Kleine chirurgie in de huisartsenpraktijk

Wat denkt de patiënt?

Dr. de Kok Arnoud, UGent

Promotor: Dr. Schrans Diego, UGent

Co-promotor: Dr. Poelman Tom, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2019 – 2020]

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.

Abstract

Kleine chirurgie in de huisartsenpraktijk: Wat denkt de patiënt?

HAIO: Dr. de Kok Arnoud

Promotor: Dr. Schrans Diego

Co-promotor: Dr. Poelman Tom

Context

Kleine chirurgie wordt op regelmatige basis uitgevoerd door de huisarts. Meestal gaat het om een hechting maar ook uitgebreidere ingrepen zoals het verwijderen van een gezwel worden uitgevoerd. Tot op heden is er in België geen onderzoek gedaan in welke mate patiënten op de hoogte zijn van ingrepen die huisartsen uitvoeren. Daarnaast is het ook onduidelijk hoeveel vertrouwen de patiënt heeft in zijn of haar huisarts om deze ingrepen uit te voeren.

Methoden

Een literatuuronderzoek specifiek gericht op chirurgie uitgevoerd door de huisarts.

Een enquête, bestaande uit een deel gesloten meerkeuzevragen en een deel open vragen. Deze vragenlijst werd afgenomen in een stedelijke groepspraktijk.

Resultaten

Er is wereldwijd een grote diversiteit in de manier waarop huisartsen georganiseerd zijn rond kleine chirurgie en ook in het type ingreep dat zij uitvoeren. Vooral demografische factoren spelen hier een belangrijke rol in. Opvallend is dat er weinig uniformiteit is rond de opleiding en eventuele bijkomende kwalificaties. Daarnaast blijkt de kostprijs van een ingreep bij de huisarts lager te liggen, zowel voor de maatschappij als voor de patiënt. Uit de enquête blijkt dat patiënten vooral veel vertrouwen hebben in hun huisarts bij hechtingen en het verwijderen van lipomen, ingegroeide nagels en wratten. Over het verwijderen van moedervlekken zijn de meningen verdeeld. Er is weinig vertrouwen om een vasectomie, carpaal tunnel release of sclerotherapie bij de huisarts te laten uitvoeren. De belangrijkste factoren om een ingreep wel te laten doen bij de huisarts zijn: snelheid en gemak van de afspraak, de beperkte afstand tot de praktijk, positieve ervaringen in het verleden en de band met hun huisarts. De belangrijkste redenen om een ingreep niet te laten doen zijn: een gepercipieerd gebrek aan ervaring bij de huisarts en schrik voor complicaties.

Conclusie

Patiënten zijn vragende partij om ingrepen bij de huisarts te laten uitvoeren. De laagdrempeligheid is een groot voordeel, zeker voor patiënten uit een lagere socio-economische klasse. Redenen om geen ingreep te laten doen zijn vooral twijfels rond de kennis en kunde van de huisarts. Daarnaast blijkt ook dat patiënten onvoldoende op de hoogte zijn welke ingrepen door de huisarts gedaan worden.

Inhoudstabel

Abstract 1
Inhoudstabel 2
1. Introductie 3
2. Methoden 4
3. Resultaten 6
3.1 Literatuuronderzoek 6
3.1.1 Demografische verschillen 6
3.1.2 Kwaliteit van de ingreep 7
3.1.3 Kwalificaties en opleiding 9
3.1.4 Types ingreep bij de huisarts 10
3.1.5 Financiële aspecten 11
3.2 Resultaten van de vragenlijst 13
3.2.1 Demografische kenmerken 13
3.2.2 Bevraging chirurgie 16
4. Discussie 27
5. Conclusie en aanbevelingen 30
6. Referenties 31
7. Bijlage 33
7.1 Vragenlijst 33
7.2 Geïnformeerde toestemming 39

1. Introductie

Chirurgie wordt in meer of mindere mate in elke huisartsenpraktijk uitgevoerd. In zijn meest simpele vorm is dit een sutuur. Naar gelang de interesse van de huisarts zijn hier grote verschillen in. Zo zijn er zelfs praktijken in Nederland waar huisartsen een vasectomie uitvoeren(1). Dit illustreert ook dat er tussen verschillende landen grote verschillen zijn in het type van ingrepen dat uitgevoerd wordt door de huisarts. In Canada wordt er gesproken over huisartsen met *enhanced surgical skills* (ESS). Deze huisartsen krijgen bijkomende training om bijvoorbeeld zelfstandig een anesthesie toe te passen, sectio of appendectomie uit te voeren(2).

Op dit moment zijn er voor België geen gegevens gepubliceerd over het aantal en type van chirurgische ingrepen die door huisartsen worden uitgevoerd. Daarnaast is er ook geen informatie beschikbaar over de verwachtingen van de patiënt ten opzichte van de huisarts. De voorkeur van de patiënt wordt vermoedelijk bepaald door een aantal factoren, zoals de kennis over welke ingrepen hun huisarts kan uitvoeren, de toegankelijkheid, het financiële aspect, de deskundigheid van de arts en het vertrouwen in de vaardigheden. Deze verwachtingen zijn in België nog nooit onderzocht.

De doelstellingen van deze studie zijn:

1. in kaart brengen wat de huidige kennis is van patiënten rond chirurgie bij de huisarts.
2. peilen hoeveel vertrouwen de patiënt heeft om een ingreep bij de huisarts te laten doen.
3. factoren identificeren die deze keuze positief of negatief beïnvloeden.

2. Methoden

Op basis van deze literatuurstudie werd een vragenlijst opgesteld. Een eerste versie werd door drie personen van verschillend opleidingsniveau en zonder medische achtergrond nagelezen ter controle van de taalkundige duidelijkheid. De aangegeven onduidelijkheden in de formulering werden aangepast, daarna werd deze definitieve versie ter goedkeuring voorgelegd aan het ethisch comité van het UZ Gent(goedkeuring: B670201940680). De vragenlijst bestaat uit twee delen, enerzijds de vragenlijst zelf en anderzijds de geïnformeerde toestemming. Aan het begin van de vragenlijst werd een duidelijke definitie gegeven van de term 'kleine heelkundige ingrepen'. Gezien de sterke vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt is er een risico op bias door sociaal wenselijke antwoorden. Om dit te beperken werd er geopteerd om de geïnformeerde toestemming op oranje papier af te drukken en de anonieme vragenlijst op wit papier. De enquête werd ter beschikking gesteld zowel in de wachtzaal als op het einde van de consultatie bij twee verschillende artsen. Telkens werd duidelijk vermeld dat het over een anoniem onderzoek gaat en de enquête en de geïnformeerde toestemming strikt gescheiden worden. Dit werd aan het einde van de consultatie mondeling vermeld tijdens het overlopen van de geïnformeerde toestemming en op voorhand in de wachtzaal weergegeven op het televisiescherm. Er werd geen tijdsbeperking gehanteerd voor het invullen van de vragenlijst. Nadien werden zij gevraagd dit af te geven aan het secretariaat. De secretaresses werden geïnstrueerd om voor de ogen van de deelnemer beide delen fysiek te scheiden. Vervolgens werd de geïnformeerde toestemming gecontroleerd op handtekeningen van zowel onderzoeker als deelnemer. En beide delen werden vervolgens in 2 verschillende afgesloten recipiënten geplaatst.

De vragenlijst werd tussen 01/08/2019 en 31/09/2019 ter beschikking gesteld, enkel in de opleidingspraktijk. De vragenlijst zelf bestaat uit twee stukken. Het eerste stuk bestaat uit vijf gesloten vragen die peilen naar demografische kenmerken. In het tweede stuk worden twaalf vragen gesteld. De eerste drie vragen van dit stuk zijn gesloten en bevragen voorafgaande ervaring met chirurgie bij de huisarts en de kennis over de mogelijkheid tot het ondergaan van een ingreep. De overige negen vragen bevragen (ja/nee) hoeveel vertrouwen de deelnemer heeft in de huisarts om een specifieke ingreep uit te voeren. Per ingreep wordt aan de deelnemer gevraagd waarom zij hier wel of geen vertrouwen in hebben, respondenten kunnen hier meerdere redenen voor aanduiden. Naast gesloten antwoordmogelijkheden is er ook de mogelijkheid om open te antwoorden. Om zoveel mogelijk bezorgdheden of bedenkingen van patiënten te registreren werd gekozen voor een gedeeltelijk open antwoordmogelijkheid. Na het verstrijken van de collectieperiode werd gecontroleerd of alle vragenlijsten correct ingevuld waren. Onvolledig of niet correct ingevulde vragenlijsten werden geëxcludeerd uit de studie.

De vragenlijsten die werd geïncludeerd in de studie werden verwerkt tot een database in Microsoft Excel 2010. De antwoorden op de gesloten vragen werden rechtstreeks als categorische variabele opgenomen in de database. De vrije tekst in de optionele, open ruimte werd verzameld en gecodeerd volgens overkoepelende termen. Deze termen werden daarna ook als categorische variabele opgenomen in de database.

3. Resultaten

3.1 Literatuuronderzoek

Om een idee te krijgen van de huidige stand van zaken werd in eerste instantie een literatuuronderzoek uitgevoerd op Pubmed, Google Scholar en CDLH (Cebam Digital Library for Health). Voor de opzoeking in Google Scholar werd de volgende term gebruikt:' allintitle: primary care surgery', dit leverde 228 resultaten op. In CDLH werden meerdere zoektermen gebruikt: 'chirurgie' dit leverde teveel resultaten op, 'Huisarts chirurgie', dit leverde geen relevante artikels op. En tot slot: 'primary care surgery' dit leverde 104 resultaten op. Als laatste werd ook een opzoeking in Pubmed gedaan, de zoektermen en hun resultaten worden voor de volledigheid vermeld. General practitioner surgery (365 resultaten), (general practitioner[MeSH Terms]) AND surgery[MeSH Terms] (214 resultaten), (family medicine[MeSH Terms]) AND surgery[MeSH Terms] (2551 resultaten).
De bekomen resultaten werden vervolgens gefilterd volgens een aantal criteria. Enkel artikels geschreven in het Engels of Nederlands en gepubliceerd in de periode 2000-2019 kwamen in aanmerking. Sommige artikels werden gevonden door middel van het snowball effect. Deze publicaties zijn ook in het Nederlands of Engels geschreven en zijn bijvoorbeeld gepubliceerd in een vroegere periode. Het doel van deze literatuurstudie was om na te kijken welke data er beschikbaar zijn voor België, welke ingrepen er door huisartsen worden uitgevoerd, welke opleidingen bestaan, hoe deze zorg georganiseerd wordt, hoeveel ingrepen er door huisartsen gedaan worden en om een idee te krijgen van de kosten die hiermee gepaard gaan.

