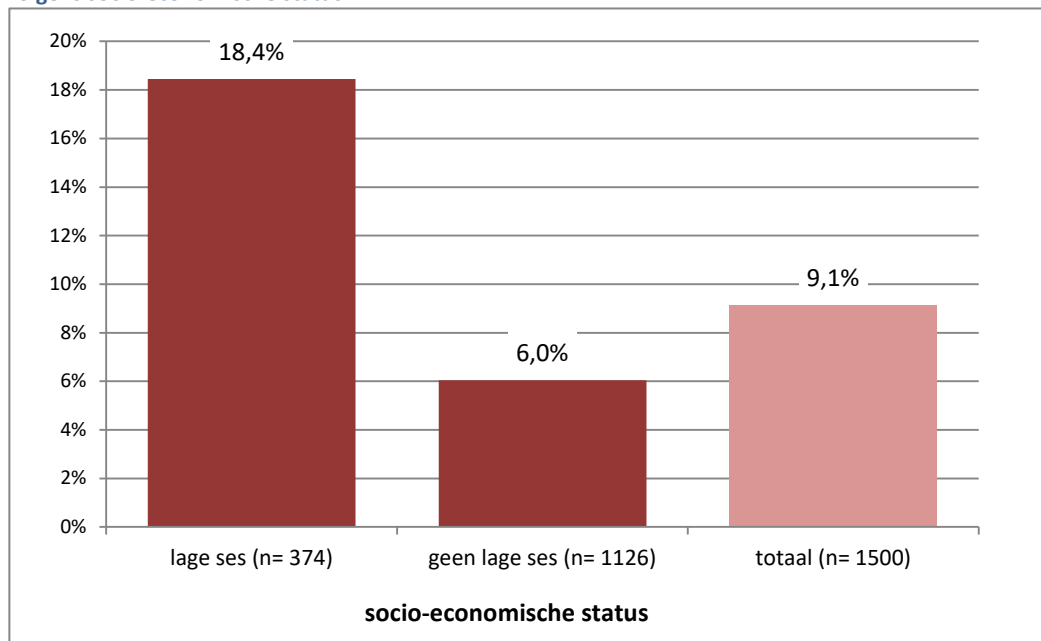
Onderstaande grafieken tonen gevonden significante verschillen tussen categorieën van respondenten volgens enkele achtergrondkenmerken. We geven telkens alleen de resultaten van de survey van 2016, omdat er bij geen enkele subcategorie van de respondenten een significant verschil tussen de resultaten van 2013 en 2016 werd gevonden.

Het meest opvallende verschil vinden we tussen respondenten met een lage socio-economische status en de overige respondenten. Terwijl 18% van de respondenten met een lage socio-economische status het afgelopen jaar medische zorgen heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen, is dit bij de overige respondenten slechts 6%.

Vooral volwassenen in de jongere leeftijdsgroepen geven vaker aan dat ze medische zorgen hebben uitgesteld omdat ze het niet konden betalen. In de leeftijdsgroepen tussen 25 en 54 jaar geeft ruim meer dan 10% van de respondenten op dat ze medische zorgen om die reden hebben uitgesteld. **Bij de 25- tot 34-jarigen gaat het zelfs om meer dan 17%. Alleenstaanden (13%) en alleenstaande ouders (14%) stelden ook significant vaker medische zorgen uit omdat men die niet kon betalen.**

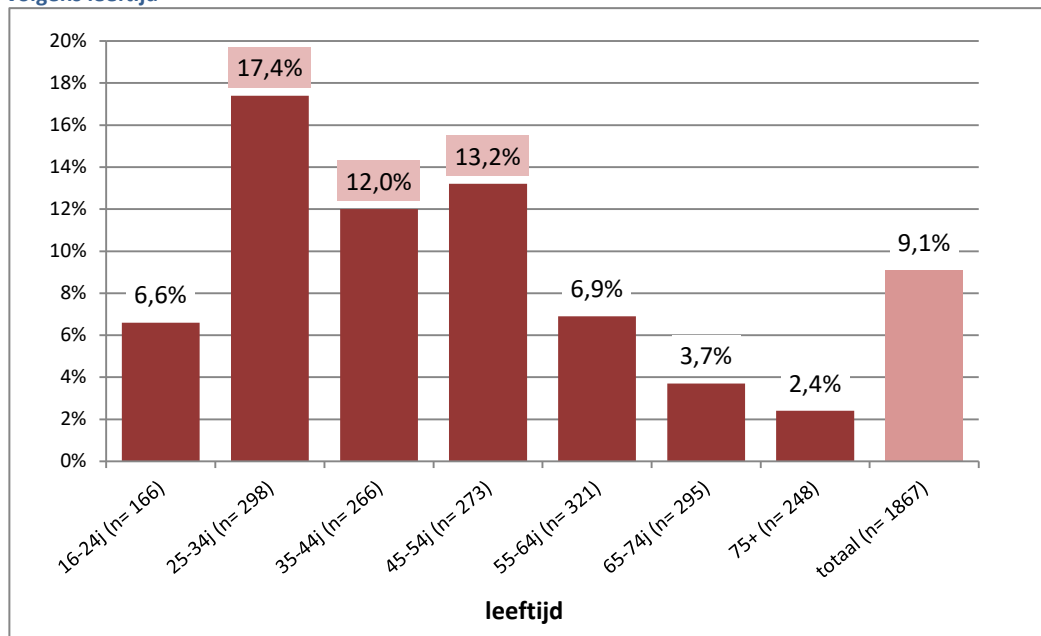


Grafiek 88 Aandeel respondenten dat het afgelopen jaar medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen volgens socio-economische status



