Heelkunde in de huisartspraktijk:
Noodzaak en meerwaarde van dermatologische heelkunde in de huisartspraktijk en hoe vaardigheden bij de huisarts te verbeteren.

Bernaers Evelien, Universiteit Leuven

I.s.m. Hidding Carmen, Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2015-2017

Abstract

Kleine heelkunde in de huisartspraktijk: noodzaak en meerwaarde van dermatologische heelkunde in de huisartspraktijk en hoe vaardigheden bij de huisarts te verbeteren.

Haio: BERNAERS Evelien
I.s.m.: HIDDING Carmen
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts

Inleiding

De huisarts beoefent dagdagelijks een breed spectrum aan medische zorg, waartoe ook de dermatologische kleine heelkunde behoort. Er is echter weinig informatie over hoe deze handelingen moeten worden uitgevoerd en over de eventuele voor- en nadelen om deze in de eerste lijn te houden. Vermoedelijk is het dan ook een persoonlijke interesse en opgedane ervaring die een huisarts ertoe aanzet om dergelijke ingrepen zelf uit te voeren, of te verwijzen naar de tweede lijn. Er heeft echter rond dit thema in Vlaanderen nog geen grondig onderzoek plaatsgevonden .

Onderzoeksvraag

Bestaat er van huisartsen en patiënten uit een vraag om dermatologische kleine heelkunde in de eerste lijn uit te voeren? Wat zijn mogelijke bezwaren of meerwaarde? En indien men dit wil realiseren: hoe dit aan te pakken? Welke drempels verdienen bijzondere aandacht? Uiteindelijk willen we via deze informatie een aanzet vormen tot het ontwikkelen van een permanente navorming voor huisartsen over de aanpak van dermatologische aandoeningen in de eerste lijn.

Methode

Na een oriënterende literatuurstudie zullen in dit prospectief interventioneel onderzoek in een eerste fase enquêtes worden voorgelegd aan patiënten en huisartsen om een beeld te krijgen van het draagvlak voor dermatologische heelkunde in de eerste lijn. Deze enquêtes werden voor artsen online verspreid en voor patiënten op papier, via verschillende praktijken en twee wachtposten.

Resultaten

In de literatuur vonden we vooral tegenstrijdige informatie wat betreft de kunde en de kostenefficiëntie van kleine heelkunde in de eerste lijn al kan de organisatie in eerste lijn een grote tevredenheid veroorzaken bij zowel huisartsen als patiënten. Het veldonderzoek toonde wat betreft dermatologische ingrepen een grote bekendheid onder de 137 patiënten voor cryotherapie (91%) en wondhechtingen (83%) in tegenstelling tot teennagelextracties (50%) en excisie van dermale letsels (32%). Eventuele ervaringen in het verleden zijn voornamelijk positief (87%) en het vertrouwen in de huisarts ligt hoog (90%). Voor de artsenenquête werden 148 deelnemers bereikt. Hieruit bleek dat vooral hechtingen en cryotherapie het meest worden uitgevoerd. Als argument om deze ingrepen in de praktijk te brengen worden vooral de eigen interesse (86%) en reeds bestaande ervaring (85%) aangehaald. Een beperkte vraag vanuit het patiëntenbestand (67%) en een gebrek aan ervaring (64%) zijn de voornaamste tegenargumenten. Verder zagen we een grote vraag naar verdere bijscholing (70%) en zegt 76% de technieken meer te zullen toepassen na een goede bijscholing. 80% zou een online leerplatform nuttig vinden en 41% geeft aan dat enkel een live training de voorkeur verdient.

Conclusie

Het stimuleren van dermatologische kleine heelkunde in de eerste lijn is wel degelijk wenselijk, zowel vanuit patiënten, vanuit artsen en op basis van literatuur. Een gebrek aan ervaring is de voornaamste reden voor artsen om bepaalde ingrepen niet aan te bieden, maar er is grote interesse om dezen bij te scholen en alsnog te implementeren. Een theoretische scholing gevolgd door een praktische oefensessie met live feedback geniet hiervoor de voorkeur.

INHOUDSTAFEL

Abstract 2

Inhoudstafel 4

I. Inleiding 5

II. Methode 7

2.1 Literatuurstudie 7

2.2 Veldonderzoek 7

2.2.1 Afname enquêtes bij huisartsen 8

2.2.2 Afname enquêtes bij patiënten 8

III. Resultaten Literatuuronderzoek 9

3.1 Kleine heelkunde in de ambulante versus hospitaalsetting 9

3.2 Kwaliteit en veiligheid van kleine ingrepen bij de huisarts 11

3.3 Bijscholing voor artsen 12

3.4 Benodigde materiaal voor uitvoeren van kleine ingrepen 13

3.4.1 Praktijkruimte en hygiëne 13

3.4.2 Instrumentarium 14

3.5 Theoretische achtergrond van dermatologische ingrepen 14

3.5.1 Wondhechting 14

3.5.2 Verwijderen van huidletsel voor APO 15

3.5.3 Ingegroeide teennagel 17

3.5.4 Cryotherapie 17

IV. Resultaten enquêtes 18

4.1 Resultaten patiënten enquêtes 18

4.1.1 Epidemiologie van de patiëntenpopulatie 18

4.1.2 Kennis over en ervaring met kleine heelkunde 18

4.1.3 Resultaten m.b.t. dermatologie 20

4.1.4 Resultaten m.b.t. gynaecologie 21

4.2 Resultaten artsenenquêtes 22

4.2.1. Epidemiologie van de artsenpopulatie 22

4.2.2. Eigen ervaring met kleine heelkunde 23

4.2.3 Materiaal ter beschikking 26

4.2.4 Visie van de huisarts op de houding vanuit de patiëntenpopulatie 27

4.2.5 Bijscholing 28

V. Bespreking 29

5.1 Patiëntenenquêtes…… 29
5.2 Artsenenquêtes…… 30
5.3 Bijscholing…… 31
5.4 Beperkingen…… 32
Conclusie…… 33
Referenties…… 34
Bijlage 1: Protocol Masterthesis…… 35
Bijlage 2: Goedkeuring Ethische Commissie…… 40
Bijlage 3: Artsenenquête…… 42
Bijlage 4: Patiëntenenquête…… 46
Bijlage 5: Cijfers rond aangerekende nomenclatuurnummers in 2015…… 50

I. INLEIDING

Totstandkoming onderwerp

Wanneer werd gevraagd een onderwerp te bepalen voor de masterthesis huisartsgeneeskunde had ik al snel het idee om dit rond het thema van kleine heelkunde in de huisartspraktijk uit te werken. Nadat ikzelf had beslist de overstap naar huisartsgeneeskunde te maken, na een jaar lang als co-assistent chirurgie op verschillende heelkundige diensten in het UZ Leuven te roteren, heb ik mijn interesse rond heelkunde uiteraard grotendeels meegenomen. Een masterthesis leek de uitgelezen kans om me ook binnen de huisartsgeneeskundige setting in het onderwerp te verdiepen. Nadien bleek in een beperkt en screenend literatuuronderzoek dat er nog slechts weinig informatie beschikbaar is binnen het Vlaamse landschap. Bovendien vond ik Carmen Hidding, die ik als co-assistent had leren kennen en nu deel uitmaakte van mijn semninariegroep, bereid om mee in dit project te stappen. Gezien de vraag naar twee verschillende onderzoeksvragen besloten we de thematiek op te splitsen naar een luik dermatologische tegenover een luik gynaecologische heelkunde. Hoewel we in dit werk dus zullen toespitsen op dermatologische heelkunde, zijn de twee thesissen nauw verweven en zullen er dan ook meerdere verwijzingen zijn naar de andere onderzoeksvraag.

Doelstelling

Deze thesis heeft tot doel een scherper beeld te krijgen van welke de houding is van huisarts en patiënt in Vlaanderen tegenover kleine heelkunde in de 1^{e} lijn. We willen te weten komen of er interesse voor is, hoe vaak het wordt uitgevoerd en welke de mogelijke motivaties of hindernissen zijn. Daarnaast willen we ook te weten komen hoe deze keuzes mogelijk worden beïnvloed door het al dan niet adequate aanbod tot bijscholing en hoe de arts dit in de toekomst georganiseerd zou willen zien.

Defenitie kleine heelkunde

Wanneer we spreken over kleine heelkunde in de huisartspraktijk, dienen we vooreerst te specificeren waarover we het precies zullen hebben. Meerdere definities worden gehanteerd en overlappen slechts gedeeltelijk. Soms spreekt men over alle procedures die worden uitgevoerd onder lokale anesthesie. Toch dekt dit echter niet de gehele lading, zoals het plaatsen van een spiraal of curettage van een mollusca contagiosa. Een andere definitie beschrijft alle handelingen die relatief

gemakkelijk uit te voeren zijn op eerder eenvoudig te bereiken anatomische structuren, waarbij de ingrepen van korte duur zijn en meestal niet geassocieerd zijn met significante postoperatieve complicaties[1,2] Hieronder valt een resem aan ingrepen, die ons onderzoek te uitgebreid en interpretatie van resultaten te onbetrouwbaar zou maken. We vonden het dan ook noodzakelijk dit brede gamma verder af te bakenen naar een klein aantal ingrepen. We kozen voor ingrepen die relatief vaak en laagdrempelig door de huisarts kunnen uitgevoerd worden. Op dermatologisch vlak beperken we ons tot vier ingrepen: hechten van wonden, wegnemen van een huidletsel, cryotherapie en wegnemen van een ingegroeide nagel. Wat betreft gynaecologische verrichtingen beperken we ons tot het plaatsen van een spiraal en het plaatsen van een hormoonstaafje.

Bijscholing kleine heelkunde in Vlaanderen en Nederland

Het onderwerp van kleine heelkunde in de huisartspraktijk komt naar ons gevoel erg weinig aan bod tijdens de basisopleiding. De nodige ervaring dient dan ook te worden opgedaan in de stageperiodes bij huisartsen en ziekenhuisdiensten, maar deze mogelijkheid kan voor elke student gevoelig uiteen lopen. Eens afgestudeerd is het aanbod voor verdere verdieping bijzonder schaars. Via Domus Medica komt het onderwerp aan bod tijdens de praktijkdagen, maar dezen vinden niet op regelmatige basis plaats en zijn niet voor elke huisarts even bereikbaar. Ook kan het inschrijvingsgeld een zekere hindernis vormen. Naslagwerken kunnen, onder vorm van powerpointvoorstellingen van deze bijscholingen, op de site van Domus Medica gevonden worden.[3] In Nederland worden via het NHG opleidingen georganiseerd, maar een navraag voor meer informatie hierover leverde geen antwoord op. Het NHG bracht in 2009 zelf een handboek uit, waarin aan de hand van stapsgewijze instructies en foto's een groot aantal verrichtingen wordt besproken.[4]

II. METHODE

2.1. Literatuur

In eerste instantie verrichtten we een verkennend literatuuronderzoek. Daarvoor zochten we naar geschikte MeSH-termen in Medline. De gebruikte termen waren 'general practice' en 'surgery', waarbij 247 artikels werden gevonden. Gezien sommige artikels erg verouderd waren of geen betrekking hadden op eerste lijn werden slechts vijf relevante artikels weerhouden. De MeSH-term 'enhanced surgical skills' bleek in Engelstalige literatuur meermaals gebruikt te worden, al bleken de artikels die hierover handelen voornamelijk op de Canadese situatie van toepassing. Toch kon één relevant artikel worden weerhouden. Wanneer we zochten met de termen 'family practice' en 'minor surgery' vonden we nog 3 interessante artikels. De overige artikels werden gevonden door verder in te gaan op de *related aricles* bij de reeds gevonden teksten.

Voor meer informatie en een theoretische uitdieping rond de besproken ingrepen deden we beroep op EBM Practice net, op de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en op enkele papieren naslagwerken, zoals het 'Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk', tevens uitgegeven door het NHG.

Wanneer we de databank van masterproeven op de website van het ICHO raadpleegden, vonden we twee gerelateerde masterthesissen: één aangaande de implementatie van kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk en één waarbij verschillende vormen van bijscholingen met elkaar vergeleken worden, toegepast op intra-articulaire infiltraties.

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

2.2. Veldonderzoek

Na een zekere verdieping in het onderwerp via de literatuurstudie, werd over gegaan op het verder verzamelen van informatie via een populatieonderzoek. Aan de hand van dit onderzoek werd getracht de huidige situatie omtrent kleine heelkunde in kaart te brengen. Dit populatieonderzoek bestond uit een bevraging bij patiënten enerzijds en bij huisartsen anderzijds. Samen met een onderzoeksabstract en –protocol werden deze enquêtes opgestuurd voor goedkeuring naar het Ethische Comité van het UZ Gent, hetgeen op 15 april 2016 werd goedgekeurd met registratienummer B670201628104. (Zie bijlage 1 & 2)

2.2.1 Afname enquëtes 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 werd gevraagd om aan te geven welke de precieze beweegredenen zijn om bepaalde ingrepen al dan niet uit te voeren. Hier kon men ook eigen redenen aanbrengen via een vak voor vrije 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 überhaupt dat men hiervoor bij de huisarts terecht kan? Vindt men toch laagdrempelig de weg naar 2^{e} lijn of waren patiënten tevreden dat ze bij de huisarts terecht konden? Een laatste luik heeft betrekking op de navorming in kleine heelkunde. We wouden te weten komen of de huisarts tevreden is met het huidige aanbod in bijscholing, geïnteresseerd is om bijgeschoold te worden en op welke manier, en welke de eventuele hindernissen zijn die huisartsen weerhield om tot nu toe (meer) bijscholing te volgen.