3.1.1 Demografische verschillen

In de literatuur is er een zeer grote variatie in het types van ingreep dat door een huisarts wordt uitgevoerd. Een van de verklaringen hiervoor is de demografie van het desbetreffende land. In Canada is er een zeer uitgestrekt gebied dat maar schaars bevolkt is. Men ziet hier dan ook kleinere centra die vaak bemand worden door huisartsen met *enhanced surgical skills* (ESS)(2). Dit zijn huisartsen die een bijkomende opleiding gevolgd hebben om uitgebreidere vormen van chirurgie uit te voeren. Voorbeelden zijn een sectio of appendectomie. In de Scandinavische landen zien we een vorm van chirurgie die veel meer aansluit bij het Belgische model. Het gaat hier veelal om kleine chirurgie zoals hechtingen, het verwijderen van sebum cystes of het verwijderen van een ingegroeide teennagel(3). In België beschikken we over gemiddeld 6 ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners(4). Dit plaatst ons in de top 25 van landen met de meeste ziekenhuisbedden van de wereld. Men zou kunnen verwachten dat met een dergelijke dichtheid van ziekenhuizen het minder waarschijnlijk is dat een huisarts uitgebreide ingrepen gaat uitvoeren. Dit toont enerzijds de polyvalentie van een

huisarts aan en anderzijds het belang om de vaardigheden van de huisarts af te stemmen op de lokale noden.

3.1.2 Kwaliteit van de ingreep

Een aspect waar relatief veel literatuur over gevonden werd is de kwaliteit van verschillende huidingrepen. Er zijn meerdere onderzoeken die de uitkomst na chirurgie voor basaal cel carcinomen, squameus cel carcinomen en melanomen onderzoeken(5–8). Vaak wordt dan de chirurgie uitgevoerd door de huisarts vergeleken met die van een specialist zoals een dermatoloog, plastisch chirurg of algemeen chirurg. Het meest opvallende onderzoek was een prospectief gerandomiseerd onderzoek uit 2008 uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk (VK)(5). 568 patiënten werden na een consult bij hun huisarts blind verdeeld om een behandeling bij de huisarts of bij de specialist te ondergaan. Het betrof vooral huidletsels en ingegroeide teennagels. De uitkomst werd gedefinieerd als uitzicht van de wonde zes en acht weken postoperatief, tevredenheid van de patiënt, veiligheid gedefinieerd als het correct herkennen van huidtumoren en het correct gebruik van middelen. In het uitzicht van de wonde werd er gemiddeld vijf punten op 100 lager gescoord door de huisartsen maar de klinische relevantie hiervan was onduidelijk. Een volledige excisie van een huidtumor was frequenter bij specialisten dan huisartsen (75% vs. 44% respectievelijk) maar dit was statistisch niet significant vermoedelijk door de kleine groep (N= 20 en 16 respectievelijk). Opvallend was dat patiënten meer tevreden waren over de dienstverlenging bij hun huisarts dan in het ziekenhuis, vooral factoren zoals het maken van een afspraak, minder wachten in de wachtzaal en de band met de arts die de ingreep uitvoert spelen een grote rol. Een ander belangrijk resultaat uit dit onderzoek was het herkennen van maligne huidletsels. Van de 33 maligne huidletsels werden er 21 op voorhand herkend door de huisarts. 12 van de 33 maligne huidletsels (36%) werd op voorhand als benigne geclassificeerd. Deze sub analyse werd op een zeer kleine groep uitgevoerd dus conclusies kunnen niet getrokken worden maar dit illustreert wel het belang van een correcte opleiding wanneer een huisarts dergelijke pathologie behandelt.

In 2016 werd in het VK een prospectief onderzoek uitgevoerd waarbij 6138 ingrepen uitgevoerd door huisartsen werden geanalyseerd(6). In tegenstelling tot het onderzoek van George et al.(5) werd er nu vastgesteld dat huisartsen huidletsels veel beter kunnen classificeren. Voor maligne letsels is dit 69-91% (N=854) afhankelijk van de graad van ervaring met chirurgie, waarbij de huisartsen die over meer expertise beschikken beter scoren. Voor basaal cel carcinoma ligt dit tussen 77% en 97%. Een groot verschil is het aantal casussen dat onderzocht werd, in de studie van Botting et al. is dit veel hoger. Daarnaast is er ook acht jaar verstreken tussen beide onderzoeken, het is dus ook mogelijk dat de kwaliteit van het classificeren is toegenomen.

In een retrospectief onderzoek uit 2009 werd in Australië gekeken naar het aantal onvolledige excisies van huidletsels door huisartsen(7). Volgens dit onderzoek ligt dit in lijn met de resultaten die door specialisten worden bekomen (+-6%). Een belangrijke bevinding uit dit onderzoek was dat er meer onvolledige excisies waren op moeilijk te bereiken plaatsen zoals de neus, het oor of grote letsels in het aangezicht.

In 2014 werd in het VK een retrospectief onderzoek gepubliceerd dat histopathologische resultaten van huidletsels vergeleek tussen dermatologen en huisartsen(8). 380 ingrepen van huisartsen werden vergeleken met 385 ingrepen van dermatologen en 179 ingrepen van plastisch chirurgen. Ingrepen voor een basocellulair carcinoom (BCC), plaveiselcelcarcinoom (SCC) en maligne melanoom werd vergeleken. Enkel op het eindpunt onvolledig vrije snijranden van basocellulaire carcinomen kon er een statistisch significant verschil in het nadeel van de huisartsengroep worden aangetoond.

Op het vlak van chirurgie bij de huisarts is er vooral veel data over de verschillende huidletsels(5–8). Grote conclusies kunnen we op basis van de huidige literatuur niet trekken. De verschillende studies zijn methodologisch vaak van lage kwaliteit en er werden nooit harde eindpunten onderzocht. We kunnen stellen dat er een trend is dat een goed opgeleide huisarts ingrepen van huidletsels kan uitvoeren die vergelijkbaar is met die van een specialist. Het blijft belangrijk om te vermelden dat meer onderzoek naar harde eindpunten zoals mortaliteit noodzakelijk is.

3.1.3 Kwalificaties en opleiding

Zoals in hoofdstuk 3.1.1 al werd aangehaald zijn er grote verschillen in welke types van ingrepen door huisartsen worden gedaan. Bijgevolg is er tussen landen onderling ook een verschil in kwalificaties of opleidingen voor huisartsen die chirurgie willen beoefenen in de praktijk. In het VK wordt er bijvoorbeeld een onderscheid gemaakt tussen, in oplopende graad van expertise, *enhanced services GPs* (ESGPs), *GPs with a special interest* (GPwSI) en *GPs working under NHS trust governance* (Model 2 GPs)(6). ESGPs zijn huisartsen die kleine ingrepen uitvoeren in hun eigen praktijk onder de noemer *enhanced services*. Deze artsen voeren ingrepen uit voor benigne huidletsels en opereren basocellulaire carcinomen op het lichaam onder de nek. Er wordt een contract afgesloten met de *National Health Service* (NHS). Dit contract bepaalt dat de arts opgeleid is in de relevante reanimatie technieken, geïnformeerde toestemming verkrijgt van de patiënt en data verzamelt over belangrijke parameters (wondinfectie, diagnostische accuraatheid en aantal laag risico BCC excisie). Deze dient de huisarts jaarlijks te rapporteren. GPwSIs zijn huisartsen die op zelfstandige basis binnen de tweede lijn werken. Naast een bijkomende chirurgische en dermatologische opleiding dienen deze huisartsen ook jaarlijks relevante bijscholingen te volgen. GPwSIs rapporteren ook jaarlijks diagnostische accuraatheid net zoals ESGPs. Bovendien is er de verplichting om minstens vier keer per jaar een multidisciplinair overleg rond huidkanker bij te wonen. Deze huisartsen zijn vast verbonden aan, en werken samen met lokale dermatologen en plastisch chirurgen. Dit type artsen mag basocellulaire carcinomen over het gehele lichaam opereren in het VK. Tot slot zijn er nog de model 2 GPs, deze huisartsen voldoen aan alle criteria van ESGPs en GPwSIs en mogen bijkomend alle vormen van huidkanker behandelen over het gehele lichaam. Dit dient nog altijd te gebeuren in overleg met de specialisten waarmee zij samenwerken. Uitgebreide informatie over opleidingen en kwalificaties is online beschikbaar(9,10).

In Canada zijn er huisartsen met *enhanced surgical skills* (ESS). Tot enkele jaren geleden was dit een bijkomende opleiding zonder vast curriculum. Een bijkomende opleiding van twaalf maanden die enkel aan de universiteit van Saskatchewan aangeboden wordt volstond(11). Een belangrijke reden om deze opleiding te formaliseren is de huidige heterogeniteit in de opleiding en competenties van artsen die ingrepen uitvoeren in de landelijke gebieden van Canada(12). Recent is een transitie begonnen om de opleiding om te vormen naar een *category 1 status* (te vergelijken met een postgraduaat opleiding). Dit omvat een curriculum met vooropgestelde criteria en competenties die behaald moeten worden(13). Na het succesvol doorlopen van de opleiding bekomt men een *certificate of added competence* (CAC).

In Zuid-Afrika is er sinds 2007 een officiële opleiding voor huisartsen(14). Het landelijke karakter van het land zorgt ervoor dat tot 30% van alle vaardigheden voor de huisarts verband houden met

chirurgische, obstetrische of anesthetische procedures. In het curriculum is onderscheid gemaakt tussen *core skills*, *supervised skills* en *elective skills*. Deze vaardigheden moeten respectievelijk zonder supervisie, met supervisie of na het volgen van specifieke extra programma's, uitgevoerd worden. De chirurgische procedures die opgenomen zijn in de *core skills* zijn, onder andere: circumcisie, hydrocoele draineren, huid biopsie, sectio, uterus curettage, cricothyroïdectomie en ingegroeide teennagels verwijderen. Deze procedures worden aangeleerd en geëvalueerd tijdens de opleiding in plaatselijke ziekenhuizen onder leiding van specialisten(15).

In België worden de vaardigheden voor een huisarts beschreven in de toets lijst van het Interuniversitair Centrum voor de Huisartsenopleiding (ICHO)(16). In dit document vinden we de volgende relevante vaardigheden terug:

Vaardigheden huidletsels (open/gesloten)
De HAIO is in staat :
- wondreiniging, wondrandexcisie en verwijderen van corpora aliena uit te voeren
- anaesthesie en wondhechting uit te voeren
- de indicatie te stellen voor verwijzing (dieper letsel aan pezen, zenuwen, gewrichten; ernstige brandwonden)
- hygiënische maatregelen te treffen ter voorkoming van wondcontaminatie
- opvang van gewonden in de praktijk te organiseren

Vaardigheden (huidmaligniteiten)
De haio is in staat :
- goedaardige huidzwellingen te verwijderen met N_2, elektrochirurgie of excisie door middel van scalpel
- verdachte lesies te herkennen en voor verder beleid door te verwijzen naar de specialist
- bevindingen van PA onderzoek adequaat te interpreteren

De evaluatie van deze vaardigheden gebeurt door de praktijkopleider van de HAIO. De waarborg van de kwaliteit hangt dus af van de vaardigheden en de kennis van de betrokken praktijkopleider en de motivatie om deze de controleren.

