De competenties van huisartsen in de wachtpost: In welke mate worden ze aangeboden en uitgevoerd?

Deel 1

Decarne Elisabeth, KU Leuven
Co-auteurs: Claes Bart, Massa Jonas en Radoes Sanne, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte, KU Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

©Copyright KU Leuven
Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

VOORWOORD

Deze masterproef kwam mede tot stand dankzij onze promotor Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers. Wij willen haar bedanken voor alle hulp en haar kritische beoordeling van ons werk. Wij konden steeds rekenen op een snelle feedback en zo onze thesis tot een goed einde brengen.
Wij wensen de secretariaatsmedewerkers van alle wachtposten in Vlaanderen te bedanken voor hun deelname, in het bijzonder de medewerkers van vzw Khobra in Leuven, die steeds paraat stonden om ons te helpen. Tevens een bedanking aan alle huisartsen en spoedartsen die hebben deelgenomen aan onze enquête. Zonder jullie zou deze thesis nooit verwezenlijkt zijn.
Een laatste dank aan heel ons team. Het was een zeer leuke en vlotte samenwerking!

ABSTRACT

Achtergrond

De continuïteit van zorg is een belangrijk begrip in de gezondheidszorg. De lancering van het 1733 project beoogt de patiënt via een telefonisch triage protocol bij de juiste hulpverlener te krijgen. Voor een toepasbaar triage protocol moet duidelijk zijn over welke competenties de artsen op de wachtpost beschikken. In een onderzoek van Kissel et al. (2) uit 2017 werd een competentielijst opgesteld met de vaardigheden die een huisarts op de wachtpost zou moeten beheersen.

Doel

Deze studie beoogt de lijst te toetsen aan de praktijk en na te gaan welke competenties daadwerkelijk worden uitgevoerd op de wachtpost en indien niet, wat de achterliggende redenen hiervoor zijn. Er wordt tevens nagegaan in welke mate de spoedartsen akkoord gaan met de vooropgestelde competentielijst.

Methode

De bevraging werd uitgevoerd via twee elektronische vragenlijsten, één gericht aan de huisartsen werkzaam in de wachtpost en een andere vragenlijst gericht aan de spoedartsen. De vragenlijst werd doorgestuurd naar de Vlaamse wachtpostmanagers en naar 27 spoeddiensten binnen Vlaanderen.

Resultaten

96 huisartsen en 69 spoedartsen vulden de vragenlijst in. Van de lijst met 55 competenties worden er 16 onvoldoende uitgevoerd door de bevraagde huisartsen. Bij drie vaardigheden was onzekerheid van de arts de voornaamste reden. Negen vaardigheden horen volgens de bevraagde groep artsen niet thuis op de wachtpost. Voor vier vaardigheden kwam een tekort aan middelen als voornaamste reden naar voor.
Enkel het uitvoeren van een wonddebridement beschouwen de spoedartsen niet als een taak van de huisarts.

Conclusie

De huidige lijst vormt een goede basis met competenties die gewaarborgd moeten zijn op de wachtpost. Het blijft echter de taak van de zetelende huisarts om, afhankelijk van de context, bepaalde pathologieën alsnog door te verwijzen naar de tweede lijn, of de zorg uit te stellen. Extra investeren in bijscholingen en middelen is cruciaal om deze competenties te kunnen waarborgen op de wachtposten.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding 1
2. Methoden 2
   2.1. Design 2
   2.2. Uitkomstmaten 3
   2.3. Populatie 3
3. Resultaten 3
4. Bespreking 3
5. Conclusie 5
6. Referenties 6
7. Bijlagen 7

