Heelkunde in de huisartsenpraktijk:

Wat zijn de voordelen en knelpunten van kleine gynaecologische heelkunde in de eerstelijns gezondheidszorg?

Carmen Hidding, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Heelkunde in de huisartsenpraktijk: wat zijn de voordelen en knelpunten van kleine gynaecologische ingrepen in de huisartsenpraktijk?

HAIO: Carmen HIDDING (i.s.m. Evelien BERNAERS). Universiteit Gent.
Promotor: Prof. Dr. Dirk AVONTS. Praktijkopleider: Dr. Frank BEUCKELAERS.

Inleiding

Tijdens de opleiding tot basisarts is de mogelijkheid tot het uitvoeren van en bekwaam worden in het uitvoeren van kleine chirurgische ingrepen eerder beperkt. In de vervolgopleiding tot huisarts zijn er tevens weinig mogelijkheden om hierin bij te scholen. Toch behoort het uitvoeren van dergelijke ingrepen tot een van basistaken van de huisarts en wordt men hieromtrent door patiënten ook regelmatig geconsulteerd.

Onderzoeksvraag

Deze masterthesis toetst de vertrouwdheid van huisartsen met dermatologische en gynaecologische kleine chirurgische ingrepen. In welke mate voelen zij zich bekwaam? Wat zijn voordelen en/of knelpunten van het uitvoeren van kleine heelkunde? Zijn er voldoende pragmatische bijscholingen? Zou er animo zijn voor het volgen van bijscholingen omtrent ingrepen in de huisartsenpraktijk? Anderzijds wordt gekeken naar de vraag vanuit de patiëntenpopulatie. Weet men dat men voor dergelijke ingrepen bij de huisarts terecht kan? Staat men hiervoor open of consulteert men hiervoor liever de tweede lijn?

Methode

In eerste instantie werd een literatuurstudie gedaan aangaande kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk, met bijzondere interesse voor gynaecologische en dermatologische ingrepen. Daarnaast werd data bekomen aan de hand van vragenlijsten. Artsen ontvingen een e-mail met een link naar een online enquête, patiënten werd gevraagd anoniem een korte vragenlijst in te vullen. Enquêtes werden verdeeld op 2 wachtposten en in de wachtzalen van verschillende huisartsenpraktijken doorheen Vlaanderen. Deze masterthesis zal voornamelijk focussen op gynaecologische ingrepen.

Resultaten

Voor de dermatologische ingrepen is de bekendheid onder 137 bevraagde patiënten hoog voor cryotherapie (91%) en wondhechtingen (83%) en lager voor teennagelextracties (50%) en excisie van dermale letsels (32%). De ervaring in het verleden zijn voor 86,5% positief en het vertrouwen ligt hoog (90%). Voor de gynaecologische ingrepen liggen deze percentages lager: 56% van de vrouwen heeft vertrouwen, 40% wordt liever verwezen naar de gynaecoloog voor het plaatsen van spiraaltje of hormoonstaafje. Respectievelijk 26% en 21% weet dat deze ingrepen door de huisarts gedaan kunnen worden. De bevraging aangaande kennen en kunnen onder 147 huisartsen laat eenzelfde trend zien. Het vertrouwen in eigen kunnen ligt hoog voor de frequent uitgevoerde dermatologische en laag voor de zelden uitgevoerde gynaecologische ingrepen. De voornaamste drempels aangegeven door artsen zijn de beperkte vraag vanuit de patiëntenpopulatie (66,7%) en de onervarenheid met bepaalde ingrepen (63,9%). Redenen om wel kleine heelkunde uit te voeren is voornamelijk de persoonlijke interesse van de arts (85,8%) en de ervaring die men ermee heeft (84,5%). 69,9 tot 71,6% van de artsen wenst zich bij te scholen in technieken die ze respectievelijk al wel of nog niet uitvoeren. 75,5% zegt bepaalde technieken meer te gebruiken na goede bijscholing. 80% geeft aan een online leerplatform nuttig en bruikbaar te vinden, 41,3% geeft aan enkel een bijscholing waarbij geoefend kan worden onder toezicht de voorkeur te geven. In de literatuur lijkt dit laatste de beste manier te zijn om chirurgische technieken aan te leren: een theoretische achtergrond met nadien de mogelijkheid te oefenen onder toezicht.

Inhoud

Abstract 2
Inleiding 2
Onderzoeksvraag 2
Methode 2
Resultaten 2
Inleiding 5
Oriënterend Literatuuronderzoek 6
Onderzoeksmethodiek 7
Afname enquêtes bij huisartsen (zie bijlage 3) 7
Afname enquêtes bij patiënten (zie bijlage 4) 7
Resultaten literatuurstudie 9
Kleine heelkunde in de ambulante versus hospitaalsetting 9
Kwaliteit en veiligheid van kleine ingrepen bij de huisarts 11
Mogelijkheden tot bijscholingen voor (huis)artsen 12
Benodigd materiaal en organisatie van kleine ingrepen 14
Theoretische achtergronden gynaecologische kleine ingrepen 15
Plaatsen van intra uterine device (I.U.D.) of spiraaltje 15
Plaatsen en verwijderen van hormoonstaafje (Implanon) 17
Excisie of drainage van vulvaire abces 19
Hymenectomie/Hymenotomie 21
Verwijdering van genitale wratten 21
Resultaten veldonderzoek 22
Resultaten uit de enquêtes voor patiënten 22
Epidemiologie van de patiëntenpopulatie 22
Kennis over en ervaringen met kleine heelkunde bij huisarts en/of specialist 22
Resultaten dermatologie 24
Resultaten gynaecologie 25
Resultaten uit de enquêtes voor huisartsen 27
Epidemiologie van de artsenpopulatie 27
Eigen ervaringen met kleine heelkunde 27
Dermatologische ingrepen 27
Gynaecologische ingrepen 28

Argumenten tegen het uitvoeren van kleine heelkunde 29
Argumenten voor het uitvoeren van kleine heelkunde 30
Specifieke bekwaamheden 30
Vergelijking tussen mannelijke en vrouwelijke artsen 32
Specifieke materialen 34
Bijscholingen 35
Discussie 38
Huisartsenenquêtes onder de loep 38
Patiëntenenquêtes onder de loep 39
Bijscholingen 40
Een kwestie van vraag en aanbod 41
Hoe verder? 41
Besluit 43
Dankwoord 44
Referenties 45
Verplichte bijlagen 47
Bijlage 1: protocol 47
Bijlage 2: gunstig advies Ethische Commissie UZ Gent 48
Bijlage 3: enquêtes huisartsen 50
Bijlage 4: enquêtes patiënten 55

Inleiding

Vanuit een persoonlijke interesse in chirurgie, zowel bij Evelien Bernaers als mijzelf, was de keuze voor het onderwerp kleine heelkunde een logische stap. Bij een eerste oriëntering onder collega HAIO's bleken er grote verschillen te zijn tussen huisartsenpraktijken naar het uitvoeren van kleine chirurgische ingrepen toe. Vandaar de intentie om deze verschillen voor onze masterthesis verder te willen onderzoeken.

Huisartsen die kleine heelkundige verrichtingen uitvoeren, kunnen onzes inziens een meerwaarde bieden voor de patiënt; de patiënt kan in de eerste lijn geholpen worden, hetgeen vaak sneller is en mogelijk ook financieel aantrekkelijk kan zijn. Daarnaast is het vaak een aangename afwisseling binnen het scala van taken van de huisarts.

In deze masterthesis beperken we ons tot kleine heelkundige ingrepen. Dit wil zeggen dat de ingrepen technisch relatief eenvoudig en onder lokale anesthesie uitvoerbaar zijn. Kleine chirurgische ingrepen zijn niet levensgevaarlijk en beperken zich veelal tot de huid en weke delen.

Bij een eerste zoektocht naar wat er al geschreven was over kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk, bleek hier bijzonder weinig aandacht voor te zijn in de literatuur. We bouwen hierom ook verder op de masterthesis die Robyns in 2013 schreef over de implementatie en haalbaarheid van kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk.

Het doel van deze masterthesis is het in kaart brengen van de interesse onder huisartsen, de obstakels die men tegenkomt bij de implementatie van dergelijke ingrepen in de dagelijkse praktijk en de bedrevenheid hierin. Anderzijds wordt ook de vragende partij, de patiëntenpopulatie, bevraagd omtrent ervaringen in het verleden, vertrouwen en belangstelling voor de toekomst.

Daarnaast gaan we op zoek naar mogelijkheden tot bijscholingen voor artsen daar dit naar onze mening te weinig aan bod komt in de opleiding tot basisarts. We zullen nagaan of er animo is om eventuele bijscholingen te volgen en op welke manier deze dan het best en meest efficiënt georganiseerd worden.

Oriënterend Literatuuronderzoek

Er werd allereerst naar artikels gezocht via de advanced search methode via PubMed. De MeSH-termen die hiervoor gebruikt werden waren *general practice* en *surgery*, waarbij 247 artikels gevonden werden. Hierbij werden slechts 5 van de 40 meest relevante artikels weerhouden. Onder de MeSH-term *enhanced surgical skills* werd 1 relevant artikel weerhouden dat reeds eerder gevonden werd. De overige artikels betroffen enkel de situatie in Canada. De zoektermen *family practice* en *minor surgery* leverde ook 3 interessante artikels op. De overige artikels werden gevonden via gerelateerde artikels.

De Cochrane databank werd geraadpleegd waarbij één artikel aangaande intra-uteriene devices werd weerhouden. Wanneer er in PubMed gezocht werd naar *reviews* onder deze vermelde zoektermen konden geen relevante artikels gevonden worden.

Bij de gevonden artikels dient een kanttekening gemaakt te worden: zeer veel van de initieel interessant lijkende artikels waren te oud of van toepassing op andere gezondheidssystemen. Er werden voornamelijk Canadese, Britse en Nederlandse artikels gevonden.

Er werd gezocht binnen de NHG standaarden en EBM PracticeNet naar nuttige informatie omtrent de besproken ingrepen. Hierbij kon de praktische aanpak van enkele ingrepen verder verduidelijkt worden. Daarnaast waren hiervoor de volgende naslagwerken zeker nuttig: Pfenninger J.L. Pfenninger and Fowler's Procedures for Primary Care, Handboek Gynaecologie en Verrichtingen in de huisartsenpraktijk.

Via de databank van masterproeven op de website van het ICHO werd gezocht naar gerelateerde masterthesissen. Hierbij werden 2 werken weerhouden: één aangaande de implementatie van kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk en één waarbij verschillende vormen van bijscholingen met elkaar vergeleken worden.

Het RIZIV werd gecontacteerd voor het opvragen van het aantal uitgevoerde ingrepen ambulant en in de hospitaalsetting en het daaraan verbonden financiële kaartje.

Onderzoeksmethodiek

Naast de eerder besproken literatuurstudie, werd een tweesporig veldonderzoek uitgevoerd. Aan de hand van een bevraging van zowel artsen als patiënten werd getracht de situatie rond kleine heelkunde in kaart te brengen. Samen met een onderzoekabstract en –protocol werden deze enquêtes opgestuurd voor goedkeuring naar het Ethische Comité van het UZ Gent, hetgeen op 26 mei 2016 werd goedgekeurd met registratienummer B670201628345.

Afname enquêtes bij huisartsen (zie bijlage 3)

De enquête voor huisartsen werd gedigitaliseerd via het online bevragingsplatform Survio en verspreid onder huisartsen. Dit gebeurde via mail binnen de huisartsenkring Groot Sint-Niklaas en huisartsenkring Baasrode-Buggenhout-Malderen, via de website van het interuniversitair centrum voor huisartsenopleiding en via verschillende facebookgroepen van huisartsen en huisartsen in opleiding. In de periode van 1 augustus tot en met 1 november 2016 werden de antwoorden verzameld.

Via de vragenlijst werden huisartsen, na enige epidemiologische informatie waaronder leeftijd, geslacht, type praktijk en postcode, in eerste instantie bevraagd naar de actuele situatie op vlak van kleine heelkunde: hoe vaak worden de ingrepen uitgevoerd, hoe schat men zijn bekwaamheid in voor verschillende heelkundige vaardigheden en welke materialen zijn er ter beschikking? Tevens wordt gevraagd om aan te geven welke de beweegredenen zijn om bepaalde ingrepen al dan niet uit te voeren. Hier kon men ook eigen redenen aanbrengen via een vak voor vrij commentaar. Vervolgens vroegen we naar wat volgens de huisarts de houding van de patiënt is tegenover deze ingrepen. Is er vraag vanuit het patiëntenbestand? Weet men dat men hiervoor bij de huisarts terecht kan? Vindt men toch laagdrempelig de weg naar 2de lijn of waren patiënten tevreden dat ze bij de huisarts terecht konden? Een laatste luik heeft betrekking op de navorming in kleine heelkunde. We willen te weten komen of de huisarts tevreden is met het huidige aanbod in bijscholing, geïnteresseerd is om zich bij te scholen en op welke manier. Wat zijn de eventuele hindernissen die huisartsen weerhield om tot nu toe (meer) bijscholing te volgen.

Afname enquêtes bij patiënten (zie bijlage 4)

Het leek niet onbelangrijk om rond deze thematiek ook de visie van de patiënt te leren kennen. Hiertoe werden papieren enquêtes verspreid in de wachtzalen van onze eigen praktijken in Sint-Niklaas en Buggenhout, alsook in die van de wachtpost Waasland, wachtpost N16 Puurs en in enkele wachtzalen van collega HAIO's. Antwoorden werden anoniem verzameld vanaf 1 oktober 2016 tot en met 1 februari 2017. Na het bekomen van enkele nuttige epidemiologische gegevens, werd aan de deelnemers gevraagd welke ingrepen zij bij de huisarts dan wel bij de specialist reeds lieten uitvoeren

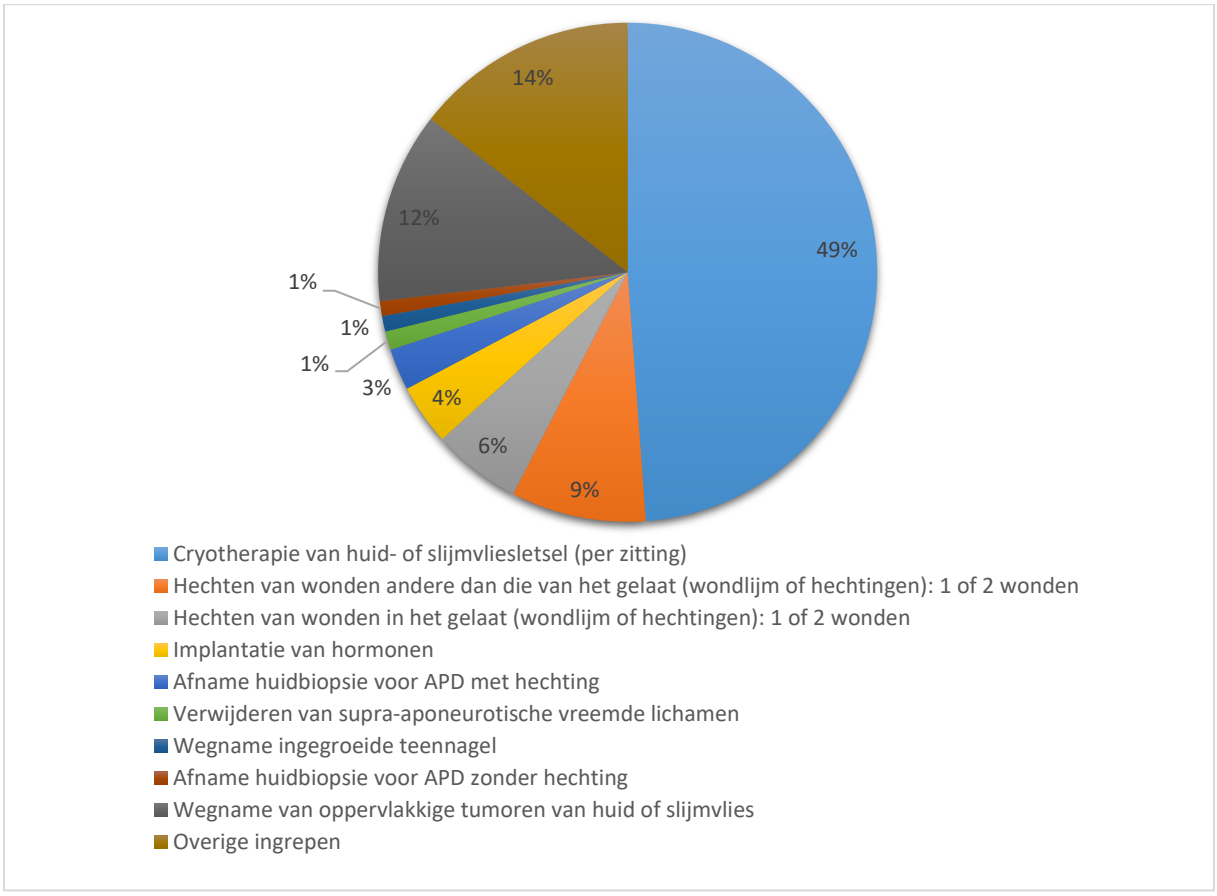
en of zij op de hoogte waren dat dit bij de huisarts mogelijk was. Vervolgens werd de appreciatie bevraagd: zouden zij in de toekomst voor deze ingrepen bij de huisarts aankloppen? En zo zij dit reeds deden: waren ze hierover tevreden? Tot slot vroegen we de patiënt naar zijn visie omtrent verschillende stellingen rond dit onderwerp: vertrouwt de patiënt zijn huisarts, is deze volgens hem bekwaam genoeg? Vindt men het onwennig om hiervoor bij de huisarts langs te gaan? Is het financieel aantrekkelijker? Wordt de patiënt niet liever naar een specialist doorverwezen en zou deze de patiënt niet beter kunnen helpen? Aan de vrouwen werden deze vragen ook gesteld met betrekking tot gynaecologische ingrepen.

Resultaten literatuurstudie

Kleine heelkunde in de ambulante versus hospitaalsetting

Via het RIZIV bekwam men een overzicht van het aantal kleine ingrepen volgens de opgevraagde nomenclatuurnummers in de jaren 2014 en 2015. Veel kleine heelkundig ingrepen kunnen (ambulant) zowel door de huisarts als door de spoedarts of specialist uitgevoerd worden. De gegevens over deze ingrepen door huisartsen uitgevoerd, waren niet voorhanden. Dit komt omdat het nomenclatuurnummer hetzelfde is voor de specialist die de ingreep ambulant uitvoert en de huisarts.

