De competenties van huisartsen in de wachtpost: Waarom worden bepaalde competenties niet uitgevoerd?

Deel 2

Radoes Sanne, KU Leuven
Co-auteurs: Claes Bart, Decarne Elisabeth en Massa Jonas, 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
   4.1. Onzekerheid 4
   4.2. Niet de taak 4
   4.3. Tekort aan middelen 5
   4.4. Tijdsgebrek 5
   4.5. Andere reden 5
   4.6. Combinatie van relevante redenen 5
5. Conclusie 6
6. Referenties 7
7. Bijlagen 8

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 tweede deel wordt de tweede onderzoeksvraag verder besproken. De andere onderzoeksvragen worden respectievelijk besproken in het eerste 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.

Indien de bevraagde huisarts aangeeft een competentie niet uit te voeren op de wachtpost (zie deel 1), wordt er naar de oorzakelijke reden gevraagd. Indien in totaal meer dan 40% van de huisartsen een competentie niet uitvoert, zal de reden hiervoor verder nagegaan worden. Zo een bepaalde reden door meer dan 30% van de artsen gekozen wordt, zal deze als relevante oorzaak weerhouden worden. De afkapwaarde van 30% werd arbitrair vastgelegd en in samenspraak met de promotor en op basis van vorig onderzoek (2).

2.2. Uitkomstmaten

Deze onderzoeksvraag heeft vijf mogelijke uitkomstmaten. De bevraagde huisarts kan als reden kiezen voor tijdsgebrek, tekort aan middelen, onzekerheid, of van mening zijn dat de

betreffende competentie niet de taak is van de huisartsenwachtpost. Daarnaast kan de huisarts ook 'andere reden' aanduiden en dit verduidelijken.

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.
Uit onderzoeksvraag 1 zijn 16 van de 55 competenties naar voren gekomen die door minder dan 60% van de artsen werden uitgevoerd tijdens de wachtdienst. Voor deze zestien vaardigheden werd gekeken naar de reden die de artsen aangaven. Eenzelfde arts kon meer dan één enkele reden aanduiden, waardoor de optelsom van de percentages meer dan 100% kan zijn. Tabel 2 toont de antwoordpercentages per mogelijke reden om een vaardigheid niet uit te voeren. De relevante percentages (>30%) zijn vetgedrukt en het hoogste percentage, behorende tot de voornaamste reden, staat onderlijnd.
Bij 14 van deze 16 competenties kwam "niet de taak" van de wachtarts als relevante reden naar voren. Voor 9 competenties waren meer dan 30% van de bevraagde huisartsen onzeker over de uitvoering ervan. Een tekort aan middelen bleek bij 8 competenties een knelpunt te zijn. Tijdsgebrek kon geen enkele keer als relevante reden worden weerhouden.

Tabel 2 Overzicht van de antwoordpercentages per mogelijke reden om een vaardigheid niet uit te voeren. De relevante percentages (>30%) zijn vetgedrukt en het hoogste percentage per competentie extra onderlijnd. (vragenlijst huisartsen)

Competentie	Niet de taak	Onzeker	Tekort aan middelen	Tijdsgebrek	Andere
Gewrichtspunctie knie	**69,0%**	**45,2%**	11,9%	7,1%	9,6%
Arteriële bloeding stoppen	**63,5%**	**44,2%**	21,2%	3,8%	13,3%
Oogverband aanleggen	23,1%	**64,1%**	20,5%	0,0%	13,0%
Zuurstof- en aerosoltherapie	**50,0%**	6,3%	**58,0%**	2,1%	10,5%
Corpora aliena uit oog verwijderen	**47,2%**	**37,7%**	**32,1%**	1,9%	17,1
Halskraag aanleggen	**44,0%**	12,0%	**52,0%**	4,0%	10,0%

Cijfer 8 verband aanleggen	**45,6%**	**40,4%**	**36,8%**	1,8%	7,2%
Taping	**40,0%**	27,5%	20,0%	27,5%	12,5%
Rhinoscopie	**36,6%**	**39,0%**	**63,4%**	4,9%	4,8%
Doptone	**34,1%**	17,1%	**52,5%**	0,0%	7,2%
Gips verwijderen	**69,5%**	6,8%	**39,0%**	6,8%	8,5%
Reponeren pronation douloureuse	25,5%	**86,3%**	2,0%	4,5%	10,0%
Compressiekousen aanleggen	**88,6%**	0,0%	13,6%	4,5%	4,6%
Urethrale katheterisatie	**40,0%**	**57,8%**	**33,3%**	8,9%	4,4%
Infiltratie bursitis	**88,9%**	24,4%	12,2%	4,9%	2,4%
Infuus prikken	**71,8%**	**32,1%**	23,1%	3,8%	2,6%