1. Inleiding

De continuïteit van zorg is een belangrijk begrip in de gezondheidszorg. Het organiseren van deze continuïteit is echter niet eenvoudig. In de loop der jaren zijn er in verschillende landen initiatieven ontstaan om de continuïteit te kunnen waarborgen. Zo komt bijvoorbeeld het fenomeen van de wachtposten overgewaaid vanuit de Scandinavische landen en het Verenigd Koninkrijk. Ook in Nederland bestaan al verregaande samenwerkingsverbanden tussen de spoedgevallendiensten en huisartsenposten (1).
In België kiest de patiënt momenteel zelf welke hulpverlener hij consulteert met zijn/haar hulpvraag. Dit leidt ertoe dat de spoeddiensten vaak overbelast worden met problemen die eigenlijk op de huisartsenwachtpost thuishoren. Verder wordt de arts op de wachtpost vaak geconfronteerd met planbare zorg, waarvoor de patiënt bij zijn vaste huisarts terecht kan tijdens de gewone werkuren. De patiënten bij de juiste hulpverlener krijgen, blijkt dus een knelpunt te zijn. Om deze problematiek aan te pakken is, naast het noodnummer 112, het nieuwe noodnummer voor niet dringende medische hulp in het leven geroepen, zijnde 1733. De lancering van het 1733 project beoogt de patiënt via een telefonisch triage protocol bij de juiste hulpverlener te krijgen. Dit kan gaan van uitstel van zorg, tot verwijzing naar eerste, tweede of derde lijn (bijlage 1).

Om een toepasbaar triage protocol te bekomen, moet het duidelijk zijn over welke competenties de artsen in de eerste en tweede lijn beschikken en welk zorgaanbod op de wachtpost aanwezig is (1). In een onderzoek van Kissel et al. (2) uit 2017 werd een competentielijst opgesteld met de vaardigheden die een huisarts op de wachtpost zou moeten beheersen.
Deze lijst van 55 competenties is tot op heden nog niet in gebruik. Het is namelijk onduidelijk in welke mate de competenties uit Kissel et al. daadwerkelijk worden uitgevoerd in de praktijk en indien niet, wat de achterliggende redenen hiervoor zijn. Een grondige toetsing aan de dagelijkse praktijkvoering dringt zich daarom op.
Om een vlotte samenwerking tussen spoeddienst en wachtpost te garanderen, moet het zorgaanbod in beide diensten op elkaar afgestemd zijn. Des te meer als in de toekomst de huisartsenwachtpost en de spoeddienst zich op één locatie zouden bevinden als centra voor ongeplande, acute zorg (1). De verwachtingen van de huisartsen en spoedartsen moeten eerst worden nagegaan om vervolgens deze op elkaar te kunnen afstemmen.
Tenslotte spreekt het voor zich dat de artsen die in de wachtpost werken, de opgelijste competenties moeten beheersen. Dit is echter niet vanzelfsprekend aangezien iedere arts over zijn eigen arsenaal aan kennis en vaardigheden beschikt. Zo bleek uit de studie van Kissel et al. dat vele huisartsen onzeker zijn over het reponeren van een pronation douloureuse. Dergelijke hiaten opsporen en aanpakken is een belangrijk element in het waarborgen van de continuïteit en het zorgaanbod. Het gebruik van e-learning kan een duidelijke en toegankelijke tool vormen om alle artsen te bereiken en zo de nodige bijscholingen aan te bieden.

Dit onderzoek beoogt een antwoord te vinden op drie onderzoeksvragen. Ten eerste zal er worden nagegaan in welke mate de 55 competenties uit de huidige competentielijst worden uitgevoerd op de wachtposten. Ten tweede zal er gekeken worden naar de redenen die huisartsen aanhalen om bepaalde competenties niet uit te voeren. Ten derde zal de competentielijst getoetst worden aan het verwachtingspatroon van de spoedartsen.

2. Methoden

Dit onderzoek omvat drie onderzoeksvragen:

1. Onderzoeksvraag 1: In welke mate worden de 55 competenties uitgevoerd in de huisartsenwachtposten?
2. Onderzoeksvraag 2: Waarom worden bepaalde competenties niet uitgevoerd door de huisartsen?
3. Onderzoeksvraag 3: In welke mate zijn de spoedartsen akkoord met de competentielijst?

In dit eerste deel wordt de eerste onderzoeksvraag verder besproken. De andere onderzoeksvragen worden respectievelijk besproken in het tweede en derde deel. In het vierde deel van dit onderzoek wordt er een e-learning opgesteld.

2.1. Design

Het onderzoek wordt uitgevoerd als een kwalitatief en kwantitatief dwarsdoorsnede onderzoek.

Via een elektronische vragenlijst gericht aan de huisartsen werkzaam in de wachtpost wordt getracht een antwoord te vinden op de eerste en tweede onderzoeksvraag. De vragenlijst werd opgesteld met behulp van ‘google forms’.
De artsen konden de vragenlijst invullen gedurende een periode van 6 maanden, van 01/07/2018 tot en met 31/01/2019.