Een grafisch overzicht van de 9 meest uitgevoerde technische ingrepen vindt u in onderstaande grafiek 1. Men heeft enkel de gegevens van 2015 gebruikt voor onderstaande analysen. De gegevens voor 2014 zijn van een vergelijkbare grootteorde.



Grafiek 1: procentueel aandeel van de 9 meest uitgevoerde ambulante ingrepen. (bron: RIZIV)

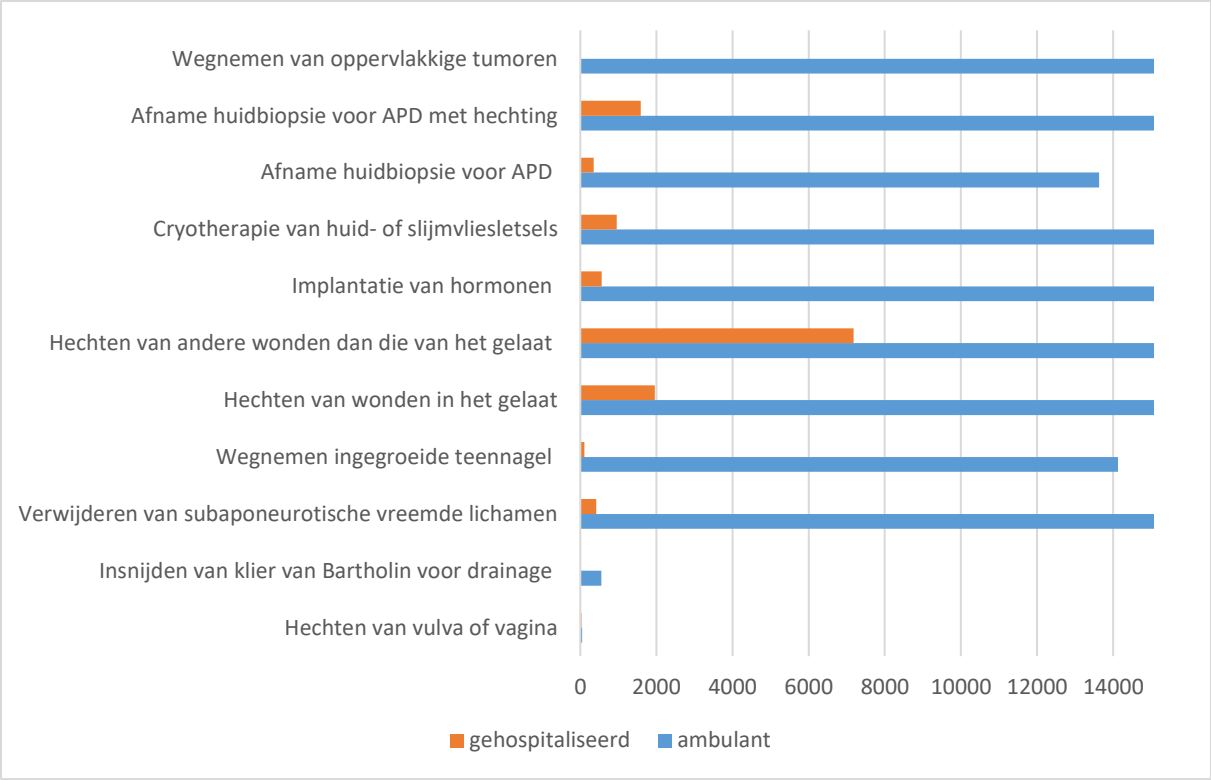
Zoals onmiddellijk opvalt zijn de strikt gynaecologische kleine ingrepen beperkt tot slecht 4% van het aandeel. Het gaat dan om het plaatsen van een (hormoon)spiraaltje uterien of hormoonstaafje onderhuids. Een kleine 50% van de ingrepen betreft cryotherapie van huid- of slijmvliesletsels.

Hieronder valt ook de cryotherapie van genitale wratten of condylomata. Het precieze aantal dat de gynaecologische cryotherapie omvat, is op basis van de verstrekte gegevens niet mogelijk.

Onderstaande grafiek 2 vergelijkt het aantal ambulante ingrepen met het aantal ingrepen tijdens een hospitalisatie. De 9 meest uitgevoerde ingrepen en de overige gynaecologische ingrepen worden hierbij in kaart gebracht.

	Nomenclatuurnummer		Aantal in 2015
Hechten van de vulva of vagina,	113072	Ambulant	52
buiten verloskundig manoevre	113083	Gehospitaliseerd	34
Insnijden van klier van Bartholin	113212	Ambulant	551
voor drainage	113223	Gehospitaliseerd	10
Verw. v. subaponeurotische	145515	Ambulant	16882
vreemde lich. excl. oogbol	145526	Gehospitaliseerd	418
Wegnemen van ingegroeide nagel	145530	Ambulant	14128
	145541	Gehospitaliseerd	111
Hechten wonden in het gelaat:	148013	Ambulant	80708
1 of 2 wonden	148024	Gehospitaliseerd	1959
Hechten andere wonde dan die van	148094	Ambulant	122905
het gelaat: 1 of 2 wonden	148105	Gehospitaliseerd	7179
Implantatie van hormonen	149030	Ambulant	55310
	149041	Gehospitaliseerd	588
Cryotherapie van huid- of	353194	Ambulant	685795
slijmvliesletsels (per zitting)	353205	Gehospitaliseerd	954
Wegnemen van oppervlakkige	353231	Ambulant	173825
tumoren van huid of slijmvlies	353242	Gehospitaliseerd	(geen gegevens)
Afname huidbiopsie voor APD	532011	Ambulant	13628
	532022	Gehospitaliseerd	354
Afname huidbiopsie voor APD	532114	Ambulant	37941
met hechting	532125	Gehospitaliseerd	1590

Tabel 1: absoluut aantal verrichting in de ambulante en hospitaalsetting per ingreep in 2015.



Grafiek 2: vergelijking tussen het aantal ambulante (blauw) en aantal gehospitaliseerde (oranje) uitgevoerde ingrepen in 2015 (absoluut aantal). (bron: RIZIV)

Zoals uit bovenstaande gegevens blijkt, worden bijna al deze ingrepen quasi alleen in de ambulante setting uitgevoerd. Sommige ingrepen komen amper voor, zowel ambulant als tijdens een hospitalisatie, zoals het insnijden van het *hechten van den vulva of vagina buiten het verloskundig manoeuvre* wat in 2015 slechts 86 keer aangerekend werd als nomenclatuurnummer.

Kwaliteit en veiligheid van kleine ingrepen bij de huisarts

Men ging op zoek naar een antwoord op de vraag of kleine chirurgische ingrepen, uitgevoerd door de huisarts, een goed en veilig alternatief zijn voor deze ingrepen in de tweede lijn. De meningen lijken hierover verdeeld. Enerzijds blijkt dat, ondanks kritiek vanuit de specialistische hoek, heelkundige kleine ingrepen veilig en binnen een kort tijdsbestek uitgevoerd kunnen worden bij de huisarts[1]. Aan de andere kant wordt dit ten dele ontkracht in de MiSTIC Trial[2]. Hierbij wordt de kwaliteit van kleine ingrepen in de huisartsensetting vergeleken met die in hospitaalmilieu. De conclusie van deze trial laat zien dat, hoewel het verschil klein is, de kwaliteit van kleine heelkunde in het ziekenhuis iets hoger ligt. Patiënten zijn toch meer tevreden wanneer dergelijke ingrepen door de huisarts worden uitgevoerd, maar dan voornamelijk omwille van het gemak. Er zijn voornamelijk hiaten in het herkennen van maligne huidaandoeningen. Hierbij aansluitend zouden er ook verschillen zijn in de volledigheid van wegname van deze potentieel maligne aandoeningen. Een oplossing om dergelijke problemen te vermijden, zou een verplicht histologisch onderzoek van alle gereseceerd weefsel kunnen zijn.

Richtlijnen uit 2011 zouden een primaire resectie van melanoma in de eerste lijn afraden, hoewel in de wetenschappelijke literatuur hier geen argumenten voor zijn[3]. Het argument dat aangehaald wordt om de excisie niet in de eerste lijn te laten doorgaan, is gebaseerd op het minder goed herkennen van en dus diagnosticeren van een maligne huidaandoening, eerder dan op basis van de kwaliteit van de heelkundige procedure zelf. In de eerste lijn werd 72,5% en in de tweede lijn 69,7% van de maligne melanomen onmiddellijk volledig gereseceerd. Dit is geen significant verschil. Men beargumenteert dat een snellere wegname bij de huisarts van maligne letsels, de diagnose vervroegd waarna eventuele bijkomende behandelingen sneller gestart kunnen worden. Met name als het gaat over moeilijk te diagnosticeren maligne melanomen, is er geen verschil bij het stellen van de klinische diagnose in eerste en tweede lijn en is een resectie in de eerste lijn de manier om de definitieve diagnose sneller te kunnen stellen.

In tegenstelling tot wat men intuïtief zou verwachten lijkt (uit Brits onderzoek) het op het eindeffect tevens goedkoper te zijn om kleine heelkundige ingrepen in de tweede lijn te laten uitvoeren[2]. Uit Nederlandse bronnen zou het tegenovergestelde waar blijken. Hierover kan men voor- en tegenargumenten vinden in de literatuur, doch allen van toepassing op andere gezondheidssystemen, met name het Britse[4]. Over de situatie in België zijn geen sluitende cijfers of literatuur te vinden.

Mogelijkheden tot bijscholingen voor (huis)artsen

Uit de literatuurstudie blijkt dat artsen die op regelmatige basis kleine heelkundige ingrepen uitvoeren meer voldoening halen uit hun werk. Het is een interessante, hands-on afwisseling van het 'normale' werk met onmiddellijk resultaat. Daarnaast vermindert het vaak ook de wachttijd voor patiënten, waardoor zij ook meer tevreden zijn[5].

Uit Kroatisch onderzoek is gebleken dat het volgen van praktische bijscholingen leidt tot het meer uitvoeren van dergelijke ingrepen[6]. In de uitgevoerde observationele studie gaat het zelfs bijna om een verdubbeling van het aantal ingrepen na het volgen van de bijscholing. Deze bestond in deze studie uit 20 uur theorie en 20 uur praktijkopleiding waarbij de artsen konden oefenen op anatomische modellen. Mannen zouden zowel voor als na de bijscholing meer ingrepen uitvoeren dan hun vrouwelijke collega's. Opmerkelijk is dat er in deze studie geen verschil is in aantal uitgevoerde ingrepen tussen de artsen op het platteland en in de steden.

De mogelijkheden tot zelfstandige of georganiseerde bijscholingen voor artsen in België werden bekeken. In de internationale literatuur is er weinig terug te vinden over de manier waarop praktische handelingen het best aangeleerd worden. Recent schreef Els Vanhomwegen haar masterthesis over de effectiviteit van verschillende opleidingsmethoden tot het uitvoeren van infiltraties onder

huisartsen in opleiding (HAIO's)[7]. De vergeleken opleidingen zijn een puur theoretische opleiding en een theoretische opleiding met nadien de mogelijkheid om te oefenen op kadavers of anatomische modellen. Zij concludeerde dat zowel een theoretische als praktische opleiding een positief effect heeft op de zelfeffectiviteit bij HAIO's. Dit zowel met betrekking tot de kennis als de vaardigheden die ze op deze manier opdeden. Toch zijn er verschillen tussen de gevolgde opleidingen. De meeste winst behaalden de HAIO's die de kans kregen na een theoretische uiteenzetting hun vaardigheden te oefenen op kadervers, gevolgd door zij die op anatomische modellen konden oefenen. Allen scoorden na de opleiding beter op de vaardighedentest. Hoewel het over een relatief kleine groep proefpersonen van 46 artsen gaat, lijkt het nut tot bijscholing hierbij aangetoond.

Er werd getracht om via Domus Medica en Nederland Huisartsengenootschap feedback te bekomen omtrent de door hen georganiseerde bijscholingen. Hierbij vroeg men naar de organisatorische kant, pedagogische onderbouwing en eventuele feedback over de bijscholingen, doch vanuit beide organisaties bleef een antwoord uit. De bijscholing vanuit Domus Medica vindt plaats op de 'Studiedag praktische vaardigheden' waarbij de deelnemer 1,5u de kans krijgt om verschillende hechtingen zoals de Donati-steek en een enkelvoudige hechting te oefenen op varkenshuid. De demonstraties van de verschillende technieken gebeurt aan de hand van demonstratiefilmpjes en slides.

De georganiseerde bijscholingen in België lijken dus eerder beperkt in aantal (1 à 2 per jaar) en uitgebreidheid (1,5 uur) te zijn. In Groot-Brittannië werden mogelijkheden tot uitgebreidere bijscholingen gevonden. Vanuit het Royal College of General Practitioners worden 2 dagen durende bijscholingen aangaande kleine heelkunde georganiseerd. Hierbij is er een theoretisch en praktisch oefengedeelte. Deze bijscholing worden vrij vaak georganiseerd doorheen het land. Het effect van de uitgevoerde heelkunde na het volgen van deze bijscholing was niet terug te vinden[8]. Vergelijkbare bijscholingen werden in België niet gevonden.

De mogelijkheden tot zelfstudie zijn daarentegen legio. Er zijn verschillende handboeken te verkrijgen met een theoretische achtergrond en illustraties van de meest uitgevoerde kleine heelkundige ingrepen. Een veelgebruikt Nederlandstalig handboek is het 'Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk', uitgegeven vanuit de NHG[9]. Anderzijds zijn er verschillende, meer uitgebreide, Engelstalige handboeken zoals 'Pfenninger and Fowler's procedures for primary care'[10]. In deze laatstgenoemde vindt men ook aanbevelingen omtrent het te gebruiken oefenmateriaal. Varkenshuid worden aangeraden voor het oefenen van hechtingen en kleine dermatologische ingrepen, maar wordt als stug materiaal ervaren. Varkenspoten kunnen voor dezelfde doelen gebruikt worden en daarnaast ook voor het oefenen van het herstel van laceraties. Kippendijen zijn een goedkoop alternatief en de weefseleigenschappen zijn bovendien beter dan die van varkenshuid[10,11].

Wanneer men verder het internet naslaat voor filmpjes over procedures, zijn de mogelijkheden talloos. Toch is het moeilijk om hierin het onderscheid tussen *evidence based* en *experience based medicine* te maken. Een duidelijke en uitgebreide reeks video's betreffende kleine heelkundige ingrepen zijn bijvoorbeeld terug te vinden via de website[12] 'Canadian Family Physician' (CFP – MFC).

Hierop kan worden doorgeklikt naar het youtube-kanaal van de CFP[12]. Hierbij heeft men getracht een gestandaardiseerd en compleet overzicht van courante ingrepen te voorzien voor artsen (in opleiding)[5].

Benodigd materiaal en organisatie van kleine ingrepen

Voor de volledigheid wordt in volgende alinea kort besproken welk materiaal de huisarts voorhanden zou moeten hebben voor het uitvoeren van kleine chirurgische ingrepen[13,14].

Men dient te beschikken over een schone, niet steriele ruimte waarbij de onderzoekstafel in het midden geplaatst wordt zodat de arts de patiënt van beide kanten makkelijk kan benaderen. Daarnaast is een comfortabele stoel en verstelbare lamp, zowel qua positie als intensiteit van de lichtsterkte, een must. Liefst is er een wasbak aanwezig om voor het aantrekken van de (steriele) handschoenen de handen minstens 20 seconden te wassen. Chirurgisch schobben met een borsteltje is niet nodig. De natuurlijke ventilatie van de ruimte is voldoende voor het uitvoeren van kleine ingrepen[15].

Een steriele set instrumenten moet minimaal volgende instrumenten bevatten:

- Scalpel heft nr. 3 met bijbehorende opzetmesjes nr. 11 (puntig) en 15 (afgerond, meest gebruikt voor dermatologische ingrepen)
- Metzenbaum schaar voor dissectie
- Afgeronde schaar voor het knippen van draad, verbanden…
- Naaldvoerder
- Adson pincet voor het manipuleren van de huid (met tanden) en het verwijderen van hechtingen (zonder tanden)
- 2 tot 3 mosquito-klemmen zonder tanden voor hemostase, vastklemmen van weefselfragmenten

Voor gynaecologische ingrepen dient men zo nodig een speculum, Pozzi-tang en hysterometer ter beschikking te hebben.

Een verrijdbaar bijzettafeltje is handig voor het neerleggen van een steriel veld, steriele kompressen, zo nodig hechtdraad of steri-strips en hogergenoemd materiaal. Voor kleine oppervlakkige ingrepen of het hechten van kleine laceraties is er geen noodzaak tot het gebruiken van steriele

handschoenen[16,17]. Het infectierisico zou bij deze oppervlakkige ingrepen bij immuun-competente patiënten niet verhogen door het gebruik van niet-steriele handschoenen.

Tot slot is een autoclaaf een onmisbaar apparaat en tevens de gouden standaard ter sterilisatie van het gebruikte materiaal. Bij normaal gebruik gaat een set instrumenten een 10-tal jaar mee. Snellere slijtage is meestal het gevolgd van niet grondig schoonhouden van het materiaal.

Theoretische achtergronden gynaecologische kleine ingrepen

Plaatsen van intra uterine device (I.U.D.) of spiraaltje

Theoretische achtergrond en indicaties

Intra uterine devices worden aangewend als vorm van anticonceptie, gewoonlijk over een periode van 3 tot 5 jaar. Er zijn twee soorten I.U.D. beschikbaar in België: het koperhoudende I.U.D. en het levonorgestel (LNG)-bevattende I.U.D. of 'hormoonspiraaltje'. De werking en indicaties van beide typen verschilt lichtjes zoals hieronder kort besproken zal worden[18,19].

Enerzijds zijn er de koperhoudende spiraaltjes. Ze hebben een T-vormige plastic skelet omwonden met koperdraad of koperplaatjes. Door hun T-vorm blijven ze, eenmaal ter plaatse, goed zitten in het cavum uteri. De Gynefix is hierop een uitzondering. Dit is enkel een draadje omwonden met koperdraad, die aan de hand van een klein pinnetje in de fundus van de uterus wordt verankerd. Het voordeel hierbij is dat er dus geen rekening hoeft worden gehouden met de vorm van het cavum uteri, wat een postpartum plaatsing van dit type I.U.D. mogelijk maakt. Bij uteriene afwijkingen zoals een uterus bicornis of myomen, is de plaatsing van een I.U.D. gecontra-indiceerd.