3.1.4 Types ingreep bij de huisarts

In de literatuur werden voor België geen cijfers terug gevonden over het aantal huisartsen dat chirurgie doet of hoe frequent bepaalde ingrepen uitgevoerd worden. Een studie in het VK uit 2015 bevroeg enerzijds welke ingrepen GPwSIs allemaal uitvoerde en bepaalde anderzijds hoeveel procent van alle GPwSIs een bepaald type ingreep uitvoerde(17). 113 GPwSIs vulde de vragenlijst in. Een vasectomie werd door 78% van de GPwSIs uitgevoerd. Gevolgd door excisie van huidbolletjes en –letsels (65%), ingegroeide teennagels (19%) en carpaal tunnel decompressies (12%).

Een soortgelijke studie uit 2017 van Pahle et al.(18) bekeek de data van 4828 huisartsen in Noorwegen. In 2013 voerde 91% van alle huisartsen in Noorwegen kleine ingrepen uit zoals, een huidbiopsie, kleine huidtumoren verwijderen of een sutuur van een wonde. 76% van alle huisartsen

gaf aan ook uitgebreide chirurgie te doen zoals het insnijden van een abces, onderhuidse tumoren verwijderen, debridement en verzorging van grote wonden en zelfs ligaturen van hemorroïden.
Een studie uit 2017 van Eide et al. onderzocht welk percentage van de Scandinavische huisartsen een bepaalde ingreep uitvoert(3). Er werden 198 huisartsen in Noorwegen, 212 in Denemarken, 97 in Zweden, 288 in Finland en 80 in IJsland geïncludeerd in de studie. De resultaten tonen een grote heterogeniteit tussen de verschillende landen. Een wigresectie van een ingegroeide teennagel werd door 94,8% van alle bevraagde huisartsen in Zweden gedaan maar slechts door 17,2% in Denemarken. Voor een wondhechting liggen de percentages tussen de 99% (Zweden) en 66,8% (Denemarken). Een sebumcyste werd ook door de meeste huisartsen zelf behandeld (55,9% – 87,5%). Opvallend is dat in Zweden, waar de voorafgaande drie ingrepen door bijna alle bevraagde huisarts uitgevoerd worden(99,0-87,5%), er slechts 31,9% van de huisartsen aangeeft een wrat uit te snijden. Eide et al. konden geen duidelijk verklaring vinden voor deze variaties. Een van de mogelijkheden die werd aangehaald is het financieringsmodel. In Denemarken en Noorwegen is ongeveer 70% van het rechtstreeks inkomen prestatie gebonden(19,20). Dit zou kunnen verklaren waarom een meer tijdsintensieve ingreep zoals een wigresectie minder de prioriteit krijgt wanneer deze niet correct vergoed wordt.

3.1.5 Financiële aspecten

Zoals in de vorige paragraaf werd aangehaald kan een financieringssysteem er wellicht voor zorgen dat bepaalde ingrepen juist wel of eerder niet door de huisarts worden uitgevoerd. Een studie uit 1990 van Krasnik et al.(21) onderzocht het effect op doorverwijzingen nadat het verloningssysteem veranderde van een betaling per patiënt naar een gemengde betaling per patiënt en per prestatie. In deze retrospectieve studie met 426 huisartsen bleek dat er na de wijziging een significante daling was van het aantal doorverwijzingen voor behandeling naar het ziekenhuis.
Naast de vergoeding voor de huisarts spelen ook de kosten voor de maatschappij en de patiënt een rol. In de MISTIC trial uit 2008(5) bleek dat de gemiddelde kosten voor een kleine ingreep in het ziekenhuis 1222 pond (SD 23,24) bedroegen. Wanneer dezelfde ingrepen bij de huisarts worden uitgevoerd bedroegen de kosten gemiddeld slechts 450 pond (SD 47,74).

Naar aanleiding van deze bevindingen werd de kostprijs voor 3 courante ingrepen (sutuur in en buiten aangezicht en ingegroeide teennagel) opgevraagd bij een plaatselijk ziekenhuis. De onderstaande gegevens betreffen een consultatie met verwijsbrief bij een geconventioneerde arts voor een patiënt zonder verhoogde tegemoetkoming (nomenclatuurnummers: 148013 + 590575, 148013 + 590575 en 145530 + consultatie). In tabel 1 zien we dat elke ingreep goedkoper is, zowel voor de patiënt als voor de maatschappij. Bovendien zijn dit de gegevens voor een ingreep na doorverwijzing door de huisarts. Voor dergelijke ingrepen op spoed zonder verwijsbrief zullen de kosten voor de patiënt hoger liggen.

Kosten ingreep (inc. consultatie, excl. materiaal)	**Specialist**			**Huisarts**		
	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	**Totaal**	Ten laste V.I.	Ten laste patiënt	**Totaal**
Hechting aangezicht	65,11	13,51	**78,62**	48,98	12,73	**61,71**
Hechting elders	56,37	10,60	**66,97**	40,24	9,82	**50,06**
Ingegroeide teennagel	41,74	18,46	**60,20**	42,19	10,46	**52,65**

Tabel 1. Kosten van een ingreep bij de specialist en bij de huisarts, beide geconventioneerd.

Hoewel het verschil niet zo groot is als in het VK (5) is er ook in België een verschil in kostprijs van een ingreep.

3.2 Resultaten van de vragenlijst

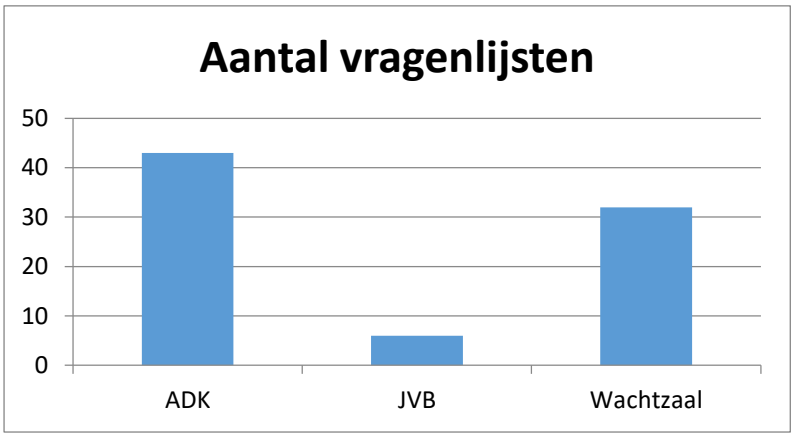
3.2.1 Demografische kenmerken

Dit onderzoek werd uitgevoerd in een stedelijke groepspraktijk met 3 vaste artsen en 1 HAIO. In de nabije omgeving zijn 3 ziekenhuizen, alle 3 op ongeveer 10 kilometer van de praktijk gelegen. In totaal werden 100 vragenlijsten verspreid. 45 vragenlijsten werden door onderzoeker ADK meegegeven aan patiënten, 15 vragenlijsten door opleider JVB en tot slot 40 vragenlijsten in de wachtzaal. Van de 100 vragenlijsten zijn respectievelijk 43, 6 en 33 vragenlijsten afgeleverd op het secretariaat (tabel 2 en figuur 1). Een vragenlijst van de wachtzaal was niet volledig ingevuld en deze werd dan ook geëxcludeerd. In totaal werden 81 unieke volledig ingevulde vragenlijsten geïncludeerd in dit onderzoek.

53% van de collectie gebeurde door onderzoeker ADK, 40% in de wachtzaal en 7% door opleider JVB.

Collectie	N	%
ADK	43	53
JVB	6	7
Wachtzaal	32	40

Tabel 2. Overzicht van het aantal vragenlijsten.



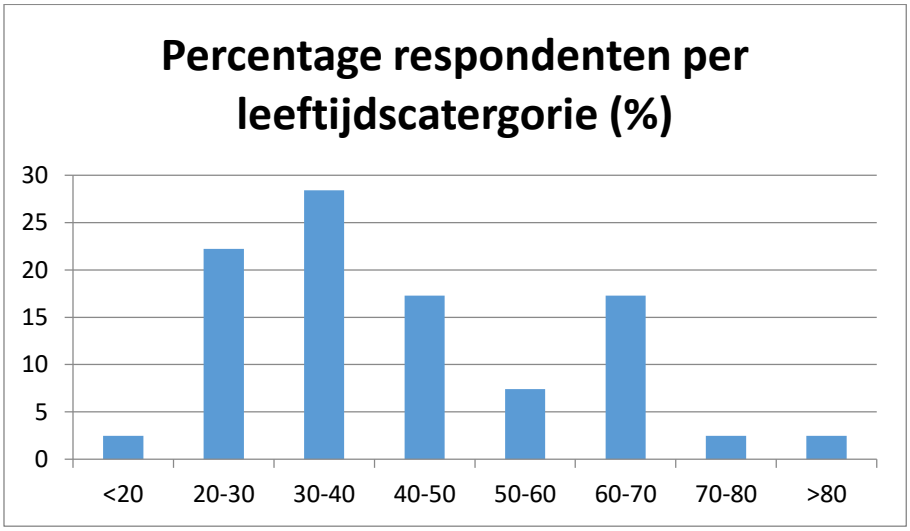
Figuur 1. Verdeling van vragenlijsten volgens oorsprong.

Leeftijd

Elke leeftijdscategorie wordt vertegenwoordigd met in mindere mate de jongste (<20j, 2%) en oudste (>70j, 4%) patiënten. 67% van de patiënten is tussen de 20 en 50 jaar oud (tabel 3 en figuur 2).

Leeftijd (J)	**N**	**%**
<20	2	2
20-30	18	22
30-40	23	28
40-50	14	17
50-60	6	7
60-70	14	17
70-80	2	2
>80	2	2

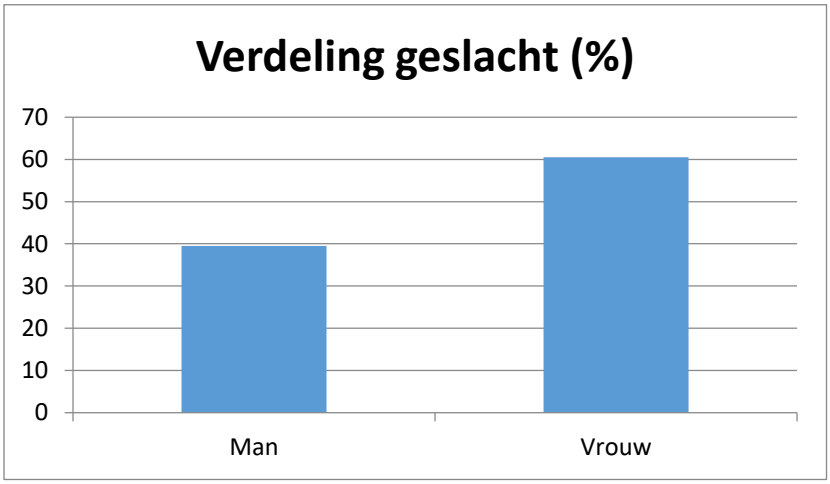
Tabel 3. Verdeling van de leeftijd van de respondenten.