2.2.2 Afname enquëtes 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's haio's van onze seminariegroep. 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 ondervraagd: zouden zij in de toekomst voor deze ingrepen bij de huisarts aankloppen? En zo zij dit reeds deden:

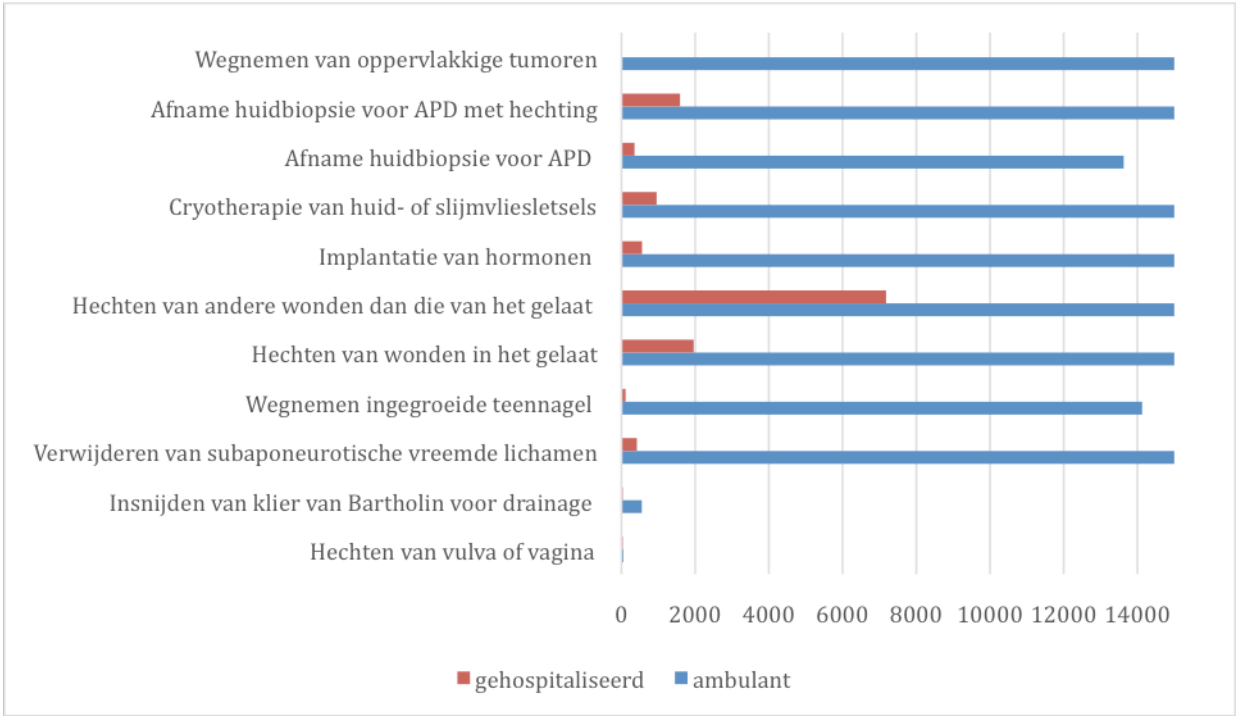
waren ze hierover tevreden? Tot slot vroegen we de patiënt naar zijn visie omtrent verschillende stellingen rond dit onderwerp: vertrouwt de patiënt zijn huisarts, is deze volgens hem bekwaam genoeg? Is het gênant of goedkoper om hiervoor bij de huisarts langs te gaan? Wordt de patiënt niet lever naar 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.

III. RESULTATEN LITEREATUURONDERZOEK

3.1 Kleine heelkunde in de ambulante versus hospitaalsetting

Aan elke ingreep die we bespreken is een nomenclatuurnummer verbonden, hetgeen door de arts kan aangerekend worden. Via het RIZIV bekwamen we een overzicht van hoe vaak deze ingrepen in het jaar 2015 werden uitgevoerd. Er werd een onderscheid gemaakt tussen ingrepen in de ambulante en de hospitaalsetting. Hierbij dient vermeld dat de ingrepen ook door specialisten in een ambulante setting gebeuren en er op basis van nomenclatuurnummer geen onderscheid kan gemaakt worden of deze dan wel door een huisarts dan wel door een specialist werden uitgevoerd. In bijlage 5 worden deze nomenclatuurnummers en de exacte aantallen in detail weergegeven, hieronder worden in grafiek 1 de ambulante en gehospitaliseerde ingrepen vergeleken.

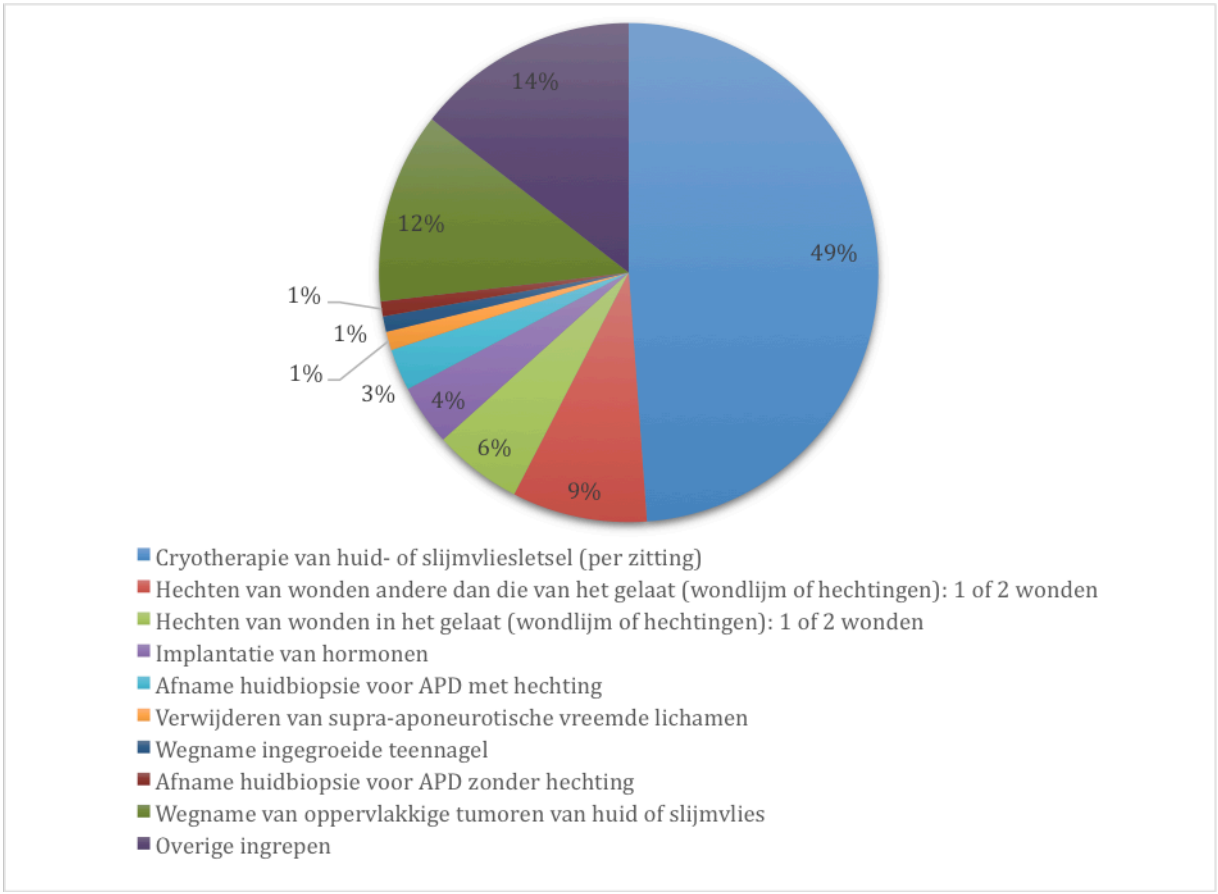
Grafiek 1: vergelijking tussen het absolute aantal ambulante en gehospitaliseerde aantal uitgevoerde ingrepen in 2015. (bron: RIZIV)



Alle ingrepen vinden quasi alleen in ambulante setting plaats, waarbij hechtingen buiten het gelaat de voornaamste uitzondering vormen. Insnijden van een klier van Bartholin en hechten van vulva of vagina zijn ingrepen die slechts uitzonderlijk worden aangerekend.

In grafiek 2 worden deze cijfers voor de 9 meest uitgevoerde ingrepen grafisch weergegeven. Veruit het grootste deel van de ingrepen, net geen 50%, betreft cryotherapie van huid- of slijmvliesletsel. Hierbij kan echter geen onderscheid gemaakt worden tussen de cryotherapie van genitale condylomata en van andere huidletsels. Wegname van oppervlakkige tumoren, al dan niet voor anatoompathologisch onderzoek, vormen met 16% een tweede grote groep. In dezelfde grootteorde volgen hechtingen (van gelaat en andere) met 15% van de ingrepen. De behandeling van een ingegroeide teennagel is slechts goed voor 1% van de ingrepen. Ook strikt gynaecologische ingrepen, dat wil zeggen implantatie van hormonen aan de hand van een uterien of onderhuids preparaat, vormen slecht een beperkte groep (4%)

Grafiek 2: procentueel aandeel van de 9 meest uitgevoerde ambulante ingrepen (bron: RIZIV)



3.2 Kwaliteit en veiligheid van kleine ingrepen bij de huisarts

In de literatuur bestaat enige onenigheid of kleine chirurgische ingrepen door de huisarts even goed en veilig kunnen worden uitgevoerd in vergelijking met de tweede lijn. In eerste instantie werd in het zogenaamde MiSTIC trial door *George et al.*[5] gesteld dat ingrepen door de huisarts van inferieure kwaliteit zijn. Voor deze studie, uitgevoerd in het zuiden van Engeland, werden patiënten na aanmelding gerandomiseerd naar een behandeling door een specialist dan wel door een huisarts, waarna de uitkomst op 6 en 8 weken werd geëvalueerd op vlak van wondheling, tevredenheid, veiligheid en kosten-efficiëntie. De verschillen waren klein, maar toch werd door de onderzoekers verklaard dat huisartsen minder in staat zijn om maligne letsels te herkennen én dat zij gevaarlijke huidletsels ook vaker onvolledig reseceren. Een grotere tevredenheid bij patiënten die door hun huisarts werden behandeld zou dan weer louter te wijten zijn aan het gemak. Nog drie andere, weliswaar meer gedateerde, artikels rapporteerden ook een grotere kans op onvolledige excisie door huisartsen en zagen deze conclusie in het onderzoek van *George et al.* dus bevestigd. Om die redenen werd geopperd dat huisartsen beter àlle letsels na excisie voor APO moeten opsturen en werd zelfs geadviseerd dat verwijderen van mogelijks maligne letsels beter enkel door een specialist gebeurt. Deze uitkomsten wordt echter nadien niet bevestigd in een onderzoek door *Murchie et al.*[6] Hier werden data uit een periode van meer dan 15 jaar geanalyseerd en beoordeeld op kwaliteit van biopsie, kwaliteit van klinische informatie, nauwkeurigheid van diagnose en volledigheid van de excisie. Zij konden geen verschil vaststellen tussen de volledigheid van excisie tussen artsen uit eerste en tweede lijn. Zij gaan zelfs nog verder door de kwaliteit van de drie vernoemde artikels in twijfel te trekken op basis van kleine studiegrootte en onbetrouwbare indeling van de data. Daarenboven wordt ook aangehaald dat het voordeel van de tweede lijn enkel wordt aangetoond in studies die vanuit de specialistische setting werden opgezet en dat in deze studies de data nooit werden geblindeerd voor afkomst uit eerste of tweede lijn. In dezelfde lijn liggen ook de bevindingen in een audit uitgevoerd door *Botting et al.*[7], waarbij meer dan zesduizend ingrepen werden beoordeeld en er geen significante kwaliteitsverschillen werden gevonden. Daarenboven moet men bedenken dat de snelheid waarmee huidexcisies bij de huisarts kunnen worden uitgevoerd van levensbelang kan zijn wanneer we spreken over de diagnose en behandeling van maligne melanoom.[8] Toch dient ook benadrukt dat er uit meerdere studies in Nederland een duidelijke discrepantie van meer dan 30% blijkt tussen de klinische en histologische diagnose door huisartsen.[4] Het lukte zelfs niet om groepen klinische diagnoses te onderscheiden waarbij pathologisch-anatomisch onderzoek nooit een maligniteit opleverde. Ook als de huisarts 100% zeker weet dat iets klinisch benigne is blijkt toch 1.5% maligne te zijn. Deze bevindingen ondersteunen het advies om (zo goed als) alle verwijderde letsels histologisch te laten onderzoeken, ook al doet slechts 60% van de

huisartsen dit daadwerkelijk in de praktijk. Op vlak van kosten-effectiviteit zijn ook tegenstrijdige studies te vinden. Enerzijds wordt gezegd dat een vergoeding voor uitvoeren van deze ingreep huisartsen stimuleert om al te vaak banale letsels te laten onderzoeken, waardoor de kosten oplopen. Dit wordt anderzijds tegengesproken door de discrepanties tussen klinische en histologische diagnoses, hetgeen een histologisch onderzoek zelden overbodig maakt en doet vermoeden dat in de tweede lijn het aantal histologische onderzoeken niet significant lager zal liggen. Ook kan men hier opnieuw aanhalen dat een snellere diagnose bij de huisarts kostenbesparend kan zijn voor de behandeling in kader van een maligne letsel.[9] Het moet wel vermeld dat deze studies allen van toepassing zijn op het Britse gezondheidssysteem. Over de Belgische situatie zijn geen sluitende cijfers te vinden.

3.3 Bijscholing voor artsen

Uit studies is reeds gebleken dat artsen die vaker kleine heelkundige ingrepen uitvoeren meer voldoening halen uit hun werk.[10] Het wordt gezien als een interessante afwisseling waarbij de patiënt kan worden geholpen met directe handelingen en snel resultaat, in tegenstelling tot het gebruikelijke advies en medicatie.

Het uitvoeren van deze ingrepen kan gestimuleerd worden door het volgen van praktische bijscholing. In een Kroatische studie volgden artsen eerst 20 uur theorie gevolgd door 20 uur praktijkopleiding waarbij artsen konden oefenen op anatomische modellen.[11] Men zag na deze interventie bijna een verdubbeling van het aantal uitgevoerde ingrepen, een effect dat duidelijker was bij de mannelijke groep deelnemers. Er werd geen verschil vastgesteld in het aantal uitgevoerde ingrepen in steden en op het platteland.

Over de mogelijkheden en het effect van bijscholingen in de Belgische situatie bestaat weinig onderzoek. Nog in 2016 werden in kader van een masterthesis huisartsgeneeskunde verschillende opleidingsmethoden vergeleken voor het aanleren van infiltraties bij huisartsen in opleiding.[12] De louter theoretische opleiding werd vergeleken met een theoretische opleiding die gevolgd werd door een praktische training op ofwel kadavers ofwel anatomische modellen. Hoewel alle methoden een positief effect hadden op een vaardighedentest die nadien werd uitgevoerd, toch waren er verschillen tussen de gevolgde opleidingen; De meeste winst behaalden de haio's die de kans kregen om na het theoretische luik te oefenen op kadavers, gevolgd door zij die op anatomische modellen konden oefenen.