Hun anticonceptieve werking berust op een lokale, steriele inflammatie ter hoogte van het endometrium waardoor het aantal macrofagen en de concentratie van prostaglandines zal toenemen. Hierdoor is er naast een rechtstreeks toxisch effect van koper ook een verhoogde fagocytose van spermatocyten en de blastocyst. Tot slot interfereert de aanwezigheid van koper ook met de nidatie van een bevruchte eicel. Door het quasi onmiddellijk effect op de innesteling van de bevruchte eicel kan een koperhoudend spiraal ook als urgente of postcoïtale anticonceptie worden ingezet. De werkingsduur bedraagt 5 à 10 jaar.

Daarnaast zijn er de LNG-houdende spiraaltjes met een ander werkingsmechanisme. De bekendste binnen deze klasse is het Mirena spiraaltje met een werkingsduur van 5 jaar. Recent werd een kleiner hormoonspiraaltje op de markt gebracht, Jaydess met een werkingsduur van 3 jaar, met het oog op plaatsing bij nullipare vrouwen. Deze spiraaltjes hebben een T-vormig skelet zoals voor de koperspiraaltjes beschreven werd.

Hun werking berust op de langzame afgifte van het progestativum levonorgestrel (20µg/24 uur) in het cavum uteri. Hierdoor treedt een atrofiëring van het endometrium op, de innesteling van een bevruchte eicel wordt moeilijk en ook de migratie van spermatozoa naar de baarmoeder en eileiders zal worden tegengehouden. LNG veroorzaakt een dikker en taaier cervixslijm waardoor het de migratie van spermatozoa tegenhoudt.

Naast de indicatie anticonceptie, kan het LNG-houdend I.U.D. tevens aangewend worden bij vrouwen met menorragie[20] en ter voorkoming van endometriumhyperplasie bij vrouwen onder oestrogeensubstitutietherapie.

Praktische uitvoering

Het is belangrijk dat een genitale infectie uitgesloten wordt alvorens het I.U.D. te plaatsen. Plaatsing van het I.U.D. gebeurt het liefst in de post menstruele fase (dilatatie cervix en uitsluiting zwangerschap) tenzij aangewend als noodanticonceptie of bij het wisselen van spiraaltje[19].

Grote lijnen plaatsen van I.U.D.:

1. Plaats speculum
2. Desinfectie van de cervix
3. Plaatsen van Pozzi-tang ter fixatie van de cervix en het kunnen uitvoeren van lichte tractie voor de correcte alineëring van de uterus
4. Hysterometrie
5. Diepte voor plaatsing instellen aan de hand van de gemeten fundusdiepte
6. Inbrengen van spiraaltje zoals door de fabrikant aangegeven (cfr. handleiding)
7. Verwijderen Pozzi-tang en afknippen van de draadjes op 1 à 1,5cm lengte
8. Verwijderen speculum

Zoals eerder besproken, zijn er verschillende instructievideo's te vinden op het internet die de procedure stap voor stap doorlopen.

Complicaties en nevenwerkingen

Hoewel het I.U.D. een goedkoop en betrouwbaar contraceptivum is, zijn er ook enkele nadelen en mogelijke complicaties verbonden aan het plaatsen en/of hebben van een I.U.D.

- Zeldzaam treden problemen op bij het plaatsen[19]:
    - Pijn bij plaatsing waarvoor men aanraadt naproxen of tramadol op voorhand in te nemen of tijdens het plaatsen cervicaal lidocaïne te gebruiken[21]
    - Perforatie van de uterus

    - Infectierisico bij vrouwen met een genitale infectie ten tijde van de plaatsing, met risico op PID
- In het geval van falen van de contraceptieve werking is het relatieve risico op een extra-uteriene zwangerschap en miskraam groter
- Pijn in de onderbuik, meestal tijdelijk van aard
- Veranderingen in het bloedingspatroon: spotting en langdurig bloedverlies komen voor bij koperhoudende spiraaltjes, LNG-houdende spiraaltjes zorgt bij een derde van de vrouwen voor amenorroe

Plaatsen en verwijderen van hormoonstaafje (Implanon)

Theoretische achtergrond en indicaties

Een alternatieve vorm van anticonceptie is de continue toediening van progesteron[18,19]. Binnen de kleine chirurgische ingrepen wordt hier het hormoonstaafje of Implanon NXT (de enige beschikbare vorm in België op basis van etonogestrel) besproken. De werkingsduur bedraagt 3 jaar.

Door de continue afgifte van progesteron zal de ovulatie geremd worden. Tevens treedt atrofiëren van het endometrium op in combinatie met een verdikking van het cervicale slijm, zoals ook gezien wordt bij het LNG-houdend I.U.D. Het bloedingspatroon kan dan ook vergeleken worden met dat van dergelijk I.U.D.: initieel eerder onvoorspelbaar met soms spotting, amenorroe in een later stadium. Het kan daarnaast ook een gunstig effect hebben bij dysmenorroe. Na plaatsing wordt de eerste weken 60 à 70µg etonorgestrel per 24 uur afgegeven, hetgeen daalt tot ongeveer 25 à 30µg/24 uur aan het einde van het derde jaar.

Men kan voor dergelijke vorm van anticonceptie kiezen wanneer er (relatieve) contra-indicaties zijn voor het gebruik van oestrogenen, zoals het geven van borstvoeding, een verhoogd trombose-risico, migraine, obesitas, roken, systeemziekten, …

Praktische uitvoering

Het hormoonstaafje, een radiopaak, flexibel staafje van 4cm op 2mm, dient subdermaal geplaatst te worden ter hoogte van de mediale zijde van de bovenarm. Het is hierbij belangrijk de sulcus tussen de m. biceps en m. triceps te vermijden aangezien daar de neuro-vasculaire bundel iets dieper in het subcutane vetweefsel liggen. Een duidelijk stappenplan vindt men in de wetenschappelijke bijsluiter van het device[18].

Plaatsen van Implanon NXT:

1. Markeer de plaats van het inbrengen van het staafje met een steriele marker

2. Reinig de insteekplaats met een antisepticum
3. Verdoof de plaats van inbreng en het kanaal waarin het staafje zich zal bevinden met 2ml lidocaïne 1% oplossing
4. Verwijder het transparante kapje van de houder van de Implanon NXT
5. Prik de aangespannen huid onder een hoek kleiner dan 30° aan en schuif de naald horizontaal verder net onder de huid, de naald moet volledig ingebracht zijn alvorens het staafje correct achter te kunnen laten
6. De naald wordt teruggeschoven door de paarse hendel volledig naar achter te brengen terwijl de applicator op dezelfde plek gehouden wordt
7. Controleer of de Implanon NXT palpabel is onder de huid
8. Plak insteekpunt af en breng een drukverband aan

Verwijderen van Implanon NXT:

1. Markeer het distale uiteinde van de Implanon NXT na palpatie
2. Reinig de incisieplek met een antisepticum
3. Verdoof de incisieplaats met 0,5 à 1 ml lidocaïne 1%, de verdoving wordt onder het distale uiteinde van het staafje gespoten zodat de punt dicht bij de huid blijft liggen
4. Fixeer het staafje ter hoogte van het proximale uiteinde zodat het distale uiteinde net onder de huid goed zichtbaar wordt
5. Longitudinale incisie van ongeveer 2mm
6. Duw het staafje voorzichtig naar buiten, indien het staafje ingekapseld ligt, maak bijkomend een incisie in het kapsel en verwijder nadien het staafje. Deze kan met een tangetje, bij voorkeur een gekromde mosquitoklem, vastgepakt en verwijderd worden.

Indien het staafje niet meer palpeerbaar is ten tijde van de geplande verwijdering, kan beeldvorming (CT-scan, MRI en echografie zijn mogelijk) gevraagd worden om de lokalisatie van het staafje te bepalen.

Complicaties

De complicaties bij het plaatsen en/of verwijderen zijn eerder gering[19].

- Infectierisico
- Reactie op vreemd lichaam
- Zoekraken van het staafje. Soms verplaatst het staafje zich minimaal of werd het te diep geplaatst. Zeer zeldzaam migreert het staafje naar de pulmonaire vasculatuur, hetgeen

uiteraard een endovasculaire verwijdering vraagt in hospitaalmilieu. Het zoekgeraakte staafje is d.m.v. beeldvorming op de sporen.

Excisie of drainage van vulvaire abces

Theoretische achtergrond en indicaties

Meest typisch zal een vulvair abces ontstaan vanuit de klier van Bartholin. Klinisch presenteert dit zich als een zwelling aan de binnenzijde van de labia minora. De uitmondingen van de afvoergangen van deze vochtproducerende klieren bevinden zich op 4 en 8u posterolateraal ten opzichte van de vagina-ingang, in het vestibulum vulvae. Frequent komen pijnloze zwellingen voor, zogenaamde cysten van Bartholin, die ontstaan door het afsluiten van 1 van de afvoergangen.

Voor asymptomatische Bartholincysten is geen behandeling nodig. Bij vrouwen boven de 40 jaar of in de menopauze moet gedacht worden aan de mogelijkheid van een onderliggende maligniteit[22].

De behandeling van een abces van een Bartholincyste of -klier is in de eerste plaats het openen en draineren van het abces [19,22,23]. Antibiotica zijn bij spontane drainage van een van een klein abces niet noodzakelijk. Breedspectrum antibiotica zijn de eerste keus bij cellulitis of een groot abces [19,24].

Men kan bij voorkeur kiezen voor een eerste generatie cefalosporine 500mg 3dd gecombineerd met metronidazole 400mg 3dd gedurende 7 dagen. Een goede alternatieve behandeling bestaat uit amoxicilline- clavulaanzuur 875mg/125mg 2dd gedurende 5 à 7 dagen[25].

In een minderheid van de gevallen wordt een Bartholinitis veroorzaakt door een SOA. Bij vermoeden hiervan moet patiënte getest worden op Neisseria gonorrhoeae en Chlamydia trachomatis. Bij een positief resultaat wordt metronidazole 400mg 3dd gedurende 7 dagen toegevoegd aan de therapie voor de aangetoonde verwekker[25].

Praktische uitvoering

Bij een niet ontstoken cyste van Batholin of na afkoeling kan de cyste onder lokale anesthesie geopend en gemarsupialiseerd worden. Hierbij wordt de binnenzijde van de cystewand met enkele everterende hechtingen vastgehecht aan het epitheel van het vestibulum. Hierdoor ontstaat een opening die ofwel spontaan zal sluiten, ofwel een nieuw ostium zal vormen waarlangs de klier verder kan draineren[19,24]. Voor de behandeling van een Bartholin-abces wordt marsupialisatie niet aanbevolen[25].

Een alternatieve behandeling bestaat uit het maken van een incisie van ongeveer 5mm onder lokale anesthesie. Nadien wordt een ‘vreemd lichaam’ in de geopende abcesholte achtergelaten. Hiervoor kan bijvoorbeeld de ballon van een katheter gebruikt worden. Deze wordt dan opgevuld met 2 tot 3ml zoutoplossing zodat de katheter ter plaatse blijft[25]. Het beoogde resultaat hierbij is dat na 4 tot 6 weken

ter plaatse laten van dergelijk ‘vreemd lichaam’, er zich een geëpithelialiseerde afvoergang vormt. Hierlangs zal de klier van Bartholin dan kunnen draineren zodat het risico op nieuwe cysten en/of abcessen verkleint[22,24].

Een derde mogelijkheid tot behandeling aan de hand van sclerotherapie met zilvernitraat. Hierbij wordt zilvernitraat in de geopende cyste aangebracht en daar 48u ter plaatse gelaten. Nadien wordt de patiënte teruggezien en wordt het zilvernitraat en de genecrotiseerde cystewand door de arts verwijderd[23].

Tijdens de zwangerschap is de bevloeiing van de buitenste genitaliën echter toegenomen, hetgeen een heelkundige benadering van een cyste niet mogelijk maakt. Indien symptomatisch wordt de cyste geledigd door aspiratie van de inhoud met een naald. De definitieve behandeling wordt na de zwangerschap gepland. Een abces wordt behandeld zoals bovengenoemd beschreven[25].

Indien deze bovenbeschreven behandelingen onvoldoende effect hebben of wanneer zich recidieven voordoen, kan overgegaan worden tot een volledige excisie van de Bartholinklier, inclusief het afvoerkanaal. Dit is geen eenvoudige ingreep; men moet rekening houden met de nabijheid van rectum en clitoris, het ontstaansmechanisme, met inflammatoire veranderingen van het weefsel etc. Hiervoor wordt de patiënte dan ook verwezen naar gynaecologie. Tevens zijn er in de tweede lijn nog andere therapeutische opties zoals een CO_2-evaporatie van de cystewand, maar deze zouden geen voordelen bieden ten aanzien van eerder besproken ingrepen[22].

Complicaties

Er is geen literatuur gevonden die de complicaties van een marsupialisatie of incisie en drainage van een cyste of abces bespreekt. Er lijkt altijd een risico op uitbreiding van de infectie te zijn bij een abces, zeker bij risicopatiënten zoals mensen die lijden aan diabetes mellitus of behandeld worden met immunosuppressiva/chemotherapie.

Er worden voornamelijk complicaties beschreven ten gevolge van een volledige extirpatie van de Bartholinklier met afvoergang[19,23]:

- Blijvend functieverlies van de klier
- Hematoom
- Secundaire infecties
- Rectum- of clitorisbeschadiging
- Dyspareunie

Hymenectomie/Hymenotomie

Theroretische achtergrond en indicaties

Hoewel dit in theorie een mineure ingreep betreft, is dit gezien de nabijheid van de meatus urethra en het rectum geen ingreep voor in de huisartsenpraktijk. Het chirurgisch openen van het hymen gebeurt best onder algemene narcose door de gynaecoloog[19].

Verwijdering van genitale wratten

Theoretische achtergrond en indicaties

Genitale wratten of condylomata acuminata zijn typisch bloemkoolachtige, roze tot grijswitte structuren die veelal asymptomatisch zijn. De verwekker is het humaan papilloma virus, meestal typen 6 en 11. In 90% van de gevallen verdwijnen de afwijkingen binnen 2 jaar en het is dan ook mogelijk het natuurlijk beloop af te wachten.

Het kan wel een psychoseksuele belasting vormen waardoor men in overleg met de patiënt kan overgaan tot behandeling. Hiervoor is een medicamenteuze topische thuisbehandeling mogelijk.

Anderzijds kan ook een behandeling bij de huisarts plaatsvinden: men kan de condylomata wekelijks aanstippen met een oplossing van 80 à 90% trichloorazijnzuur.

De letsels kunnen ook na lokale verdoving door middel van elektrocoagulatie weggebrand worden[26].

Alle bovengenoemde behandeling zijn allen niet mogelijk tijdens de zwangerschap. Een alternatieve oplossing is dan het wekelijks aanstippen met vloeibare stikstof. Cryotherapie is veilig tijdens de zwangerschap. De kans dat het kindje besmet wordt bij de bevalling is klein[26,27].

Complicaties

Trichloorazijnzuur heeft een sterk etsende werking en moet daarom door de arts nauwkeurig op de letsels worden aangebracht. Zoals eerder vermeld verdwijnen in 9 van de 10 gevallen de condylomata spontaan na een periode van 2 jaar. Bij immuungecompromitteerde patiënten zoals HIV-positieve patiënten kunnen deze letsels echter uitgroeien tot grote invasieve tumoren[26,27].

Resultaten veldonderzoek

Resultaten uit de enquêtes voor patiënten

Epidemiologie van de patiëntenpopulatie

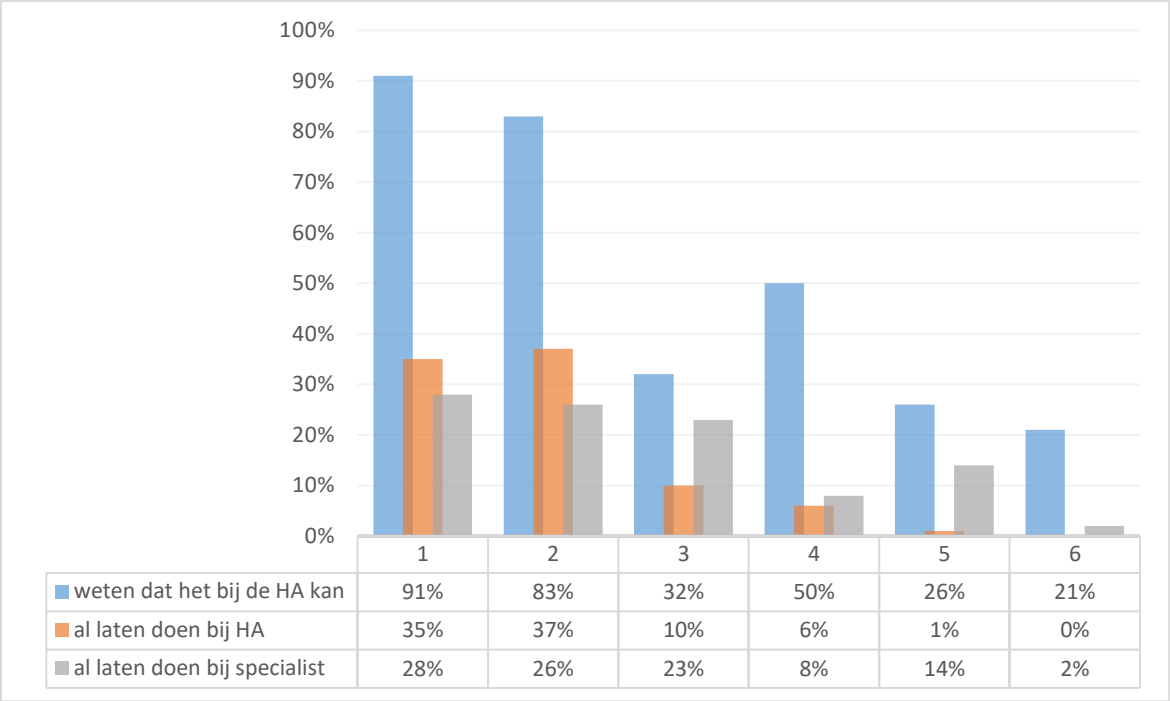
In totaal beantwoorden 137 patiënten onze enquête omtrent hun ervaringen met kleine heelkunde in de eerste lijn. De deelnemers waren tussen de 17 en 95 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 41,3 jaar (SD 16,3 jaar). Er namen iets meer vrouwen dan mannen deel aan het onderzoek, zij vertegenwoordigen 56,2% van de patiëntenpopulatie.

