De competenties van huisartsen in de wachtpost: Visie en standpunt van de spoedartsen

Deel 3

Massa Jonas, KU Leuven
Co-auteurs: Claes Bart, Decarne Elisabeth 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 2
   2.3. Populatie 3
3. Resultaten 3
4. Bespreking 4
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 derde deel wordt de derde onderzoeksvraag verder besproken. De andere onderzoeksvragen worden respectievelijk besproken in het eerste en tweede 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.

Aan de hand van een elektronische vragenlijst, gericht aan spoedartsen in Vlaanderen, zal een antwoord op de derde onderzoeksvraag bekomen worden. Deze vragenlijst werd opgesteld met behulp van ‘google forms’. Men kon de vragenlijst invullen van 01/07/2018 tot en met 31/01/2019.

Deze vragenlijst toetst de competentielijst aan het verwachtingspatroon van de spoedartsen. Er wordt hen gevraagd in welke mate ze elke competentie vinden thuishoren op de huisartsenwachtpost.
Een competentie wordt als taak van de huisarts weerhouden indien 60% of meer van de spoedartsen die aangeeft als ‘uit te voeren door de huisarts’. Hiervoor worden zowel de antwoorden ‘ja’ en ‘ja, mits goed aangeleerd’ opgeteld (zie ook paragraaf 2.2. uitkomstmaten). Deze afkapwaarde van 60% werd arbitrair vastgelegd in samenspraak met de promotor.

2.2. Uitkomstmaten

Deze onderzoeksvraag heeft drie uitkomstmaten. Zo kan de spoedarts van mening zijn dat de betreffende competentie zeker beheerst moet worden door de huisarts, door de huisarts uit

te voeren is mits goed aangeleerd, of dat de competentie niet door de huisarts uit te voeren is.

2.3. Populatie

De elektronische vragenlijst gericht aan de spoedartsen werd naar 27 verschillende spoeddiensten binnen Vlaanderen gemaild na telefonisch contact met een contactpersoon binnen de betreffende spoeddienst. De vragenlijst mocht alleen ingevuld worden door urgentieartsen en geen andere specialisaties. Er werd een eenmalige herinneringsmail gestuurd twee maanden voor het afsluiten van de vragenlijst.

3. Resultaten

De vragenlijst werd door 69 spoedartsen volledig en op correcte wijze ingevuld. Van 17 van de 69 spoedartsen ontbreken gegevens over de provincie waarin ze tewerkgesteld zijn. Aangezien de vragenlijst enkel naar Vlaamse ziekenhuizen werd verstuurd, worden deze artsen als Vlaamse artsen beschouwd en worden hun antwoorden bijgevolg geïncludeerd in dit onderzoek.
Van de 52 artsen die hun provincie van tewerkstelling ingaven, is Oost-Vlaanderen met 18 artsen de meest vertegenwoordigde provincie (34,6%). 14 artsen komen uit West-Vlaanderen (26,9%), 11 uit Vlaams-Brabant (21,2%), 6 uit Antwerpen (11,5%) en 2 uit Limburg (3,8%). Ondanks dat de vragenlijst enkel naar Vlaamse ziekenhuizen werd verstuurd, duidde toch een enkele deelnemer (1,9%) 'andere' aan als regio. Deze werd dan ook niet opgenomen in de resultatenverwerking, aangezien ons onderzoek enkel Vlaamse spoeddiensten wenst te bevragen. Enkel de overige 68 responses werden dus geïncludeerd in het onderzoek.
Tabel 3 toont een overzicht van de antwoordpercentages. Voor één competentie, zijnde wonddebridement (42,6%), vond meer dan 40% van de spoedartsen dat deze competentie niet door de huisarts dient uitgevoerd te worden. Van de overige 54 competenties vond dus minstens 60% van de spoedartsen dat dit de taak van de huisarts is, al dan niet mits goed aangeleerd.

Tabel 3 overzicht van de antwoordpercentages van de spoedartsen. (vragenlijst spoedartsen)

Competentie	Moet zeker beheerst worden door de huisarts	Mits goed aangeleerd door de huisarts uit te voeren	Niet door de huisarts uit te voeren
Wonddebridement	11,8%	45,6%	42,7%
Corpora aliena uit het oog verwijderen	13,2%	54,4%	32,4%
Rhinoscopie	22,1%	45,6%	32,4%
Arteriële bloeding stoppen	35,3%	32,4%	32,4%
Infiltratie bursitis	13,2%	55,9%	30,9%
Doptone	10,3%	60,3%	29,4%
Gewrichtspunctie knie	8,8%	63,2%	27,9%
Subcutane corpora aliena verwijderen	22,1%	52,9%	25,0%
Infuus prikken	33,8%	42,7%	23,5%
Cijfer-8 verband aanleggen	44,1%	32,4%	23,5%
Hemorroïden behandelen	26,5%	52,9%	20,6%