Zoals reeds in de inleiding besproken lijken de huidige mogelijkheden tot bijscholing in België beperkt. Wie zijn vaardigheden wil bijscholen en onderhouden dient dus vooral op handboeken terug te vallen. In de Nederlandstalige literatuur bestaat het eerder vernoemde 'Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk', uitgegeven door het NHG.[4] Anderzijds zijn er ook verschillende Engelstalige handboeken zoals 'Pfenninger and Fowler's procedures for primary care'.[13] Hierin wordt ook aangehaald dat zelfoefening makkelijk kan worden georganiseerd en vindt men aanbevelingen rond het te gebruiken oefenmateriaal. Varkenshuid is geschikt oefenmateriaal, maar wordt als stug ervaren. In een andere studie worden de voordelen van kippendijen onderbouwd. Het is een goedkoper en makkelijk te verkrijgen alternatief, waarvoor nauwelijks voorbereidingstijd is vereist. De huid is dunner en vertoont meer overeenkomsten met de menselijke huid ter hoogte van hand of gezicht en er is bovendien voldoende ruimte beschikbaar voor meerdere pogingen of meer complexe technieken zoals z-plastie.[14] Naast zelfstudie aan de hand van literatuur bestaat ook de mogelijkheid van ondersteuning aan de hand van filmpjes over procedures via internet. Het is echter moeilijk om hierin het onderscheid te maken tussen *evidence based* en *experience based* informatie. Een duidelijke en uitgebreide reeks video's over verschillende kleine heelkundige ingrepen is terug te vinden via de website van 'Canadian Family Physician'.[15]

3.4 Benodigde materiaal voor uitvoeren van kleine ingrepen

Een praktijk dient te beschikken over de nodige faciliteiten en materiaal om kleine ingrepen op een professionele manier uit te voeren, met het oog op een goed resultaat en een minimum aan infectierisico.

3.4.1 Praktijkruimte en hygiëne

Geen van de ingrepen in dit artikel besproken vereisen een mechanisch geventileerde ruimte, al kan het wel een voordeel zijn een aparte ruimte ter beschikking te hebben die een meer "steriele" omgeving kan bieden in tegenstelling tot het eigen kabinet dat reeds aan vele patiënten en ziektekiemen wordt blootgesteld. Een schoon kabinet met makkelijk te poetsen muren, vloer en oppervlakten lijkt vanzelfsprekend maar is natuurlijk de eerste stap in een professionele uitvoering. De onderzoekstafel wordt in het midden van de ruimte geplaatst zodat de patiënt langs twee kanten door de arts kan benaderd worden. Een lamp die zowel in positie als in sterkte verstelbaar is, is ook een vereiste. Een verrijdbaar bijzettafeltje is handig voor het neerleggen van een steriel veld, steriele kompressen, eventueel hechtdraad en instrumentarium. Er moet een wasbak beschikbaar zijn om de handen grondig schoon te maken voor het aantrekken van de al dan niet steriele handschoenen. Vervolgens moet er een mogelijkheid zijn tot gebruik van steriel materiaal onder vorm van hetzij

single-use instrumenten hetzij materiaal dat geschikt is voor adequate decontaminatie. Indien men kiest voor herbruikbaar materiaal dient men uiteraard over een autoclaaf of andere soort sterilisator te beschikken.[16] Het nut van steriele handschoenen is omstreden. Recente literatuur laat blijken dat steriele handschoenen geen verminderd infectierisico opleveren ten opzichte van schone handschoenen, maar wel een meerkost opleveren.[17,18] Ook voor het dragen van een mondsmasker bestaan geen harde argumenten. Wel kan het aangewezen zijn bij ingrepen met grote kans op spatten van bloed of andere lichaamsvochten. In deze gevallen kan ook een beschermende bril nodig zijn.[4]

3.4.2 Instrumentarium

Een steriele heelkundige set bevat minstens volgende instrumenten:

a. Een scalpel grootte nr. 3, met verwisselbare rondbuikige mesjes van grootte nr. 10 en het wat kleinere nr. 15. Eventueel kan een spits opzetmesje nr. 11 worden toegevoegd.
b. Een Metzenbaumschaar of prepareerschaar voor zowel het spreiden als knippen van weefsels.
c. Eventueel een nagelknipper: vooral nuttig voor stugge teennagels
d. Een gewone schaar voor het knippen van oa. hechtdraad.
e. Een mosquito-klem voor het afklemmen van een bloedvat of voor het vasthouden van een te verwijderen stukje weefsel
f. Zowel anatomische (zonder tanden) en chirurgische (met tanden) pincetten. Eventueel een splinterpincet voor het verwijderen van kleine corpora aliena.
g. Naaldvoerder

Tot het niet-steriele materiaal behoren ook nog een verbandschaar en een scherpe lepel voor bijvoorbeeld mollusca contagiosa.[4]

3.5 Theoretische achtergrond van dermatologische ingrepen

3.5.1 Wondhechting[4]

Snij- of scheurwonden zijn een veel voorkomend probleem in de eerstelijnsgeneeskunde en vereisen een relatief snelle aanpak. Wonden van minder dan 2cm breed met wondranden die niet wijken, kunnen ook zonder speciale wondversteviging genezen. In sommige gevallen kan het aangewezen zijn om te werken met wondlijm of hechtpleisters (wondstrips) of zelfs met agrafen (nietjes), maar hier zullen we het hebben over wonden die met wonddraad worden gehecht. Ontsmetting en

anesthesie worden onder 3.5.2. besproken. Voorafgaand aan de ingreep dient de vaccinatiestatus voor tetanus te worden ondervraagd en moet desgewenst een vaccin al dan niet samen met TIG (tetanusimmunoglobulinen) worden toegediend.

Hechtdraden bestaan in vele soorten met verschillende eigenschappen. Naast het onderscheid tussen monofiele en multifiele draad en de verschillende diktes, is de al dan niet resorbeerbaarheid van de draad een belangrijk onderscheid. Resorbeerbare draad wordt voornamelijk ingezet voor onderhuidse hechtingen, die de approximatie van diepere wonden en de stevigheid bevorderen. Niet-resorbeerbare draad wordt daarentegen vooral voor de huid gebruikt en dient te worden verwijderd wanneer de wonde voldoende stevig is. Men raadt aan hechtingen ter hoogte van het gelaat te verwijderen na 5 dagen terwijl deze ter hoogte van behaarde hoofdhuid, armen of handen worden verwijderd na 7 dagen. In benen, voetzool en romp blijven de hechtingen 14 dagen ter plaatse.

In de huisartsenpraktijk wordt een onderbroken enkelvoudig geknoopte hechting het meest frequent gebruikt. Deze is dan ook geschikt voor de meeste wonden en incisies en heeft verder het voordeel van eenvoud en snelheid. Wanneer de wonde erg diep is of de wondranden inverteren, kan een donatihechting of een subcutane hechting te verkiezen zijn. Een intradermaal doorlopende hechting geeft bij oppervlakkige wonden met goed approximeerbare wondranden een fraai cosmetisch resultaat.

Dit alles heeft als doel een ongecompliceerde, snelle genezing te breiken, met een cosmetisch aanvaardbaar litteken. Een sluiting zonder spanning op de wondranden voorkomt het ontstaan van littekenweefsel.

3.5.2 Verwijderen huidletsel voor APO

Indicatie

Zoals eerder vermeld stelt men in verschillende onderzoeken consistent een belangrijke discrepantie vast tussen de klinische en histologische diagnose van verwijderde huidletsels, hetgeen het gekende adagium ondersteunt dat alles wat waard is om weg te snijden ook de moeite waard is om op te sturen voor nader histologisch onderzoek. Enkel skin tags en evidente verruca seborrhoica lijken veilig te verwijderen zonder pathologisch-anatomisch onderzoek. In een onderzoek van 715 chirurgische ingrepen in 5 Nederlandse praktijken werden de weefsels in 64% (=n329) van de gevallen opgestuurd voor de 4 grootste diagnosegroepen (benigne tumor, cyste, wrat en naevus), waarbij dit het meest gebeurde voor de diagnose ‘naevus’ (92%) en het minst voor cysten (29%). De

verschillen tussen de huisartsen waren echter erg groot zowel voor aantal uitgevoerde ingrepen als aantal opgestuurde weefsels.[19] Huisartsen baseren de afweging om een biopt al of niet door te sturen voornamelijk om het niet-pluisgevoel, klinische diagnose, leeftijd en medische voorgeschiedenis, grootte, kleur en lokalisatie van de huidafwijking.

Procedure

Vooreerst gebeurt een grondige ontsmetting van zowel de eigen handen als van de ingreepsite. Desinfectie van de intacte huid gebeurt met ethylalcohol, povidonjodium of chloorhexidine. Vervolgens kan de locale anesthesie worden toegediend. Hiervoor wordt doorgaans lidocaïne al of niet met adrenaline gebruikt. Het is uiterst geschikt omwille van zijn snelle werking (binnen de 5 minuten) en de lange werkingsduur (1 uur zonder en 2uur met adrenaline). Uitvoering, lengte van de naald en de hoeveelheid anestheticum zijn afhankelijk van de omvang van de laesie en dikte van de huid alsook van het gewicht en de leeftijd van de patiënt (op hogere leeftijd hoger risico op hartritmestoornissen door adrenaline). Voor grotere letsels is een veldblok aangewezen, waarbij de naald wordt ingebracht op twee tegenoverliggende hoekpunten van een denkbeeldige ruit rond het letsel. De naald wordt langs één zijde van de ruit ingebracht en stapsgewijs teruggetrokken terwijl een kleine hoeveelheid anestheticum wordt ingespoten. Zonder de naald te verwijderen wordt vervolgens de andere zijde verdoofd en het geheel wordt herhaald aan het tegenoverliggende hoekpunt. Ter hoogte van tenen en vingers wordt een ringanesthesie of geleidingsanesthesie toegepast. Hierbij wordt de sensibele geleiding van een zenuw geblokkeerd ter hoogte van de basis van de teen of vinger, zodat het distale innervatiegebied pijnvrij wordt.

Nadien wordt het wondgebied afgedekt met steriele wegwerpdoeken of met een gatdoek en doet de arts de handschoenen aan. Zoals eerder besproken is er geen harde bewijsvoering voor het gebruik van steriele handschoenen, maar handschoenen op zich zijn obligaat ter bescherming tegen overdracht van micro-organismen en tegen bloedoverdraagbare aandoeningen.

Bij het incideren van de huid wordt rekening gehouden met de anatomie van de huid (dikte, natuurlijke huidplooien, huidlagen) en met de huidlijnen van Langer. Deze huidlijnen worden bepaald door de lengteligging van collageenvezels in de dermis en kunnen zichtbaar gemaakt worden door in verschillende richtingen in de huid te knijpen. Incideren in de richting van deze lijnen beperkt de schade aan de huid en de spanning op de wond. Er wordt een ellipsvormige incisie gemaakt rond het huidletsel met het mesje loodrecht op de huid. Het hechten kan gebeuren zoals beschreven onder 3.5.1. Het is aangewezen het geëxcideerde weefsel te markeren met hechtdraad ter oriëntatie voor het geval dat re-excisie noodzakelijk is.

3.5.3 Ingegroeide teennagel

Een unguis incarnatus of ingegroeide teennagel is een aandoening waarbij de nagel de aangrenzende huid binnendringt en beschadigt, waardoor irritatie, ontsteking en soms granulatieweefsel ontstaan. Deze aandoening kan op alle leeftijden worden gezien, maar is het meest frequent bij jonge mannen. Er bestaat gevaar voor bacteriële surinfectie. Onbehandeld leidt deze aandoening meestal tot langdurige klachten, waardoor een chirurgische behandeling veelal geïndiceerd is. Deze behandeling bestaat uit een partiële excisie van de nagel in combinatie met fenolisatie van het nagelbed. De effectiviteit van conservatieve behandelingen met plastic gootjes of watten is niet aangetoond. De meerwaarde van partiële nagelexcisie werd in literatuur wel aangetoond. Fenolisatie van het nagelbed vermindert de recidiefkans.[20-22]

Procedure[4]

Ontsmetting en ringanesthesie gebeuren zoals beschreven in 3.5.2. Vervolgens wordt een bloedleegte gecreëerd en wordt de nagel vanaf distaal ingeknipt, losgemaakt en verwijderd. Tot slot wordt de nagelmatrix gecontroleerd op achtergebleven nagelresten waarna een wattenstaafje met fenol in de matrix aangebracht wordt en dit gedurende tweemaal 90 seconden. De site wordt nagespoeld met alcohol. Tot slot kan rond de teen een verband worden aangelegd.

3.5.4 cryotherapie

Cryotherapie is de opzettelijke en gecontroleerde vernietiging van afwijkend weefsel door bevriezing. Gezien het bevroren weefsel niet histologisch kan worden onderzocht is deze techniek niet geschikt voor bijvoorbeeld naevi, maar het laat wel de behandeling in eerste lijn toe van verschillende benigne huidaandoeningen zoals verruca vulgaris, verruca seborrhoica en condylomata acuminata. De meest gebruikte vorm in de klinische praktijk is vloeibaar stikstof (N_2) hetgeen met een wattenstaaf of gesloten via een cryo-apparaat op het letsel wordt aangebracht. Het is een gemakkelijke, snelle techniek die meestal zonder verdoving toepasbaar is en vrijwel geen littekens achterlaat. Mogelijke nadelen zijn pijn tijdens de behandeling of nadien, blaarvorming en kans op depigmentatie of verminderde haargroei. Afhankelijk van de diepte van het letsel wordt het meermaals of langduriger blootgesteld aan de stikstof. Het letsel moet zodanig lang worden bevroren dat ook 1-2mm van de omgevende gezonde huid bevriest.[4,23]

IV. RESULTATEN ENQUÊTES

4.1 Resultaten patiëntenenquêtes

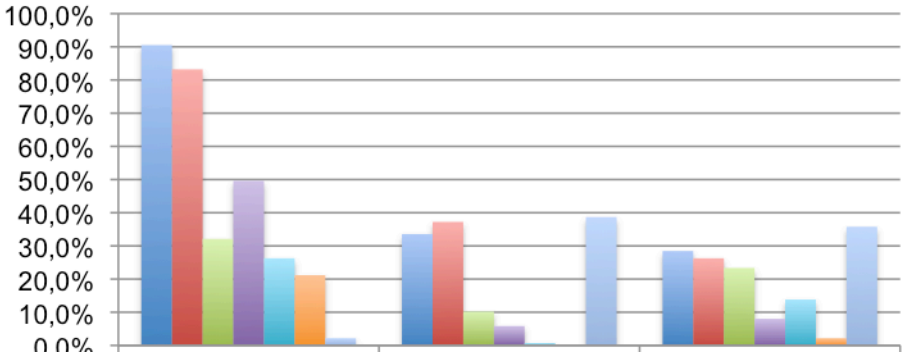
4.1.1 Epidemiologie van de patiëntenpopulatie

In totaal beantwoordden 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. Er namen iets meer vrouwen dan mannen deel aan het onderzoek; zij vertegenwoordigen 56,2% van de patiëntenpopulatie.