Kennis over en ervaringen met kleine heelkunde bij huisarts en/of specialist

Allereerst werd er gepeild naar de kennis over de mogelijkheden van het laten uitvoeren van dermatologische en gynaecologische ingrepen bij de huisarts. Er werden 6 van de meest courante ingrepen nagevraagd: wondhechting, cryotherapie van verruca, het uitsnijden van dermale letsels zoals neavi, sebumcysten en lipomen, het verwijderen van een ingegroeide teennagels en het plaatsen van een intra-uterien device (I.U.D., ook spiraaltje genoemd) of hormoonstaafje.

Voornamelijk van de dermatologische ingrepen zijn patiënten goed op de hoogte dat het mogelijk is om deze bij de huisarts te laten uitvoeren. Van wondhechtingen en cryotherapie is respectievelijk 91 en 83% van de ondervraagden op de hoogte dat dit bij de huisarts kan. Het is duidelijk dat een (gedeeltelijke) teennagelextractie duidelijk minder gekend is onder de patiënten. Slechts 50% van de ondervraagden weet dat het mogelijk is. Toch liggen de cijfers niet ver uiteen: 6% van de ondervraagden liet reeds een teennagelextractie uitvoeren bij de huisarts tegenover 8% bij de specialist. Enkel van wondhechtingen en cryotherapie wordt het duidelijk dat dit ook ingrepen zijn die men voornamelijk bij de huisarts laat uitvoeren.

Anders wordt het wanneer men kijkt naar de gynaecologische ingrepen. Slechts 21% van de ondervraagden weet dat het plaatsen van een hormonenstaafje mogelijk is bij de huisarts, 26% is op de hoogte dat een I.U.D. ook bij de huisarts geplaatst kan worden. Desondanks 1 op 4 tot 1 op 5 van de ondervraagde patiënten dit weet, ziet men dat slechts 1 vrouw ook daadwerkelijk een spiraaltje heeft laten plaatsen door de huisarts. Dit zijn ingrepen waarvoor men duidelijk geneigd is naar de gynaecoloog dan naar de huisarts te gaan. (cfr. grafiek 3)



	1	2	3	4	5	6
weten dat het bij de HA kan	91%	83%	32%	50%	26%	21%
al laten doen bij HA	35%	37%	10%	6%	1%	0%
al laten doen bij specialist	28%	26%	23%	8%	14%	2%

Grafiek 3: kennis over en laten uitvoeren van kleine ingrepen: 1 wondhechting, 2 cryotherapie van verruca, 3 uitsnijden van dermaal letsel, 4 wegnemen van ingegroeide teennagel, 5 plaatsen I.U.D., 6 plaatsen hormoonstaafje. (Afkorting HA: huisarts)

Van de patiënten die dergelijke ingrepen nooit eerder hadden laten uitvoeren, laat ruim 80% weten dat ze in de toekomst hiervoor graag bij hun huisarts terecht zouden kunnen. Vanuit de patiëntenpopulatie lijkt er dus zeker vraag te zijn naar de uitvoering van kleine heelkundige ingrepen bij de huisarts.

Aan de andere kant was van alle ondervraagden die wel al een dergelijke ingreep hadden laten uitvoeren 83,3% tevreden dat ze hiervoor bij hun huisarts terecht konden. De minderheid, namelijk 2,1%, sprak zich hierover negatief uit.

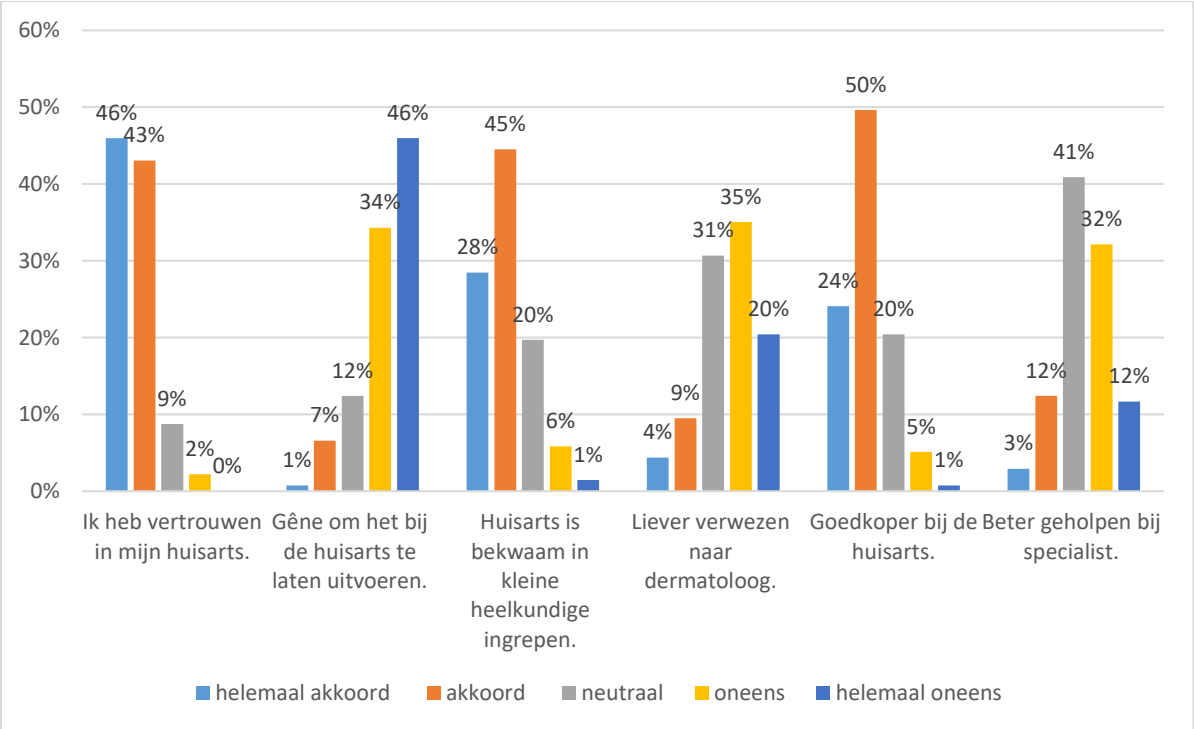
De redenen waarom patiënten hiervoor wel of niet naar de huisarts zouden gaan, zijn niet erg uiteenlopend. Met stip op 1 wordt het argument ‘gemak’ naar voren geschoven, op de voet gevolgd door het vertrouwen van patiënten in hun huisarts. Het gemak ligt in verschillende zaken: de huisarts is vaak dicht bij huis en makkelijk bereikbaar, een afspraak kan meestal gemaakt worden op een moment dat het de patiënt uitkomt en de laagdrempeligheid van de eerstelijnszorg zijn aangehaalde argumenten. Veel mensen spreken het vertrouwen in hun huisarts uit: ze achten hun huisarts hiervoor geschoold en bekwaam. Daarnaast wordt de kennis van het patiëntendossier door twee deelnemers aangehaald. Drie patiënten argumenteren dat het goedkoper is om dezelfde ingreep bij de huisarts te laten uitvoeren dan bij de specialist. De discrepantie tussen het laten uitvoeren van dermatologische ingrepen door de huisarts en gynaecologische door de specialist, is iets wat ook bij deze vrij in te vullen

antwoorden een aantal keer aangebracht werd. Slechts één patiënt geeft aan een negatieve ervaring te hebben met een wondhechting die door de huisarts werd uitgevoerd.

Wanneer getoetst wordt naar de tevredenheid onder de deelnemers die reeds een ingreep bij de huisarts ondergingen, komen volgende gelijkaardige antwoorden naar voren. 27 patiënten lieten weten dat ze voornamelijk het korte tijdsbestek waarbinnen ze geholpen werden belangrijk vinden. Daarnaast spreken 17 deelnemers hun tevredenheid uit over de goede of steriele manier van werken en het resultaat van de uitgevoerde ingreep. Slechts 2 deelnemers geven aan te denken dat het ook goedkoper is om dergelijke ingrepen te laten uitvoeren door de huisarts. Ook over de nazorg is men algemeen tevreden, op een deelnemer na. Hij vermeldt een litteken te hebben overgehouden aan een hechting in het gelaat door onvoldoende opvolging nadien. Toch zijn de ervaringen over het algemeen positief: 86,5% is tevreden over het resultaat tegenover 2,1% ontevreden patiënten.

Resultaten dermatologie

Vervolgens werden eerst alle deelnemende patiënten bevraagd omtrent dermatologische ingrepen. Een grafisch overzicht van de bekomen resultaten vindt u in onderstaande grafiek 4.



Grafiek 4: bevragingen omtrent dermatologische ingrepen.

Zoals ook uit de eerste bevragingen naar voren kwam, is het vertrouwen in de huisarts groot; maar liefst 89% van de ondervraagden geeft hierop een positief antwoord tegenover slechts 2% die het hiermee oneens zijn. Ook de gêne ten aanzien van de huisarts om zich met dergelijke problemen aan te melden

is laag. 8% van de mensen voelt toch enige weerstand om met huidproblemen naar hun huisarts te stappen.

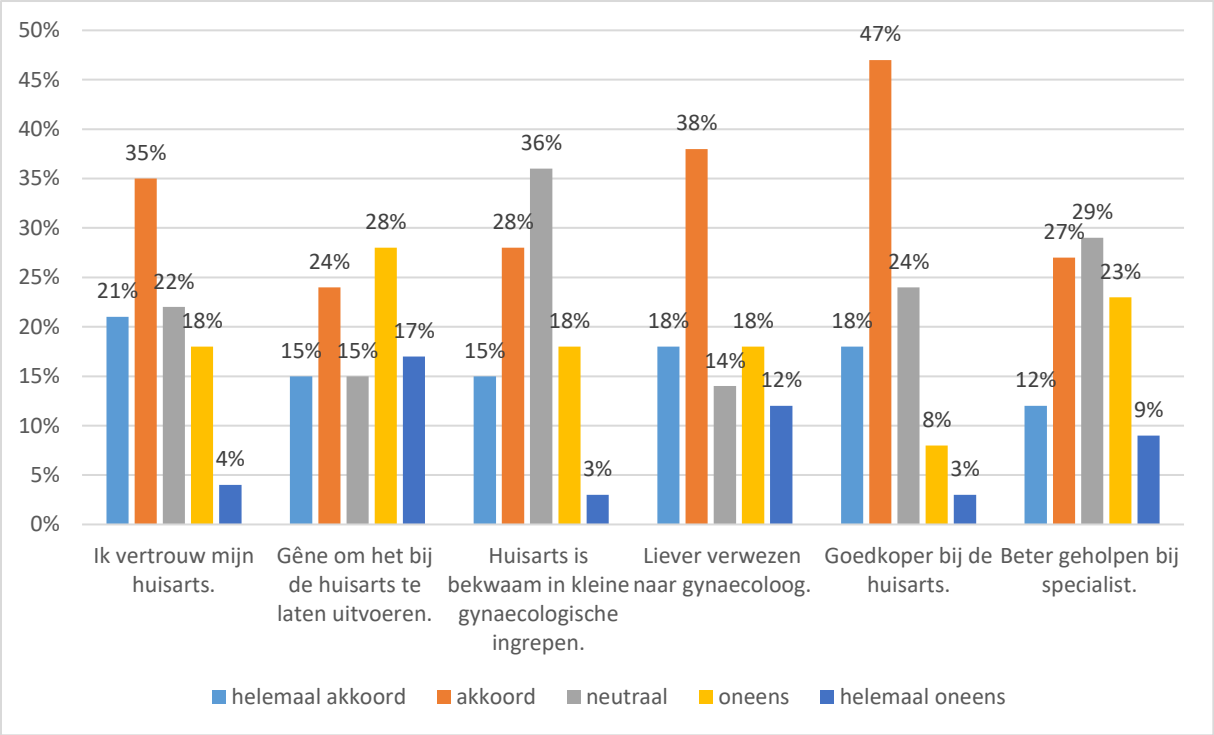
Niettegenstaande het grote vertrouwen in de huisarts, blijkt het vertrouwen in de kunde van de huisarts iets minder. Een kleine driekwart (73%) van de ondervraagden acht zijn of haar huisarts bekwaam tot het uitvoeren van dermatologische kleine ingrepen, 20% staat hier neutraal tegenover en toch 7% heeft hier zijn twijfels over. Hierbij aansluitend wordt 13% van de ondervraagden dan ook liever verwezen naar de dermatoloog indien een kleine heelkundige ingreep aan de orde is. In dezelfde grootteorde meent 15% van de deelnemers beter geholpen te zijn bij de specialist.

Bovenstaande cijfers bevinden zich dus allemaal binnen dezelfde lijn. Over het algemeen kan gesteld worden dat het vertrouwen in de huisarts groot is. Doch een aanzienlijk deel van bijna 15% van de patiënten heeft zijn twijfels over de bekwaamheid van zijn of haar huisarts en zou logischerwijs dan ook liever verwezen worden naar een specialist.

Over het financiële aspect van de zaak zijn de meningen weinig verdeeld. Bijna 75% van de ondervraagden zegt goedkoper af te zijn bij de huisarts, 20% staat hier neutraal tegenover en slechts 6% is het hier (geheel) mee oneens.

Resultaten gynaecologie

Naar analogie met de dermatologische ingrepen, werden de vrouwelijke deelneemsters dezelfde vragen voorgelegd omtrent de gynaecologische kleine heelkunde. Gezien het absoluut lage aantal wegnamen en/of incisie van Bartholincysten, werd deze ingreep niet verder bevraagd onder artsen en patiënten. Een grafisch overzicht van de bekomen resultaten vindt u in onderstaande grafiek 5.



Grafiek 5: Bevragingen omtrent gynaecologische ingrepen.

Zoals in één oogopslag grafisch te zien is, zijn de meningen voor de gynaecologische ingrepen meer verdeeld dan voor de dermatologische.

Allereerst is het vertrouwen al duidelijk minder groot; slechts 56% heeft voldoende vertrouwen in haar huisarts. Meer dan 1 op 5 vrouwen (22%) zegt hiervoor geen tot onvoldoende vertrouwen omtrent deze ingrepen te hebben. 21% van de ondervraagde patiëntes acht de huisarts hier dan ook niet bekwaam toe tegenover 43% die wel vinden dat huisartsen hiertoe voldoende opgeleid zijn. De meningen zijn verdeeld.

Hieruit volgt ook het hoge percentage vrouwen dat liever verwezen wordt naar de gynaecoloog voor dergelijke ingrepen, namelijk 56%. Bijna 40% geeft aan dat ze denken ook beter geholpen te worden bij de gynaecoloog. Een aanzienlijk deel van de vrouwen staat hier echter neutraal tegenover; bijna 30% geeft aan geen voorkeur te hebben voor huisarts of specialist.

De drempel om met gynaecologische vragen naar de huisarts te stappen is ook iets groter dan voor dermatologische ingrepen. Bijna 40% voelt toch enige gêne om dergelijke ingrepen bij de huisarts te laten uitvoeren.

Met betrekking tot de financiële kant zijn de meningen, net zoals bij de dermatologische ingrepen, minder verdeeld. 65% geeft aan te denken bij de huisarts minder te moeten betalen voor deze ingrepen. Ruim een op tien (11%) is het hier niet mee eens.

Resultaten uit de enquêtes voor huisartsen

Epidemiologie van de artsenpopulatie

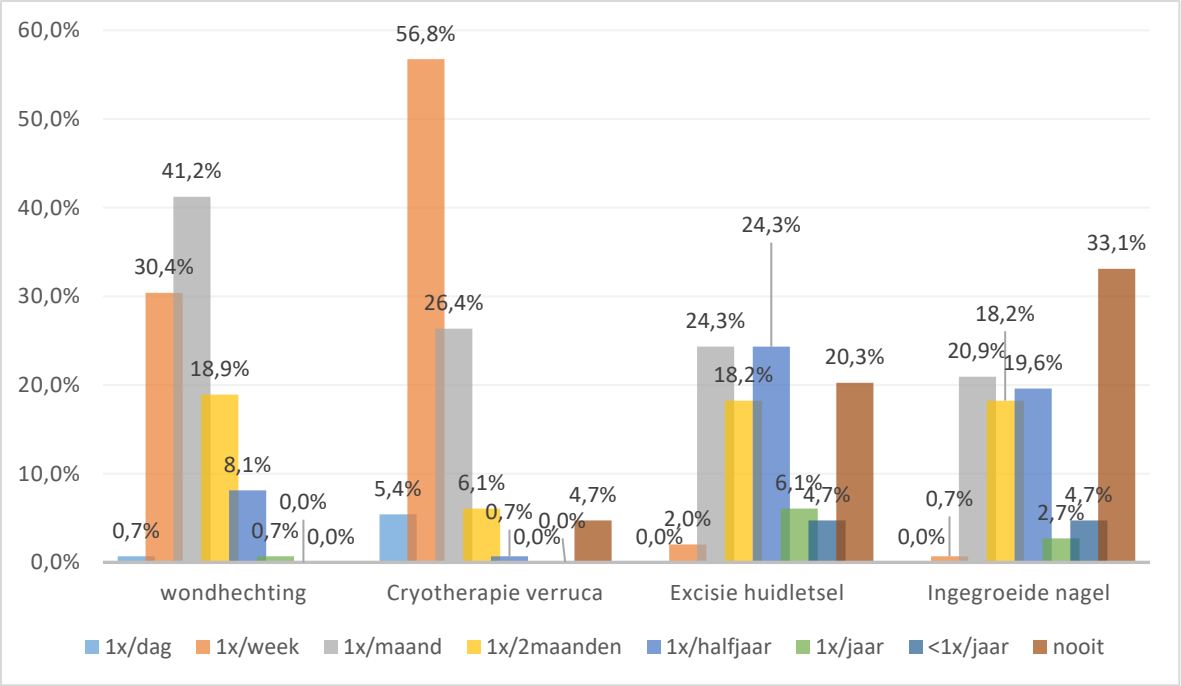
In totaal vulden 148 huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO's) de enquête over kleine heelkundige ingrepen in. De leeftijd van de deelnemers varieerde van 24 tot 72 jaar met een gemiddelde leeftijd van 35,9 jaar (SD 12,7 jaar). Samen met de deelnemers met maximaal 5 jaar praktijkervaring vormen de HAIO's 62,2% van de groep ondervraagden. De meerderheid van de bevraagde artsenpopulatie bestaat uit vrouwen (65,5%). Qua samenstelling van de praktijken zien we dat 47,3% werkzaam is in een groepspraktijk, 25,7% in een duopraktijk en 23% werkt als soloarts (HAIO's worden hierbij niet in rekening gebracht). De enquête werd verdeeld in verschillende provinciën. Bijna de helft van de antwoorden komen uit Oost-Vlaanderen (45,2%), gevolgd door Antwerpen (16,4%), Vlaams-Brabant (16,4%) en West-Vlaanderen (11,0%). Er was één deelnemer uit de provincie Henegouwen.