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

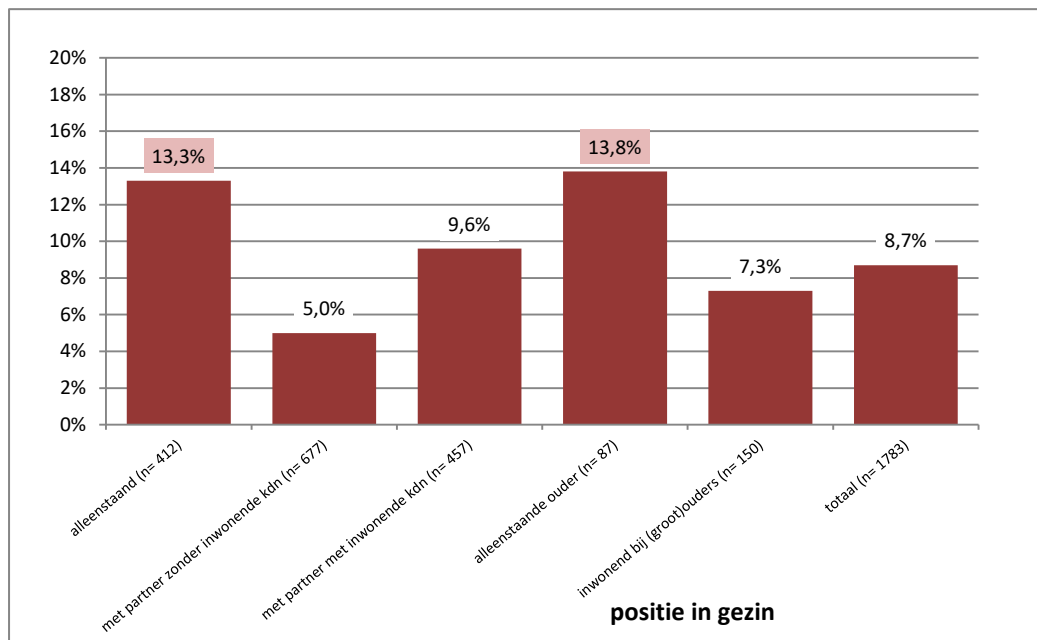
Grafiek 89 Aandeel respondenten dat het afgelopen jaar medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen volgens leeftijd



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 90 Aandeel respondenten dat het afgelopen jaar medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen per positie in gezin



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



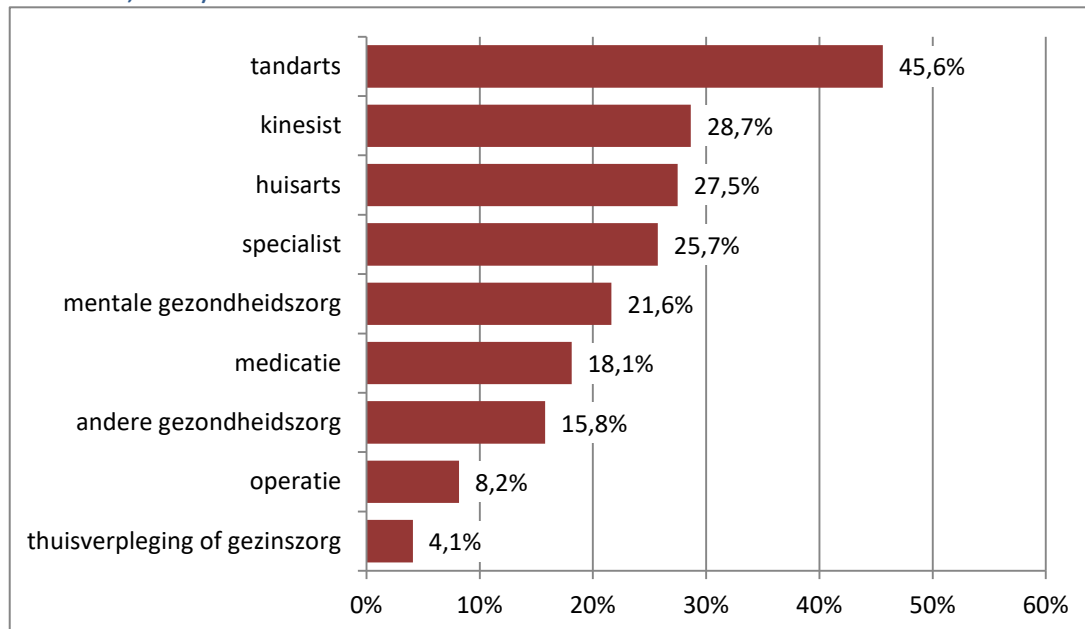
7.3.5.3.2 Per zorgverlener of zorgvorm

Onderstaande grafieken tonen ons bij welke zorgverleners of zorgvormen consultaties het vaakst worden uitgesteld omdat men het niet kon betalen. We geven telkens alleen de resultaten van de survey van 2016, omdat er bij geen enkele zorgsoort een significant verschil tussen de resultaten van 2013 en 2016 werd gevonden. De percentages in de eerste grafiek verwijzen naar de respondenten die het afgelopen jaar gelijk welke medische zorgen hebben uitgesteld omdat ze die niet konden betalen; de percentages in de tweede grafiek verwijzen naar alle respondenten van de netto-steekproef).