4.1.2 Kennis over en ervaringen met kleine heelkunde

We vroegen patiënten of zij op de hoogte waren dat ze bij de huisarts terecht kunnen voor de besproken ingrepen. Dit bleek voornamelijk voor dermatologische ingrepen het geval: voor wondhechtingen en cryotherapie was het antwoord van respectievelijk 90,5% en 83,2% van de respondenten positief. De gedeeltelijke teennagelextractie is daarentegen slechts bij 49,6% gekend en één derde van de patiënten weet dat je een huidvlekje kan laten wegsnijden.

Grafiek 3: Kennis over en ervaring met kleine heelkunde



	Van welke ingrepen wist u dat deze bij de huisarts worden uitgevoerd?	Onderging u reeds een dergelijke ingreep bij de huisarts?	Onderging u reeds een van deze ingrepen bij de specialist?
Wondhechting	90,5%	33,6%	28,5%
Bevriezen wratje	83,2%	37,2%	26,3%
Wegsnijden huidvlekje	32,1%	10,2%	23,4%
Wegsnijden ingegroeide nagel	49,6%	5,8%	8,0%
Plaatsen spiraal	26,3%	0,7%	13,9%
Plaatsen hormoonstaafje	21,2%	0,0%	2,2%
Geen	2,2%	38,7%	35,8%

De gynaecologische ingrepen zijn het minst gekend: ongeveer één vierde van de patiënten antwoordt bevestigend. Ongeveer één derde van de patiënten liet nooit een ingreep uitvoeren bij de huisarts of de specialist. Wie dat wel deed ging voor een hechting en cryotherapie nog vaker naar de huisarts, maar alle andere ingrepen werden vaker bij de specialist uitgevoerd. (zie grafiek 3)

Van de patiënten die dergelijke ingrepen nooit eerder hadden laten uitvoeren, laat ruim 80% weten dat ze in de toekomst graag bij hun huisarts terecht zouden kunnen hiervoor. Voor 7 mensen of 7,9% is dit geen optie. Van zij die wel reeds door de huisarts waren geholpen, was 83,3% tevreden dat ze bij de huisarts konden gaan. Slechts een minderheid van 2,1% sprak zich hierover negatief uit. (zie tabel 1 en 2)

Tabel 1: Indien u NOOIT dergelijke ingreep bij de huisarts onderging: Zou u in de toekomst graag bij uw huisarts voor dergelijke ingrepen terecht kunnen?

Ja	72	80,9 %
Neen	7	7,9 %
Geen mening	10	11,2 %

Tabel 2: Indien u wel reeds een ingreep bij de huisarts onderging: was u tevreden dat u hiervoor bij de huisarts terecht kon?

ja	80	83,3 %
neen	2	2,1 %
geen mening	14	14,6 %

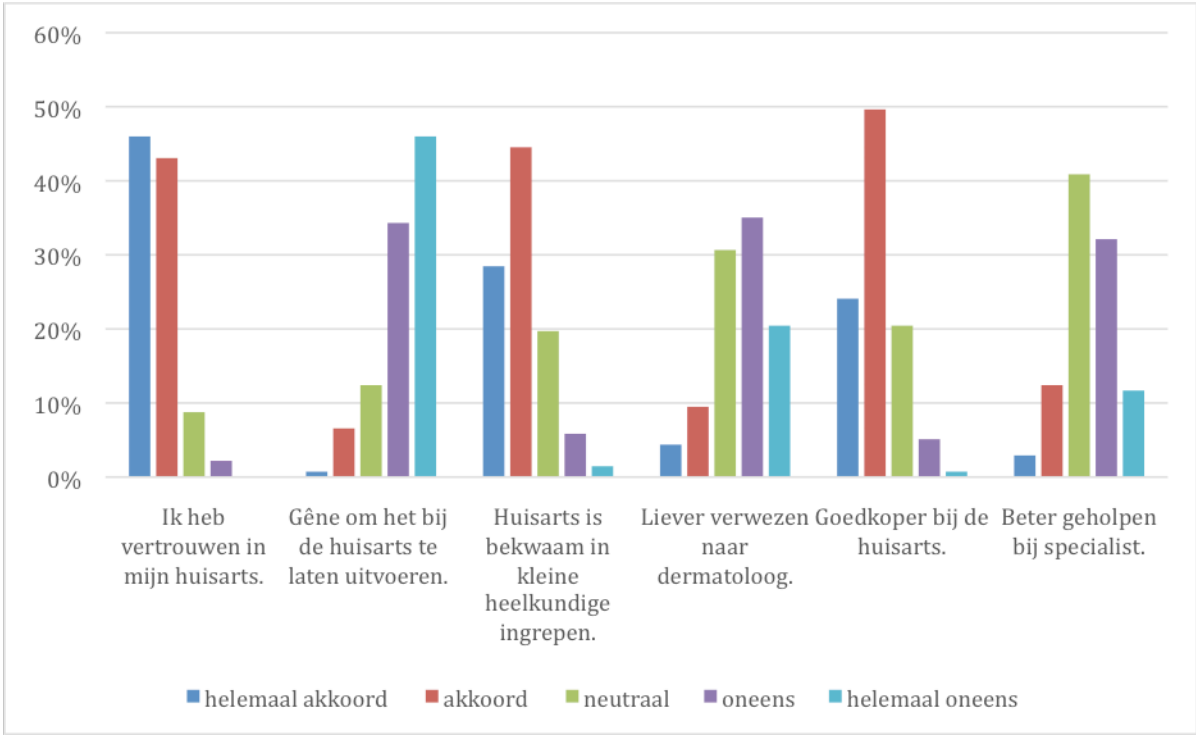
Er werd gevraagd welke de voornaamste motivatie is waarom mensen wel of niet naar de huisarts zouden willen gaan en deze redenen lagen niet ver uiteen. Met stip op één wordt het argument ‘gemak’ naar voren geschoven, op de voet gevolgd door de vertrouwensband tussen patiënt en huisarts. Het gemak ligt in verschillende zaken: de huisarts is vaak dicht bij huis en zowel makkelijk als snel en laagdrempelig bereikbaar. Veel mensen spreken het vertrouwen in hun huisarts uit: ze achten hun huisarts hiervoor geschoold en bekwaam, ook om door te verwijzen indien nodig. Daarnaast wordt de kennis van het patiëntendossier door twee deelnemers als pluspunt aangehaald. Drie patiënten argumenteren dat het goedkoper is om dezelfde ingreep bij de huisarts laten uitvoeren. 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 over ingrepen die bij de huisarts plaatsvonden, komen gelijkaardige antwoorden naar voor. 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 in het algemeen tevreden, op één deelnemer na die 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.

4.1.3 Resultaten m.b.t. dermatologie

Vervolgens werden alle deelnemende patiënten bevraagd omtrent dermatologische ingrepen. Grafiek 4 toont een overzicht van de bekomen resultaten.

Grafiek 4: bevragingen omtrent dermatologische ingrepen.



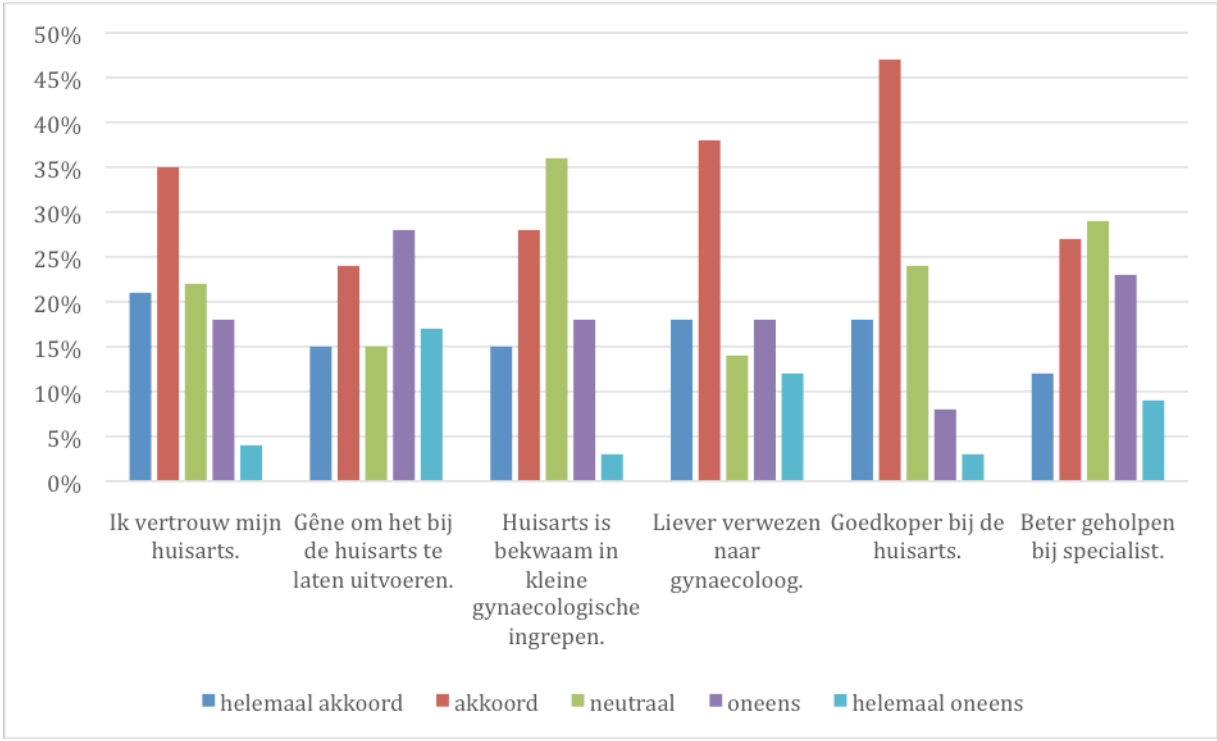
Zoals ook in het eerste deel bleek, is het vertrouwen in de huisarts groot; maar liefst 89,1% van de ondervraagden geeft hierop een positief antwoord tegenover 2% die het hiermee oneens zijn. Ook de gêne ten aanzien van de huisarts om zich met dergelijke problemen aan te melden is laag. 7,3% van de mensen 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 van de ondervraagden acht zijn of haar huisarts bekwaam tot het uitvoeren van dermatologische ingrepen, 19,7% staat er neutraal tegenover en toch 7,3% heeft zijn twijfels. 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 15,3% van de deelnemers beter geholpen te zijn bij de specialist. Over het financiële aspect zijn de meningen weinig verdeeld. Bijna 75% van de ondervraagden zegt goedkoper af te zijn bij de huisarts, 20,4% staat hier neutraal tegenover en slechts 5,8% is het hier (geheel) mee oneens.

4.2.4 Resultaten m.b.t. gynaecologie

Naar analogie met de dermatologische ingrepen, werden de vrouwelijke deelneemsters dezelfde vragen voorgelegd omtrent de gynaecologische kleine heelkunde. Grafiek 5 toont een grafisch overzicht van de bekomen resultaten. We zullen hier ook kort deze resultaten bespreken.

Grafiek 5: Bevragingen omtrent gynaecologische ingrepen



.

Zoals men meteen duidelijk kan zien, zijn de meningen voor de gynaecologische ingrepen meer verdeeld.

Om te beginnen is het vertrouwen duidelijk minder groot: slechts 55,9% heeft voldoende vertrouwen in haar huisarts. Meer dan één vijfde (22,1%) zegt hiervoor onvoldoende tot geen vertrouwen te hebben. In dezelfde lijn acht 20,5% hun huisarts niet voldoende bekwaam tegenover 43,6% die wel

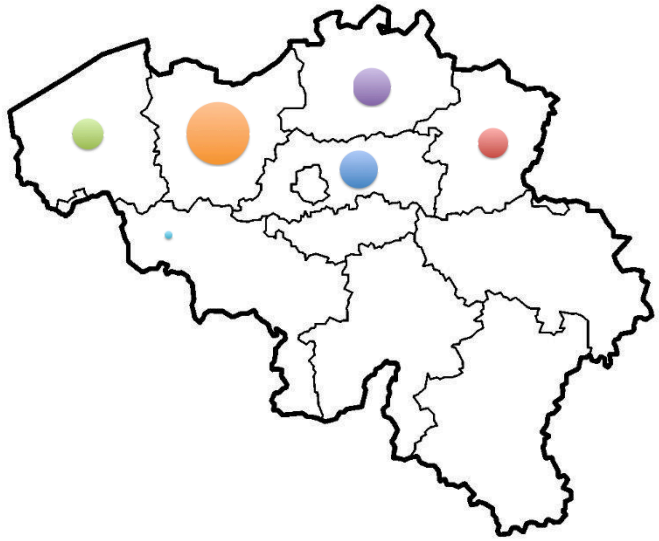
van mening zijn dat de huisarts bekwaam is. Hieruit volgt ook het hoge percentage vrouwen dat liever verwezen wordt naar de gynaecoloog, namelijk 56,4%. Bijna 40% verwacht ook beter geholpen te worden bij de gynaecoloog, maar ook een aanzienlijk deel van de vrouwen staat er neutraal tegenover: bijna 30% geeft aan geen voorkeur te hebben voor huisarts of specialist. De gêne voor deze ingrepen vormt ook een gevoelig grotere drempel dan dat dit het geval was 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 hier, net zoals bij dermato—logische ingrepen, minder verdeeld. 65,3% geeft aan te denken bij de huisarts minder te moeten betalen. Slechts één op tien ondervraagden is het hier niet mee eens.