Figuur 2. Verdeling van de leeftijd van de respondenten.

Geslacht

Er zijn 40% mannen ondervraagd tegenover 60% vrouwen (figuur 3).



Figuur 3. Verdeling geslacht van de respondenten.

Frequentie van consulteren

59% van de bevraagde patiënten consulteert tussen de 1 en 3 maal per jaar, 27% om de 2 maanden, 9% maandelijks. Slechts 1 respondent consulteert 2-wekelijks en 3 personen gaven aan 1-maal per jaar te consulteren (tabel 4).

Consultatie frequentie	**N**	**%**
tweewekelijks	1	1
maandelijks	7	9
om de 2 maanden	22	27
1-3x/j	48	59
1x/jaar	3	4

Tabel 4. Frequentie van consulteren.

Opleidingsniveau

De grootste groep van respondenten heeft een diploma secundair onderwijs (42%) of hogeschool (39%) behaald. Daarnaast geven 8 respondenten aan een universitair diploma te hebben behaald, 10 respondenten enkel beroepsonderwijs te hebben gevolgd. 7 respondenten geven aan over geen diploma te beschikken. Geen enkele van deelnemer beschikt over een doctoraat (tabel 5).

Opleiding	**N**	**%**
geen	7	9
secundair	34	42
beroeps	10	12
hogeschool	22	39
universiteit	8	10
doctoraat	0	0

Tabel 5. Verdeling opleidingsniveau respondenten.

Verhoogde tegemoetkoming

Tot slot gaven ongeveer een op de drie deelnemers aan dat zij recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming (tabel 6).

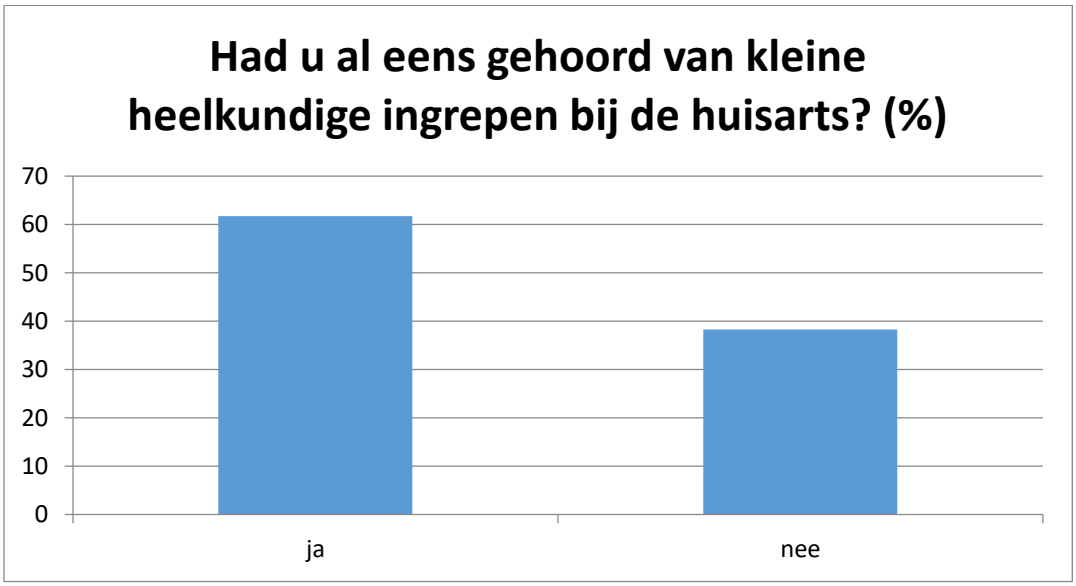
Verhoogde tegemoetkoming	**N**	**%**
ja	25	31
nee	56	69

Tabel 6. Aantal deelnemers met verhoogde tegemoetkoming.

3.2.2 Bevraging chirurgie

Kennis kleine heelkundige ingrepen

Zes op de tien patiënten geven aan al eens gehoord te hebben dat hun huisarts kleine ingrepen doet. In vier op de tien gevallen hadden zij nog niet gehoord dat het mogelijk was om een kleine ingreep bij de huisarts te laten doen (figuur 4).



Figuur 4. Kennis over ingrepen bij de huisarts.

Aantal ingrepen de afgelopen 5 jaar

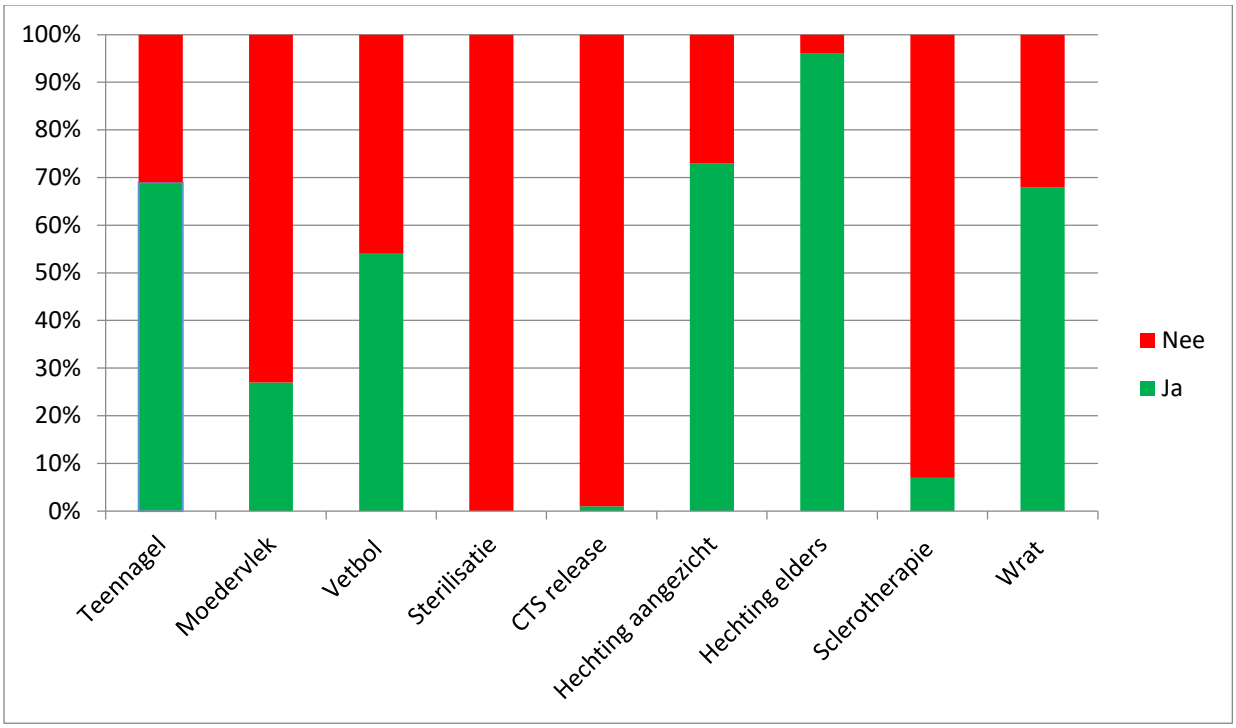
De meerderheid (85%)van de respondenten gaf aan de afgelopen 5 jaar geen ingreep te hebben ondergaan bij de huisarts. 12% had een ingreep laten uitvoeren en 2% had zich 2 keer laten behandelen. Geen enkele respondent had meer dan 2 chirurgische behandelingen ondergaan bij de huisarts (tabel 7).

Afgelopen 5 jaar chirurgie	**N**	**%**
geen	69	85
1x	10	12
2x	2	2
3x of meer	0	0

Tabel 7. Aantal keren chirurgie bij de huisarts ondergaan de afgelopen 5j.

Kennis van ingrepen bij de huisarts

Wanneer er wordt gepeild naar de kennis van de respondenten over welke ingrepen zij denken dat hun huisarts uitvoert valt het op dat het merendeel van de respondenten denkt dat hechtingen (over het gehele lichaam), verwijderen van ingegroeide teennagels en het verwijderen van wratten door hun huisarts wordt gedaan. Er zijn bijna geen patiënten die denken dat de meer invasieve procedures zoals een vasectomie, CTS release en sclerotherapie door hun huisarts gedaan wordt. Tot slot zijn de meningen verdeeld of het uitsnijden van een vetbol of een moedervlek al dan niet door hun huisarts wordt gedaan (figuur 5).

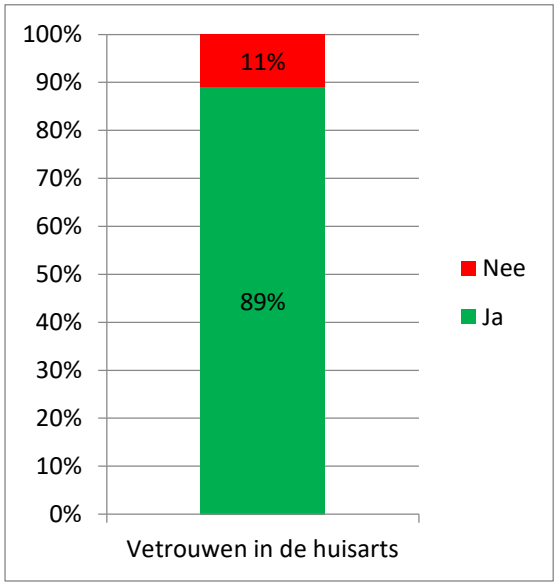


Figuur 5. Percentage respondenten dat denkt dat de huisarts een ingreep uitvoert.

Ingegroeide teennagel

89% (N=72) van de bevraagde patiënten geeft aan dat ze vertrouwen hebben in hun huisarts om een ingegroeide teennagel te laten verwijderen (figuur 6). Van de 72 patiënten die aangeven hier vertrouwen in te hebben zouden 69 patiënten (96%) dit vervolgens bij de huisarts laten doen (figuur 7). In de vrije tekst waren vooral de snelheid van de afspraak en de vertrouwensband met de huisarts (N=7 voor beide opmerkingen) belangrijk. Daarnaast geven vier patiënten aan dat ook de fysieke nabijheid van de huisarts een rol speelt.