Uit de eerste onderstaande grafiek blijkt dat bijna de helft van de respondenten die medische zorgen om financiële redenen hebben uitgesteld dat zij een bezoek aan de tandarts hebben uitgesteld. Een bezoek aan de huisarts, kinesist en specialist wordt telkens door ruim 25% van deze groep respondenten uitgesteld omdat men het niet kon betalen. Ook ruwweg 20% van deze zorguitstellers kon mentale gezondheidszorg en de inname van bepaalde medicatie niet betalen.

Dit betekent dat **ruim 4% van alle respondenten het afgelopen jaar een tandartsbezoek heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen. Ongeveer 2,5% van alle respondenten stelde om die reden een doktersbezoek en een bezoek aan een specialist en kinesist uit. Ook 2% van alle respondenten stelde mentale gezondheidszorg om dezelfde reden uit.**

Grafiek 91 Aandeel respondenten dat medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen per zorgverlener of zorgvorm (selectie: respondenten die het afgelopen jaar gelijk welke medische zorgen hebben uitgesteld omdat men het niet kon betalen, n=171)

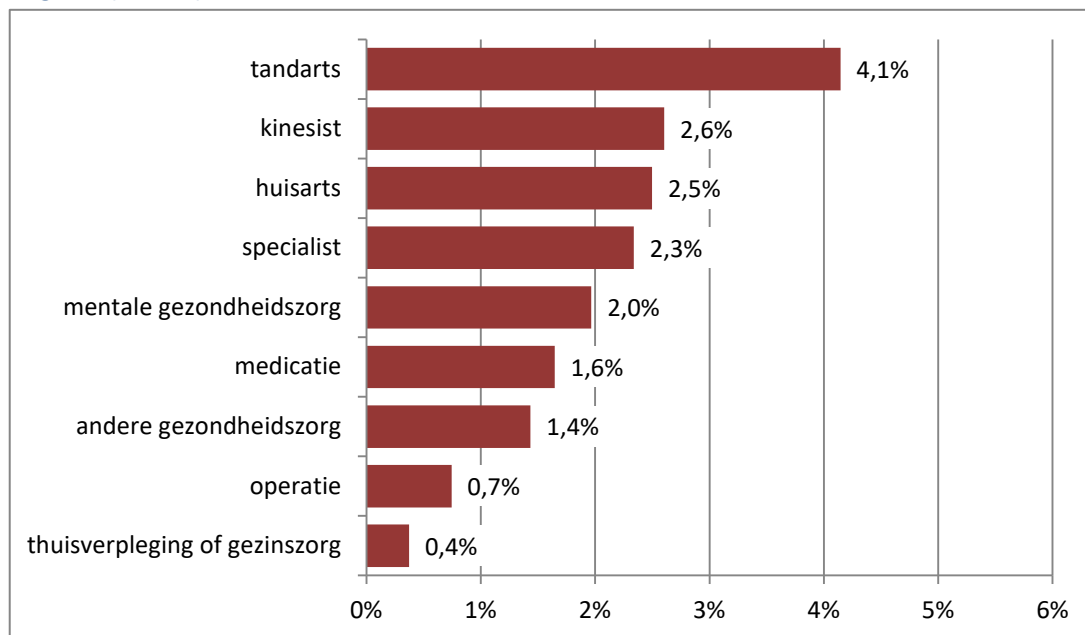


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Grafiek 92 Aandeel respondenten dat medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen per zorgverlener of zorgvorm (n= 1882)



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016
Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Onderstaande tabel en grafieken tonen significante verschillen tussen categorieën van respondenten volgens enkele achtergrondkenmerken. We geven telkens alleen de resultaten van de survey van 2016, omdat er bij geen enkele subcategorie van de respondenten een significant verschil tussen de resultaten van 2013 en 2016 werd gevonden.

De respondenten uit de leeftijdsgroepen 25 tot 34 jaar en 45 tot 54 jaar geven vaker aan dat ze een dokters- en tandartsbezoek, een bezoek aan een specialist en kinesist, medicatie en mentale gezondheidszorg hebben uitgesteld omdat men dit niet kon betalen. De respondenten van deze leeftijdsgroepen krijgen gezelschap van de 35- tot 44-jarigen wanneer het gaat om het vaker uitstellen van een tandartsbezoek omdat men het niet kon betalen.

Behalve wat betreft mentale gezondheidszorg stellen respondenten met een lage socio-economische status alle zorgsoorten significant vaker uit omdat men die niet kon betalen dan de overige respondenten. Uit de eerste onderstaande grafiek blijkt duidelijk dat de verschillen tussen beide groepen relatief groot zijn. Met uitzondering van het uitstel van een operatie en thuisverpleging – waar het aandeel zorguitstellers om financiële reden zeer klein is – is **het aandeel ‘financiële’ zorguitstellers bij de respondenten met een lage socio-economische status telkens ongeveer 4 keer zo groot dan bij de overige respondenten.**

Alleenstaanden stellen significant vaker dan gemiddeld een dokters- en tandartsbezoek uit omdat men dit niet kon betalen. Het gaat om respectievelijk 4% (t.o.v. 2,2% gemiddeld voor doktersbezoek) en 5% (t.o.v. 3,7% gemiddeld voor tandartsbezoek). **Alleenstaande ouders stellen significant vaker een tandartsbezoek uit omdat men het niet kon betalen (7,5%).**

Meer dan 5% van de Oost-Europese en Noord-Afrikaanse en West-Aziatische respondenten heeft het voorbije jaar een tandartsbezoek uitgesteld omdat men dit niet kon betalen. Bij de overige niet-Europese respondenten betreft dit aandeel zelfs ruim 8%.