4.2 Resultaten artsenenquêtes

4.2.1 Epidemiologie van de artsenpopulatie

In de periode van augustus tot november 2016 vulden in totaal 148 huisartsen en haio's de enquête rond kleine heelkunde in. Vrouwen vormden de grootste groep, met 97 ofwel 65,5% van de antwoorden. De leeftijd van de respondenten varieerde van 24 tot 72 jaar, met een gemiddelde van 35,9 jaar. Gelijklopend met de leeftijd vormden haio's van het 8e en 9e jaar samen ruim één derde van de populatie. Samen met de afgestudeerde huisartsen met minder dan vijf jaar praktijkervaring vormen zij een meerderheid van 62.2% van de respondenten. Bijna de helft van de respondenten (47,3%) maakt deel uit van een groepspraktijk, d.w.z. drie of meer artsen zonder dat een eventuele haio wordt meegerekend. Verder waren ongeveer een kwart van de respondenten werkzaam in een duo- of solopraktijk (resp. 25,7% en 23,0%). De verschillende Vlaamse provincies werden in deze enquête vertegenwoordigd: Oost-Vlaanderen als koploper met 45,2% van de antwoorden, gevolgd door Antwerpen (16,4%), Vlaams-Brabant en Brussel (16,4%) en West-Vlaanderen (11,0%). Er was één respondent uit provincie Henegouwen (0,6%). (zie afbeelding 1)

Afbeelding 1: vertegenwoordiging van provincies bij de respondenten



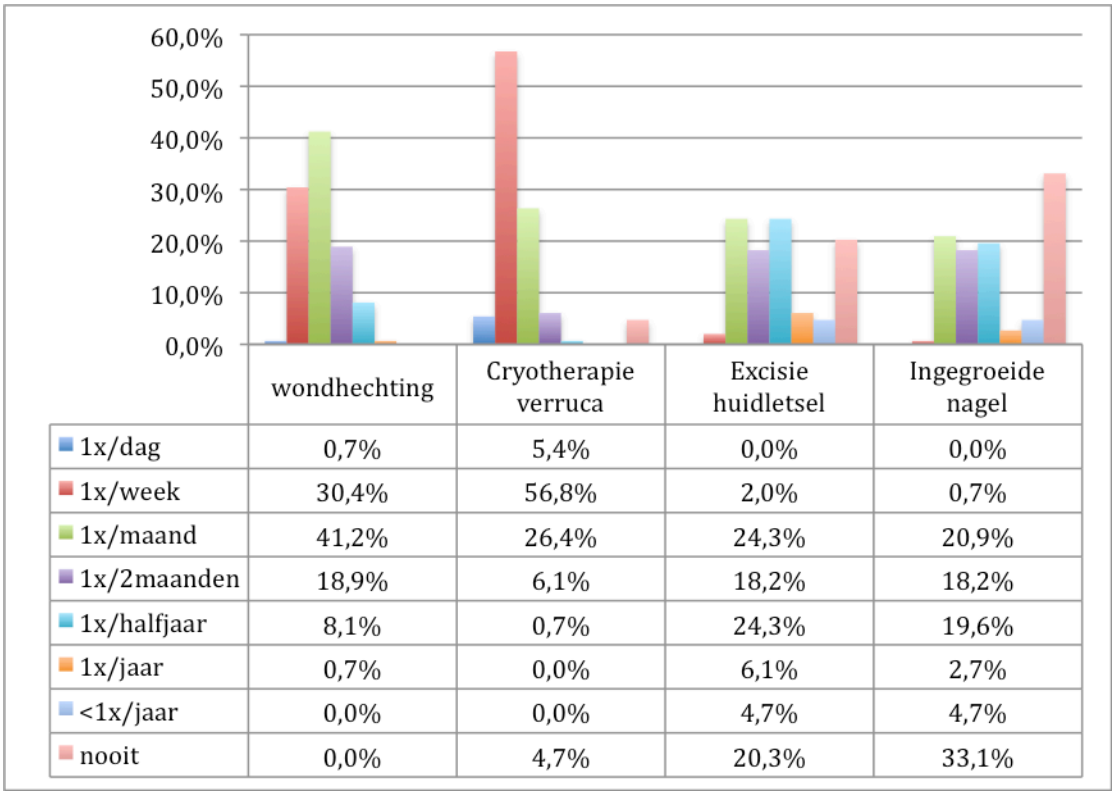
4.2.2 Eigen ervaring met kleine heelkunde

Er werd de huisartsen gevraagd hoe frequent bepaalde ingrepen door hen in de praktijk werden gebracht. Concreet vroegen we naar vier dermatologische en twee gynaecologische ingrepen: wondhechting, cryotherapie van een huidletsel, excisie van een huidletsel, (gedeeltelijke) teennagelextractie, plaatsen van een spiraal en plaatsen van een hormoonstaafje. Tevens werd gevraagd naar de redenen waarom deze ingrepen wel of niet door de huisarts worden uitgevoerd.

Frequentie- Dermatologische ingrepen

Zowel wondhechting en cryotherapie worden door huisartsen het frequentst uitgevoerd: slechts 4.7% van de artsen geeft aan nooit cryotherapie uit te voeren, verder worden beide technieken door alle artsen minstens halfjaarlijks en meestal maandelijks of meer uitgevoerd. Het wegsnijden van een huidletsel wordt door een vijfde van de ondervraagden nooit gedaan, bij net geen 70% gebeurt dit maandelijks tot halfjaarlijks. Eén derde van de artsen voert nooit een nagelextractie uit, een kleine 60% doet dit maandelijks tot halfjaarlijks. (zie grafiek 6)

Grafiek 6: frequentie dermatologische ingrepen

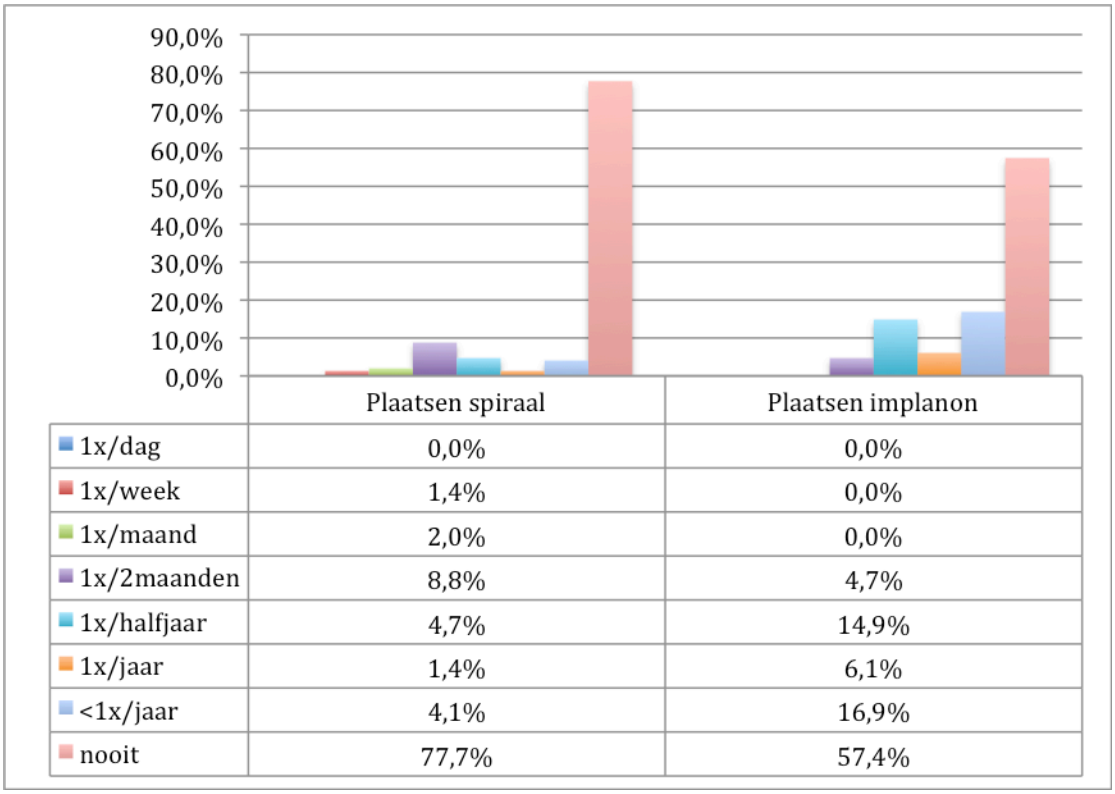


	wondhechting	Cryotherapie verruca	Excisie huidletsel	Ingegroeide nagel
1x/dag	0,7%	5,4%	0,0%	0,0%
1x/week	30,4%	56,8%	2,0%	0,7%
1x/maand	41,2%	26,4%	24,3%	20,9%
1x/2maanden	18,9%	6,1%	18,2%	18,2%
1x/halfjaar	8,1%	0,7%	24,3%	19,6%
1x/jaar	0,7%	0,0%	6,1%	2,7%
<1x/jaar	0,0%	0,0%	4,7%	4,7%
nooit	0,0%	4,7%	20,3%	33,1%

Frequentie: Gynaecologische ingrepen

Een groot verschil zien we met gynaecologische ingrepen: maar liefst 77,7% en 57,4% van de huisartsen plaatst respectievelijk nooit een hormoonstaafje of IUD. Zij die wel een hormoonstaafje plaatsen doen dit meestal slechts halfjaarlijks tot minder dan één keer per jaar (37,8%); voor het plaatsen van een IUD is dit meestal tweemaandelijks tot halfjaarlijks. (zie grafiek 7)

Grafiek 7: frequentie gynaecologische ingrepen



	Plaatsen spiraal	Plaatsen implanon
1x/dag	0,0%	0,0%
1x/week	1,4%	0,0%
1x/maand	2,0%	0,0%
1x/2maanden	8,8%	4,7%
1x/halfjaar	4,7%	14,9%
1x/jaar	1,4%	6,1%
<1x/jaar	4,1%	16,9%
nooit	77,7%	57,4%

Argumenten tegen uitvoeren van kleine heelkunde

Huisartsen die één of meerdere ingrepen niet of zelden (minder dan tweemaandelijks) uitvoeren, verklaren dit vooral door een beperkte vraag vanuit het patiëntenbestand (66,7%) en een gebrek aan ervaring (63,9%). In dezelfde lijn zegt dan ook de helft van de ondervraagden (50,3%) zich te weinig bekwaam te voelen in bepaalde ingrepen. Bij ongeveer een vierde (23,8) van de ondervraagden speelt tijdnood een rol en 11.6% vindt de verloning voor de ingrepen te laag. In de vrije commentaren wordt door sommige ondervraagden de complicaties van (verwijderen van) het hormoonspiraal aangehaald, alsook de beperkte intrinsieke interesse om zich in deze ingrepen te bekwamen. (zie tabel 3)

Tabel 3: argumenten tegen kleine heelkunde

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 %

Argumenten vòòr uitvoeren van kleine heelkunde

Wanneer ingrepen wél worden uitgevoerd, gebeurt dit vooral uit persoonlijke interesse van de arts (85,8%) en omdat deze er voldoende ervaring mee heeft (84,5). Voor 47,3% vormt de verwachting van de patiënt de motivatie en 16,2% van de artsen vinden dat patiënten moeilijk de 2e lijn bereiken voor deze ingrepen. Slechts 20,3% van de artsen geeft aan de tijd te hebben voor deze ingrepen, in de vrije commentaar wordt wel vermeld dat men er actief tijd voor vrijmaakt. Voor amper 2,7% van de huisartsen speelt de verloning een rol. (zie tabel 4)

Tabel 4: argumenten voor kleine heelkunde

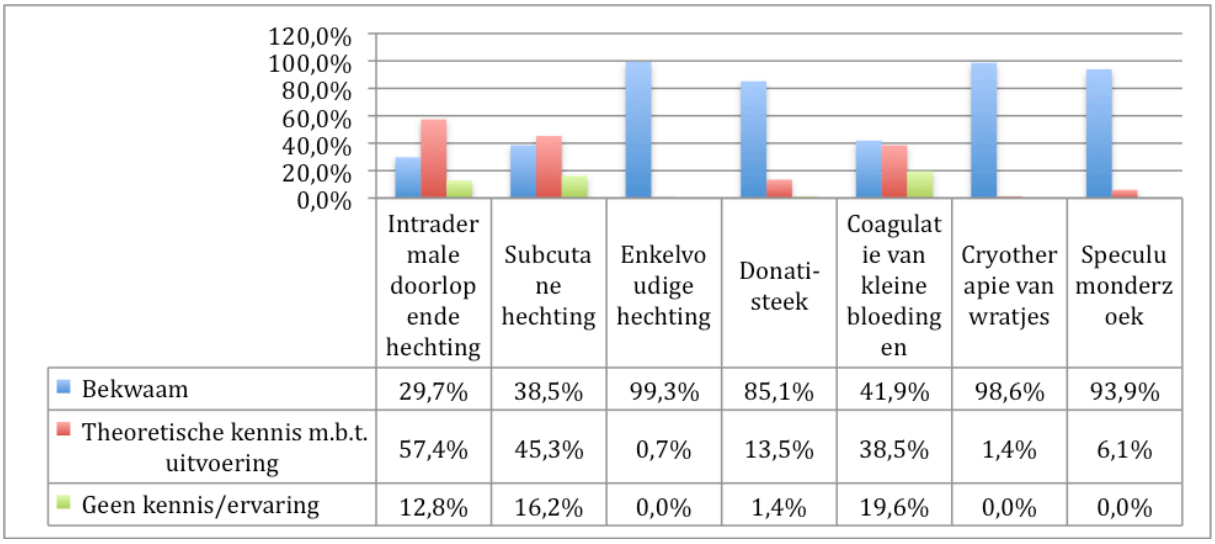
Persoonlijke interesse	127	85,8 %
Verwachting van patiënt	70	47,3 %
Ervaring met de ingreep	125	84,5 %
Ervaring dat patiënten moelijk de 2e lijn bereieken voor dergelijke ingrepen	24	16,2 %
Verloning is goed	4	2,7 %
Ik heb er de tijd voor	30	20,3 %

Specifieke bekwaamheden

Wanneer gevraagd wordt naar specifieke bekwaamheden, die onderdeel vormen van en dus ook noodzakelijk zijn voor kleine heelkundige ingrepen, zien we dat de huisarts het minste problemen ziet in het uitvoeren van een enkelvoudige hechting (99,3%), cryotherapie (98,6%),

speculumonderzoek (93,9%) en donati-steek (85,1%). Voor meer complexe hechttechnieken zoals een intradermale doorlopende hechting en subcutane hechting, zien we een grotere verdeeldheid: respectievelijk 29,7% en 38,5% van de artsen acht zichzelf bekwaam en de meerderheid (57,4% en 45,3%) bezit enkel een theoretische kennis. Voor coagulatie van kleine bloedingen zien we gelijkaardige cijfers, waarbij 41.9% zich bekwaam acht en 38,5% slechts over een theoretische kennis beschikt. (zie grafiek 8)