Aan de hand van de respons van de huisartsen wordt er een uitvoeringspercentage per competentie van de lijst berekend. De huisarts duidt ‘ja’ aan indien hij/zij die uitvoert en ‘nee’ indien dit niet het geval is.
Indien 60% of meer van de artsen aangeeft een competentie uit te voeren tijdens de wachtdienst zal deze competentie als voldoende uitgevoerd worden weerhouden. De afkapwaarde van 60% werd arbitrair vastgelegd in samenspraak met de promotor en op basis van het vorige onderzoek (2).

2.2. Uitkomstmaten

Deze onderzoeksvraag heeft twee mogelijke uitkomstmaten. Namelijk, de bevraagde huisarts voert de competentie wel of niet uit.

2.3. Populatie

De vragenlijst gericht aan de huisartsen werkzaam in de huisartsenwachtpost werd via een secretariaatsmedewerkster van Khobra VZW (Kring huisartsen Oost-Brabant) doorgestuurd naar alle Vlaamse wachtpostmanagers. Aan hen werd gevraagd om een link naar de elektronische vragenlijst door te sturen naar alle leden van de wachtpost en deze link op de bureaubladen van alle computers in de wachtpost te plaatsen. Er werd een eenmalige herinneringsmail gestuurd twee maanden voor het afsluiten van de vragenlijst.

3. Resultaten

96 huisartsen vulden de vragenlijst in, waarvan 20 huisartsen in opleiding (20,8%). Het merendeel van de artsen kwam uit de provincie Vlaams-Brabant, met 29 deelnemers (30,2%). 26 artsen kwamen uit Antwerpen (27,1%) en 25 uit Oost-Vlaanderen (26%). De minst vertegenwoordigde provincies waren Limburg en West-Vlaanderen, met respectievelijk 13 (13,5%) en 3 (3,2%) deelnemende artsen.
Tabel 1 toont een overzicht van de antwoordpercentages. Van de 55 competenties konden 16 competenties weerhouden worden die door minder dan 60% van de artsen werden uitgevoerd tijdens de wachtdienst (zie tabel 1). Voor elk van deze vaardigheden werd nagegaan waarom de arts ze niet uitvoert (zie deel 2).
De overige 49 competenties werden weerhouden als voldoende uitgevoerd.

4. Bespreking

Uit dit onderzoek blijkt dat een derde van de competenties in de praktijk eerder niet uitgevoerd worden door de bevraagde huisartsen. Dit is opmerkelijk, aangezien in de studie van Kissel et al. alle 55 competenties als eerder noodzakelijk werden beschouwd voor de huisarts van wacht.
Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat sommige van deze competenties niet worden uitgevoerd omdat de huisartsen nog niet geconfronteerd werden met situaties waarin ze deze competenties nodig hebben. Sommige competenties vereisen namelijk aandoeningen die niet zo frequent voorkomen op de huisartsenwachtpost; bv. het stoppen van een arteriële bloeding en reponeren van een pronation douloureuse. Deze verklaring is des te meer aannemelijk aangezien een vijfde van de deelnemers huisartsen in opleiding waren. Haio's hebben minder wacht-ervaring en zijn bijgevolg minder geconfronteerd geweest met deze, eerder zeldzame, pathologieën. De bevraagde huisartsen hadden de mogelijkheid om een

Tabel 1 Overzicht van de uitvoeringspercentages per competentie (vragenlijst huisartsen)