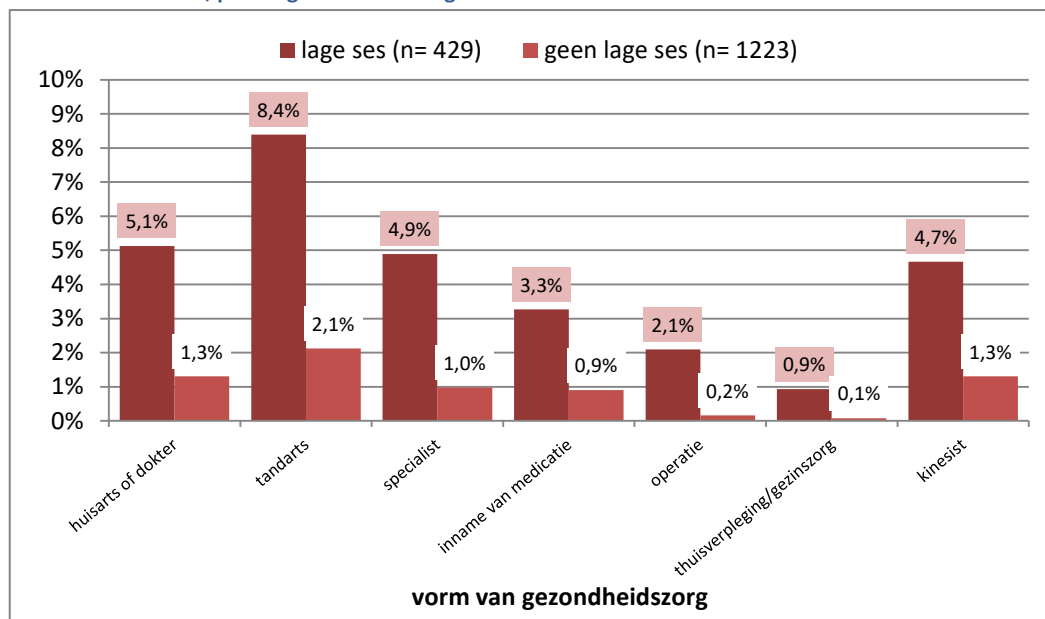
Tabel 19 Aandeel respondenten dat medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen volgens leeftijd, per zorgverlener of zorgvorm

leeftijdsgroep	huisarts of dokter	tandarts	specialist	inname medicatie	operatie	thuisverpl. -gezinszorg	mentale gh-zorg	kinesist	andere gh-zorg
16-24j (n= 178)	0,0%	1,7%	0,6%	1,1%	1,1%	0,0%	1,7%	1,7%	0,0%
25-34j (n= 312)	5,4%	7,7%	3,2%	3,2%	1,3%	0,3%	3,5%	4,8%	1,3%
35-44j (n= 279)	2,5%	6,1%	1,1%	1,1%	0,4%	0,4%	2,5%	3,2%	2,2%
45-54j (n= 293)	4,8%	7,2%	4,8%	2,7%	1,4%	0,7%	3,1%	3,8%	2,0%
55-64j (n= 349)	0,9%	2,3%	2,6%	1,1%	0,9%	0,9%	1,1%	2,0%	1,4%
65-74j (n= 346)	1,2%	0,9%	1,2%	0,6%	0,0%	0,0%	0,6%	0,6%	1,2%
75+ (n= 329)	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,3%
tot. (n= 2086)	2,3%	3,7%	2,1%	1,5%	0,7%	0,3%	1,7%	2,3%	1,2%

Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 93 Aandeel respondenten dat medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen volgens socio-economische status, per zorgverlener of zorgvorm