Grafiek 8: specifieke bekwaamheden bij de huisarts

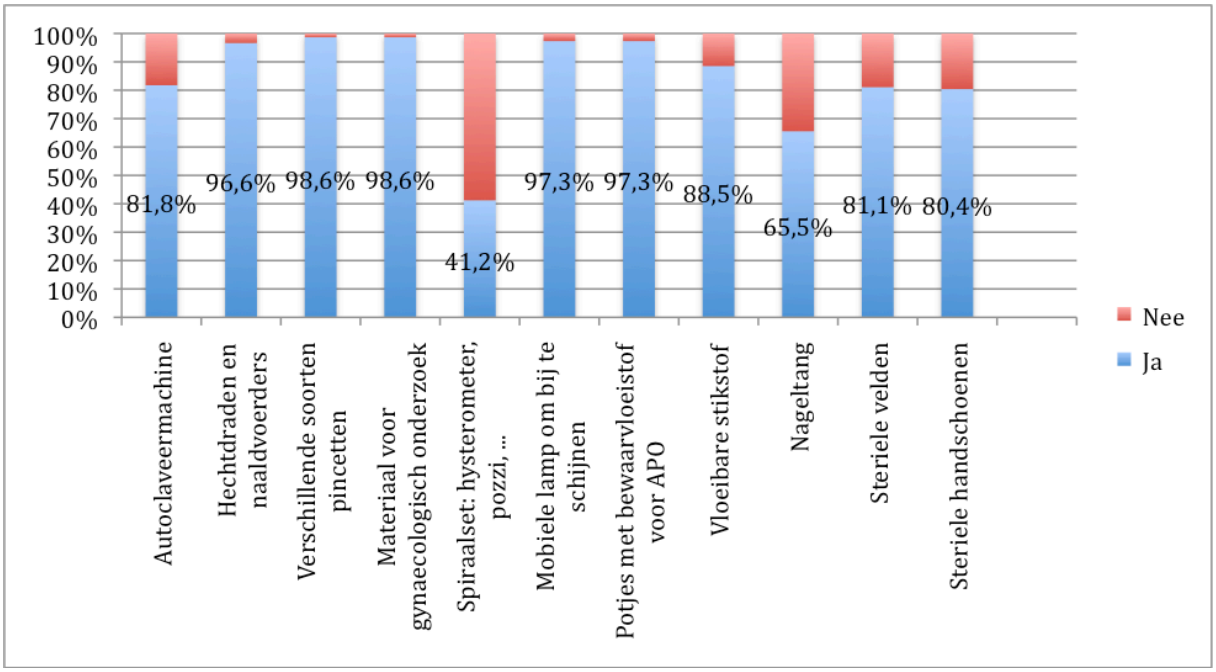


	Intradermale doorlopende hechting	Subcutane hechting	Enkelvoudige hechting	Donati-steek	Coagulatie van kleine bloedingen	Cryotherapie van wratjes	Speculumonderzoek
Bekwaam	29,7%	38,5%	99,3%	85,1%	41,9%	98,6%	93,9%
Theoretische kennis m.b.t. uitvoering	57,4%	45,3%	0,7%	13,5%	38,5%	1,4%	6,1%
Geen kennis/ervaring	12,8%	16,2%	0,0%	1,4%	19,6%	0,0%	0,0%

4.2.3 Materiaal ter beschikking

Meer dan 95% van de huisartsen is voorzien van verschillede soorten hechtdraden en pincetten, materiaal voor speculumonderzoek, een mobiele lamp en potjes met bewaarvloeistof voor pathologisch onderzoek. In vergelijking geeft slechts ongeveer 80% van de huisartsen aan te beschikken over steriele velden, steriele handschoenen of een autoclaveermachine. Een nageltang en spiraalset met hysterometer, een pozzi-tang en metzenbaumschaar behoort het minst frequent tot het arsenaal: respectieveljk 65,5% en 41,2% heeft dit ter beschikking. (zie grafiek 9)

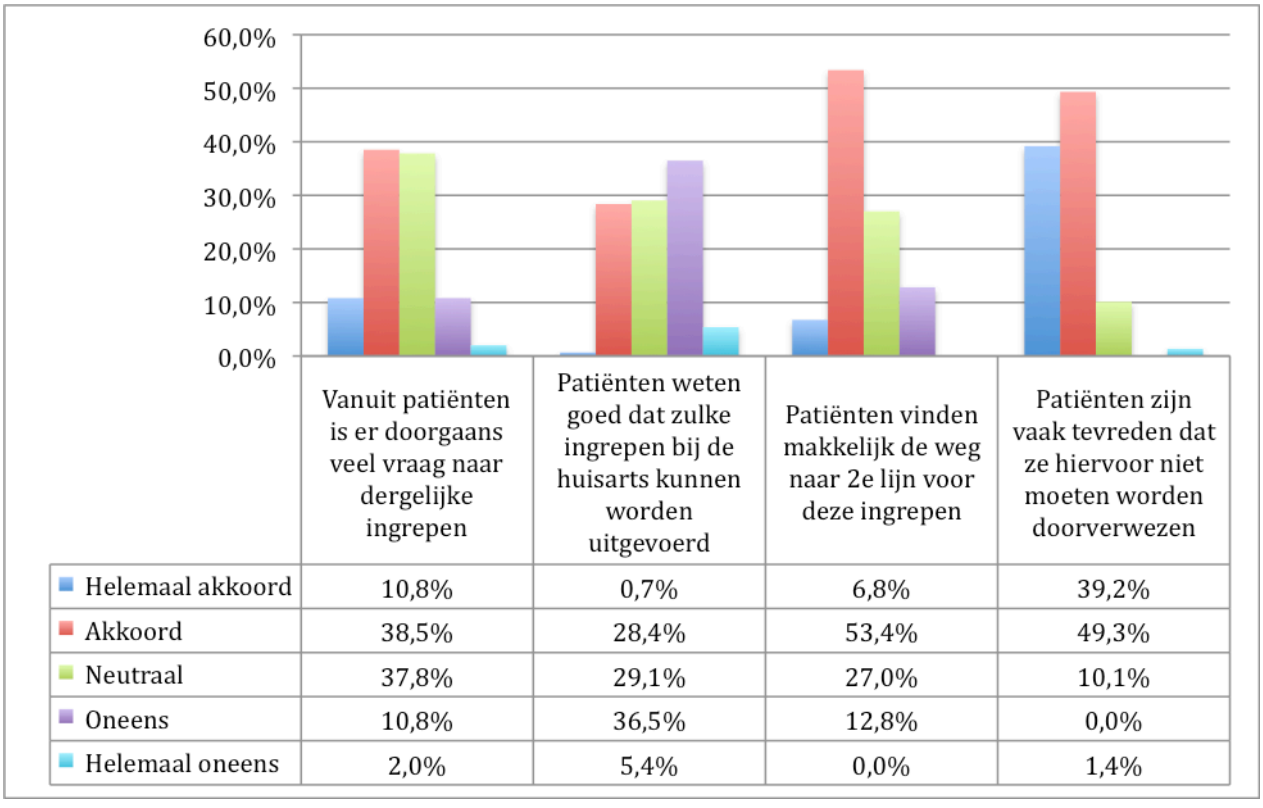
Grafiek 9: materiaal ter beschikking in de praktijk



4.2.4 Visie van de huisarts op de houding vanuit de patiëntenpopulatie

Volgens de huisarts is er wel degelijk vraag vanuit de patiëntenpopulatie naar dergelijke ingrepen: bijna de helft (49,3%) gaat hiermee akkoord of helemaal akkoord tegenover 12,8% die niet of

Grafiek 10: houding van de patiënt volgens de huisarts



	Vanuit patiënten is er doorgaans veel vraag naar dergelijke ingrepen	Patiënten weten goed dat zulke ingrepen bij de huisarts kunnen worden uitgevoerd	Patiënten vinden makkelijk de weg naar 2e lijn voor deze ingrepen	Patiënten zijn vaak tevreden dat ze hiervoor niet moeten worden doorverwezen
Helemaal akkoord	10,8%	0,7%	6,8%	39,2%
Akkoord	38,5%	28,4%	53,4%	49,3%
Neutraal	37,8%	29,1%	27,0%	10,1%
Oneens	10,8%	36,5%	12,8%	0,0%
Helemaal oneens	2,0%	5,4%	0,0%	1,4%

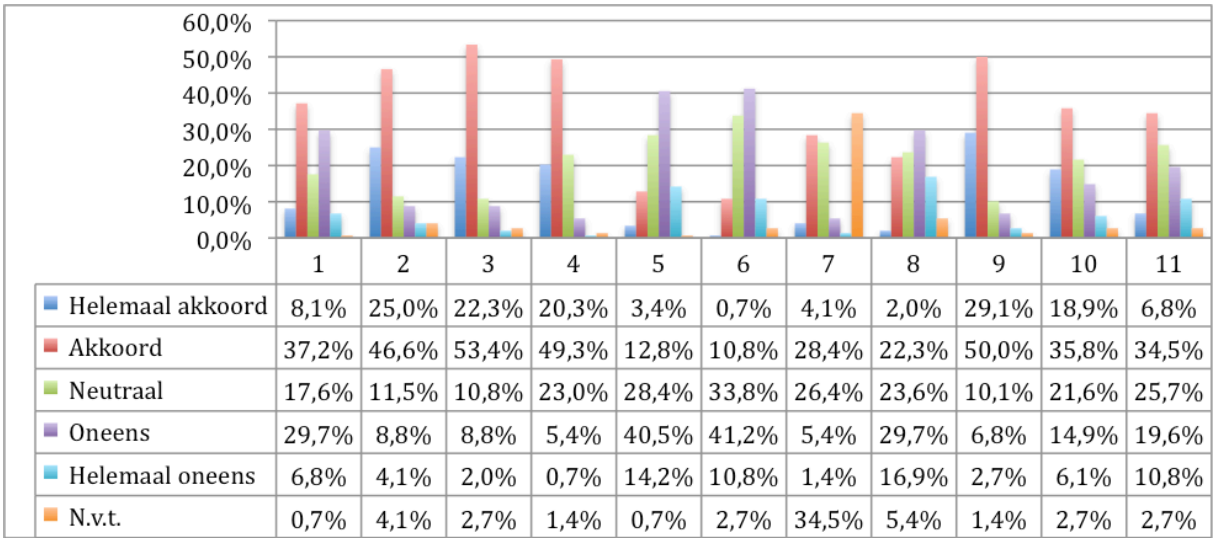
helemaal niet akkoord gaat. Men is ook overtuigd dat de patiënt tevreden is wanneer ze hiervoor niet hoeven doorverwezen worden naar 2e lijn: net geen 90% van de huisartsen gaat hiermee akkoord of helemaal akkoord. Toch vinden patiënten vlot de weg naar de 2e lijn (53,4% akkoord) en is men niet zeker dat de patiënt ook wel goed weet dat hij hiervoor bij de huisarts terecht kan: 41,9% van de bevraagden is het oneens met deze stelling, tegenover 28,4% akkoord. (zie grafiek 10)

4.2.5 Bijscholing

Ongeveer één vierde van de huisartsen heeft reeds een bijscholing rond kleine heelkunde gevolgd. Van wie dit nooit eerder deed haalt 59,8% hiervoor het beperkte aanbod als voornaamste reden aan. Voor 28,3% en 22,% van de bevraagden is respectievelijk de afstand of tijdsgebrek de belangrijkste hindernis. Een minderheid denkt er niet veel aan te hebben (10,9%) of is niet van plan deze ingrepen uit te voeren (3,3%). In de vrije commentaren wordt door de meesten aangegeven dat er in de toekomst wel het plan is om zich verder te verdiepen in deze technieken, maar dat prioriteiten nog elders liggen.

Omtrent de noodzaak tot verdere bijscholingen zijn de meningen verdeeld: 45,3% zegt er geen nood aan te hebben voor de ingrepen die reeds worden uitgevoerd, tegenover 36,5% van de artsen die hiermee oneens of helemaal oneens zijn. Toch zegt 69,6% zich te willen bijscholen in ingrepen die men reeds onder de knie heeft, teneinde op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen. Ook wanneer het gaat over ingrepen die nog niet worden uitgevoerd geeft maar liefst 71,6% van de artsen aan dezen in de toekomst te willen bijscholen. In dezelfde lijn beweert 75,7% bepaalde vaardigheden vaker uit te zullen voeren wanneer men zich zou kunnen bijscholen. Met betrekking tot het aanbod tot bijscholing vindt de meerderheid dit niet voldoende (54,7% oneens of helemaal oneens tegenover 16,2% akkoord en helemaal akkoord). Van zij die reeds een bijscholing volgden was de helft hierover tevreden (49,5%), terwijl toch een grote groep 40,2% neutraal staat tegenover deze uitspraak. Slechts 11,5% denkt dat het praktisch onhaalbaar is bijscholing te volgen en ongeveer één vierde meent dat uitvoeren van deze ingrepen enkel mogelijk is mits hulp van een collega of praktijkassistent. Bijna 80% van de artsen zou een online leerplatform gebruiken indien dit voor handen was, en meer dan de helft (54,7%) zegt zelfs nieuwe heelkundige technieken te implementeren aan de hand van dergelijk platform. Toch zegt ook 41,3% dat bijscholing enkel zinvol is wanneer men persoonlijk uitleg krijgt en live kan oefenen. (zie grafiek 11)

Grafiek 11: mening m.b.t. bijscholing



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Helemaal akkoord	8,1%	25,0%	22,3%	20,3%	3,4%	0,7%	4,1%	2,0%	29,1%	18,9%	6,8%
Akkoord	37,2%	46,6%	53,4%	49,3%	12,8%	10,8%	28,4%	22,3%	50,0%	35,8%	34,5%
Neutraal	17,6%	11,5%	10,8%	23,0%	28,4%	33,8%	26,4%	23,6%	10,1%	21,6%	25,7%
Oneens	29,7%	8,8%	8,8%	5,4%	40,5%	41,2%	5,4%	29,7%	6,8%	14,9%	19,6%
Helemaal oneens	6,8%	4,1%	2,0%	0,7%	14,2%	10,8%	1,4%	16,9%	2,7%	6,1%	10,8%
N.v.t.	0,7%	4,1%	2,7%	1,4%	0,7%	2,7%	34,5%	5,4%	1,4%	2,7%	2,7%

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.

V. BESPREKING

5.1 Patiëntenenquêtes

Met 137 ingevulde enquêtes werd ons vooropgestelde doel vlot bereikt. Er is een lichte oververtegenwoordiging van vrouwen ten opzichte van de algemene Belgische bevolking, namelijk 56,2% tegenover 50,9%.[24] Er bestaat toch nog een zekere onwetendheid bij patiënten over welke ingrepen al of niet bij de huisarts kunnen worden uitgevoerd, gezien respectievelijk de helft en tweederde van de patiënten niet weet dat een teennagelextractie en het wegsnijden van huidvlekjes bij de huisarts kan plaatsvinden. Toch is er een grote bereidheid vanuit patiënten om bij de huisarts te worden behandeld en waren zij die dit reeds meemaakten tevreden over de mogelijkheid en het resultaat. Dit komt ook overeen met verschillende eerder vernoemde studies waaruit telkens een superieure patiëntentevredenheid bleek voor de eerste lijn tegenover de tweede lijn. Zoals ook uit deze artikels bleek, komt in onze resultaten naar voor dat deze tevredenheid voornamelijk op het gemak is gebaseerd: het kan sneller en dichter bij huis. Ook de vertrouwensband tussen huisarts en

patiënt versterkt dit gevoel van tevredenheid. Tot slot heeft de patiënt een duidelijk vertrouwen in de professionaliteit waarmee deze ingrepen bij de huisarts worden uitgevoerd. Er is dus een duidelijke vraag vanuit de patiënten naar kleine heelkunde bij de huisarts.