Eigen ervaringen met kleine heelkunde

Er werd nagevraagd hoe vaak bepaalde ingrepen door de huisartsen (in opleiding) uitgevoerd worden. Hierbij gaat het om vier dermatologische en twee gynaecologische ingrepen, met name: wondhechting, cyrotherapie van een huidletsel, excisie van een huidletsel, (gedeeltelijke) teennagelextractie, plaatsen van een spiraal en plaatsen van een hormoonstaafje. Daarnaast werd gepeild naar redenen om dit al dan niet uit te voeren.

Dermatologische ingrepen

Onderstaande grafiek 6 geeft aan hoe vaak artsen de verschillende dermatologische ingrepen uitvoeren.



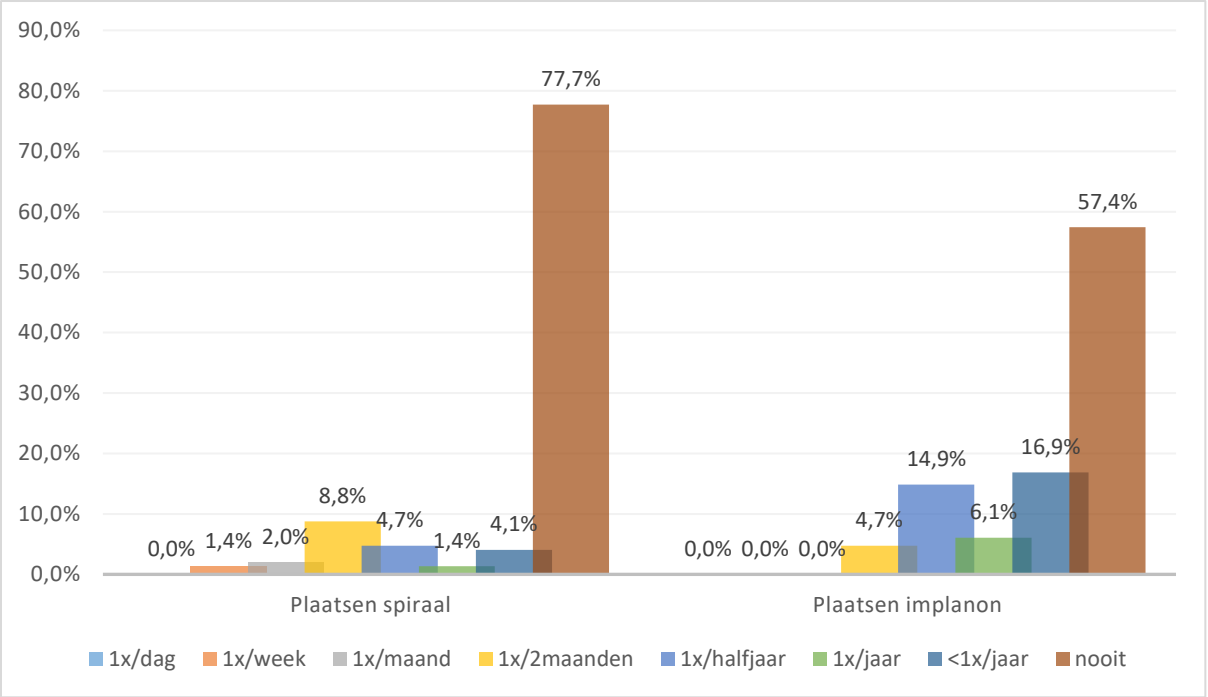
Grafiek 6: frequentie van het uitvoeren van dermatologisch ingrepen.

Zoals onmiddellijk te zien is, is er een groot verschil tussen de bevraagde ingrepen. Wondhechtingen en cryotherapie vinden bij veel artsen regelmatig plaats. Deze technieken worden door alle artsen minstens halfjaarlijks en meestal maandelijks of frequenter. Slechts 4.7% van de artsen geeft aan nooit cryotherapie uit te voeren.

Voor de meer complexe ingrepen liggen de cijfers qua aantal verrichtingen aanzienlijk lager. Excisie van een huidletsel wordt door een op de vijf artsen nooit uitgevoerd. 35,1% van de artsen voert deze techniek maximaal 2 keer per jaar uit. Een aanzienlijk deel van 33% van de artsen voert nooit een nagelextractie uit. 27% doet dit maximaal 2 keer per jaar.

Gynaecologische ingrepen

Zoals eerder duidelijk werd bij de patiëntenenquêtes is er een groot verschil tussen de dermatologische en gynaecologische ingrepen. De resultaten van de enquête wordt weergegeven in grafiek 7. 77,7% en 57,5% van de huisartsen plaatst nooit een hormoonstaafje of I.U.D. De artsen die deze ingrepen wel uitvoeren, doen dit relatief weinig: een implanon wordt doorgaans 1 à 2 keer per jaar geplaatst, het plaatsen van een I.U.D. wordt tweemaandelijks tot halfjaarlijks uitgevoerd.



Grafiek 7: frequentie van het uitvoeren van gynaecologische ingrepen.

Argumenten tegen het uitvoeren van kleine heelkunde

Onderstaande tabel 2 geeft de aangehaalde argumenten weer tegen het uitvoeren van kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk.

Argument	*Aantal artsen*	*Percentage*
Weinig vraag naar vanuit patiëntenbestand	*98*	*66,7%*
Verloning voor het uitvoeren van deze ingreep is te laag	*17*	*11,6%*
Tijdsnood	*35*	*23,8%*
Te weinig bekwaam voelen om dergelijke ingrepen uit te voeren	*74*	*50,3%*
Niet het juiste materiaal voorhanden	*22*	*15,0%*
Niet genoeg ervaring mee	*94*	*63,9%*
De premieverhoging van de verzekering beroepsaansprakelijkheid is te groot	*0*	*0,0%*

Tabel 2: argumenten om geen kleine heelkunde te beoefenen.

De grootste drempels voor het uitvoeren van kleine ingrepen is voornamelijk dat er te weinig vraag is vanuit het patiëntenbestand (66,7%). Een factor waar men als arts weinig invloed op heeft. Anderzijds

geeft toch bijna een op de drie artsen aan dat ze te weinig ervaring met de ingrepen hebben en iets meer dan 50% geeft aan zich onvoldoende bekwaam te voelen om deze ingrepen uit te voeren. Een kleinere rol is weggelegd voor de factor tijdsnood (23,8%) en een te lage verloning voor de geleverde prestatie (11,6%). In de vrije antwoorden worden voornamelijk de complicaties bij het plaatsen of verwijderen van het hormoonspiraal aangegeven naast de beperkte persoonlijke interesse om zich in deze ingrepen te bekwamen.

Argumenten voor het uitvoeren van kleine heelkunde

Onderstaande tabel 3 geeft een overzicht van de redenen die artsen aanhalen om wel kleine chirurgische ingrepen uit te voeren.

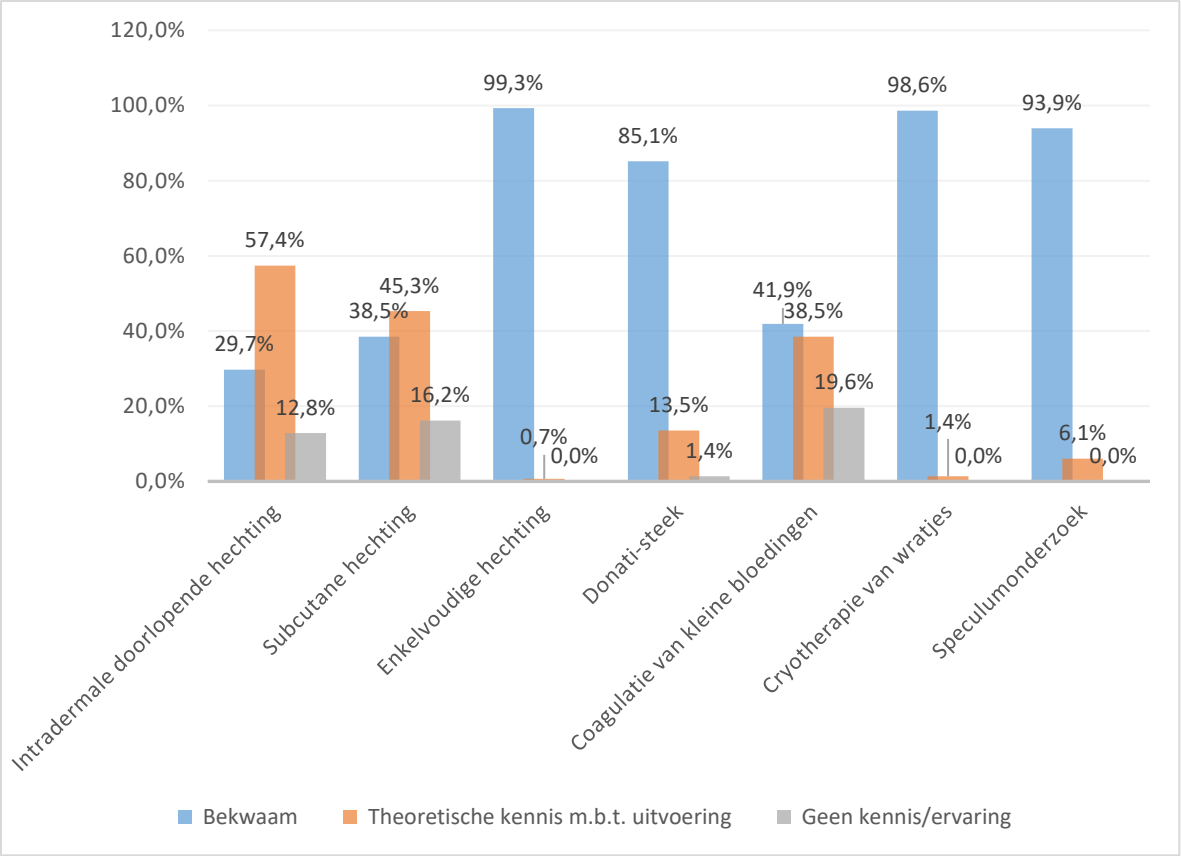
Argument	*Aantal artsen*	*Percentage*
Persoonlijke interesse	*127*	*85,8%*
Verwachting van de patient	*70*	*47,3%*
Ervaring met de ingreep	*125*	*84,5%*
Ervaring dat de patiënten moeilijk de tweede lijn bereiken voor dergelijke ingrepen	*24*	*16,2%*
Verloning is goed	*4*	*2,7%*
Ik heb er de tijd voor	*30*	*20,3%*

Tabel 3: argumenten om kleine heelkunde wel te beoefenen.

Met stip op één is het aangehaald argument om kleine heelkunde te beoefenen de persoonlijke interesse van artsen (85,8%). Daarnaast speelt ook voor 84,5% de ervaring een belangrijke rol. Ruim een op de vijf artsen geeft aan dat ze er de tijd voor hebben, maar in de vrije commentaren geven de artsen aan er graag de tijd voor vrij te maken. Slechts 2,7% vindt dat de verloning goed is voor deze ingrepen. Van een economische drijfveer kan dus niet gesproken worden. Bijna de helft van de ondervraagden geeft aan de ingrepen uit te voeren omdat dit verwacht wordt door de patiënt.

Specifieke bekwaamheden

Onderstaande grafiek 8 geeft een grafische en numerieke weergave van enkele specifieke bekwaamheden en technieken die noodzakelijk zijn bij het uitvoeren van kleine heelkundige verrichtingen.

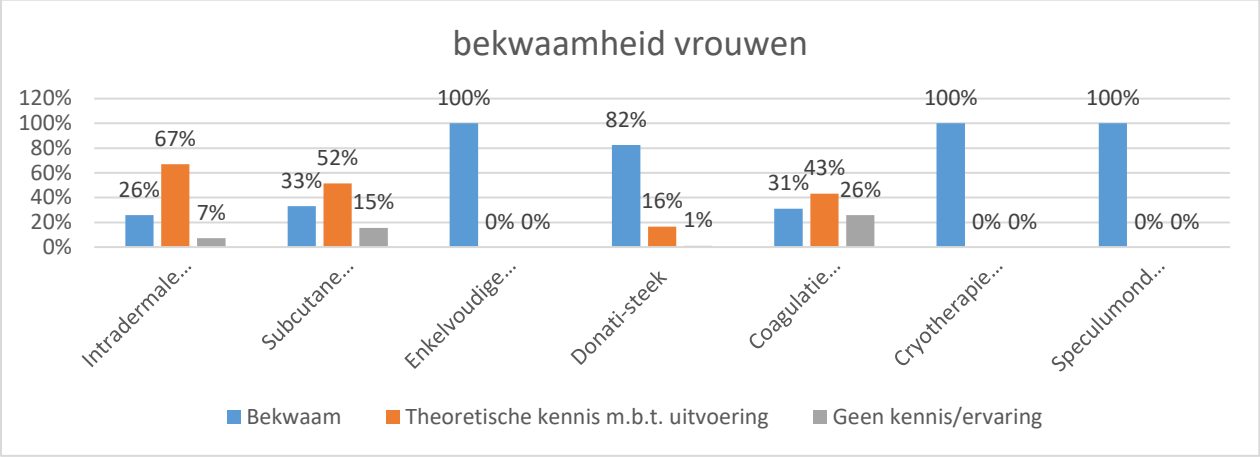


Grafiek 8: bekwaamheid in technische handelingen: intradermale doorlopende hechting, subcutane hechting, enkelvoudige hechting, Donati-steek, coagulatie van kleine bloedingen, cryotherapie van wratjes, speculumonderzoek.

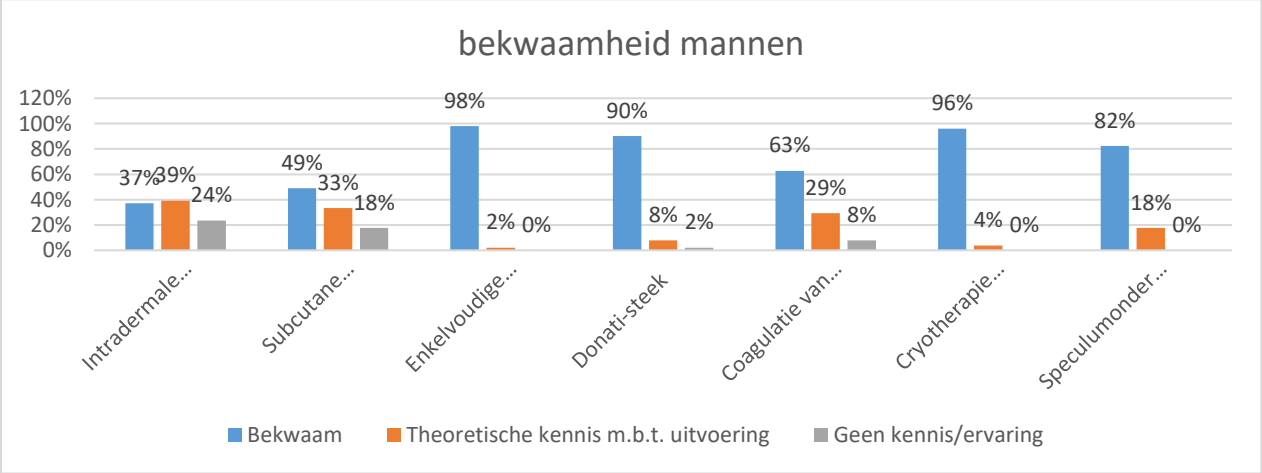
Artsen geven aan zich bekwaam te voelen tot het uitvoeren van cryotherapie van verruca, het plaatsen van enkelvoudige hechtingen en het uitvoeren van een speculumonderzoek (allen meer dan 90%). In mindere mate tot het uitvoeren van een intradermale of subcutane hechting: respectievelijk 29,7% en 38,5% voelt zich bekwaam en 57,4% en 45,3% heeft theoretische achtergrondkennis over deze technieken. Voor de coagulatie van kleine bloedingen geeft bijna 20% van de artsen aan hier geen ervaring mee of kennis over te hebben.

Vergelijking tussen mannelijke en vrouwelijke artsen

Bekwaamheid



Grafiek 9: bekwaamheid van vrouwelijke artsen m.b.t. kleine heelkundige ingrepen.



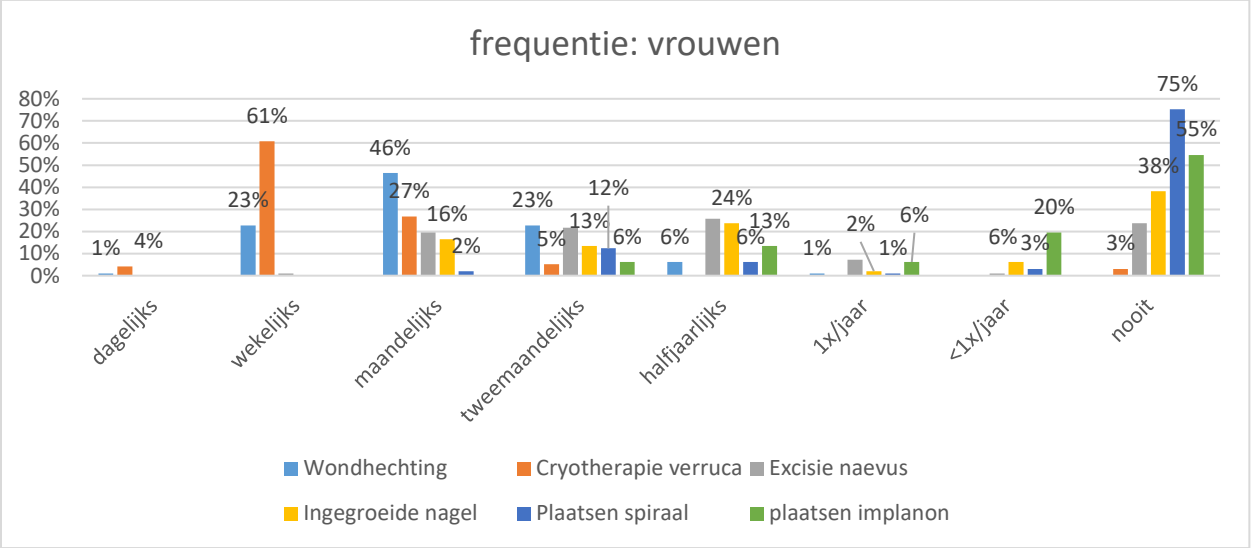
Grafiek 10: bekwaamheid van mannelijke artsen m.b.t. kleine heelkundige ingrepen.