Voor de negen respondenten (11%) die aangaven geen vertrouwen te hebben in de huisarts is de belangrijkste reden om dit niet te doen schrik voor een gebrek aan ervaring bij de huisarts (N=4). Gevolgd door schrik voor complicaties (N=1) en angst voor een minder goed uitgevoerde ingreep (N=1). In de vrije tekst wordt er twee keer vermeld dat de patiënt dit liever door een specialist laat doen en eenmaal dat er schrik is voor onvoldoende steriele omstandigheden.



Figuur 6. Vertrouwen in de huisarts voor het verwijderen van een ingegroeide teennagel.

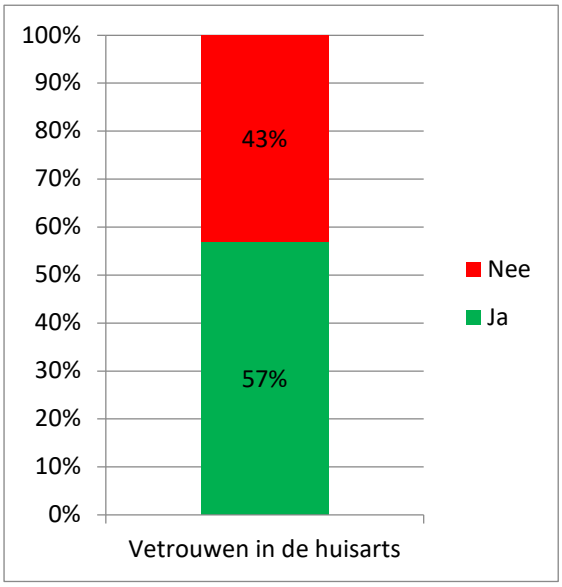


Figuur 7. Patiënten die in het vervolg een ingegroeide teennagel bij de huisarts laten verwijderen.

Moedervlek

Voor het verwijderen van een moedervlek heeft 57% (N=46) vertrouwen in de huisarts terwijl 43% (N=35) dit niet heeft (figuur 8). Van de 46 respondenten die vertrouwen hebben zou 96% (N=44) dit in het vervolg dan ook bij de huisarts laten doen (figuur 9). Positieve ervaringen in het verleden (N=2) en de toegankelijkheid (N=2) worden aangehaald als redenen om dit wel te laten doen.

Bij de 35 patiënten die aangeven geen vertrouwen te hebben in de huisarts is er vooral ongerustheid rond complicaties (37%, N=13) en gebrek aan ervaring (29%, N=10). De mogelijkheid dat de ingreep minder goed uitgevoerd wordt speelt een rol voor drie patiënten (9%). In de vrije tekst wordt vooral een groter vertrouwen in de dermatoloog uitgesproken (N= 5) en de schrik voor maligniteit aangehaald (N= 4) (tabel 8).



Figuur 8. Vertrouwen in de huisarts voor het verwijderen van een moedervlek.



Figuur 9. Patiënten die in het vervolg een moedervlek bij de huisarts laten verwijderen.

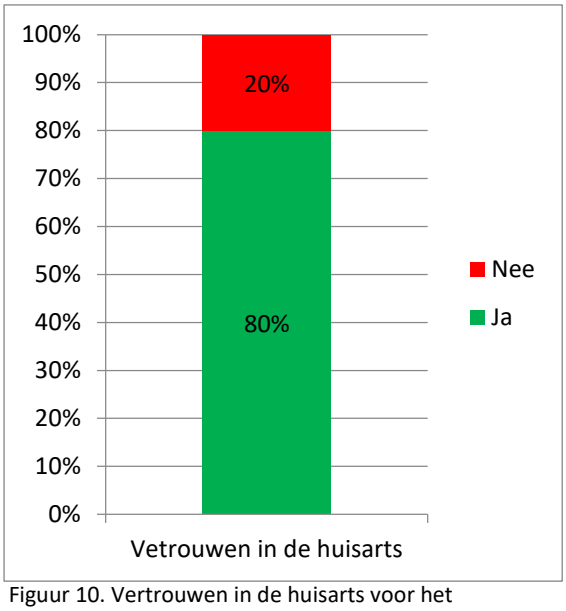
Moedervlek, waarom niet?	N	%
Complicaties	13	37
Ervaring	10	29
Voorkeur specialist	5	14
Maligniteit	4	11
Kwaliteit	3	9

Tabel 8. Redenen om een moedervlek niet bij de huisarts te laten verwijderen.

Lipoom

Voor het verwijderen van een vetbol (lipoom) heeft 80% (N=65) van de respondenten vertrouwen in de huisarts (figuur 10). Van de 65 ja-antwoorden zou 98% (N=64) hiervoor in het vervolg naar de huisarts gaan (figuur 11). In de vrije tekst komen positieve ervaringen in het verleden (N=2) en de toegankelijkheid van de huisarts (N=4) naar voeren als redenen om dit in het vervolg bij de huisarts te laten uitvoeren.

20% (N=16) geeft aan geen vertrouwen te hebben in de huisarts. Vooral het gebrek aan ervaring en schrik voor complicaties (beide N=5) zijn de belangrijkste redenen. Daarnaast spelen ook een groter vertrouwen in de dermatoloog (N=2), afwezigheid van onderzoek naar maligniteit (N=1) en een mindere uitvoering van de ingreep (N=1) een rol.



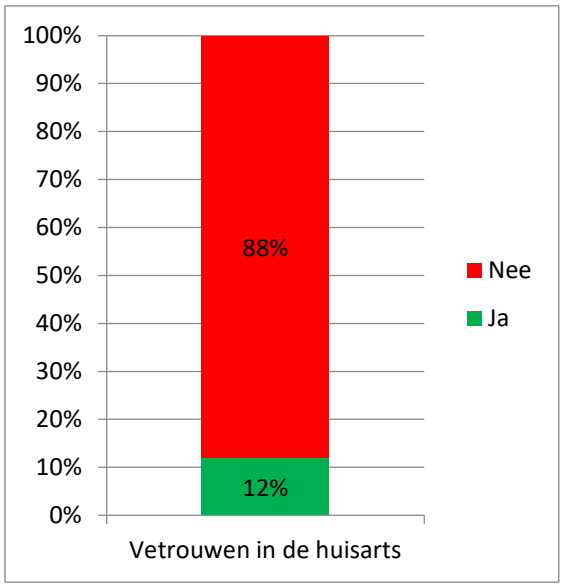
Figuur 10. Vertrouwen in de huisarts voor het verwijderen van een lipoom.



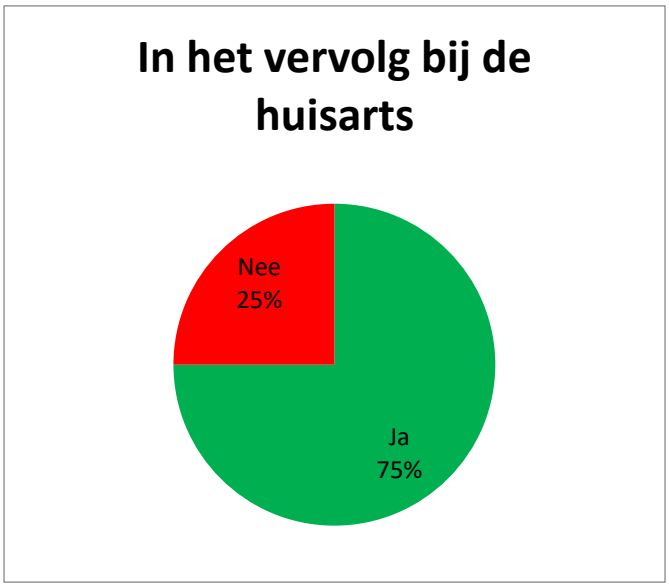
Figuur 11. Patiënten die in het vervolg een lipoom bij de huisarts laten verwijderen.

Sterilisatie

Het laten uitvoeren van een sterilisatie werd enkel bij de mannelijke respondenten (N= 32) bevraagd. Slecht 4 mannen (12%) gaven aan hiervoor vertrouwen te hebben in de huisarts (figuur 12). 3 van de 4 patiënten zouden dit in het vervolg dan ook bij de huisarts laten doen (figuur 13). Bij de overige 28 mannen wordt vooral de schrik voor complicaties (N=19, 68%) aangehaald als reden om dit niet te laten doen. Daarnaast wordt ook angst voor een gebrek aan ervaring (N= 3), meer vertrouwen in de specialist gezien de delicate aard van de ingreep (N=4), mindere kwaliteit van de ingreep (N=2), te weinig steriliteit (N=1) en de wens naar algemene anesthesie (N=1) aangehaald (tabel 9).



Figuur 12. Vertrouwen in de huisarts voor het uitvoeren van een vasectomie.



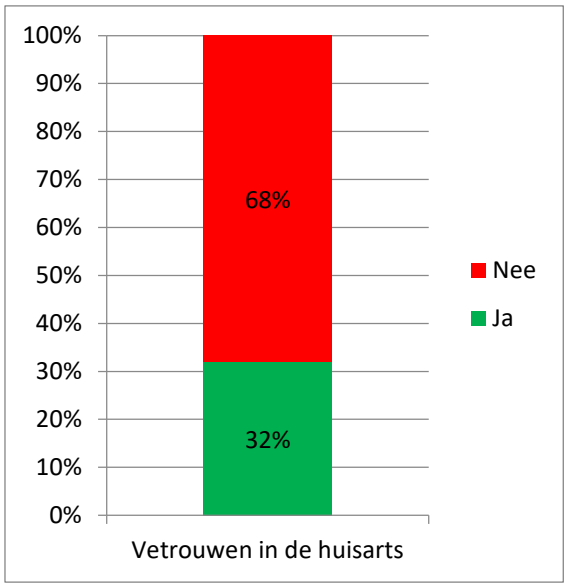
Figuur 13. Patiënten die in het vervolg een vasectomie bij de huisarts laten uitvoeren.

Vasectomie, waarom niet?	N	%
Complicaties	19	68
Specialist omwille van gevoeligheid.	4	14
Ervaring	3	11
Kwaliteit	2	7
Steriliteit	1	4
Algemene verdoving	1	4

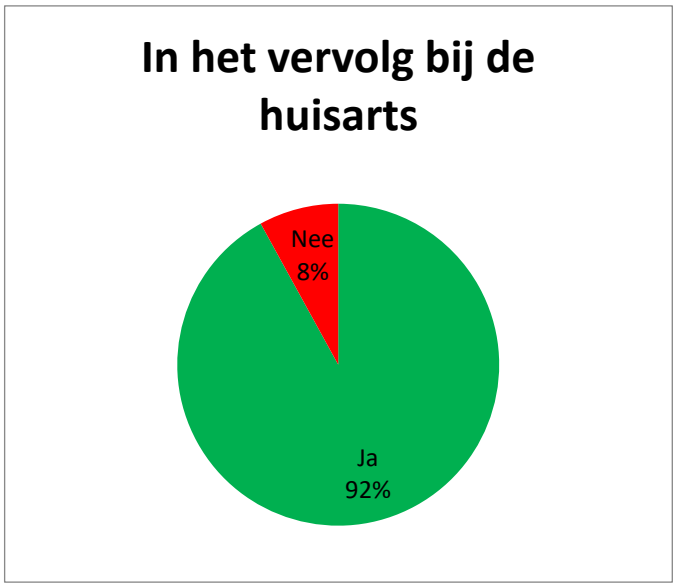
Tabel 9. Redenen om een vasectomie niet bij de huisarts te laten uitvoeren.