Abcesdrainage	23,5%	57,4%	19,1%
Reponeren pronation douloureuse	27,9%	52,9%	19,1%
Bimanueel vaginaal onderzoek	29,4%	51,5%	19,1%
Corpora aliena verwijderen uit vagina	36,8%	44,1%	19,1%
Urethrale katheterisatie	27,9%	54,4%	17,7%
Spalken malletvinger	33,8%	51,5%	14,7%
IV inspuiting	44,1%	41,2%	14,7%
Gips verwijderen	54,4%	30,9%	14,7%
Paronychium behandelen	41,2%	47,1%	11,8%
Corpora aliena uit neus verwijderen	42,7%	45,6%	11,8%
Corpora aliena uit buitenste gehoorgang verwijderen	45,6%	42,7%	11,8%
Halskraag aanleggen	51,5%	36,8%	11,8%
Compressiekousen aanleggen	64,7%	23,5%	11,8%
Ondersteunend verband aanleggen (vb. buddy taping, spalken, brace)	38,2%	51,5%	10,3%
Wondzorg brandwonden	42,7%	47,1%	10,3%
Speculumonderzoek	44,1%	47,1%	8,8%
Fluoresceïne onderzoek van het oog	50,0%	41,2%	8,8%
Heimlich bij kind	64,7%	26,5%	8,8%
O2/aerosoltherapie	67,7%	23,5%	8,8%
CPR	73,5%	17,7%	8,8%
Taping	33,8%	58,8%	7,4%
Oogverband aanleggen	45,6%	48,5%	5,9%
Mitella aanleggen	52,9%	41,2%	5,9%
Spalken vinger	55,9%	38,2%	5,9%
Ringanesthesie	55,9%	38,2%	5,9%
Neusbloeding stoppen	63,2%	30,9%	5,9%
Veneuze bloeding stoppen	73,5%	20,6%	5,9%
Heimlich bij volwassene	85,3%	8,8%	5,9%
Nagelfenestratie	44,1%	51,5%	4,4%
Wondsluiting met lijm	60,3%	35,3%	4,4%
Hechting	64,7%	32,4%	2,9%
Draagverband aanleggen (vb. driehoeksverband)	77,9%	19,1%	2,9%
Snel/noodverband aanleggen (vb. compressief verband ter hemostase)	86,8%	10,3%	2,9%
Lokale anesthesie (subcutaan)	76,5%	22,1%	1,5%
Afname urinair staal (kleefzakje)	82,4%	16,2%	1,5%
ECG interpreteren	61,8%	38,2%	0,0%
Wondbedekkend verband aanleggen	76,5%	23,5%	0,0%
Compressieverband aanleggen (vb. tubigrip, dauerbinde)	76,5%	23,5%	0,0%
Wondsluiting met pleisters	92,7%	7,4%	0,0%
Verwijderen nietjes	95,6%	4,4%	0,0%
Verwijderen hechtingen	98,5%	1,5%	0,0%
IM inspuiting	100,0%	0,0%	0,0%
Oppervlakkige wondzorg	100,0%	0,0%	0,0%
Subcutane inspuiting	100,0%	0,0%	0,0%

4. Bespreking

De spoedartsen zijn grotendeels akkoord met de competentielijst voor de huisartsen van wacht die werd opgesteld door Kissel et al.

Enkel wonddebridement wordt door meer dan 40% van de spoedartsen niet als taak van de huisarts beschouwd. Dit is in discrepantie met het onderzoek van Kissel et al. en de bevraging bij de huisartsen waaruit bleek dat het merendeel dit wel uitvoert. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de spoedarts vooral geconfronteerd wordt met grote, complexe wonden. Hierdoor heeft hij een ander beeld over het uitvoeren van een wonddebridement en acht hij het noodzakelijk om dit op de spoeddienst te doen.

Omgekeerd worden de zestien competenties die door meer dan 40% van de huisartsen niet uitgevoerd worden, wel als hun taak beschouwd door de spoedartsen. Dit komt deels omdat bepaalde taken van de competentielijst niet thuishoren op de wachtpost, maar wel voor een huisarts bestemd kunnen zijn tijdens de gewone werkuren. Anderzijds zijn er competenties die de huisarts niet uitvoert op de wachtpost omdat ze van mening zijn dat er specialistische hulp en/of middelen nodig zijn.
Zeer veel competenties werden als taak voor de huisarts opgegeven, mits deze goed zijn aangeleerd. Een kritische evaluatie van de competenties van de huisartsen van wacht en het organiseren van bijscholingen waar nodig, blijft van essentieel belang.