Er zijn enkele kleine verschillen te zien tussen de mannelijke en vrouwelijke artsen bij het al dan niet bekwaam voelen tot het uitvoeren van ingrepen. Bij de mannen ligt het percentage dat zich bekwaam voelt tot een speculumonderzoek met 82% beduidend lager dan bij hun vrouwelijke collega's die zich allen bekwaam achten. Voor de meer heelkundige, dermatologische ingrepen achten de mannen zich over bijna de hele lijn vaker bekwaam. De enige uitzondering vormt hierin de enkelvoudige hechting waar zowel mannen als vrouwen zich bijna allen bekwaam voelen.

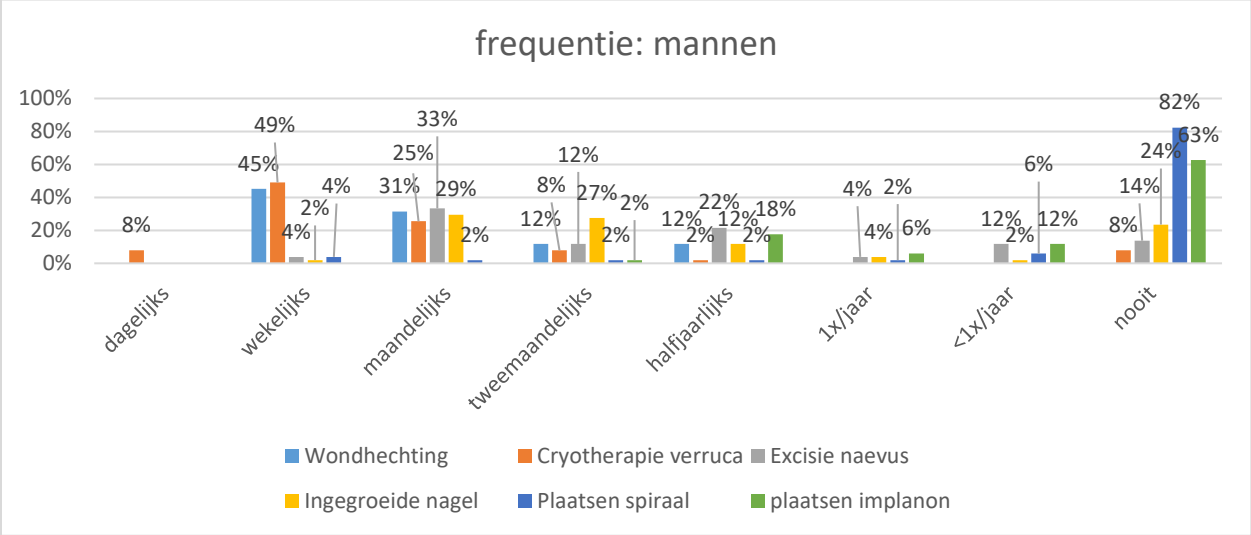
Via SPSS werd dit verschil nader bekeken voor de volgende ingrepen: intradermale doorlopende hechting, subcutane hechting, coagulatie van kleine bloedingen en speculumonderzoek omdat hier in eerste instantie al een grote variatie tussen mannen en vrouwen zichtbaar was. Er blijkt een significant verschil te zijn voor de mate van bekwaamheid tussen mannen en vrouwen voor de intradermale

doorlopende hechting en een sterk significant verschil voor het speculumonderzoek en de coagulatie van kleine bloedingen. Er is geen significant verschil gevonden voor de subcutane hechting.

Ervaring in de praktijk



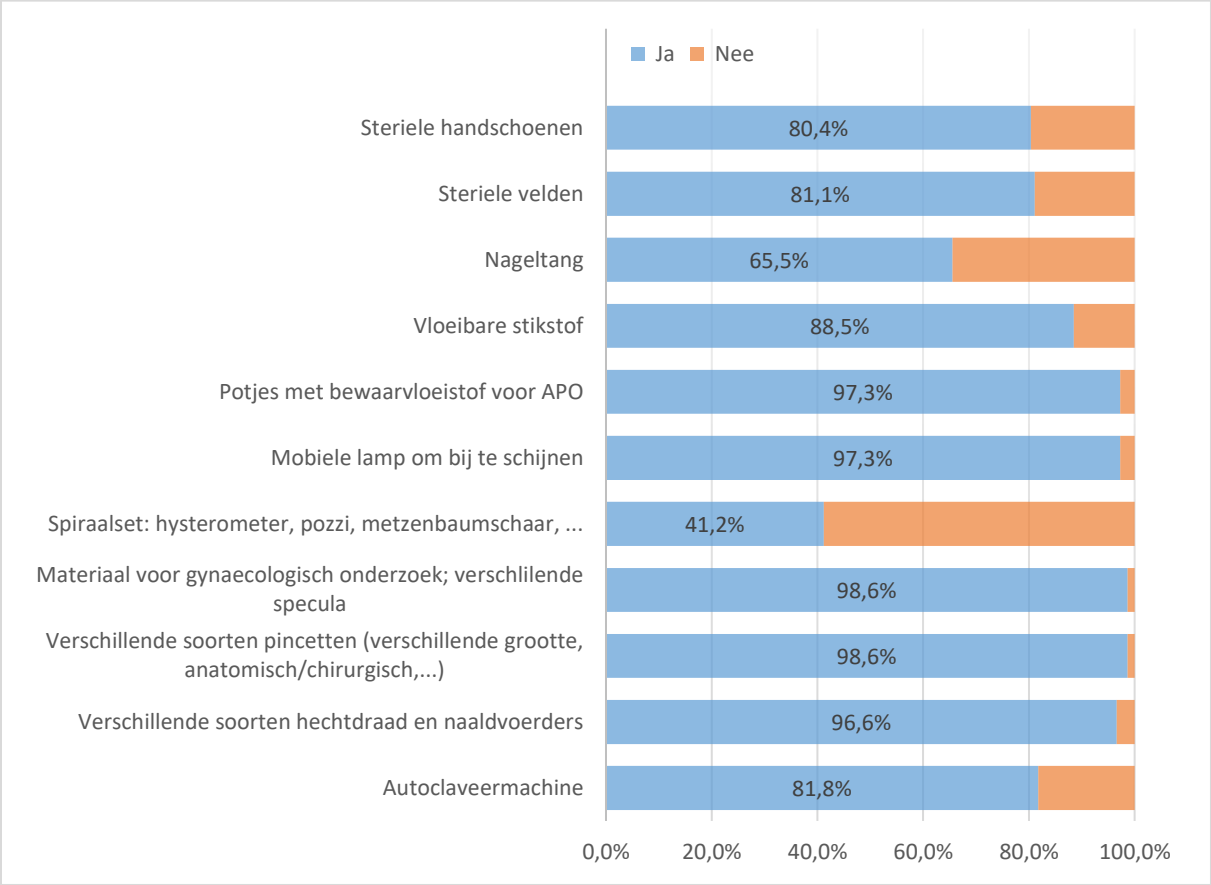
Grafiek 11: aantal keer dat een bepaalde ingreep door een vrouwelijke arts wordt uitgevoerd.



Grafiek 12: aantal keer dat een bepaalde ingreep door een mannelijke arts wordt uitgevoerd.

In dezelfde lijn als de bevraging omtrent bekwaamheid, vindt men de antwoorden omtrent de frequentie van het uitvoeren van kleine ingrepen. Vrouwen voeren iets vaker cryotherapie van verruca en de gynaecologische ingrepen uit in vergelijking met hun mannelijke collega's.

Specifieke materialen



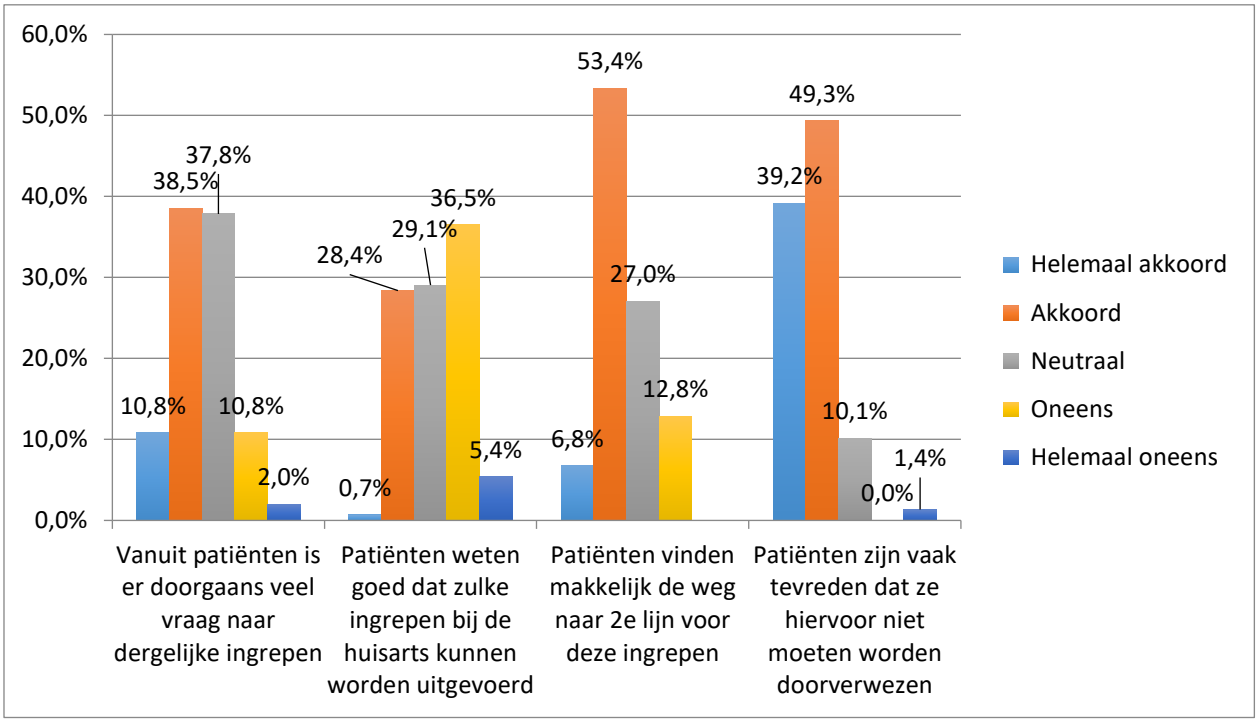
Grafiek 13: uitrusting in huisartsenpraktijk

Ruim 95% van de huisartsen hebben verschillende soorten hechtdraad en naaldvoerders, materiaal voor een speculumonderzoek, een mobiele lamp en potjes met bewaarvloeistof voor anatomopathologisch onderzoek in huis. De cijfers voor het materiaal voor geplande kleine ingrepen zoals steriele velden, een autoclaveermachine en steriele handschoenen hebben slechts vier op de vijf huisartsen ter hun beschikking. 65,5% beschikt over een nageltang. Het percentage dat beschikt over een spiraalset ligt nog lager: slechts 41% van de artsen beschikt over een hysterometer, Pozzi-tang e.d.

Visie van de huisarts op de houding vanuit de patiëntenpopulatie

De grote meerderheid van de ondervraagde huisartsen (88,5%) is het ermee eens dat patiënten tevreden zijn als ze niet doorverwezen hoeven te worden naar de 2de lijn. Toch vinden patiënten volgens 60,2% vlot de weg naar de 2de lijn. Daarnaast is 41,9% van de artsen ervan overtuigd dat de patiënten ook niet weten dat ze voor dergelijke ingrepen bij de huisarts terecht kunnen.

De vraag naar kleine heelkundige ingrepen zou zich vanuit de patiëntenpopulatie volgens de helft (49,3%) van de ondervraagden regelmatig voordoen. Slechts 12,8% van de ondervraagden is het hier niet mee eens.

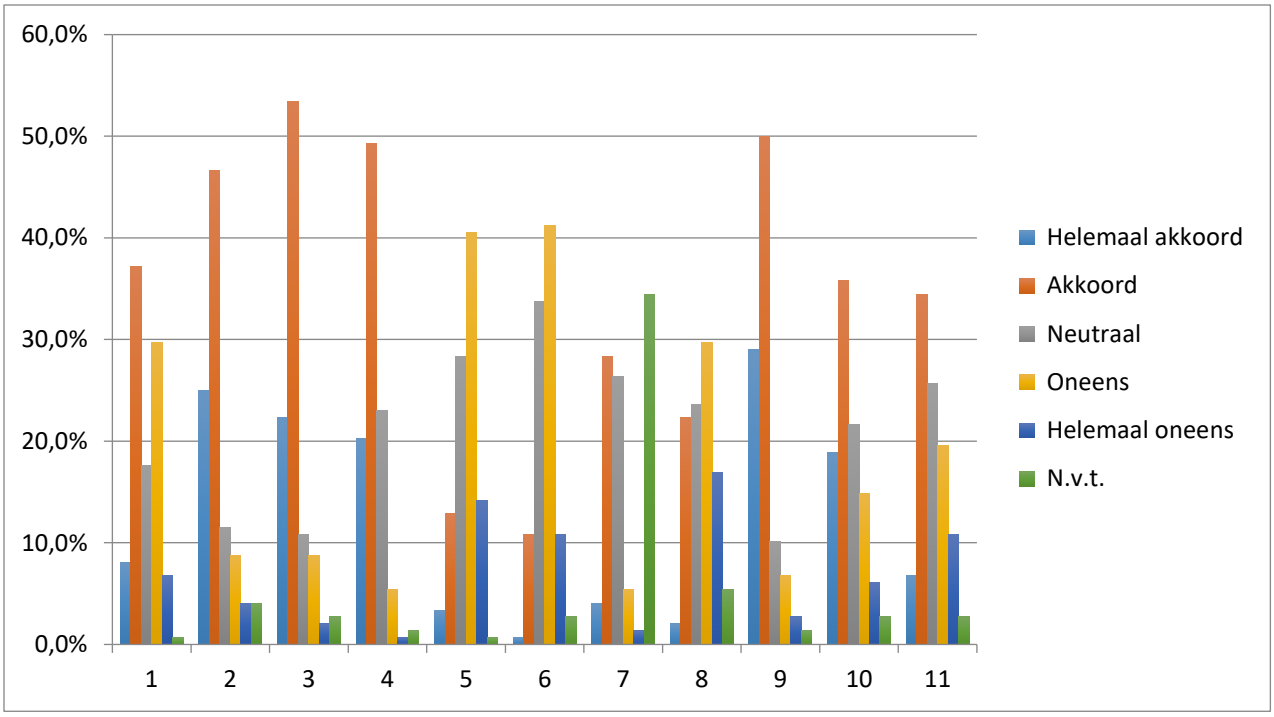


Grafiek 14: Kennis onder de patiëntenpopulatie volgens artsen

Bijscholingen

Van de ondervraagden volgde ruim 37% van de huisartsen reeds een bijscholing aangaande kleine heelkunde. Van de artsen die nog geen bijscholingen volgden, werd door bijna 60% het beperkte aanbod als reden aangegeven. Voor 28,3% en 22% van de artsen zijn respectievelijk de afstand en tijdsgebrek de belangrijkste reden om het niet te volgen. Een minderheid (10,9%) van de artsen denkt niet veel aan een bijscholing te hebben of heeft geen toekomstplannen (3,3%) voor het (meer) uitvoeren van kleine ingrepen. Onder de vrije antwoorden geven de meesten aan dat ze wel interesse hebben om zich in de toekomst te verdiepen in deze technieken maar dat de prioriteiten op dit moment nog elders liggen.

Een grafische weergave van de bevraging vindt u onder grafiek 15.



Grafiek 15: bevragingen omtrent bijscholing, onderstaand bijhorende vragen:

1. Ik voel mij volledig bekwaam in de ingrepen die ik uitvoer en ik heb geen nood aan verdere bijscholing.
2. Ingrepen die ik momenteel *niet* uitvoer wil ik in de toekomst graag bijscholen.
3. Indien ik mij in sommige vaardigheden zou kunnen bijscholen, zou ik deze vaker uitvoeren.
4. Ondanks dat ik verschillende ingrepen uitvoer, zou ik hierover toch regelmatig willen bijgeschoold worden om op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen.
5. Ik vind de mogelijkheden die ik nu heb tot bijscholing voldoende.
6. Ik zou graag bijgeschoold worden in deze ingrepen, maar denk dat het niet praktisch haalbaar is.
7. Van bijscholingen die ik in het verleden reeds volgde was ik tevreden.
8. Ik vind deze ingrepen enkel haalbaar indien ik hulp kan krijgen van een collega/praktijkassistent/ander.
9. Indien een online leerplatform bestond met theorie en ondersteund met beeldmateriaal zou ik dit zeker gebruiken.
10. Met dergelijk leerplatform zou ik nieuwe heelkundige technieken uitvoeren die ik tot nog toe niet uitvoerde.
11. Bijscholing is enkel zinvol wanneer ik in persoon van iemand uitleg kan krijgen en live kan oefenen.

Als er gepeild wordt naar de noodzaak tot verdere bijscholingen blijken de meningen verdeeld: 69,6% van de artsen geeft aan zich verder te willen bijscholen in technieken die men reeds uitvoert om op die manier op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen. Als de ingrepen nog niet worden uitgevoerd, zegt zelfs 71,6% zich hierin te willen bijscholen. Aan de andere kant geeft 45,3% aan geen nood te hebben aan bijscholingen in technieken die reeds uitgevoerd worden tegenover 36,5% van de artsen die het hier geheel oneens mee zijn.

Ruim driekwart van de artsen (75,7%) geeft aan te denken dat ze bepaalde technieken vaker zullen uitvoeren naarmate ze hierin beter geschoold zijn.

54,7% van de deelnemers is van mening dat het aanbod bijscholingen te gering is tegenover 16,2% die hierover een andere mening hebben. Bijna de helft van de artsen die in het verleden reeds een bijscholing volgenden was bijna de helft (49,5%) hier tevreden over en 40,2% staat hier neutraal tegenover. Slechts 11,5% denkt dat het praktisch moeilijk haalbaar is om een dergelijke bijscholing te volgen en ongeveer een vierde van de deelnemers vindt dat de ingrepen enkel mogelijk zijn mits hulp van collega's of praktijkassistenten.

Als het ter beschikking zou zijn, geeft 80% van de artsen aan dat ze een online leerplatform zouden gebruiken ter raadpleging van chirurgische technieken en ingrepen. Meer dan de helft (54,7%) van de artsen zegt nieuwe heelkundige technieken te willen implementeren aan de hand van dergelijk platform. Anderzijds zegt toch ook 41,3% dat een bijscholing voor hen enkel zinvol is indien men persoonlijke uitleg en live kan oefenen.