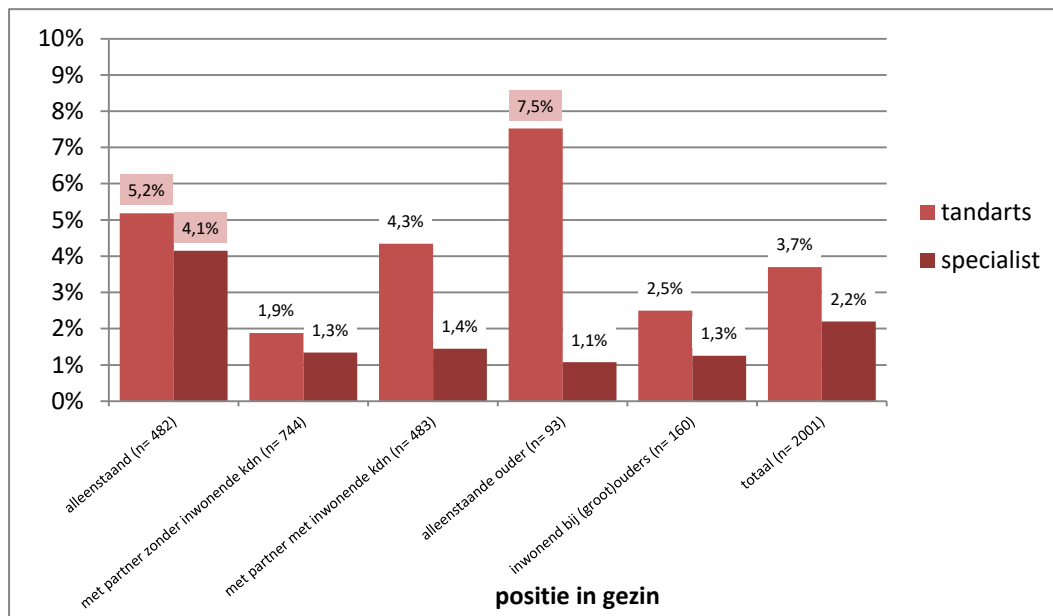


Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



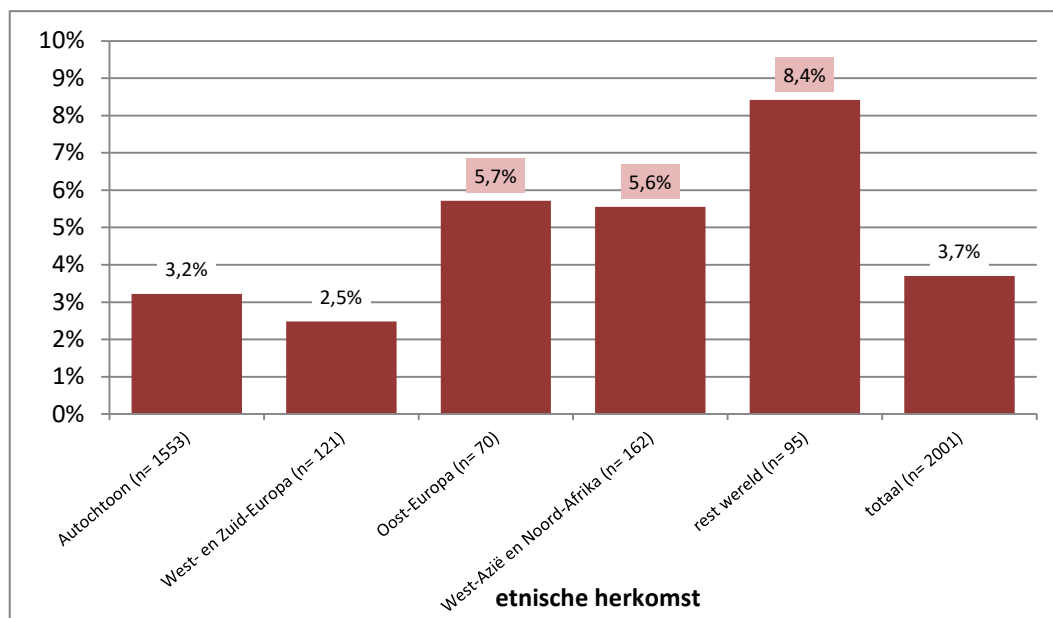
Grafiek 94 Aandeel respondenten dat een dokters- en tandartsbezoek heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen, volgens positie in gezin



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst

Grafiek 95 Aandeel respondenten dat een tandartsbezoek heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen, volgens etnische herkomst



Bron: Antwerpse gezondheidsenquête, 2016

Bewerkingen door Stad Antwerpen, Studiedienst



Lijst van tabellen

Tabel 1 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van hulp (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren)	10
Tabel 2 Aandeel respondenten volgens frequentie van bezoek aan huisarts	15
Tabel 3 Aandeel respondenten volgens frequentie van bezoek aan tandarts	17
Tabel 4 Aandeel respondenten volgens frequentie van bezoek aan huisartsenwachtpost	24
Tabel 5 Aandeel respondenten volgens frequentie van raadpleging thuishulp	25
Tabel 6 Aantal ziekenhuisopnames in ziekenhuizen van arrondissement Antwerpen volgens opnametype, Vlamingen	27
Tabel 7 Aantal ziekenhuisopnames in ziekenhuizen van arrondissement Antwerpen volgens opnametype, Antwerpenaren	28
Tabel 8 Aandeel respondenten volgens frequentie gebruik spoedgevallendienst	29
Tabel 9 Aandeel respondenten volgens frequentie van bezoek specialist	35
Tabel 10 Aandeel respondenten volgens frequentie van raadpleging mentale gezondheidszorg	36
Tabel 11 Aantal opnames in Antwerpse psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen volgens type instelling, 2013	38
Tabel 12 Vaccinatieschema	41
Tabel 13 Aandeel respondenten met kennis van drie begrippen uit gezondheidszorg volgens achtergrondkenmerken	57
Tabel 14 Aandeel respondenten volgens kennis van het aanbod seksuele gezondheidszorg	60
Tabel 15 Aantal bedden in Antwerpse ziekenhuizen volgens type afdeling	70
Tabel 16 Capaciteit Antwerpse psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen	71
Tabel 17 Ambulante geestelijke gezondheidszorg in stad Antwerpen	73
Tabel 18 Aandeel respondenten dat medische zorgen heeft uitgesteld volgens socio-economische status, per soort zorg	100
Tabel 19 Aandeel respondenten dat medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen volgens leeftijd, per zorgverlener of zorgvorm	113