4. Bespreking

4.1. Onzekerheid

Voor een vijfde van de competenties werd onzekerheid als voornaamste reden opgegeven om ze niet uit te voeren. Deze competenties waren: het aanleggen van het oogverband, reponeren van een pronation douloureuse en het uitvoeren van een urethrale katheterisatie. In de studie van Kissel et al. werden het reponeren van een pronation douloureuse en de urethrale katheterisatie ook als vaardigheden weerhouden waar de huisarts zich het meest onzeker over voelt. Dit was echter niet het geval voor het aanleggen van een oogverband. De discrepantie tussen de twee onderzoeken betreffende het aanleggen van een oogverband zou te maken kunnen hebben met de onderliggende pathologie. Het zou kunnen dat de bevraagde huisartsen in deze studie onzekerheid hebben aangeduid omdat ze onzeker zijn over het correct uitvoeren van het oogonderzoek. Bijgevolg zullen ze geneigd zijn om deze patiënten door te verwijzen naar de oftalmoloog van wacht. Dit blijkt ook uit de cijfers betreffende het uitvoeren van een fluoresceïne onderzoek van het oog, een derde van de bevraagde artsen voert dit niet uit.
Bovengenoemde competenties vormen een goed onderwerp voor bijscholing. Mits adequate bijscholing zouden we verwachten dat de artsen deze vaardigheden beter zullen beheersen en zich tijdens de wachtdienst capabel voelen om ze uit te voeren. Voor het aanleggen van een oogverband lijkt het nuttig om het volledige oogonderzoek te includeren.

4.2. Niet de taak

Iets meer dan de helft van de vaardigheden die onvoldoende worden uitgevoerd, behoren volgens de bevraagde groep artsen niet tot het takenpakket van de huisarts van wacht, met name: gewrichtspunctie van de knie, stoppen van een arteriële bloeding, verwijderen van corpora aliena uit een oog, cijfer 8-verband aanleggen, taping, verwijderen van een gips, compressiekousen aanleggen, infiltratie van een bursitis en prikken van een infuus. In de studie van Kissel et al. werden deze vaardigheden wel weerhouden als eerder noodzakelijke competenties voor de huisarts van wacht. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de

huisartsen wel vinden dat men deze vaardigheden zou moeten beheersen maar dat het uitvoeren ervan op de wachtpost afhankelijk is van de context en achterliggende pathologie. Zodoende kan het zijn dat er specialistische hulp moet gevraagd worden, zoals bijvoorbeeld het aanvragen van een RX bij vermoeden van een claviculafractuur alvorens een cijfer 8-verband aan te leggen. Een andere verklaring kan zijn dat de uitvoering ervan niet hoeft plaats te vinden op de wachtpost omdat het uitgesteld kan worden (bv. taping) of eerder een verpleegkundige handeling is (bv. aanbrengen van compressiekousen).

4.3. Tekort aan middelen

Voor een vierde van de competenties was een tekort aan middelen de voornaamste reden. Dit was het geval voor: geven van aërosol- en zuurstoftherapie, aanleggen van een halskraag, uitvoeren van een rhinoscopie en doptone van de foetale harttonen. Alvorens te gaan investeren in nieuwe middelen en dure apparatuur moet er gekeken worden naar de combinatie van redenen die ervoor zorgen dat een competentie niet uitgevoerd wordt (cfr 4.6).

4.4. Tijdsgebrek

Tijdsgebrek werd nooit als relevante reden opgegeven om een competentie niet uit te voeren.

4.5. Andere reden

De deelnemers van de enquête konden zelf een andere reden opgeven waarom ze een competentie niet uitvoeren. Hier verduidelijkten de artsen meestal in welke context ze de competentie wel zouden uitvoeren. Zo werd er bijvoorbeeld voor het debrideren van een wonde meermaals aangegeven dat het afhangt van de uitgebreidheid van de wonde. Veel handelingen hangen namelijk af van de context en uitgebreidheid/ernst van een pathologie. Via een elektronische vragenlijst is het echter moeilijk om elke vraag uitgebreid te specifiëren. Hiervoor zou het afnemen van een interview een betere onderzoeksmethode zijn.

4.6. Combinatie van relevante redenen

Voor enkele competenties werden meerdere redenen als relevant weerhouden. Het is belangrijk om rekening te houden met de combinatie van deze redenen om tot een conclusie te komen.

Zo werd voor de urethrale katheterisatie, naast ‘onzekerheid’, ook ‘niet de taak’ en ‘tekort aan middelen’ opgegeven. Om de bijscholing optimaal te benutten zou elke wachtpost moeten investeren in een urethrale katheterisatie kit.

Sommige competenties worden onvoldoende uitgevoerd omdat de middelen ontbreken op de wachtpost en omdat de artsen dit niet hun taak vinden. Dit is bijvoorbeeld het geval voor

zuurstof- en aërosoltherapie, doptone en het verwijderen van een gips. Hier zou een extra investering afgewogen moeten worden tegen het nut ervan op de wachtpost.
Een relevant deel van de artsen vond dat het uitvoeren van een rhinoscopisch onderzoek niet thuishoort op de wachtpost. Bovendien voelen ze zich er onzeker over. Echter, het tekort aan middelen werd als voornaamste reden opgegeven. Vooraleer te investeren in extra middelen en eventueel bijscholing, is het belangrijk om te bepalen of dit eigenlijk wel thuishoort op de wachtpost.