Carpaal tunnel syndroom

Slecht 26 patiënten (32%) hebben vertrouwen in hun huisarts voor het uitvoeren van een *release* van een carpaal tunnel syndroom(CTS)(figuur 14). Van deze 26 patiënten zouden er 24 (92%) dit ook effectief bij de huisarts laten doen in het vervolg (figuur 15). Echter, de meerderheid van de respondenten (68%, N=55) heeft hier toch onvoldoende vertrouwen voor in de huisarts. Bijna 1 op de 2 heeft schrik voor complicaties (49%, N=27) en 1 op de 4 (25%, N=14) heeft schrik dat de huisarts hier niet genoeg ervaring mee heeft. Daarnaast spelen ook de delicaatheid van de ingreep rond een zenuw (N=7) en de voorkeur voor een ingreep door de specialist (N=5) een rol (tabel 10).



Figuur 14. Vertrouwen in de huisarts voor het uitvoeren van een carpaal tunnel *release*.



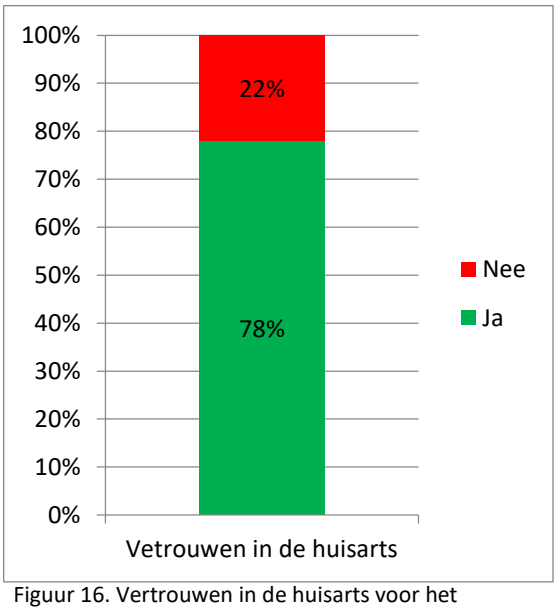
Figuur 15. Patiënten die in het vervolg een carpaal tunnel *release* bij de huisarts laten uitvoeren.

CTS, waarom niet?	**N**	**%**
Kwaliteit	3	5
Ervaring	14	25
Complicaties	27	49
Specialist	5	9
Delicate ingreep	7	13

Tabel 10. Redenen om een carpaal tunnel *release* niet bij de huisarts te laten uitvoeren.

Hechting in het aangezicht

Meer dan 3 op de 4 patiënten (78%, N= 63) geven aan vertrouwen te hebben in de huisarts voor het uitvoeren van een hechting in het aangezicht (figuur 16). 92% (N=58) zou dit ook bij de huisarts laten doen in het vervolg. 5 patiënten (8%) kiezen toch voor een alternatief (figuur 17). De voornaamste redenen om dit bij de huisarts te laten doen zijn positieve ervaringen in het verleden (N=5) en de toegankelijkheid van de huisarts (N=3). Bij de 18 respondenten (22%) die geen vertrouwen hebben is de voornaamste reden schrik voor complicaties en een minder esthetische resultaat (beide 44%, N=8). Daarnaast hebben patiënten ook bezorgheden rond het gebrek aan ervaring (33%, N=6) en mindere kwaliteit van de ingreep (11%, N=2)(tabel 11).



Figuur 16. Vertrouwen in de huisarts voor het uitvoeren van een hechting in het aangezicht.



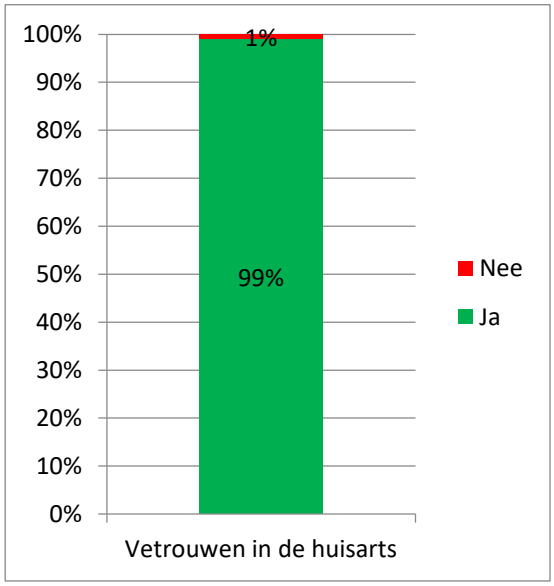
Figuur 17. Patiënten die in het vervolg een hechting in het aangezicht bij de huisarts laten uitvoeren.

Hechting aangezicht, waarom niet?	**N**	**%**
Kwaliteit	2	11
Ervaring	6	33
Complicatie	8	44
Beter esthetisch resultaat specialist	8	44

Tabel 11. Redenen om een hechting in het aangezicht niet bij de huisarts te laten uitvoeren.

Hechting buiten het aangezicht

Zo goed als alle respondenten (99%, N=80) hebben vertrouwen om een wonde buiten het aangezicht bij de huisarts te laten hechten (figuur 18). Echter 3 van deze 80 respondenten zouden toch een alternatief zoeken voor deze ingreep, de voornaamste bezorgdheden zijn gebrek aan ervaring (N=2) en schrik voor complicaties (N=1). Vooral de toegankelijkheid (N=5) en vroegere ervaringen (N=3) zijn belangrijke redenen om dit bij de huisarts te laten doen.



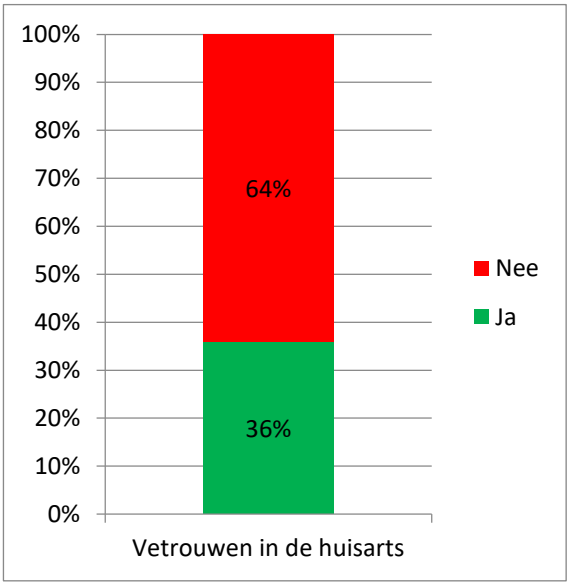
Figuur 18. Vertrouwen in de huisarts voor het uitvoeren van een hechting buiten het aangezicht.



Figuur 19. Patiënten die in het vervolg een hechting buiten het aangezicht bij de huisarts laten uitvoeren.

Sclerotherapie

Slechts 1 op de 3 patiënten (36%, N=29) heeft vertrouwen in de huisarts om aders te laten wegspuiten (sclerotherapie)(figuur 20). 93% (N=27) van de patiënten die hier positief op antwoordde zou dit ook laten doen bij de huisarts (figuur 21). De grootste bezorgdheden bij de overige 52 patiënten (64%) zijn complicaties (50%, N=26), gebrek aan ervaring (27%, N=14) en mindere kwaliteit (8%, N=4). Daarnaast geven 4 patiënten (8%) aan dat ze dit liever bij de specialist zouden willen laten doen (tabel 12).



Figuur 20. Vertrouwen in de huisarts voor het uitvoeren van sclerotherapie.



Figuur 21. Patiënten die in het vervolg sclerotherapie bij de huisarts laten uitvoeren.

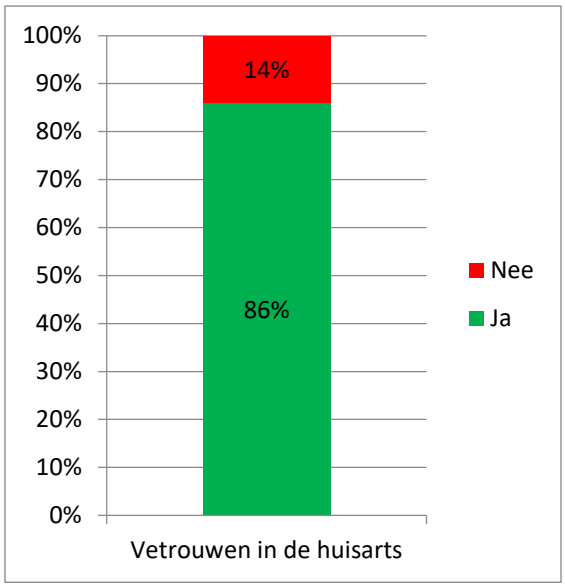
Sclerotherapie, waarom niet?	**N**	**%**
Kwaliteit	4	8
Ervaring	14	27
Complicatie	26	50
Specialist	4	8

Tabel 12. Redenen om een sclerotherapie niet bij de huisarts te laten uitvoeren.

Wrat

Tot slot geeft 86% (N=70) van de respondenten aan vertrouwen te hebben in de huisarts voor het chirurgisch verwijderen van een wrat (figuur 22). 99% (N=69) van de patiënten die ja antwoordt zou dit in het vervolg ook bij de huisarts laten doen (figuur 23). In de vrije tekst is de voornaamste redenen om dit bij de huisarts te laten doen zijn de toegankelijkheid (N=2), vertrouwen in de vaardigheden van de huisarts (N=2) en een goede ervaring in het verleden (N=1).

Bij de 11 patiënten (14%) die geen vertrouwen hebben in de huisarts speelt vooral een gebrek aan ervaring (N=7) een rol, gevolgd door meer vertrouwen in de specialist (N=3) en schrik voor complicaties (N=1).



Figuur 22. Vertrouwen in de huisarts voor het verwijderen van een wrat.



Figuur 23. Patiënten die in het vervolg een wrat bij de huisarts laten verwijderen.

4. Discussie

Veel huisartsen in Vlaanderen voeren een of meerdere vormen van kleine heelkunde uit. Voor zover wij weten is dit het eerste onderzoek in België dat de kennis over, en het vertrouwen in, chirurgie bij de huisarts onderzocht heeft.