Anderzijds valt het op dat van de patiënten die reeds een wondhechting meemaakten dit bij ongeveer de helft door een specialist gebeurde, hoewel 90% van de ondervraagden wel weet dat dit ook bij de huisarts kan. Een verklaring kan liggen in de vlotte bereikbaarheid en dichte concentratie van spoedgevallendiensten in Vlaanderen. Echter ook voor cryotherapie zien we een gelijkaardige discrepantie tussen kennis over en praktische uitvoering van deze ingrepen. Het is vooralsnog niet duidelijk waarom patiënten zo vaak bij de 2e lijn belanden.

5.2 Artsenenquêtes

Ook wat betreft de deelnemende artsen overschreden we met 148 respondenten ruimschoots het vooropgestelde doel. In deze groep waren vrouwen duidelijker oververtegenwoordigd, met 65,5% van de respondenten tegenover 40% van de algemene artsenpopulatie. De gemiddelde leeftijd van respondenten lag met 35,9 jaar gevoelig lager dan die van de algemene artsenpopulatie (48,8 in 2005[2]). Vermoedelijk omwille van de manier waarop de enquêtes werden verspreid waren er relatief veel net afgestudeerde artsen die deelnamen.

De ervaring van de huisarts met bepaalde ingrepen komt duidelijk overeen met de bekendheid bij de patiënt: wondhechtingen en cryotherapie worden door huisartsen het vaakst uitgevoerd. Partiële nagelextractie en excisie van huidletsels worden door respectievelijk een derde en een vijfde van de artsen nooit gedaan. Het is niet verwonderlijk dat meer frequent uitgevoerde ingrepen bekender zijn bij de patiënten en dat deze omgekeerd vanuit de patiëntenpopulatie vaker van de huisarts worden verwacht. Anderzijds wordt een beperkte vraag vanuit het patiëntenbestand als voornaamste argument aangehaald tegen het uitvoeren van kleine heelkunde, maar is er wel een grote bereidheid van patiënten om in eerste lijn te blijven, waardoor we kunnen concluderen dat deze beperkte vraag vooral op onwetendheid is gebaseerd en doordat het niet duidelijk wordt aangeboden door de huisarts. De helft van de artsen zegt dan ook zich niet bekwaam genoeg te voelen en bijna 64% mist de nodige ervaring. Wanneer men deze zaken kan aanpakken zal de arts meer heelkunde kunnen aanbieden, waardoor bekendheid en vraag bij de patiënten zal vergroten. Wat betreft argumenten voor het uitvoeren van kleine heelkunde vormen intrinsieke argumenten een voornaamste groep: persoonlijke interesse voor (86%) en ervaring met (85%) de ingreep. Extrinsieke motivatie zoals de verwachting van de patiënt en een moeilijk te bereiken 2e lijn komt pas op de tweede plaats.

Wanneer men bekijkt welke technieken meer ervaring behoeven bij de huisarts is er voornamelijk voor intradermale en subcutane hechtingen nog werk aan de winkel; slechts een minderheid van de artsen beschouwt zichzelf hierin bekwaam (30% en 39%). Wanneer men snel op zijn technisch-vaardige grenzen botst zal men ook minder geneigd zijn heelkundige uitdagingen aan te gaan. Situaties die bijvoorbeeld een mogelijk diep letsel of een expliciet esthetisch mooi resultaat vereisen zullen dan sneller worden doorverwezen naar de tweede lijn. Mogelijks ligt hier dus een aanknopingspunt om het vertrouwen en de bekwaamheid bij huisartsen te vergroten. Ook met de coagulatie van kleine bloedingen is slechts een minderheid voldoende vertrouwd (42%). Daartegenover is de huisarts duidelijk erg zelfzeker wat betreft enkelvoudige hechtingen, donati-hechting en cryotherapie, zodat men kan stellen dat de bekwaamheid voor deze technieken geen hindernis vormt voor de uitvoering ervan.

De meeste praktijken zijn voldoende voorzien van het nodige materiaal, het benodigde materiaal zoals beschreven onder 3.4 is veelal in meer dan 96% van de praktijken aanwezig. Opvallend is dat de benodigdheden voor een adequate hygiëne, zoals een autoclaveermachine en steriele velden en handschoenen, in verhouding minder vaak aanwezig zijn, telkens ongeveer in 80% van de praktijken. Partiële nagelextracties worden door één derde van de artsen nooit uitgevoerd en een nageltang is dan ook in minder praktijken aanwezig (65,5%).

Wat betreft de vraag naar ingrepen die artsen ervaren vanuit het patiëntenbestand antwoordt men hierover overwegend bevestigend, hetgeen enigszins contrasteert met het feit dat een beperkte vraag als voornaamste argument tegen heelkunde in eerste lijn wordt aangevoerd. Het komt dan weer meer overeen met de reële vraag die vanuit patiënten bestaat, zoals in de patiëntenenquêtes naar voor komt. Ook benoemen de artsen duidelijk dat de kennis bij de patiënten eerder beperkt is en dat zij gemakkelijk de weg vinden naar de 2^{e} lijn, twee zaken die ook in de patiëntenenquêtes naar voor komen. Net geen 90% van de artsen beweert dat patiënten tevreden zijn wanneer ze niet naar de tweede lijn moeten worden doorverwezen, hetgeen ook de positieve houding in de patiëntenenquêtes weerspiegelt. De visie van de arts op de houding van de patiënt tegenover kleine heelkunde in de eerste lijn komt dus overeen met de realiteit.

5.3 Bijscholing

Een beperkt aanbod is voor de meeste artsen de voornaamste hindernis tot het volgen van bijscholing. Nochtans zegt zo'n 70% van de artsen zich wel degelijk te willen bijscholen in zowel ingrepen die men al onder de knie heeft, teneinde op de hoogte te blijven van nieuwe

ontwikkelingen, als in ingrepen waar men nog niet volledig vertrouwd mee is. Men is er ook van overtuigd dat deze bijscholingen ertoe zouden leiden dat de technieken vaker toegepast worden (76%). Er is dus een duidelijke bereidheid bij artsen om in deze vaardigheden te willen bijscholen. Wanneer het dan gaat over hoe dat zou kunnen gebeuren, zegt 80% dat ze een online leerplatform zeker zouden gebruiken en meer dan de helft zou op basis hiervan zelfs nieuwe technieken implementeren. Voor meer dan 40% is bijscholing toch enkel zinvol wanneer men persoonlijke uitleg krijgt en live kan oefenen.

Het beperkte aanbod voor bijscholing kwam ook reeds in de inleiding en literatuurstudie naar voor: In België werden bij ons weten enkel door Domus Medica tussen 2014 tot 2016 enkele bijscholingen georganiseerd in kader van vaardighedendagen. Hier werd een theoretische uiteenzetting aan de hand van literatuur, afbeeldingen en instructiefilmpjes gevolgd door een oefensessie met varkenshuid. Deze manier van werken geniet zowel in de literatuur als bij een belangrijk deel van onze respondenten de voorkeur.[10-12] De praktische haalbaarheid van deze opleidingsmethode vormt evenwel de belangrijkste hindernis en we zien dan ook dat slechts een beperkt deel van de artsen op deze manier wordt bereikt. Uitbreiding van dit aanbod, of ontwikkelen van een navorming geschikt voor LOK-opleidingen aan de hand van deze methode zouden het dichtste aanleunen bij bevindingen uit de literatuur en het voordeel bieden van persoonlijke feedback. Anderzijds zijn de methoden om zichzelf bij te scholen aan de hand van naslagwerken en online instructies wel degelijk voor handen. We zien ook dat artsen duidelijk open staan voor een online leerplatform. Vermoedelijk is men slechts beperkt bekend met de ondersteuning die online is te vinden en vormt de versnippering ervan in combinatie met de moeilijk te controleren wetenschappelijke onderbouwing van de gebrachte informatie de voornaamste hindernis om hiervan gebruik te maken. Een evidence based gecentraliseerd online leerplatform in combinatie met zelfstandige oefening op een kippendij of varkenshuid zou dicht aanleunen bij de vooropgestelde meest wenselijke leermethode en zou dan relatief eenvoudig een groot aantal huisartsen kunnen bereiken.

5.4 Beperkingen van het onderzoek

Wat betreft de literatuurstudie werd eerst en vooral reeds meermaals vermeld dat quasi alle gevonden artikels van buitenlandse origine zijn en dus wellicht slechts gedeeltelijk toepasbaar zijn op de Belgische situatie. In Canada bestaat bijvoorbeeld slechts een heel dun netwerk van tweedelijnsvoorzieningen zodat het daar eerder gebruikelijk is om in eerste lijn een bijzonder uitgebreid arsenaal van ingrepen te voorzien, waaronder zelfs een appendectomie of keizersnede. Zelfs met de Nederlandse eerste lijn zien we een duidelijk contrast in die zin dat patiënten hier veel

moeilijker de tweede lijn bereiken en huisartsen dan ook vaker geconfronteerd worden met kleine heelkunde en het ook vaker en meer uitgebreid aanbieden en uitvoeren. Ten tweede maken de beperkte hoeveelheid aan literatuur en de vaak tegenstrijdige resultaten het ook moeilijk om eenduidige conclusies te trekken.

Hoewel een bevredigend aantal artsen en patiënten konden worden bereikt, beslaat deze groep uiteraard slechts een beperkt deel van de volledige populatie. Epidemiologische kenmerken van de onderzochte groep kwamen slechts gedeeltelijk overeen met die van de vertegenwoordigde populaties, zoals bijvoorbeeld voor de leeftijd van de ondervraagde artsen. Ook werden de deelnemers uiteraard niet gerandomiseerd, maar namen enkel gemotiveerde patiënten en artsen uit welbepaalde praktijken en wachtposten deel aan het onderzoek. Tot slot werden de resultaten verkregen aan de hand van zelfrapportage, hetgeen de resultaten subjectief zou kunnen beïnvloeden. Zo is het niet ondenkbaar dat patiënten een beperkt vertrouwen in hun huisarts niet zouden durven noteren, evenals dat het mogelijk is dat huisartsen geneigd zijn om hun eigen capaciteiten te overschatten.

VI. CONCLUSIE

Het stimuleren van kleine heelkunde in de eerste lijn is wel degelijk wenslijk. Zowel voor patiënten, die hun arts hiervoor vertrouwen en gesteld zijn op het gemak van bij de huisarts terecht te kunnen, als voor artsen, die hierin een welgekomen afwisseling en bron voor professionele voldoening zien. In de literatuur vinden we daarboven verschillende, zij het nooit duidelijk voor de Belgische situatie aangetoonde, argumenten die kosteneffectiviteit, gelijkaardige kwaliteit en zelfs superioriteit van de behandeling in eerste lijn benadrukken. Voor ingrepen die bij de patiënt bekend zijn en waarmee de huisarts vlot vertrouwd is, is het niet geheel duidelijk waarom deze toch relatief vaak door specialisten worden uitgevoerd. In het algemeen is de vraag vanuit patiënten en de motivatie bij huisartsen groot. Het ontbreekt de huisarts wat betreft sommige ingrepen evenwel aan voldoende ervaring. Hier is dus ruimte voor bijscholing, gezien ook blijkt dat huisartsen hiervoor open staan. Op basis van literatuur en voorkeuren van de arts lijkt de meest gewenste en efficiënte leermethode te bestaan uit theoretische scholing gevolgd door een praktisch oefenmoment met live feedback. We zien echter dat huisartsen ook overtuigend open staan voor online bijscholing, hetgeen in combinatie met zelfstandige oefening op dierlijk materiaal een efficiënt en kwalitatief alternatief zou kunnen vormen. Verder onderzoek is echter nodig om deze conclusie voor de Belgische situatie te bevestigen.

REFERENTIES

1. Collins AM, Ridgway PF, Hassan MS et al. Surgical instruction for general practitioners: How, who and how often? J Plast Reconstr Aesthet Surg 2010;63(7):1156-62.
2. Robyns L. Kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk: onderzoek naar haalbaarheid en implementatie. Masterproef huisartsengeneeskunde. 2013.
3. Domus Medica. Vorming, praktische vaardigheden. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be
4. Goudswaard AN, in 't veld CJ, Kramer WLM. Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Prelum Uitgevers: Utrecht; 2009.
5. 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.
6. Murchie P. et al. Primary excision of cutaneous melanoma: does the location of excision matter? Br. J. Gen. Pract. February 2011: 61; 131–134.
7. 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.
8. Murchie P. Treatment delay in cutaneous melanoma: from diagnosis to definitive treatment. Qual Prim Care 2007; 15(6):345-351
9. Lakasing E. Restricting minor surgery in general practice: another example of financial short-termism. Br. J. Gen. Pract. 2010 May; 385-386.
10. Czarnowski C. et al. See one. Do one. Teach one. Office-based minor surgical procedures. Canadian Family Physician. June 2008; vol. 58: 893.
11. Gmajnic R, Pribic S, Lukic A 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(3):358-63.
12. Vanhomwegen E. De effectiviteit van verschillende opleidingsmethodieken voor infiltratietechnieken bij HAIO's. Masterproef huisartsengeneeskunde. 2016.
13. Fowler G.C., Pfenninger J.L. Pfenninger and Fowler's Procedures for Primary Care. Elsevier - Health Sciences Division. 3th ed. 2010.
14. 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.
15. Minor surgery video series. Canadian Family Physician. Beschikbaar via: www.cfp.ca
16. Humphreys H. et al. Guidelines on the facilities required for minor surgical procedures and minimal access interventions. Journal of Hospital Infection 80 (2012) 103-109.
17. Ezekial S., Lindblad A.J., Allan G.M. Non-sterile gloves in minor lacerations? Can. Fam. Physician. 2017 Maart; vol. 63: 217.
18. Bruens M., Keijman J., van den Berg P. Steriele handschoenen niet nodig bij kleine chirurgie. Huisarts en Wetenschap. 2008 Augustus; 51(9): 444-6.
19. Buis PAJ, van Diest PJ. Kritische blik na het kleine snijden. Medisch Contact 2009; 64:145-8
20. Eekhof JAH, Van Wijk B, Knuistingh Neven A, Van der Wouden JC. Interventions for ongrowing toenails. Cochrane Database Syst Rev 2012;(4):001541
21. Eekhof J., Neven A.K., Opstelten W. Kleine kwalen in de huisartsengeneeskunde. Reed Business. Amsterdam 2013.
22. Eekhof JAH, Van Wijk B, Knuistingh Neven A, Van der Wouden JC. Cochrane review: de behandeling van de ingegroeide teennagel. Ned Tijdschr Geneeskd 2013;157;148-54
23. Stikstofbehandeling. Beschikbaar via www.huidinfo.nl/stikstofbeandeling.html
24. Een cijfermatig inzicht in de bevolking. Beschikbaar via www.belgium.be/nl/over_belgie/land/bevolking