Lijst van figuren

Figuur 1 Aandeel inwoners dat het afgelopen jaar geen huisarts heeft geraadpleegd per wijk, 2014	16
Figuur 2 Aandeel inwoners dat de afgelopen drie kalenderjaren geen tandarts heeft geraadpleegd per wijk, 2014	21
Figuur 3 Aandeel inwoners dat de afgelopen drie kalenderjaren minstens twee keer een preventief tandartsbezoek heeft afgelegd per wijk, 2014	23
Figuur 4 Dekkingsgraad bij borstkankerscreening binnen bevolkingsonderzoek per postzone/district	48
Figuur 5 Dekkingsgraad bij baarmoederhalskankerscreening per postzone/district	51
Figuur 6 Responsgraad bij dikkedarmkankerscreening per postzone/district	54
Figuur 7 Saldo van het bestaande en het gewenste aantal huisartsen per wijk, 2017	64
Figuur 8 Fictief toekomstig saldo van het bestaande en het gewenste aantal huisartsen per wijk, projectie 2022	65
Figuur 9 Saldo van het bestaande en het gewenste aantal tandartsen per wijk, 2017	67
Figuur 10 Saldo van het bestaande en het gewenste aantal apothekers wijk, 2017	68
Figuur 11 Spreiding ziekenhuizen in stad Antwerpen, 2017	69
Figuur 12 Spreiding psychiatrische voorzieningen in stad Antwerpen, 2014	72
Figuur 13 Spreiding geestelijke gezondheidszorg in stad Antwerpen, 2014	74
Figuur 14 Saldo bestaand en gewenst aanbod woongelegenheden in woonzorgcentra per wijk	75
Figuur 15 Saldo bestaand en gewenst aanbod assistentiewoningen per wijk	76
Figuur 15 Saldo bestaand en gewenst aanbod lokale dienstencentra per wijk	77
Figuur 16 Aandeel respondenten dat een vaste huisarts heeft volgens woonplaats (postzone)	81
Figuur 17 Aandeel respondenten met een vaste tandarts volgens woonplaats (postzone)	85
Figuur 18 Aandeel inwoners met een Globaal medisch Dossier per wijk, 2014	94
Figuur 19 Aandeel inwoners met verhoogde tegemoetkoming per wijk, 2015	98



Lijst van grafieken

Grafiek 1 Aandeel respondenten dat kan rekenen op ondersteuning van familie, vrienden of kennissen bij ziekte of hulpbehoefendheid per surveyjaar	6
Grafiek 2 Aandeel respondenten dat kan rekenen op ondersteuning van familie, vrienden of kennissen bij ziekte of hulpbehoefendheid volgens socio-economische status	7
Grafiek 3 Aandeel respondenten dat kan rekenen op ondersteuning van familie, vrienden of kennissen bij ziekte of hulpbehoefendheid volgens positie in gezin	8
Grafiek 4 Aandeel respondenten dat kan rekenen op ondersteuning van familie, vrienden of kennissen bij ziekte of hulpbehoefendheid volgens etnische herkomst.....	8
Grafiek 5 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van informele hulp (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren, n= 1228)	9
Grafiek 6 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van professionele hulp (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren, n= 1244)	10
Grafiek 7 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van informele hulp volgens socio-economische status (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren én hiervoor informele hulp nodig hadden)	11
Grafiek 8 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van informele hulp volgens etnische herkomst (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren én hiervoor informele hulp nodig hadden)	12
Grafiek 9 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van informele hulp volgens positie in gezin (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren én hiervoor informele hulp nodig hadden)	12
Grafiek 10 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van professionele hulp volgens socio-economische status (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren én hiervoor informele hulp nodig hadden)	13
Grafiek 11 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van professionele hulp volgens leeftijd (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren én hiervoor informele hulp nodig hadden)	14
Grafiek 12 Aandeel respondenten volgens nood aan en beschikbaarheid van professionele hulp volgens etnische herkomst (selectie: respondenten die een ziekte of een ander probleem (psychische problemen, slaapstoornis of stress) rapporteren én hiervoor informele hulp nodig hadden)	14
Grafiek 13 Aandeel respondenten dat afgelopen jaar geen tandarts heeft bezocht volgens geslacht	18
Grafiek 14 Aandeel respondenten dat afgelopen jaar geen tandarts heeft bezocht volgens socio-economische status	18
Grafiek 15 Aandeel respondenten dat afgelopen jaar geen tandarts heeft bezocht volgens opleidingsniveau	19
Grafiek 16 Aandeel respondenten dat afgelopen jaar geen tandarts heeft bezocht volgens positie in gezin	19
Grafiek 17 Evolutie aandeel inwoners dat de afgelopen drie kalenderjaren geen tandarts heeft geraadpleegd per woonplaats	20
Grafiek 18 Aandeel inwoners dat de afgelopen drie kalenderjaren geen tandarts heeft geraadpleegd volgens leeftijd per woonplaats, 2014	21
Grafiek 19 Evolutie aandeel inwoners dat de afgelopen drie kalenderjaren minstens twee keer een preventief tandartsbezoek heeft afgelegd per woonplaats	22
Grafiek 20 Aandeel inwoners dat de afgelopen drie kalenderjaren minstens twee keer een preventief tandartsbezoek heeft afgelegd volgens leeftijd per woonplaats, 2014	23
Grafiek 21 Aandeel respondenten volgens frequentie van raadpleging thuishulp volgens leeftijd	25
Grafiek 22 Evolutie aantal opnames in ziekenhuizen van arrondissement Antwerpen, Vlamingen	26
Grafiek 23 Evolutie aantal opnames in ziekenhuizen van arrondissement Antwerpen, Antwerpenaren	27
Grafiek 24 Aandeel respondenten volgens tijdstip van gebruik spoedgevallendienst (selectie: respondenten die het afgelopen jaar de spoedgevallendienst hebben gebruikt), per surveyjaar	29