Uit de literatuur blijkt dat chirurgie bij de huisarts in elk land een onderdeel is van de praktijk. De ingrepen die door huisartsen in andere landen worden uitgevoerd komen grotendeels overeen met de ingrepen die in België gedaan worden. Een verschil tussen de Belgische situatie en de situatie in andere landen is een afwezigheid van een soort kwaliteitslabel. Waar er in sommige landen bijkomende erkenningen beschikbaar zijn is dit in België niet het geval. Het gevolg is dat patiënten niet op de hoogte zijn van de kwalificaties van hun huisarts. Dit blijkt ook uit het onderzoek, waar patiënten frequent aangeven te weinig vertrouwen te hebben in de vaardigheden van de huisarts. Een bijkomende vorm van accreditering kan enerzijds dienen om de kwaliteit van diagnose en ingreep te vergroten. Anderzijds kan dit er ook voor zorgen dat huisartsen die dergelijke ingrepen doen toegankelijker worden voor de patiënt. Daarnaast zien we ook dat er een verschil is in de kostprijs van een ingreep. Er zijn vraagtekens te plaatsen bij het huidige beleid waarbij identiek dezelfde wonde in het ziekenhuis meer wordt gevaloriseerd en bij de huisarts minder. Als het doel een sterke, bekwame en performante eerste lijn is, dan dient deze ook zo vergoed te worden.

Door middel van een vragenlijst werd bij patiënten in een West-Vlaamse groepspraktijk gepeild naar hun kennis van kleine chirurgie en het vertrouwen dat zij hebben in hun huisarts om dit uit te voeren. Vooral bij het verwijderen van een ingegroeide teennagel, vetbol of wrat hebben veel patiënten vertrouwen in de huisarts. Ook om een wonde te laten hechten, zowel in het aangezicht als daarbuiten, kan de huisarts rekenen op veel vertrouwen van de patiënt. Voor het uitvoeren van een sterilisatie bij de man, het vrij leggen van de N. Medianus (carpaal tunnel syndroom release) of het scleroseren van een spatader is er weinig vertrouwen in de huisarts. Voor het verwijderen van een moedervlek was het vertrouwen in de huisarts gemengd. Er is een duidelijke groep ingrepen waarvan de patiënt aangeeft vertrouwen te hebben in de huisarts. Deze groep van ingrepen komt overeen met de ingrepen die volgens de literatuur frequent door de huisarts wordt uitgevoerd. (3)

Uit deze bevraging blijkt dat 4 op de 10 patiënten niet heeft gehoord van kleine chirurgische ingrepen bij de huisarts. Daarnaast zijn ook veel patiënten die denken dat hun huisarts bepaalde ingrepen niet uitvoert. Vooral voor het verwijderen van een moedervlek en een vetbol geven veel patiënten aan dat hun huisarts dit niet doet. Opvallend, omdat zeker voor het verwijderen van een vetbol, veel patiënten voor deze ingreep wel vertrouwen hebben in hun huisarts.

Wanneer we kijken naar de meest voorkomende redenen om een bepaalde ingreep wel bij de huisarts te laten doen, kunnen 3 belangrijke factoren geïdentificeerd worden. Vooral de

toegankelijkheid van de huisarts wordt vaak aangehaald, dit omvat enerzijds de fysieke afstand die een patiënt moet afleggen en anderzijds het gemak en de snelheid waarmee een patiënt een afspraak kan krijgen. Daarnaast zijn ook positieve ervaringen in het verleden een belangrijke factor om een ingreep bij de huisarts te laten doen. Tot slot geven patiënten ook aan dat de vertrouwensband die ze hebben met hun huisarts een rol speelt in hun keuze.

Redenen waarom respondenten een ingreep liever niet bij de huisarts laten uitvoeren zijn meer divers en verschillen naargelang het type van ingreep. Bij de meer invasieve ingrepen (CTS, sclerotherapie en vasectomie) en het verwijderen van een moedervlek wordt vooral de schrik voor complicaties aangegeven als reden waarom zij dit liever niet bij de huisarts laten doen. Angst voor een gebrek aan ervaring komt frequent terug bij alle ingrepen behalve een hechting buiten het aangezicht. Opvallend is dat 4 respondenten aangeven schrik te hebben voor maligniteit bij het verwijderen van een moedervlek waar ook gesuggereerd wordt dat de huisarts dit niet kan controleren. Dit wijst op een gebrek aan kennis rond de mogelijkheden van anatomo-pathologisch onderzoek op letsels die bij de huisarts verwijderd worden. Voor een hechting in het aangezicht wordt een beter esthetisch resultaat bij de specialist regelmatig (N=8) gerapporteerd.

14% (N=12) van de patiënten heeft de afgelopen 5 jaar een of meerdere ingrepen laten uitvoeren bij de huisarts. De onderzochte populatie in dit onderzoek is echter te klein om hier conclusies uit te trekken. Echter dit wekt de indruk dat een ingreep bij de huisarts een belangrijke vorm van dienstverlening is.

De demografische gegevens tonen aan dat deelnemers uit alle leeftijdscategorieën komen. De leeftijd 50-60j lijkt wat ondervertegenwoordigd. Dit kan wellicht verklaard worden door het kleinere aantal vragenlijsten dat afgenomen werd door JVB. De gemiddelde leeftijd van de populatie van JVB ligt hoger dan die van onderzoeker ADK. De verdeling van het geslacht is in balans met 40% man en 60% vrouw. Van alle respondenten geeft 49% aan een diploma hoger onderwijs te hebben behaald. Dit komt overeen met het niveau van scholing in de algemene populatie(22). In de steekproef gaf 31% aan enkel het remgeld te betalen. Echter, in Vlaanderen hebben gemiddeld slechts 14% van alle inwoners recht op een verhoogde tegemoetkoming(23). Er is een vermoeden dat deze waarde hoger ligt in de populatie van de steekproef omwille van de vraagstelling. Zo zijn er patiënten in de praktijk die enkel het remgeld betalen maar geen recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Gezien de normale verdeling van het onderwijsniveau lijkt het plausibel dat er een groep met een gemiddelde socio-economische status (SES) werd bevraagd.

Een belangrijke beperking voor het onderzoek is de steekproefgrootte (N=81) en het feit dat dit een mono-centrische studie is. Een dergelijke steekproef laat ons toe uitspraken te doen op praktijkniveau maar laten geen extrapolatie naar populatieniveau toe. Daarnaast is het ook nog altijd mogelijk dat een aantal respondenten toch een sociaal wenselijk antwoord heeft gegeven. Een

alternatief om deze bias tegen te gaan is een volledig anonieme digitale vragenlijst. Echter, er zal dan een gepaste oplossing moeten gevonden worden voor de geïnformeerde toestemming.

Een belangrijke beperking van het onderzoek is dat enkel het vertrouwen van de patiënt werd onderzocht. Er werd niet gepeild naar de verwachtingen van de patiënt. Daarnaast is het ook belangrijk om te vermelden dat er tussen de artsen in de praktijk onderling ook verschillen zijn in het type en frequentie van de ingrepen. Tot slot zou er sprake kunnen zijn van een selectie bias omdat slechts 2 van de 4 artsen in de praktijk vragenlijsten hebben uitgedeeld. Echter, 40% van alle vragenlijsten zijn in de wachtzaal ingevuld waardoor patiënten van alle 4 de artsen gerekruteerd zijn. Daarnaast is onderzoeker ADK nog huisarts in opleiding en heeft nog geen vaste patiëntenpopulatie. Het lijkt dus aannemelijk dat deze vragenlijsten een representatief beeld geven van de gehele patiëntenpopulatie in de praktijk.

5. Conclusie en aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek kunnen we concluderen dat patiënten het vertrouwen hebben om een beperkt gamma aan kleine ingrepen uit te laten voeren bij hun huisarts. De volgende ingrepen worden voorgesteld:

- Hechtingen over het gehele lichaam
- Verwijderen van een ingegroeide teennagel
- Verwijderen van een lipoom
- Chirurgisch verwijderen van een wrat
- Verwijderen van moedervlek

Ten tweede legt dit onderzoek ook enkele pijnpunten bloot. Een aantal patiënten geeft aan onvoldoende vertrouwen te hebben in de kennis en kunde van de huisarts. Dit vormt voor hen een drempel. Op basis hiervan zouden wij willen pleiten voor een eenvoudig getrapt vaardigheidssysteem zoals in het Verenigd Koninkrijk ook het geval is. Elke basisarts kan dan zonder bijkomende opleiding of accreditering hechtingen uitvoeren, ingegroeide teennagels verwijderen en wratten uitsnijden. Een volgend niveau kan dan kennis en kunde in het verwijderen van een moedervlek of lipoom aanduiden. Een vorm van accreditering voor dit tweede niveau zou kunnen plaatsvinden door initieel een beperkte opleiding aan te bieden, al dan niet georganiseerd door een beroepsvereniging, gevolgd door een jaarlijkse bijscholing in de vorm van accreditatiepunten. Dit systeem kan enerzijds de kwaliteit bij de arts verhogen en anderzijds meer duidelijkheid en vertrouwen geven aan de patiënt.

Een andere opvallende conclusie is dat veel patiënten niet op de hoogte zijn dat zij bepaalde ingrepen bij de huisarts kunnen laten uitvoeren. Zeker omdat uit dit onderzoek blijkt dat hier voor patiënten veel voordelen aan verbonden zijn. Vooral de vertrouwensband met en de toegankelijkheid van de huisarts zijn hier een absolute meerwaarde. Ook voor patiënten met minder financiële middelen, die al sneller zorg zullen uitstellen, kan dit drempelverlagend werken.

Er is nog bijkomend onderzoek nodig. Het in kaart brengen van de noden van een grotere groep patiënten, al dan niet rekening houdend met hun financiële mogelijkheden, op Vlaams niveau lijkt de logische volgende stap.

6. Referenties

1. Jacobs R. No Title [Internet]. 2020. p. 1. Available from: https://www.huisartsenjls.nl/sterilisatie-van-de-man/

2. Bacenas AAP, Ricketts CA, Berkowitz J, Caron NR. General practitioner surgery: anyone interested? Can J Rural Med [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 5];20(1):15–23. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25611910

3. Eide TB, Straand J, Björkelund C, Kosunen E, Thorgeirsson O, Vedsted P, et al. Differences in medical services in Nordic general practice: a comparative survey from the QUALICOPC study. Scand J Prim Health Care [Internet]. 2017 Apr 3 [cited 2019 Mar 5];35(2):153–61. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28613127

4. The World Factbook - Central Intelligence Agency [Internet]. [cited 2020 Apr 14]. Available from: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/

5. George S, Pockney P, Primrose J, Smith H, Little P, Kinley H, et al. A prospective randomised comparison of minor surgery in primary and secondary care. The MISTIC trial. Health Technol Assess (Rockv). 2008;12(23).