Competentie	Ja	Nee	Competentie	Ja	Nee
Infuus prikken	18,8%	81,2%	Heimlich bij kind	80,2%	19,8%
Gips verwijderen	38,5%	61,5%	Speculumonderzoek	81,3%	18,7%
Cijfer 8 verband aanleggen	40,6%	59,4%	Abcesdrainage	82,3%	17,7%
Corpora aliena uit het oog verwijderen	44,8%	55,2%	Neusbloeding stoppen	83,3%	16,7%
Arteriële bloeding stoppen	45,8%	54,2%	Spalken vinger	83,3%	16,7%
Reponeren van pronation douloureuse	46,9%	53,1%	Wondsluiting met lijm	83,3%	16,7%
Halskraag aanleggen	47,9%	52,1%	Corpora aliena uit neus verwijderen	85,4%	14,6%
Zuurstof- en aerosoltherapie	50,0%	50,0%	Ondersteunend verband aanleggen (buddytaping, spalken, brace)	85,4%	14,6%
Urethrale katheterisatie	53,1%	46,9%	Paronychium behandelen	85,4%	14,6%
Compressiekousen aanleggen	54,2%	45,8%	Afname urinair staal d.m.v. kleefzakje	86,5%	13,5%
Gewrichtspunctie knie	56,3%	43,7%	Corpora aliena uit gehoorgang verwijderen	86,5%	13,5%
Doptone	57,3%	42,7%	Bimanueel vaginaal onderzoek	87,5%	12,5%
Infiltratie bursitis	57,3%	42,7%	ECG interpreteren	90,6%	9,4%
Rhinoscopie	57,3%	42,7%	Ringanesthesie	90,6%	9,4%
Taping	58,3%	41,7%	Wondzorg brandwonden	90,6%	9,4%
Oogverband aanleggen	59,4%	40,6%	CPR (reanimatie)	92,7%	7,3%
Verwijderen nietjes	60,4%	39,6%	Heimlich bij volwassenen	92,7%	7,3%
Verwijderen hechtingen	61,5%	38,5%	Corpora aliena uit vagina verwijderen	93,8%	6,2%
Wonddebridement	61,5%	38,5%	Veneuze bloeding stoppen	94,8%	5,2%
Spalken malletvinger	63,5%	36,5%	Hechting	97,9%	2,1%
Fluoresceïneonderzoek van het oog	66,7%	33,3%	Snel/noodverband aanleggen (vb. compressief verband ter hemostase)	97,9%	2,1%
Hemorroïden behandelen	68,8%	31,2%	Subcutane inspuiting	99,0%	1,0%
Mitella aanleggen	68,8%	31,2%	Intramusculaire inspuiting	100,0 %	0,0%
Intraveneuze inspuiting	69,8%	30,2%	Lokale anesthesie (subcutaan)	100,0 %	0,0%
Compressieverband aanleggen (vb. Tubigrip, dauerbinde)	76,0%	24,0%	Oppervlakkige wondzorg	100,0 %	0,0%
Draagverband aanleggen (vb. driehoeksverband)	76,0%	24,0%	Wondbedekkend verband aanleggen (algemene wondzorg)	100,0 %	0,0%
Nagelfenestratie	76,0%	24,0%	Wondsluiting met pleisters	100,0 %	0,0%
Subcutane corpora aliena verwijderen	78,1%	21,9%			

‘andere’ reden aan te geven waarom ze een competentie niet uitvoeren (zie deel 2). Hier werd bovengenoemde verklaring nooit als reden aangehaald.
Anderzijds werd de bevraging gedaan aan de hand van een elektronische vragenlijst waar men slechts ‘ja’ of ‘nee’ kon aanduiden. Dit zorgt ervoor dat er weinig ruimte is voor context en grijze zone. Deze manier van bevraging werd gekozen om een eenduidig uitvoeringspercentage te bekomen. Echter, kan het zijn dat het uitvoeren van een competentie sterk contextafhankelijk is. In deel 2 van deze studie wordt hierop verder ingegaan. Er wordt in deel 2 ook gezocht naar andere mogelijke verklaringen en redenen waarom bepaalde competenties onvoldoende worden uitgevoerd.