Grafiek 25 Aandeel respondenten volgens tijdstip van gebruik spoedgevallendienst per leeftijd en geslacht (selectie: respondenten die het afgelopen jaar de spoedgevallendienst hebben gebruikt).....	30
Grafiek 26 Aandeel respondenten volgens reden van gebruik spoedgevallendienst (selectie: respondenten die de spoedgevallendienst het afgelopen jaar (ook) overdag tijdens de week gebruikt hebben, n=192).....	31
Grafiek 27 Aandeel respondenten dat het afgelopen jaar de spoedgevallendienst heeft gebruikt omdat de dienst 24 uur op 24 open is en de behandeling er beter is, volgens socio-economische status (selectie: respondenten die de spoedgevallendienst het afgelopen jaar (ook) overdag tijdens de week gebruikt hebben).....	32
Grafiek 28 Aandeel respondenten volgens de klachten waarvoor de spoedgevallendienst werd gebruikt (selectie: respondenten die de spoedgevallendienst het afgelopen jaar (ook) overdag tijdens de week gebruikt hebben, n=192).....	33
Grafiek 29 Aandeel respondenten dat het afgelopen jaar de spoedgevallendienst heeft gebruikt omwille van koorts en pijn, volgens socio-economische status (selectie: respondenten die de spoedgevallendienst het afgelopen jaar (ook) overdag tijdens de week gebruikt hebben)	34
Grafiek 30 Aandeel respondenten volgens frequentie bezoek specialist volgens etnische herkomst.....	35
Grafiek 31 Aandeel respondenten volgens frequentie raadpleging mentale gezondheidszorg volgens leeftijd	37
Grafiek 32 Aandeel respondenten volgens frequentie raadpleging mentale gezondheidszorg volgens geslacht	37
Grafiek 33 Evolutie aantal opnames in Antwerpse psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen, Vlamingen.....	38
Grafiek 34 Evolutie van het aandeel kinderen dat ingeschreven is op een consultatiebureau van Kind en Gezin volgens nationaliteit en kansarmoedeniveau in stad Antwerpen	40
Grafiek 35 Aandeel kinderen dat ingeschreven is op een consultatiebureau van Kind en Gezin volgens district, 2014.....	40
Grafiek 36 Evolutie van het aandeel kinderen dat een vaccin ontving tegen polio op 2, 3, 4 en 15 maanden na de geboorte volgens nationaliteit en kansarmoedeniveau in stad Antwerpen	42
Grafiek 37 Aandeel kinderen dat een vaccin ontving tegen polio op 2, 3, 4 en 15 maanden na de geboorte volgens district, 2013.....	42
Grafiek 38 Evolutie van het aandeel kinderen dat een vaccin ontving tegen mazelen, Bof en Rubella op 12 maanden na de geboorte volgens nationaliteit en kansarmoedeniveau in stad Antwerpen	43
Grafiek 39 Aandeel kinderen dat een vaccin ontving tegen mazelen, bof en rubella op 12 maanden na de geboorte volgens district, 2013.....	44
Grafiek 40 Evolutie van het aandeel kinderen dat een vaccin ontving tegen meningokokken C op 12 maanden na de geboorte volgens nationaliteit en kansarmoedeniveau in stad Antwerpen	45
Grafiek 41 Aandeel kinderen dat een vaccin ontving tegen meningokokken C op 12 maanden na de geboorte volgens district, 2013.....	45
Grafiek 42 Evolutie dekkingsgraad borstkankerscreening door bevolkingsonderzoek in stad Antwerpen en Vlaanderen	47
Grafiek 43 Evolutie dekkingsgraad borstkankerscreening door bevolkingsonderzoek per postzone/district.....	49
Grafiek 44 Evolutie dekkingsgraad borstkankerscreening door bevolkingsonderzoek volgens leeftijd.....	49
Grafiek 45 Evolutie dekkingsgraad baarmoederhalskankerscreening in stad Antwerpen en Vlaanderen	50
Grafiek 46 Evolutie dekkingsgraad baarmoederhalskankerscreening per postzone/district	52
Grafiek 47 Evolutie dekkingsgraad baarmoederhalskankerscreening volgens leeftijd	52
Grafiek 48 Evolutie responsgraad dikkedarmkankerscreening in stad Antwerpen en Vlaanderen.....	53
Grafiek 49 Evolutie responsgraad dikkedarmkankerscreening volgens geslacht in stad Antwerpen en Vlaanderen	53
Grafiek 50 Evolutie responsgraad dikkedarmkankerscreening per postzone/district.....	55
Grafiek 51 Evolutie responsgraad dikkedarmkankerscreening volgens leeftijd.....	55
Grafiek 52 Aandeel respondenten volgens kennis van maximumfactuur, omnio-statuuat en derdebetalerssysteem, per surveyjaar	56
Grafiek 53 Aandeel respondenten dat het derdebetalerssysteem gebruikt, per surveyjaar	58
Grafiek 54 Aandeel respondenten volgens reden van niet-gebruik van derdebetalerssysteem.....	59
Grafiek 55 Aandeel respondenten volgens kennis van het aanbod seksuele gezondheidszorg volgens opleidingsniveau (selectie: alle respondenten die de vraag naar de kennis van het aanbod seksuele gezondheidszorg hebben beantwoord)	61
Grafiek 56 Aandeel respondenten dat een vaste huisarts heeft, per surveyjaar	78