Discussie

In onderstaand schrijven zullen de voornaamste resultaten uit de veldstudie kritisch bekeken en vergeleken worden met de bevindingen uit de literatuurstudie. Zoals reeds eerder aangegeven was er vrij weinig literatuur te vinden omtrent de situatie in België. Omdat de positie van de eerste lijn in verschillende landen een andere invulling geeft aan het begrip en ook de organisatie anders is, moeten de bekomen resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Anderzijds zijn de kleine ingrepen technisch gezien uiteraard hetzelfde, wat de praktische kant universeel maakt.

Huisartsenenquêtes onder de loep

De huisartsenpopulatie bestond voornamelijk uit vrouwelijke artsen (65,5%). Recent werd de kaap van 40% vrouwelijke artsen overschreven. De onderzochte populatie geeft op dit vlak dus geen volledig representatief beeld van de artsenpopulatie. Er waren ook relatief veel pas afgestudeerde, jonge artsen onder de bevraagden (62,2%). Vermoedelijk is dit omwille van de manier waarop de enquêtes werden verspreid. Anderzijds is de omvang van de steekproef aanzienlijk met 148 deelnemers, voornamelijk uit de oostelijke helft van Vlaanderen.

De resultaten die bekomen werden uit de patiënten enquêtes werden vergeleken met de resultaten van de studie van Lieselot Robyns[13]. Men kan hieruit besluiten dat de trend gelijklopend is. De tevredenheid dat deze ingrepen bij de huisarts konden worden uitgevoerd was net zoals bij onze studie hoog. Als we kijken naar de typen ingrepen blijkt de top 3 uitgevoerde ingrepen dezelfde zijn: cryotherapie, hechten van snijwonden en het wegnemen van goedaardige huidletsels. Ook de discrepantie tussen het wel laten uitvoeren van dermatologisch en niet laten uitvoeren van gynaecologische ingrepen door de huisarts is te zien in beide rondvragen.

Er is een klein, maar significant verschil op te merken wanneer we de zelf toegeschreven bekwaamheid tussen mannelijke en vrouwelijke artsen bekijken. Dit is voornamelijk opvallend voor de minder frequent uitgevoerde ingrepen zoals het plaatsen van een spiraaltje na speculumonderzoek, waarin vrouwen hun bekwaamheid hoger achten. Aan de andere kant voelen mannen zich meer bekwaam in het uitvoeren van minder frequent uitgevoerde dermatologische technieken zoals het stelpen van een bloeding aan de hand van coagulatie.

Het materiaal is in de meeste praktijken voorhanden: meer dan 80% van de praktijken beschikt over steriele handschoenen en velden, vloeibare stikstof en een autoclaveermachine. Meer dan 90% heeft potjes met bewaarvloeistof voor anatomopathologisch onderzoek, een mobiele lamp, specula, verschillende soorten pincetten, hechtdraad en naaldvoerders. Veel minder frequent worden de

nagelextracties uitgevoerd, hiervoor heeft ook slechts 65% het materiaal in huis, slechts 40% heeft een spiraalset ter beschikking. Dit reflecteert in het aantal uitgevoerde ingrepen.

Patiëntenenquêtes onder de loep

Ook de patiëntenpopulatie kent een lichte oververtegenwoordiging van vrouwen. De geografische spreiding is vergelijkbaar met die van de artsenpopulatie. In totaal werden 137 enquêtes volledig en correct ingevuld.

Wanneer we de resultaten voor de dermatologische en gynaecologische ingrepen vergelijken, is het verschil in vertrouwen opvallend. Voor dermatologische ingrepen zijn patiënten toch duidelijk meer geneigd om hun huisarts hierin te vertrouwen (tot 90% van de ondervraagden). 73% acht zijn huisarts hierin ook bekwaam tegenover slechts 7% die aan het kunnen van zijn huisarts twijfelt. Voor het plaatsen van een I.U.D. of hormoonstaafje gaat quasi iedereen naar de gynaecoloog. Hierbij is het vertrouwen in kennen en kunnen dan ook beduidend lager. Deze trend zet zich ook door wanneer we dit vergelijken met de artsenenquêtes. Ze voelen zich minder bekwaam in het plaatsen van hormoonstaafje of I.U.D. en zelfs over het verwijderen van het I.U.D. spreken sommigen hun angst voor complicaties uit. Uit de rondvraag bleek dan ook dat meer dan driekwart van de artsen nooit een spiraaltje en meer dan de helft nooit een hormoonstaafje plaatst. Deze resultaten sluiten perfect aan bij bevindingen neergeschreven in Huisarts Nu[28] waarbij 74% van de ondervraagde huisartsen zelden tot nooit een spiraaltje plaatsen. Een aangegeven reden in de vrije opmerkingen is dat het onmogelijk is om nadien de positie en een eventuele perforatie van de uterus niet te kunnen nagaan aan de hand van een echografie. Toch is dit volgens het Nederlandse Huisartsengenootschap[29] niet noodzakelijk en dient hier enkel aan gedacht te worden indien de patiënte blijvende pijn in de onderbuik heeft na de plaatsing van een spiraaltje.

Het is opvallend dat, hoewel ruim 90% van de patiënten weet dat een wondhechting mogelijk is bij de huisarts, toch bijna 30% hiervoor in het verleden een specialist heeft geraadpleegd. Hoogstwaarschijnlijk gebeurde de hechting dan via de spoedgevallendienst. Een mogelijke verklaring hiervoor kan de ligging van de praktijk zijn. In steden zou men meer geneigd kunnen zijn om sneller naar de spoedgevallendienst te rijden omwille van de vlotte bereikbaarheid. In plattelandsgebieden is de huisarts vaak dichterbij en dus een eerste aanspreekpunt, ook bij voor dringende gevallen als een hechting. Anderzijds bleek uit Kroatisch onderzoek[6] dat er geen verschil is tussen het aantal uitgevoerde ingrepen op het platteland en in de steden, al wordt hier geen onderscheid tussen de verschillende ingrepen gemaakt. Het is moeilijk om van hieruit conclusies te trekken voor België. Zoals bijvoorbeeld in Canada, waar er veel grotere gebieden afgelegen en dunbevolkt zijn. Hier moet men in de eerste lijn wel veel kleine en zelfs minder kleine ingrepen, zoals een appendectomie of sectio

cesaria, uitvoeren omwille van de onbereikbaarheid van algemene ziekenhuizen. Om die reden is de opleiding in Canada meer uitgebreid en voorhanden. Deze situatie is natuurlijk niet te vergelijken met de Belgische.

Bijscholingen

Wanneer men de mogelijkheden tot georganiseerde bijscholingen onderzoekt, is het duidelijk dat er vrij weinig aanbod is. Zoals uit de literatuurstudie[5,6,7] blijkt, is dit het meest efficiënt als artsen een korte theoretische inleiding krijgen met nadien de mogelijkheid de aangeleerde technieken onder de knie te krijgen door het oefenen op realistische modellen zoals kippendijen en varkenspoten of -huid. Oefening baart kunst. Praktisch gezien is dit vrij eenvoudig te organiseren op kleine schaal zoals binnen een LOK-groep.

De vaardighedendag, georganiseerd door Domus Medica, werd in november 2015 naar aanleiding van deze masterthesis gevolgd. Hierbij werd de in de literatuur voorgestelde manier van bijscholen gebruikt. Aan de hand van instructiefoto's, -tekeningen en -filmpjes werden de technieken verduidelijkt waarna de deelnemers konden oefenen op varkenshuid. Hierbij werden enkel hechtingen (intradermaal, Donati, …) geoefend. Uitleg werd gegeven over onder andere het verwijderen van onder andere sebumcysten, het hechten van complexere wonden en teennagelextracties. Gynaecologische kleine heelkunde werd niet besproken. Er werd tijdens deze bijscholing ook duidelijk aangegeven dat bij vermoeden van maligne huidaandoeningen, dit steeds dient doorverwezen te worden naar de 2de lijn voor verwijdering. De Engelse literatuur[3] nuanceert dit. Zij geven aan dat een snellere diagnose door het verwijderen van een dermale maligniteit aanleiding geeft tot een snellere behandeling. Ook de volledigheid van de wegname is niet significant verschillend in de eerste of tweede lijn. Een laatste voordeel is dat de moeilijk te diagnosticeren melanomen die in eerste lijn weggenomen worden, spoediger ontdekt worden. Mogelijks is de wachttijd in Engeland veel langer alvorens dergelijke ingrepen kunnen plaatsvinden dan in België. Men kan aan de hand van deze bevindingen uiteraard geen aanbevelingen doen en sluit men zich aan bij het advies verstrekt door Domus Medica. Het wordt dan ook aangeraden alle weggenomen letsels, op te sturen voor anatomopathologisch onderzoek teneinde geen potentieel maligne letsels door de vingers te laten glippen.

In de opleiding tot basisarts worden enkele technieken aangeleerd, m.n. wondhechtingen aan de hand van intradermale, enkelvoudige en Donati-hechtingen, het uitvoeren van een speculumonderzoek. Daar staat tegenover dat de mogelijkheid om de technieken in de vingers te krijgen voornamelijk in de handen van de arts in spe liggen en zeer afhankelijk zijn van de stageplaatsen. De verschillende ziekenhuizen waar stage gelopen wordt, hebben zeker niet allemaal dezelfde mogelijkheden tot het oefenen en uitvoeren van kleine ingrepen. Ook de ervaring op de spoedgevallendienst met betrekking

tot bijvoorbeeld het hechten van wonden, is van ziekenhuis tot ziekenhuis en huisartsenpraktijk tot huisartsenpraktijk zeer verschillend. Daarenboven blijkt uit het onderzoek dat de hands-on mogelijkheden tot bijscholen beperkt zijn.

De manieren om zichzelf bij te scholen aan de hand van naslagwerken[9,10] en instructies die terug te vinden zijn via internet[12] lijken voldoende voorhanden te zijn. Of deze manier van bijscholen echter een betrouwbare en goede manier is om bepaalde ingrepen onder de knie te krijgen, is nog maar de vraag. Er is op die manier geen duidelijk feedback van een ervaren arts, noch is er een gestandaardiseerde manier om de technieken te oefenen.

De vraag naar bijscholing is aanwezig. 36,5% van de artsen voelt zich nog niet volledig bekwaam in de ingrepen die ze nu reeds uitvoeren en meer dan 70% zou zich willen laten bijscholen in ingrepen die ze nog niet uitvoeren. Over de vorm van deze bijscholingen, zijn de artsen niet veeleisend: bijna 80% zou een online-leerplatform met duidelijke en gevalideerde instructies weten te vinden en gebruiken. Toch zou dit voor slechts iets meer dan de helft van de ondervraagden ook effectief lijden tot het uitvoeren van nieuwe ingrepen. Bijna 4 op 10 artsen geeft aan dat een bijscholing enkel zinvol lijkt wanneer men live feedback krijgt over de uit te voeren techniek. Belgische praktijken hebben veelal geen praktijkassistent(e) ter hunne beschikking om te assisteren bij ingrepen doch voor 7 op 10 artsen is dit geen bezwaar om ingrepen niet uit te voeren.

Een kwestie van vraag en aanbod

Vanuit de patiëntenpopulatie is de vraag naar het kunnen laten uitvoeren van deze ingrepen er zeker. 80% van de mensen die nog nooit een kleine ingreep lieten uitvoeren, laat weten interesse te hebben dit in de toekomst in het laten uitvoeren bij hun huisarts. Bij de artsenondervragingen geeft meer dan 85% aan deze ingrepen te willen uitvoeren omwille van interesse in de materie. Ook in de literatuur blijkt de overgrote meerderheid van de artsen kleine heelkunde te willen uitvoeren omwille van de afwisseling en de voldoening die men hieruit haalt. Er lijkt dus een mooie correlatie te zijn tussen vraag en aanbod.

De grootste drempel om dergelijke ingrepen niet uit te voeren de onervarenheid van de arts. Er is dus zeker ruimte voor het opstellen en organiseren van bijscholingen aangaande kleine heelkunde. Een ruime meerderheid van ruim 70% van de artsen geeft dan ook aan interesse te hebben in bijscholingen aangaande technieken die men nog niet onder de knie heeft.

Hoe verder?

Zoals uit bovenstaand schrijven blijkt, is de interesse vanuit huisarts en patiënt groot in de mogelijkheid kleine heelkundige ingrepen in de eerste lijn te laten uitvoeren. Het is veilig, praktisch en snel voor de

patiënt en ook artsen halen doorgaans veel voldoening uit het uitvoeren van kleine chirurgie. Daar de voornaamste beweegreden om dit niet te doen, het gebrek aan ervaring is, is er zeker ruimte voor uitbreiding van het navormingsaanbod.

Het zou interessant zijn om, in analogie van het werk van Vanhomwegen[7], na te gaan wat de beste manier is om kleine heelkundige ingrepen aan te leren. Met deze resultaten zou dan bijvoorbeeld een gestandaardiseerde bijscholing opgesteld kunnen worden. Bijkomend zou het interessant kunnen zijn deze navorming dan op te nemen in het aanbod LOK-opleidingen zoals reeds aangeboden worden via Domus Medica. Zowel een degelijk online leerplatform als een bijscholing met de mogelijkheid tot het oefenen van de technieken achten de bevraagde artsen nuttig.

Besluit

Hoewel de resultaten, zowel onder de artsen als patiënten bevraging, zeer uiteenlopend zijn voor de verschillende ingrepen, speelt kleine chirurgie een belangrijke rol in de eerstelijnsgeneeskunde. Waar de dermatologische ingrepen grote bekendheid onder de patiënten genieten en waar het kennen en kunnen van de technieken onder de huisartsen groot is, moeten de gynaecologische ingrepen het onderspit delven. Zowel het plaatsen van een spiraaltje intra-uterien als een hormoonstaafje subcutaan worden amper uitgevoerd.

Onder patiënten is er ruimte voor verbetering qua kennis over de mogelijkheden om kleine heelkundige ingrepen bij de huisarts te laten uitvoeren.

Het materiaal en de interesse voor het uitvoeren van kleine chirurgische ingrepen is aanwezig op de huisartsenpraktijk, maar het is de onzekerheid bij het uitvoeren van weinig frequente ingrepen, die de artsen tegenhoudt zich hierin verder te bekwamen. Men kan dan ook besluiten dat er ruimte is voor het opstellen van een degelijke opleiding voor artsen, hetzij online, hetzij offline.

De beste resultaten, doch moeilijker praktisch te realiseren, bekomt men door het organiseren van een navorming met zowel een theoretische onderbouwing en nadien de mogelijkheid te oefenen op technieken onder supervisie van een bekwaam arts. Hoe deze bijscholing er praktisch moet uitzien is stof voor nader onderzoek. Hierbij zou het nuttig zijn de focus op volgende technieken en ingrepen te leggen: intradermale doorlopende hechting, subcutane hechting, coagulatie van kleine bloedingen, de excisie van huidletsels en ingegroeide teennagels en het plaatsen van een spiraaltje en implanon. Hierin voelen artsen zich het minst bekwaam en wordt dusdanig ook het minst vaak uitgevoerd.

Kleine chirurgie kan een verrijking van de dagelijkse praktijk zijn. Enerzijds is het voor de arts een verbreding van het werkveld en haalt men er voldoening uit. Anderzijds zijn patiënten tevreden wanneer ze snel, goed en door een vertrouwd arts geholpen kunnen worden.

Dankwoord

Allereerst wil ik Evelien bedanken voor de fijne, vlotte en aangename samenwerking bij het maken van deze thesis. Je hebt altijd een nuchtere, pragmatische en positieve kijk op de zaak! Na min of meer dezelfde wateren te hebben doorzwommen, konden we ons spreekwoordelijk ei kwijt in deze thesis, hopend de eerste lijn warm te laten lopen om het scalpel wat vaker ter hand te nemen.

Daarnaast wil ik Fernando Sirbu, zijn collega's te AZ Sint Jozef Mortsel en Frank Beuckelaers bedanken om het 'chirurgisch' vuurtje aan te wakkeren en brandend te houden. Bedankt voor jullie vertrouwen en aanmoedigingen en voor de steeds leerrijke en doorgaans goedlachse uren die ik aan jullie zijde mocht en mag werken.

Met dank aan prof. Dirk Avonts voor de begeleiding van deze masterthesis en aan Valérie Van Den Berghe voor je luisterend oor en de fijne samenwerking.

Kyra, mijn reddende engel, dank je wel voor de hulp met de statistische verwerking van de gegevens en het meer dan grondig nalezen. Je hebt me, net zoals Joris en Evelien, telkens een frisse blik op de zaak gegeven als ik weer eens een writer's block had.

Tot slot, last but not least, wil ik graag Gonny, Robin, Kyra, Romy en Joris bedanken voor jullie nooit aflatende vertrouwen in mij en de lieve steun om deze studie tot een goed einde te brengen.