BIJLAGE 1: Goedgekeurd onderzoeksprotocol






Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

HEELKUNDE IN DE HUISARTSPRAKTIJK: NOODZAAK EN MEERWAARDE VAN DERMATOLOGISCHE HEELKUNDE IN DE HUISARTSPRAKTIJK EN HOE VAARDIGHEDEN BIJ HUISARTSEN TE VERBETEREN

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: **DIRK AVONTS**
- FUNCTIE: **GASTPROFESSOR**
- UNIVERSITEIT: **UNIVERSITEIT GENT**
- FACULTEIT/VAKGROEP: **FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN**
- TELEFOONNUMMER: **09/332.36.12**
- FAX: **09/332.49.67**
- E-MAIL: **DIRK.AVONTS@UGENT.BE**
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: **JAN DE MAESENEER**

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: **BERNAERS EVELIEN**
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: **KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN**
- FACULTEIT: **GENEESKUNDE**
- OPLEIDING: MASTER **HUISARTSGENEESKUNDE**
- TELEFOONNUMMER: **0472.51.23.79**
- E-MAIL: BERNAERS.E@GMAIL.COM, KLEINEHEELKUNDE@GMAIL.COM

IN SAMENWERKING MET:

- NAAM: **CARMEN HIDDING** (HUISARTS-IN-OPLEIDING)
- UNIVERSITEIT: **KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN**
- FACULTEIT: **GENEESKUNDE**
- OPLEIDING: **MASTER HUISARTSGENEESKUNDE**
- TELEFOONNUMMER: **0498.53.26.47**

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: **SCHOORENS ANN**
- ADRES: **SINT-VINCENTIUSSTRAAT 28, 9100 SINT-NIKLAAS**
- TELEFOONNUMMER: **03.765.15.38**
- E-MAIL**: SECRETARIAAT@DOKTER-SCHOORENS.BE**
- TYPE-PRAKTIJK: **SOLO**

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- **NIET VAN TOEPASSING**

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: **15 APRIL 2016** (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: **31 AUGUSTUS 2017**

7. SOORT ONDERZOEK

- ❑ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ **VRAGENLIJSTEN** (HUISARTSEN EN PATIËNTEN)
- ❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK

ANDERE SPECIFICEER : **UITWERKEN VAN OPPORTUUN FORMAT (O.B.V. VRAGENLIJSTEN) VOOR PERMANENTE BIJSCHOLING VAN KLEINE HEELKUNDE VOOR HUISARTSEN.**

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

DAGELIJKS KOMEN VERSCHILLENDE TAKKEN VAN DE MEDISCHE ZORG AAN BOD IN DE HUISARTSENPRAKTIJK, ALSOOK KLEINE HEELKUNDE. DIT OMVAT ONDER MEER VERWIJDEREN VAN HUIDLETSELS EN PLAATSEN VAN EEN SPIRAAL. VERMOEDELIJK IS HET AL DAN NIET UITVOEREN VAN DEZE KLEINE INGREPEN VEELAL GEBASEERD OP PERSOONLIJKE INTERESSE EN ERVARING. ER IS WEINIG INFORMATIE BESCHIKBAAR OVER HOE DEZE TAK VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE PRAKTISCH GEORGANISEERD MOET WORDEN EN OOK TIJDENS DE OPLEIDING TOT BASISARTS EN HUISARTS IS HIER SLECHTS BEPERKTE AANDACHT VOOR.

WE WILLEN IN DIT ONDERZOEK, NA EEN ORIËNTERENDE LITERATUURSTUDIE, DIT PROBLEEM VAN TWEE KANTEN BELICHTEN, DIE VAN DE HUISARTS EN DIE VAN DE PATIËNT. AAN DE HAND VAN VRAGENLIJSTEN GAAN WE NA OF ER VANUIT HUISARTSEN VRAAG IS NAAR DE UITVOERING VAN KLEINE DERMATOLOGISCHE HEELKUNDE IN DE EERSTELIJNSPRAKTIJK. WE BRENGEN IN KAART IN WELKE MATE DIT GEBEURT EN WAAR BARRIÈRES LIGGEN VOOR HUISARTSEN OM DIT VAKER TE DOEN OF ERMEE TE STARTEN. WAAROM VOELT MEN ZICH AL DAN NIET BEKWAAM TOT HET UITVOEREN VAN DERMATOLOGISCHE HEELKUNDIGE INGREPEN? VINDT MEN DEZE INGREPENIN DE EERSTE LIJN EEN MEERWAARDE? HOE KAN DIT ZO LAAGDREMPELIG MOGELIJK GEBEUREN?

VAN PATIËNTEN WILLEN WE VIA EEN KORTE PAPIEREN VRAGENLIJST TE WETEN KOMEN HOE ZIJ STAAN TEGENOVER HET UITVOEREN VAN DERMATOLOGISCHEINGREPEN BIJ DE HUISARTS EN WAT DAARVOOR AL OF NIET DE BEZWAREN ZIJN. HUN TOESTEMMING ZAL SCHRIFTELIJK VASTGELEGD WORDEN VIA HET FORMULIER 'TOESTEMMING PATIËNT' NA EEN MONDELINGE TOESTEMMING.

TIJDENS DIT PARALLEL VERLOPEND ONDERZOEK ZAL CARMEN HIDDING DE GYNAECOLOGISCHE EN IKZELF DE DERMATOLOGISCHE KLEINE HEELKUNDE ONDERZOEKEN. STEUNEND OP DE RESULTATEN VAN DE ENQUÊTES BIJ ARTSEN EN PATIËNTEN, ONTWIKKELEN WE EEN FORMAT VOOR EEN PERMANENTE BIJSCHOLING. HIERBIJ KAN HET NODIG ZIJN OM, MITS SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING VAN DE PATIËNT, FOTO- EN/OF VIDEOMATERIAAL VAST TE LEGGEN VAN UITGEVOERDE INGREPEN TER DOCUMENTATIE.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ **THERAPEUTISCH**
- ❑ **DIDACTISCH**

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ **NEEN**

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE: UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
   - ❑ **JA**

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
   - ❑ **JA**

C. AANTAL PROEFPERSONEN:

   HUISARTSEN: 30

   PATIËNTEN: 80

D. LEEFTIJD : **OUDER DAN 18 JAAR.**

E. GESLACHT : **MANNEN EN VROUWEN**

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?

HUISARTSEN ZULLEN VIA MAIL OF PERSOONLIJK WORDEN GECONTACTEERD MET DE VRAAG ONLINE DEEL

TE NEMEN. PATIËNTEN WORDEN DOOR DE BEHANDELENDE ARTS AANGESPROKEN OM DEEL TE NEMEN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

❑ **JA**

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

❑ **PATIËNTEN EN HUISARTSEN: JA**

OP DE VRAGENLIJSTEN ZAL HET DOEL VAN HET ONDERZOEK UITGELEGD WORDEN MET VERMELDING DAT DE BEKOMEN ANTWOORDEN ANONIEM VERWERKT ZULLEN WORDEN. (ZIE BIJLAGE 'VRAGENLIJST') DE VRAGENLIJSTEN ZULLEN NIET GECODEERD WORDEN. DE BEKOMEN ANTWOORDEN ZULLEN STATISTISCH VERWERKT WORDEN EN OP EEN DUSDANIGE MANIER WORDEN OPGESTELD DAT DEZE NIET TE HERLEIDEN ZIJN TOT EEN CONCREET PERSOON OP BASIS VAN DE GEGEVEN ANTWOORDEN.

VOOR HET BEKOMEN VAN BEELDMATERIAAL ZAL ER EEN APART FORMULIER 'INFORMED CONSENT' AAN DE PATIËNT WORDEN VOORGELEGD (ZIE BIJLAGE 'INFORMED CONSENT')

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN?

❑ **NEEN**

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ **NEEN**

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

❑ **JA, ZIE VRAGENLIJSTEN EN INFORMED CONSENT**

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

❑ **JA, ZIE VRAGENLIJSTEN EN INFORMED CONSENT**

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

JA: IN 2013 WERD ALS MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE REEDS EEN SCRIPTIE INGEZONDEN DOOR DR. ROBYNS LIESELOT MET DE TITEL "KLEINE HEELKUNDE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: ONDERZOEK NAAR HAALBAARHEID EN IMPLEMENTATIE". DE BEOOGDE INFORMATIE UIT DE VRAGENLIJSTEN LIGT GROTENDEELS IN DEZELFDE LIJN, MAAR DE STUDIE WORDT BEPERKT DOOR EEN KLEINE EN ÉÉNZIJDIGE POPULATIE VAN HUISARTSEN EN PATIËNTEN. HET IS DAN OOK ONZE BEDOELING DE REPRODUCEERBAARHEID VAN DE RESULTATEN NA TE GAAN EN STATISTISCH MEER SIGNIFICANT TE MAKEN DOOR EEN GROTERE POPULATIE TE BEREIKEN.

ANDERZIJDS LIGT DE NADRUK IN ONS ONDERZOEK OOK MEER OP DE UITWERKING VAN EEN FORMAT VOOR PERMANENTE OPLEIDING VAN HUISARTSEN, IETS WAT IN DE GENOEMDE SCRIPTIE NIET WERD ONDERZOCHT.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?
   ❑ **NEEN**
B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

- ❑ **JA: OP BASIS VAN HET VOORGAANDE ONDERZOEK KAN WORDEN VERONDERSTELD DAT HET ZOWEL VOOR ARTS, PATIËNT ALS MAATSCHAPPIJ VOORDELIG EN GEWENST IS DEZE INGREPEN IN EERSTE LIJN UIT TE VOEREN. DIT ONDERZOEK BEOOGT EEN AANZET TE VORMEN OM DIT IN DE PRAKTIJK TE VERWEZENLIJKEN. ZO ZULLEN PATIËNTEN IN DE TOEKOMST SNELLER, BETER EN GOEDKOPER KUNNEN GEHOLPEN WORDEN.**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

- ❑ **JA, INDIEN BLIJKT DAT HET UITVOEREN VAN KLEINE HEELKUNDE IN DE EERSTE LIJN WENSELIJK IS VOOR HUISARTS EN PATIËNT, EN DIT AAN DE HAND VAN DIT ONDERZOEK LATER KAN WORDEN AANGEMOEDIGD EN LAAGDREMPELIGER KAN WORDEN GEHOUDEN.**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

- ❑ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT:
  - **AAN HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJSTEN KAN GEEN RISICO WORDEN VERBONDEN**

INDIEN DEZE STUDIE ONRECHTSTREEKS LEIDT TOT EEN VAKER UITVOEREN VAN DERGELIJKE INGREPEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK, IS HET DE BEDOELING DIT TE VERWEZENLIJKEN DOOR DE KENNIS EN ERVARING BIJ DE HUISARTS TE VERGROTEN, ZODAT DE KWALITATIEVE UITVOERING ERVAN GEGARANDEERD IS.

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?

NIET VAN TOEPASSING, ER WORDT GEEN PREPARAAT TOEGEDIEND

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ❑ **NEEN: ER WORDEN VRIJWILLIG EN ANONIEM ENQUÊTES INGEVULD ZONDER MEDISCHE OPVOLGING.**

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

GEBASEERD OP DE SCRIPTIE VAN L. ROBYNS DIE CONCLUDEERT DAT ER WEL DEGELIJK VRAAG IS VAN ARTSEN EN PATIËNTEN OM KLEINE HEELKUNDE IN DE HUISARTSPRAKTIJK UIT TE BREIDEN EN DIE OOK DE FINANCIËLE VOORDELEN AANTOONT, KAN ER VERMOED WORDEN DAT DEZE RESULTATEN IN ONZE STUDIE ZULLEN BEVESTIGD WORDEN.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ **NEEN**

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ **NIET VAN TOEPASSING: ER WORDT GEEN (NIEUWE) SUBSTANTIE TOEGEDIEND**

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

G. ANDERE :

- AFNAME VAN ENQUÊTES IN PERIODE VAN 1 APRIL 2016 T.E.M. 31 DECEMBER 2016

- EVENTUEEL NADIEN BEKOMEN VAN BEELDMATERIAAL UIT DE PRAKTIJK, TER ILLUSTRATIE.

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ❑ **NIET VAN TOEPASSING**

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 29/2/16
NAAM : Beirnaert Evelien
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 29/2/16
NAAM : Schoorem Ann
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 29/02/2016
NAAM :
HANDTEKENING :

D. AVONTS

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

BIJLAGE 2: Goedkeuring Ethische Commissie

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
	2016/0369	19-apr-16	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Heelkunde in de huisartsenpraktijk: noodzaak en meerwaarde van dermatologische heelkunde in de huisartsenpraktijk en hoe vaardigheden bij huisartsen te verbeteren. (MaNaMa Evelien Bernaers)

Belgisch Registratienummer: B670201628104

* Antwoord onderzoekers via mail dr. Evelien Bernaers dd. 13/04/2016 en dd. 14/04/2016 op opmerkingen EC dd. 15/03/2016
* Adviesaanvraagformulier (versie 3) dd. 14/04/2016
* Informatie- en toestemmingsformulier (versie 3) dd. 14/04/2016
* Samenvatting protocol (versie 3) dd. 14/04/2016
* Vragenlijsten
  - Enquête huisartsen: masterproef Kleine Heelkunde (versie 3 dd. 14/04/2016)
  - Enquête patiënten: masterproef Kleine Heelkunde (versie 3 dd. 14/04/2016)

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 15/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/04/2017, 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 15/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/04/2017, 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 19/04/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016

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

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

J.

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**
	2016/0369	19-apr-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0369

- *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

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

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

BIJLAGE 3: Artsenenquête

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 prakijk? (solo / duo / groeps / netwerkpraktijk)	

B. Frequentie van uitvoeren:

Hoe vaak voert u elk van deze ingrepen gemiddeld uit in de praktijk? Gelive 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
- ❑ De premieverhoging van de verzekering beroepsaansprakelijkheid is te groot
- ❑ 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			
Speculumonderzoek			

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, metzenbaumschaar,..		
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: Patiëntenenquête

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 huisartspraktijk: Noodzaak en meerwaarde van heelkunde in de huisartspraktijk 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 gênant 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 gênant 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!!

BIJLAGE 5: Detail van het absoluut aantal verrichtingen in de ambulanten en hospitaalsetting per ingreep in 2015 (bron: RIZIV)

	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