Grafiek 57 Aandeel respondenten met een vaste huisarts volgens leeftijd	79
Grafiek 58 Aandeel respondenten met een vaste huisarts volgens etnische herkomst	80
Grafiek 59 Aandeel respondenten dat een vaste huisarts heeft volgens woonplaats	80
Grafiek 60 Aandeel respondenten dat een vaste tandarts heeft, per surveyjaar	82
Grafiek 61 Aandeel respondenten met een vaste tandarts volgens leeftijd en geslacht	83
Grafiek 62 Aandeel respondenten met een vaste tandarts volgens socio-economische status	84
Grafiek 63 Aandeel respondenten met een vaste tandarts volgens woonplaats.....	85
Grafiek 64 Aandeel respondenten dat een vaste gynaecoloog heeft (selectie: vrouwelijke respondenten), per surveyjaar	86
Grafiek 65 Aandeel respondenten dat een vaste gynaecoloog heeft volgens leeftijd (selectie: vrouwelijke respondenten).....	87
Grafiek 66 Aandeel respondenten dat een vaste gynaecoloog heeft volgens socio-economische status (selectie: vrouwelijke respondenten).....	87
Grafiek 67 Aandeel respondenten met Globaal Medisch Dossier, per surveyjaar	89
Grafiek 68 Evolutie van het aandeel Antwerpenaren met Globaal Medisch Dossier.....	89
Grafiek 69 Aandeel respondenten met Globaal Medisch Dossier volgens socio-economische status	90
Grafiek 70 Aandeel respondenten met Globaal Medisch Dossier volgen etnische herkomst.....	91
Grafiek 71 Aandeel Antwerpenaren met een Globaal Medisch Dossier volgens geslacht	92
Grafiek 72 Aandeel Antwerpenaren met een Globaal Medisch Dossier volgens geslacht en leeftijd	92
Grafiek 73 Evolutie aandeel inwoners met eenGlobaal Medisch Dossier, per woonplaats	93
Grafiek 74 Aandeel Antwerpenaren met verhoogde tegemoetkoming volgens geslacht.....	95
Grafiek 75 Aandeel Antwerpenaren met verhoogde tegemoetkoming volgens leeftijd.....	96
Grafiek 76 Evolutie aandeel inwoners met verhoogde tegemoetkoming, per woonplaats	97
Grafiek 77 Aandeel respondenten volgens al dan niet uitstel van en behoefte aan medische zorgen, per soort zorg	99
Grafiek 78 Aandeel respondenten dat medische zorgen heeft uitgesteld volgens soort zorg, per surveyjaar	100
Grafiek 79 Aandeel respondenten dat een bezoek aan de huisarts en de tandarts heeft uitgesteld volgens opleidingsniveau	101
Grafiek 80 Aandeel respondenten dat een bezoek aan de huisarts en de tandarts heeft uitgesteld volgens positie in gezin	102
Grafiek 81 Aandeel respondenten dat een bezoek aan de huisarts en de tandarts heeft uitgesteld volgens etnische herkomst...102	
Grafiek 82 Aandeel respondenten volgens reden van uitstel van bezoek aan huisarts (selectie: respondenten die een bezoek aan huisarts hebben uitgesteld, n= 290).....	104
Grafiek 83 Aandeel respondenten volgens reden van uitstel van bezoek aan tandarts (selectie: respondenten die een bezoek aan tandarts hebben uitgesteld, n= 315)	104
Grafiek 84 Aandeel respondenten volgens reden van uitstel van bezoek aan een specialist (selectie: respondenten die de inname van bepaalde medicatie hebben uitgesteld, n= 155)	105
Grafiek 85 Aandeel respondenten volgens reden van uitstel van inname van bepaalde medicatie (selectie: respondenten die de inname van bepaalde medicatie hebben uitgesteld, n= 133)	105
Grafiek 86 Aandeel respondenten volgens reden van uitstel van een operatie (selectie: respondenten die een operatie hebben uitgesteld, n= 53).....	106
Grafiek 87 Aandeel respondenten volgens reden van uitstel van mentale gezondheidszorg (selectie: respondenten die mentale gezondheidszorg hebben uitgesteld, n= 86).....	106
Grafiek 88 Aandeel respondenten dat het afgelopen jaar medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen, per surveyjaar	108
Grafiek 89 Aandeel respondenten dat het afgelopen jaar medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen volgens socio-economische status	109
Grafiek 90 Aandeel respondenten dat het afgelopen jaar medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen volgens leeftijd	109
Grafiek 91 Aandeel respondenten dat het afgelopen jaar medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen per positie in gezin.....	110



Grafiek 92 Aandeel respondenten dat medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen per zorgverlener of zorgvorm (selectie: respondenten die het afgelopen jaar gelijk welke medische zorgen hebben uitgesteld omdat men het niet kon betalen, n=171)	111
Grafiek 93 Aandeel respondenten dat medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen per zorgverlener of zorgvorm (n= 1882)	112
Grafiek 94 Aandeel respondenten dat medische zorg heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen volgens socio-economische status, per zorgverlener of zorgvorm	113
Grafiek 95 Aandeel respondenten dat een dokters- en tandartsbezoek heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen, volgens positie in gezin.....	114
Grafiek 96 Aandeel respondenten dat een tandartsbezoek heeft uitgesteld omdat men het niet kon betalen, volgens etnische herkomst	114