5. Conclusie

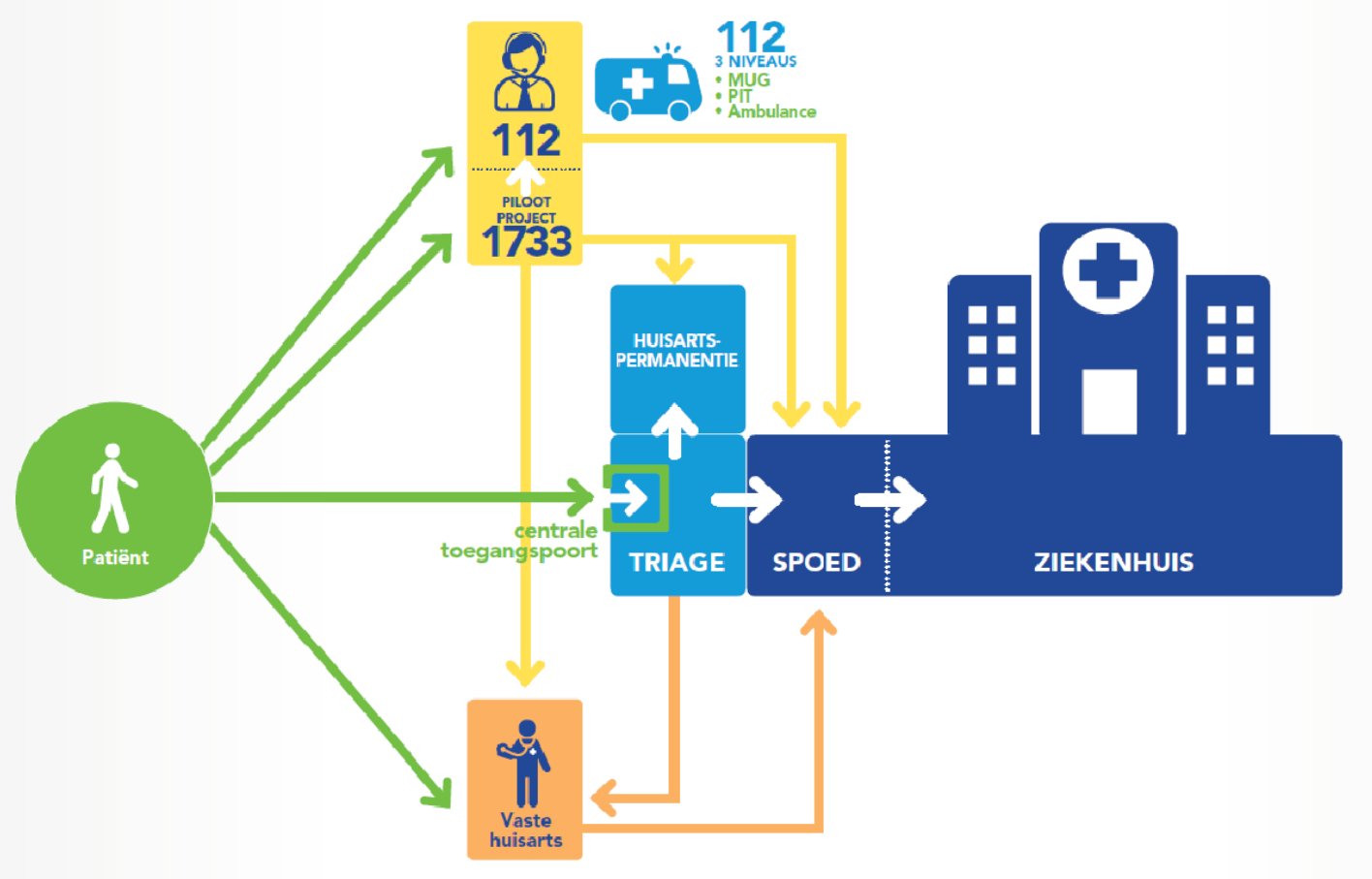
De huidige lijst vormt een goede basis met competenties die gewaarborgd moeten zijn op de wachtpost. Dit bewijst ook de bevraging van de spoedartsen (zie deel 3). Het blijft echter de taak van de zetelende huisarts om, afhankelijk van de context, bepaalde pathologieën alsnog door te verwijzen naar de tweede lijn, of de zorg uit te stellen. Om deze competenties te waarborgen, zal er geïnvesteerd moeten worden in bijscholingen en extra middelen op de wachtpost aangezien 16 van de 55 competenties op heden onvoldoende uitgevoerd worden (zie ook deel 2).

6. Referenties

1. Van Den Heede et al. KCE report 263As, Synthese. Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming. 2016.
2. Kissel et al. (Samen)werken op een wachtpost: minimale competenties en vaardigheden van de dienstdoende arts. Masterproef huisartsgeneeskunde, 2016-2017.

7. Bijlagen

Bijlage 1: Organisatiemodel voor ongeplande acute zorg, KCE report: organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming.



Bijlage 2: goedkeuring ethische commissie