Tot op heden is er weinig tot geen literatuur beschikbaar over het specifieke takenpakket van een huisarts op de wachtpost en de redenen om bepaalde competenties al dan niet uit te voeren. Een uitgebreid literatuurnazicht via medline en verschillende tijdschriften voor huisartsgeneeskunde (BJGP, Scandinavian Journal of General Practice en Huisarts & Wetenschap) leverde geen bruikbare informatie op om onze resultaten te kunnen vergelijken.

5. Conclusie

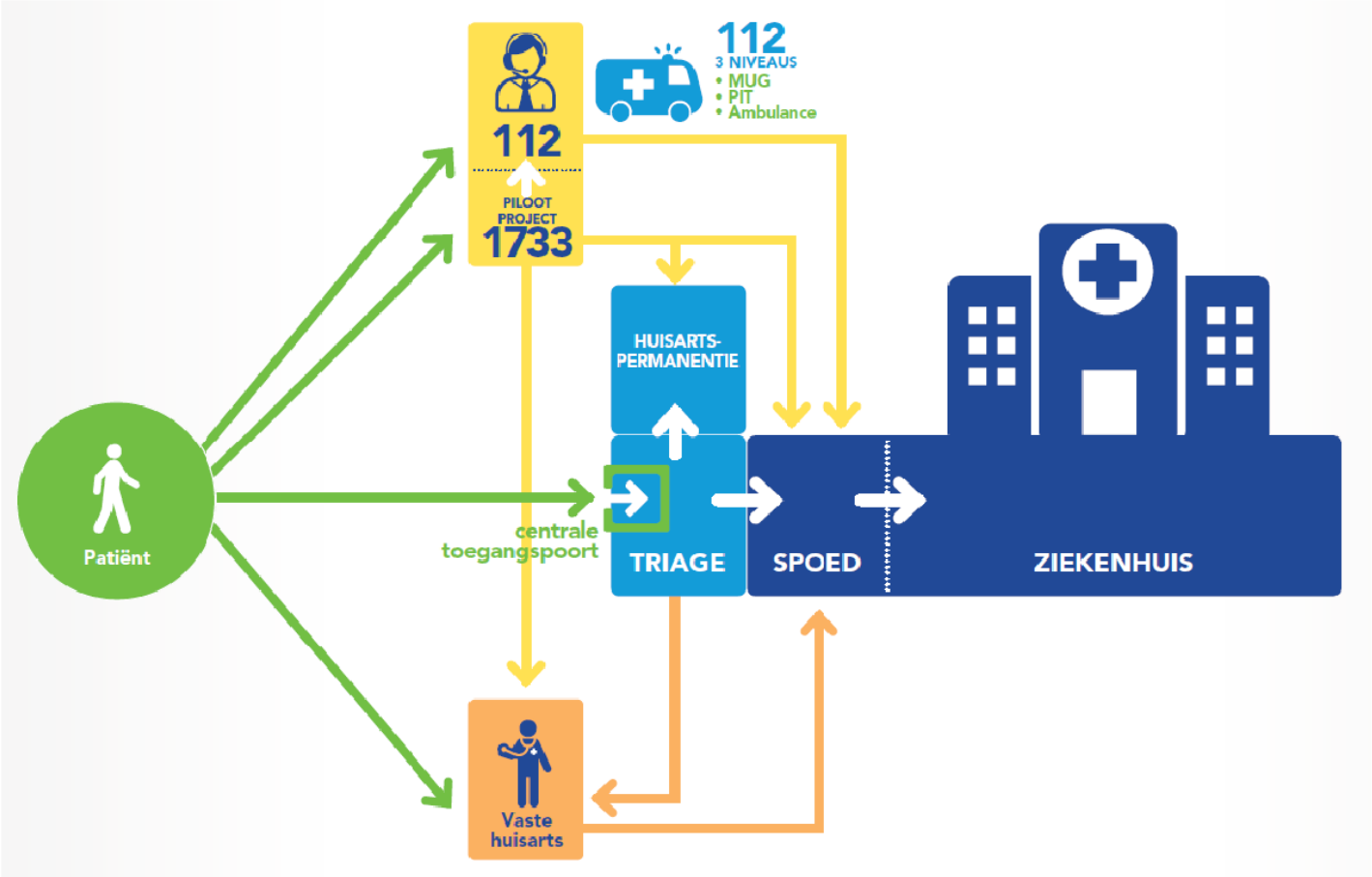
De huidige lijst vormt een goede basis met competenties die gewaarborgd moeten zijn op de wachtpost. Dit bewijst ook de bevraging van de spoedartsen (zie deel 3). Het blijft echter de taak van de zetelende huisarts om, afhankelijk van de context, bepaalde pathologieën alsnog door te verwijzen naar de 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.

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