5. Conclusie

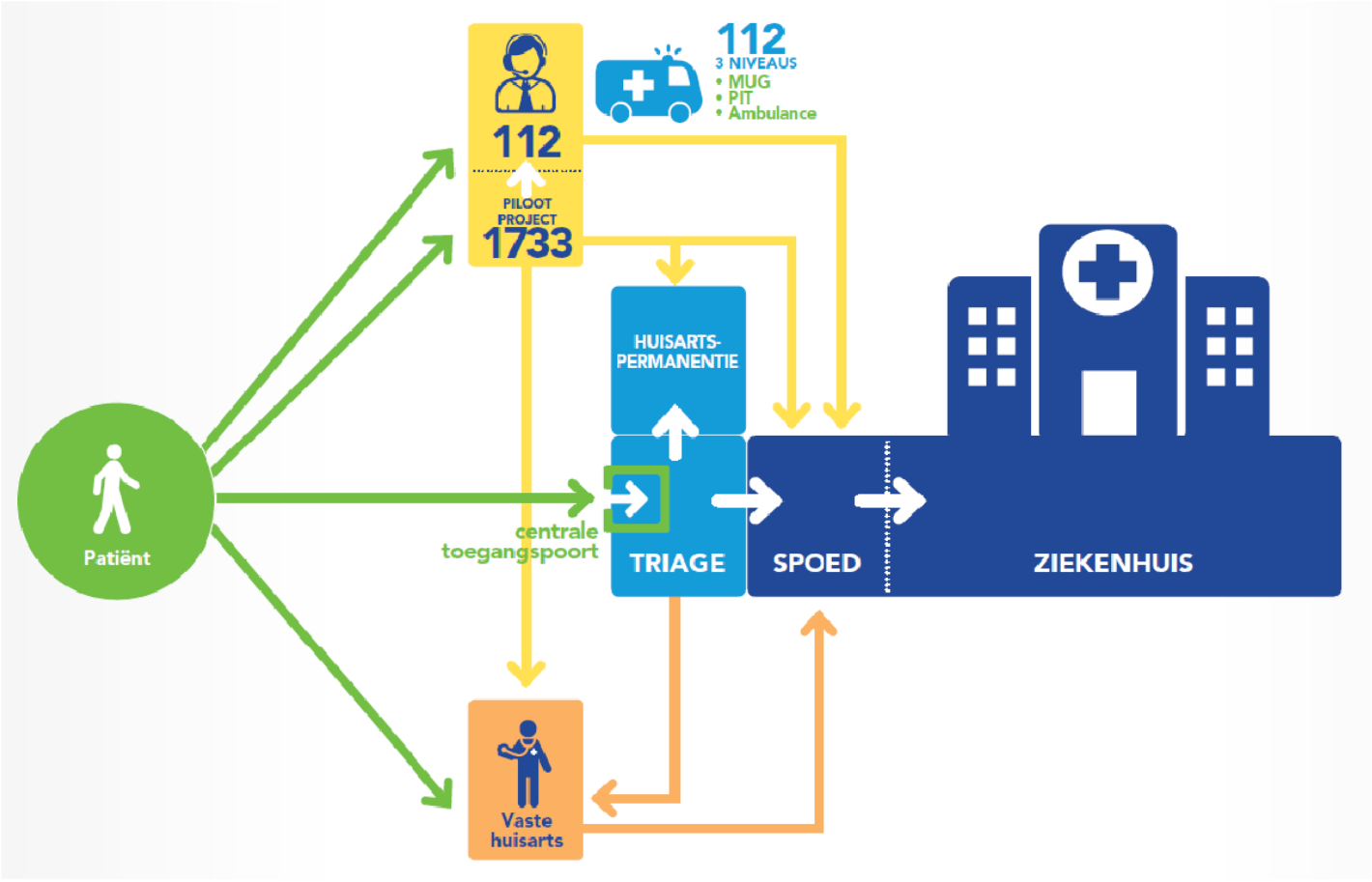
De huidige lijst vormt een goede basis met competenties die gewaarborgd moeten zijn op de wachtpost. Dit bewijst ook de bevraging van de spoedartsen. Het blijft echter de taak van de zetelende huisarts om, afhankelijk van de context, bepaalde pathologieën alsnog door te verwijzen naar de tweede lijn, 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.

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: Goedgekeurd protocol

Vragen en antwoorden

Vragen	Antwoorden
De masterproef bestaat uitsluitend uit een literatuurstudie.	nee
De masterproef bestaat uit in vitro laboratorium onderzoek gebruikmakend van afgeleide commerciële cellijnen zoals onder meer HeLa en HEK-cellijnen.	nee
In de masterproef gebeuren experimenten met proefdieren en/of daarvoor specifiek afgenomen dierlijk materiaal.	nee
De masterproef betreft onderzoek met levende personen (patiënten, gezonde vrijwilligers...).	ja
De masterproef betreft onderzoek met menselijk materiaal (lichaamsmateriaal, cadavers...).	nee
De masterproef maakt gebruikt van of verzamelt anonieme, gecodeerde of (in)direct identificerende data met betrekking tot personen.	ja
Het onderzoek in de masterproef maakt integraal deel uit van een project dat reeds goedgekeurd is door een bevoegd ethisch comité.	ja
Maak uw keuze via de dropdown van de erkende ethishe commités.	UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L.
Vul het nummer van de ethische goedkeuring in (S of G nummer indien binnen UZ/KU Leuven):	mp15960
Confirmatie stap	ja

Bijlage 3: Goedkeuring ethische commissie