Referenties

1. Botting J. et al. Safety of community-based minor surgery performed by GP's: an audit in different settings. Br. J. Gen. Pract. 2016 May 1; 66(646): e323-8.
2. George S. et al. A prospective randomised comparison of minor surgery in primary and secondary care. The MiSTIC trial. Health Technology Assessment. 2008; Vol. 12: No. 23.
3. Murchie P. et al. Primary excision of cutaneous melanoma: does the location of excision matter? Br. J. Gen. Pract. February 2011: 61; 131–134.
4. Lakasing E. Restricting minor surgery in general practice: another example of financial short-termism. Br. J. Gen. Pract. 2010 May; 385-386.
5. Czarnowski C. et al. See one. Do one. Teach one. Office-based minor surgical procedures. Canadian Family Physician. June 2008; vol. 58: 893.
6. Gmajnić R. et al. Effect of Surgical Training Course on Performance of Minor Surgical Procedures in Family Medicine Physicians' Offices: an Observational Study. Croat Med J. 2008; 49 :358-63.
7. Vanhomwegen E. De effectiviteit van verschillende opleidingsmethodieken voor infiltratietechnieken bij HAIO's. Masterproef huisartsengeneeskunde. 2016.
8. Website van het *Royal College for General Practitioners*: http://www.rcgp.org.uk/learning/minor-surgery-courses.aspx
9. Goudswaard A.N., in 't Veld C.J., Kramer W.L.M. Verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Prelum uitgevers. 2010.
10. Fowler G.C., Pfenninger J.L. Pfenninger and Fowler's Procedures for Primary Care. Elsevier - Health Sciences Division. 3th ed. 2010.
11. Khalil P.N., Siebeck M., Mutschler W., Kanz K.G. The use of chicken legs in wound closure skills. Eur. J. of medical research. 2009 September 28; 14: 459-460.
12. Minor surgery video series. Canadian Family Physician. 2008 Augustus. Vol. 54: 1144. Algemene website van CFP – MFC: www.cfp.ca Videokanaal van CFP: http://www.cfp.ca/content/by/section/Video%20Series en via deze weg https://www.youtube.com/user/CFPCMedia/featured
13. Robyns L. Kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk: onderzoek naar haalbaarheid en implementatie. Masterproef huisartsengeneeskunde. 2013.
14. Capelli O. Primary care at glace – hot topics and new insights. April 2012: chapter 7; 101 – 136.
15. Guidelines on the facilities required for minor surgical procedures and minimal access interventions
16. Bruens M., Keijman J., van den Berg P. Steriele handschoenen niet nodig bij kleine chirurgie. Huisarts en Wetenschap. 2008 Augustus; 51(9): 444-6.
17. Ezekial S., Lindblad A.J., Allan G.M. Non-sterile gloves in minor lacerations? Can. Fam. Physician. 2017 Maart; vol. 63: 217.
18. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) via www.bcfi.be zijn de wetenschappelijke bijsluiters van de vernoemde anticonceptieve hulpmiddelen te vinden.
19. Dhondt M. Handboek Gynaecologie. Uitgeverij Acco. 2de ed. 2012.
20. Kai J., Middleton L., Daniels J. et al. Usual medical treatments or levonorgestrel-IUS for wonman with heavy menstrual bleeding: long term rendomised pragmatic trial in primary care. Br. Journ. of Gen. Pract. 2016 December: 861 – 870.
21. Lopez M.L., Bernholc A., Yanwu Z. et al. Interventions for pain with intra-uterine device insertion. The Cochrane Collaboration. 2015 June 23; Edition 7.
22. Eekhof J., Neven A.K., Opstelten W. Kleine kwalen in de huisartsengeneeskunde. Reed Business. Amsterdam 2013.
23. Meijer A.J., Hammerstein D.A.C.M. Kleine kwalen in de huisartsengeneeskunde; bartholinitis. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 1986.
24. Vergote I. et al. Gynaecologie Deel 1. Versie 2012.

25. Duodecim richtlijn via EBM PracticeNet: Bartholinitis; abces en cyste in het kanaal van Bartholin.
26. Website: www.huidziekten.nl
27. NHG standaard: het SOA-consult, online te raadplegen via https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/het-soa-consult of in de NHG-standaarden, jaarlijks uitgegeven vanuit het Nederlandse Huisartsengenootschap.
28. Van Driel M., Boffin N., Verdonck P. Het basistakenpakket: wat vinden huisartsen hiervan? Een verslag van drie bevragingen bij Vlaamse huisartsen. Huisarts Nu. 2001: 30(7); 295 – 301.
29. NHG standaard: anticonceptie, online te raadplegen via https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-anticonceptie of in de NHG-standaarden, jaarlijks uitgegeven vanuit het Nederlandse Huisartsengenootschap.

Verplichte bijlagen

Bijlage 1: protocol

Aanmelding masterproef

Formulier : mededeling onderwerp masterproef

Stuur dit formulier ingevuld en voorzien van de nodige handtekeningen naar het ICHO-secretariaat vóór 1 december (of vóór 1 juni in geval van start opleiding in februari/maart)

Naam haio: Carmen Hidding

Haio's waarmee ik zal **samenwerken**: Evelien Bernaers

Titel van het project :

HEELKUNDE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: het belang van gynaecologische ingrepen, en hoe kennis en vaardigheden bij huisartsen verhogen.

Type onderzoek (aankruisen wat past):

Kwaliteitsverbeterproject.

Achtergrond/Aanleiding:

Zowel Evelien als ikzelf hebben een bijzondere interesse in chirurgie. We hebben beide co-assistentschap 'algemene heelkunde' gevolgd alvorens over te stappen naar huisartsgeneeskunde. Bij het zoeken naar een interessant onderwerp voor onze masterpaper bleek er vrij weinig geschreven te zijn over kleine ingrepen in de eerste lijn, doch deze een belangrijke rol kan spelen bij de behandeling van o.a. huidletsels en bij gynaecologische ingrepen zoals het plaatsen van een spiraaltje.
We bouwen hierbij verder op de masterpaper die door Dr. Robyns Lieselot geschreven werd: 'Kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk: onderzoek naar haalbaarheid en implementatie.'

Concrete vraagstelling:

Wat is het belang van het uitvoeren van kleine heelkundige ingrepen, met name toegespitst op gynaecologisch ingrepen zoals het plaatsen van een spiraaltje of Implanon in de eerste lijn? We willen in kaart brengen wat de meerwaarde van deze ingrepen in de eerste lijn kunnen zijn en wat de eventuele bezwaren hiertegen zijn. Hoe wordt de drempel tot het uitvoeren en/of ondergaan van dergelijke ingrepen zo laag mogelijk gehouden?
Ten tweede willen we de mogelijkheden onderzoeken hoe een permanente vorming voor deze ingrepen kan worden uitgebouwd en hoe deze er zou moeten uitzien.

Geplande methode:

Literatuurstudie met het in kaart brengen van gynaecologische ingrepen die systematisch door huisartsen uitgevoerd kunnen worden.
Daarnaast belichten van het financiële aspect zowel op micro- als macroniveau.
Via vragenlijsten willen we de vraag naar en de gewenste vorm van een permanente educatie bij huisartsen ondervragen en zo een onderbouwd format trachten uit te werken.

Dokter BEUCKELAERS Frank
HUISARTS - SPORTGENEESKUNDE
Bosstraat 27
9255 BUGGENHOUT
Tel. 052/33.06.06
RIZIV 1.44441.89.004

Datum en handtekening

16/11/2015 haio Carmen Hidding

1.12.2015 praktijkopleider

1.12.2015 promotor D. AVONTS

16/11/15 coördinator Dr. Hans Wauters

Bijlage 2: gunstig advies Ethische Commissie UZ Gent

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0519	01-jun-16	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Heelkunde in de huisartsenpraktijk: wat zijn de voordelen en knelpunten van kleine gynaecologische heelkunde in de eerstelijnsgezondheidszorg? (MaNaMa Carmen Hidding)

Belgisch Registratienummer: B670201628345

* Antwoord onderzoekers via mail dr. C. Hidding dd. 15/05/2016 (ontv. dd. 17/05/2016) op opmerkingen EC dd. 11/04/2016
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 28/04/2016
* Samenvatting protocol (versie 2) dd. 28/04/2016
* Vragenlijsten
  - Enquête huisartsen (inclusief informatiebrief) - versie 2 dd. 28/04/2016
  - Enquête patiënten - versie 2 dd. 28/04/2016
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 2) dd. 28/04/2016 (aangepaste versie ontvangen dd. 26/05/2016)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 26/05/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 26/05/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 26/05/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 26/05/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/06/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/06/2016

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2016/0519	01-jun-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0519

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Bijlage 3: enquêtes huisartsen

Enquête huisartsen: masterproef Kleine Heelkunde

Beste huisarts,

In het kader van onze opleiding tot huisarts doen we onderzoek naar het uitvoeren van kleine dermatologische en gynaecologische heelkunde in de huisartsenpraktijk. Meer specifiek zullen we het hebben over:

- wondhechtingen
- cryotherapie van verrucae
- excisie naevus
- wegsnijden van ingegroeide nagel
- plaatsen Implanon
- plaatsen spiraal

Met deze vragenlijst willen we een meer duidelijk beeld krijgen van hoe vaak dergelijke ingrepen worden uitgevoerd in de praktijk, hoe vertrouwd de huisarts ermee is en wat eventuele voordelen of drempels kunnen zijn om deze handelingen binnen de eerste lijn te houden.
In tweede instantie zullen we aan de hand van deze informatie trachten een format uit te werken voor permanente bijscholing in deze ingrepen.

De vragen worden volledig anoniem verwerkt in het kader van de master-na-master huisartsgeneeskunde. Dit onderzoek werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZ Gent.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek, kunt u contact opnemen via volgend mailadres: kleineheelkunde@gmail.com

Ik heb deze informatie gelezen en ga akkoord om deel te nemen: □ (gelieve aan te kruisen)

Alvast hartelijk bedankt voor uw tijd!

Dr. Carmen Hidding (Huisarts-in-Opleiding)
Dr. Evelien Bernaers (Huisarts-in-Opleiding)

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts

Mede i.s.m. Dr. Schoorens Ann en Dr. Beuckelaers Frank

A. Gegevens respondent:

1. Wat is uw leeftijd?	
2. Wat is uw geslacht?	
3. Wat is de postcode van uw praktijk?	
4. Gelieve uw praktijkervaring aan te duiden	- HAIO 8e jaar - HAIO 9e jaar - HA <5 jaar praktijk - HA 5-10 jaar praktijk - HA 11-20 jaar praktijk - HA 21-30 jaar praktijk - HA >30 jaar praktijk
5. Type praktijk? (solo / duo / groeps / netwerkpraktijk)	

B. Frequentie van uitvoeren:

Hoe vaak voert u elk van deze ingrepen gemiddeld uit in de praktijk? Gelieve aan te kruisen waar van toepassing

	dagelijks	wekelijks	maandelijks	tweemaandelijks	halfjaarlijks	1x/jaar	<1x/jaar	nooit
6. Wondhechtingen								
7. Cryotherapie verruca								
8. Excisie naevus								
9. Ingegroeide nagel								
10. Plaatsen spiraal								
11. Plaatsen Implanon								

12. Indien één of meerdere ingrepen niet of zelden (minder dan tweemaandelijks) door u worden uitgevoerd, waarom niet? Wat zijn de struikelblokken? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ❑ Geen vraag naar vanuit patiëntenbestand
- ❑ Te weinig bekwaam voelen om dergelijke ingrepen uit te voeren
- ❑ Geen ervaring mee
- ❑ Niet het juiste materiaal voorhanden
- ❑ Verloning voor het uitvoeren van deze ingreep is te laag
- ❑ Tijdsnood
- ❑ Andere:

13. Indien één of meerdere ingrepen wel door u worden uitgevoerd, waarom wel? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ❑ Persoonlijke interesse
- ❑ Verwachting van patiënt
- ❑ Ervaring met de ingreep
- ❑ Ervaring dat patiënten moeilijk de 2de lijn bereiken voor dergelijke ingrepen
- ❑ Verloning is goed
- ❑ Ik heb er de tijd voor
- ❑ Andere:

C. Technische bekwaamheid en materiaal

14. In welke mate bent u vertrouwd met het uitvoeren van volgende handelingen?

	bekwaam	theoretische kennis m.b.t. uitvoering	geen kennis/ervaring
Intradermale doorlopende hechting			
Subcutane hechting			
Enkelvoudige hechting			
Donati-steek			
Coagulatie van kleine bloedingen			
Cryotherapie van wratjes			

15. Welke materialen heeft u ter beschikking in de praktijk?

	Ja	Neen
Autoclaveermachine		
Verschillende soorten hechtdraad en naaldvoerders		
Verschillende soorten pincetten (verschillende grootte, anatomisch/chirurgisch,..)		
Materiaal voor gynaecologisch onderzoek: verschillende specula		
Spiraalset: hysterometer, pozzi, metzenbauwschaar,…		
Mobiele lamp om bij te schijnen		
Potjes met bewaarvloeistof voor APO		
Vloeibare stikstof		
Nageltang		

Steriele velden		
Steriele handschoenen		

D. Houding van de patiënt:

Gelieve aan te duiden in welke mate u akkoord gaat met volgende uitspraken:

	Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
16. Vanuit patiënten is er doorgaans veel vraag naar dergelijke ingrepen					
17. Patiënten weten goed dat zulke ingrepen bij de huisarts kunnen worden uitgevoerd					
18. Patiënten vinden makkelijk de weg naar 2e lijn voor deze ingrepen					
19. Patiënten zijn vaak tevreden dat ze hiervoor niet moeten worden doorverwezen.					

E. Permanente vorming:

20. Heeft u in het verleden reeds bijscholingen rond kleine heelkunde in de huisartspraktijk gevolgd? Ja / neen

Zo neen: waarom niet? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ❑ Er is te weinig aanbod
- ❑ Er is aanbod maar dit is te veraf
- ❑ Ik heb er geen tijd voor
- ❑ Ik haal er te weinig voordeel uit in verhouding met de tijd die het kost
- ❑ Ik denk er niet veel aan te hebben
- ❑ Ik ben niet van plan deze ingrepen uit te voeren
- ❑ Andere:

Gelieve aan te duiden in welke mate u akkoord gaat met volgende uitspraken:

	Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens	N.v.t.
21. Ik voel me volledig bekwaam in de ingrepen die ik uitvoer en heb geen nood aan verdere bijscholing.						
22. Ingrepen die ik momenteel niet uitvoer wil ik in de toekomst graag bijscholen.						
23. Indien ik mij in sommige vaardigheden zou kunnen bijscholen, zou ik deze vaker uitvoeren.						
24. Ondanks dat ik verschillende ingrepen uitvoer zou ik hierover toch regelmatig willen						

bijgeschoold worden om op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen.						
25. Ik vind de mogelijkheden die ik nu heb tot bijscholing voldoende.						
26. Ik zou graag bijgeschoold worden in deze ingrepen, maar denk dat het niet praktisch haalbaar is.						
27. Van bijscholingen die ik in het verleden reeds volgde was ik tevreden.						
28. Ik vind deze ingrepen enkel haalbaar indien ik hulp kan krijgen van een collega/praktijkassistent/ander.						
29.Indien een online leerplatform bestond met theorie en ondersteund met beeldmateriaal zou ik dit zeker gebruiken.						
30. Met dergelijk online leerplatform zou ik nieuwe heelkundige technieken uitvoeren die ik tot nog toe niet uitvoerde.						
30. Bijscholing is enkel zinvol wanneer ik in persoon van iemand uitleg kan krijgen en live kan oefenen.						

Heeft u nog opmerkingen of suggesties?

Hartelijk dank voor uw tijd!

Bijlage 4: enquêtes patiënten

Enquête Patiënten masterproef Kleine Heelkunde

Beste,

Deze vragenlijst handelt over kleine heelkundige ingrepen in de huisartsenpraktijk. Hiermee bedoelen we ingrepen van beperkte complexiteit, waarvoor geen operatiekamer is vereist die door de huisarts kunnen worden uitgevoerd. We zullen het meer bepaald hebben over:

- wondhechtingen
- bevriezen van wratten
- plaatsen van spiraal
- plaatsen van hormoonstaafje onderhuids
- wegsnijden van een huidvlekje
- wegsnijden van ingegroeide nagel

Titel onderzoek
Heelkunde in de huisartsenpraktijk: Noodzaak en meerwaarde van heelkunde in de huisartsenpraktijk en hoe de vaardigheden bij de huisarts te verbeteren.
Doel onderzoek

In het kader van onze opleiding tot huisarts, doen we onderzoek naar dergelijke dermatologische (huid) en gynaecologische ingrepen in de huisartsenpraktijk. We willen via deze enquête te weten komen hoe u hier als patiënt tegenover staat en welke ervaringen u reeds heeft.
Informed Consent

Het invullen van deze vragenlijst is volledig vrijwillig en neemt slechts enkele minuten van uw tijd in beslag. De antwoorden worden volledig anoniem verwerkt, er is dus geen enkele mogelijkheid om deze te koppelen aan uw identiteit. Uw antwoorden worden enkel gelezen door personen die rechtstreeks met het onderzoek zijn verbonden en in kader van verweken van de resultaten. Dit onderzoek werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZ Gent. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Ik heb deze informatie gelezen en ga akkoord om deel te nemen □ (gelieve aan te kruisen)

Alvast bedankt voor uw tijd,

Dr. Carmen Hidding (Huisarts-in-Opleiding)
Dr. Evelien Bernaers (Huisarts-in-Opleiding)

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts

A. Gegevens respondent:

1. Wat is uw leeftijd?	
2. Wat is uw geslacht? (m/v)	
3. Wat is de postcode van uw woonplaats?	

B. Gelieve aan te kruisen waar van toepassing:

	Wondhechting	Bevriezen wratje	Wegsnijden huidvlekje	Wegsnijden ingegroeide nagel	Plaatsen spiraal	Plaatsen hormoonstaafje
4. Van welke ingrepen wist u dat deze bij de huisarts worden uitgevoerd?						
5. Onderging u reeds een dergelijke ingreep bij de huisarts?						
6. Onderging u reeds een van deze ingrepen bij de specialist? (dermatoloog, chirurg, gynaecoloog, spoedarts,...)						

C. Toelichting:

*Indien u **nooit** dergelijke ingreep bij de huisarts onderging (bij vraag 5 niets aangekruist):*

7. Zou u in de toekomst graag bij uw huisarts voor dergelijke ingrepen terecht kunnen?

ja / neen / geen mening (doorstrepen wat niet past)
Waarom wel/niet?

Indien u bij vraag 5 één of meerdere opties aankruiste:

8. Was u tevreden dat u hiervoor bij de huisarts terecht kon?

ja / neen / geen mening (doorstrepen wat niet past)
Waarom wel of niet?

9. Was u tevreden met het resultaat?

ja / neen / geen mening (doorstrepen wat niet past)

D. In welke mate bent u akkoord met volgende uitspraken?

De volgende vragen gaan over de ingrepen met betrekking tot de **HUID**, dus wondhechtingen, wratjes, huidvlekjes en een ingegroeide nagel.

	Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
Ik vertrouw mijn huisarts om deze ingrepen uit te voeren.					
Ik vind het onwennig om deze ingrepen bij de huisarts te laten uitvoeren.					
Ik denk dat mijn huisarts dit vaak genoeg doet om er bekwaam in te zijn.					
Ik word hiervoor toch liever naar een specialist doorverwezen.					
Ik denk dat het goedkoper is om dit bij de huisarts te kunnen laten doen.					
Ik denk dat ik bij een specialist toch steeds beter geholpen ben hiervoor dan bij de huisarts.					

De volgende vragen gaan over de **GYNAECOLOGISCHE** ingrepen, dus plaatsen van spiraal of hormoonstaafje. **Enkel door vrouwen in te vullen.**

	Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
Ik vertrouw mijn huisarts om deze ingrepen uit te voeren.					
Ik vind het onwennig om deze ingrepen bij de huisarts te laten uitvoeren.					
Ik denk dat mijn huisarts dit vaak genoeg doet om er bekwaam in te zijn.					
Ik word hiervoor toch liever naar een specialist doorverwezen.					
Ik denk dat het goedkoper is om dit bij de huisarts te kunnen laten doen.					
Ik denk dat ik bij een specialist toch steeds beter geholpen ben hiervoor dan bij de huisarts.					

E. Heeft u verder nog opmerkingen?

Hartelijk bedankt voor uw tijd!!