6. Botting J, Correa A, Duffy J, Jones S, de Lusignan S. Safety of community-based minor surgery performed by GPs: an audit in different settings. Br J Gen Pract [Internet]. 2016 May [cited 2019 Mar 5];66(646):e323–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26965026

7. Hansen C, Wilkinson D, Hansen M, Soyer HP. Factors Contributing to Incomplete Excision of Nonmelanoma Skin Cancer by Australian General Practitioners. Arch Dermatol [Internet]. 2009 Nov 1 [cited 2019 Mar 5];145(11):1253–60. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19917954

8. Haw WY, Rakvit P, Fraser SJ, Affleck AG, Holme SA. Skin cancer excision performance in Scottish primary and secondary care: a retrospective analysis. Br J Gen Pract [Internet]. 2014 Aug 28 [cited 2019 Mar 5];64(625):e465–70. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25071058

9. Primary Care Commissioning. Revised guidance and competences for the provision of services using GPs with Special Interests (GPwSIs) Dermatology and skin surgery Implementing care closer to home: Convenient quality care for patients Part 3: The accreditation of GPs and Pharmacists w. Available from: https://www.pcc-cic.org.uk/sites/default/files/articles/attachments/revised_guidance_and_competences_for_the_provision_of_services_using_gps_with_special_interests_0.pdf

10. NICE. Improving outcomes for people with skin tumours including melanoma : Evidence Update October 2011. NHS Evid. 2011;(October):1–23.

11. Society of Rural Physicians of Canada - Training [Internet]. [cited 2020 Apr 15]. Available from: https://srpc.ca/Training

12. Geller B, Iglesias S, Johnston S. Certificate of Added Competence for Enhanced Surgical Skills - it's about our privileges. Can J Rural Med [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 5];22(4):127. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28925908

13. Caron N, Iglesias S, Friesen R, Berjat V, Humber N, Falk R, et al. A proposal for the curriculum and evaluation for training rural family physicians in enhanced surgical skills. Can J Surg [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 Mar 5];58(6):419–22. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26574835

14. Couper I, Mash B. Obtaining consensus on core clinical skills for training in family medicine. South African Fam Pract. 2008;50(6):41.

15. Du Plessis D, Kapp PA, Jenkins LS, Giddy L. Postgraduate training for family medicine in a rural district hospital in South Africa: Appropriateness and sufficiency of theatre procedures as a sentinel indicator. African J Prim Heal Care Fam Med [Internet]. 2016 Jun 30 [cited 2019 Mar 5];8(1):e1-7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27380781

16. ICHO Platform [Internet]. [cited 2020 Apr 15]. Available from: https://www.icho-info.be/application/content/content/page/168

17. Ferguson HJM, Fitzgerald JEF, Reilly J, Beamish AJ, Gokani VJ, Council of the Association of Surgeons in Training. A cross sectional study of surgical training among United Kingdom general practitioners with specialist interests in surgery. BMJ Open [Internet]. 2015 Apr 8 [cited 2019 Mar 5];5(4):e007677–e007677. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25854975

18. Pahle AS, Sørli D, Kristiansen IS, Deraas TS, Halvorsen PA. Practice variation in surgical procedures and IUD-insertions among general practitioners in Norway – a longitudinal study. BMC Fam Pract [Internet]. 2017 Dec 21 [cited 2019 Mar 5];18(1):7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28109245

19. Pedersen KM, Andersen JS, Snødergaard J. General practice and primary health care in Denmark. J Am Board Fam Med. 2012 Mar;25(SUPPL. 1).

20. Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. Norway: health system review. Vol. 15, Health systems in transition. 2013. p. 1–162.

21. Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, V Scholten P, Mooney G, Gottschau A, et al. Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice. Br Med J. 1990;300(6741):1698–701.

22. Onderwijsniveau | Statbel [Internet]. [cited 2020 Apr 28]. Available from: https://statbel.fgov.be/nl/themas/werk-opleiding/opleidingen-en-onderwijs/onderwijsniveau

23. Personen met een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering | Gemeente- en stadsmonitor [Internet]. [cited 2020 Apr 28]. Available from: https://gemeente-stadsmonitor.vlaanderen.be/personen-met-een-verhoogde-tegemoetkoming-in-de-ziekteverzekering

7. Bijlage

7.1 Vragenlijst

In deze vragenlijst zullen er vragen gesteld worden over kleine heelkundige ingrepen door de huisarts. Met kleine heelkundige ingrepen bedoelen we ingrepen onder plaatselijke verdoving waarvoor het nodig is om de huid in te snijden. Het gaat dus niet over, bijvoorbeeld, het bevriezen van wratjes of het plaatsen van een spiraal. Vul elke vraag in behalve als het anders is aangegeven. Vul iets in ook als u twijfelt over het antwoord. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten. U mag deze vragenlijst ook meenemen naar huis om in te vullen en deze later indienen in de daarvoor bestemde doos op het secretariaat.
Deze vragenlijst is volledig **anoniem** en dient om de kwaliteit van de zorg in de praktijk te verbeteren.

1. Wat is uw leeftijd? (Omcirkel)

a. < 20 jaar
b. 20 – 30 jaar
c. 30 - 40 jaar
d. 40 – 50 jaar
e. 50 – 60 jaar
f. 60 – 70 jaar
g. 70 – 80 jaar
h. > 80 jaar

2. Wat is uw geslacht? (Omcirkel)

a. Man
b. Vrouw

3. Hoe vaak bent u het laatste jaar naar de huisarts geweest of kwam de huisarts op huisbezoek? (Omcirkel)

a. Hoogstens 1x per jaar
b. 1 – 3x per jaar
c. Gemiddeld om de 2 maanden
d. Maandelijks
e. Tweewekelijks

4. Wat is uw hoogst behaalde diploma? (Omcirkel)

a. Geen
b. Secundair onderwijs (middelbare school)
c. Beroepsonderwijs
d. Hogeschool
e. Universiteit
f. Doctoraat

5. Heeft u recht op een verhoogde tegemoetkoming (dat wil zeggen, betaalt u enkel het remgeld: 1,2 of 4 euro)? (Omcirkel)

a. Ja
b. Nee

6. Had u al eens gehoord van kleine heelkundige ingrepen bij de huisarts? (Omcirkel)

a. Ja

b. Nee

7. Heeft u de afgelopen 5 jaar een heelkundige ingreep laten uitvoeren bij de huisarts? (Omcirkel)

a. Geen

b. 1x

c. 2x

d. 3x of meer

8. Denkt u dat uw huisarts onderstaande ingreep uitvoert? (Kruis aan)		
	Ja	Nee
Ingegroeide teennagel verwijderen		
Moedervlek verwijderen		
Onderhuids vetbolletje verwijderen		
Sterilisatie (enkel voor mannen in te vullen) ('knipke', doorknippen zaadleider in de balzak)		
Carpaal tunnel syndroom operatie (bevrijden van ingeklemde zenuw in de pols)		
Hechting van een wonde in het aangezicht		
Hechting van een wonde elders op het lichaam		
Wegsputten van spataders (scleroth er pie)		

9. Als uw huisarts dit zou doen heeft u hier dan vertrouwen in? (Kruis aan)				
Uitsnijden van een wrat	Ja		Nee	
Ingegroeide teennagel verwijderen				

Indien u bij vraag 9 ja hebt geantwoord. Zou u dit dan vanaf nu dan bij de huisarts laten doen in plaats van elders (bijvoorbeeld bij specialist of in ziekenhuis)? (Kruis aan)

- Ja
- Nee
- Waarom? (optioneel):

……
……
……

Indien u bij vraag 9 nee hebt geantwoord. Waarom niet? (kruis aan)

- De ingreep wordt minder goed uitgevoerd (minder kwaliteit).
- Mijn huisarts doet dit niet vaak genoeg om er voldoende ervaring in te hebben.
- Ik heb schrik dat er iets mis zou gaan (complicatie).
- Overige:

……
……
……

10. Als uw huisarts dit zou doen heeft u hier dan vertrouwen in? (Kruis aan)		
	Ja	Nee
Moedervlek verwijderen		

Indien u bij vraag 10 ja hebt geantwoord. Zou u dit dan vanaf nu dan bij de huisarts laten doen in plaats van elders (bijvoorbeeld bij specialist of in ziekenhuis)? (Kruis aan)

- Ja
- Nee
- Waarom (optioneel):

  ……..
  ……..
  ……..

Indien u bij vraag 10 nee hebt geantwoord. Waarom niet? (kruis aan)

- De ingreep wordt minder goed uitgevoerd (minder kwaliteit).
- Mijn huisarts doet dit niet vaak genoeg om er voldoende ervaring in te hebben.
- Ik heb schrik dat er iets mis zou gaan (complicatie).
- Overige:

  ……..
  ……..
  ……..

11. Als uw huisarts dit zou doen heeft u hier dan vertrouwen in? (Kruis aan)		
	Ja	Nee
Onderhuids vetbolletje verwijderen		

Indien u bij vraag 11 ja hebt geantwoord. Zou u dit dan vanaf nu dan bij de huisarts laten doen in plaats van elders (bijvoorbeeld bij specialist of in ziekenhuis)? (Kruis aan)

- Ja
- Nee
- Waarom (optioneel):

  ……..
  ……..
  ……..

Indien u bij vraag 11 nee hebt geantwoord. Waarom niet? (kruis aan)

- De ingreep wordt minder goed uitgevoerd (minder kwaliteit).
- Mijn huisarts doet dit niet vaak genoeg om er voldoende ervaring in te hebben.
- Ik heb schrik dat er iets mis zou gaan (complicatie).
- Overige:

  ……..
  ……..
  ……..

12. Als uw huisarts dit zou doen heeft u hier dan vertrouwen in? (Kruis aan)		
	Ja	Nee
Sterilisatie (enkel voor mannen in te vullen) ('knipke', doorknippen zaadleider in de balzak)		

Indien u bij vraag 12 ja hebt geantwoord. Zou u dit dan vanaf nu dan bij de huisarts laten doen in plaats van elders (bijvoorbeeld bij specialist of in ziekenhuis)? (Kruis aan)

- Ja
- Nee
- Waarom (optioneel):

  ……..
  ……..
  ……..

Indien u bij vraag 12 nee hebt geantwoord. Waarom niet? (kruis aan)

- De ingreep wordt minder goed uitgevoerd (minder kwaliteit).
- Mijn huisarts doet dit niet vaak genoeg om er voldoende ervaring in te hebben.
- Ik heb schrik dat er iets mis zou gaan (complicatie).
- Overige:

  ……..
  ……..
  ……..

13. Als uw huisarts dit zou doen heeft u hier dan vertrouwen in? (Kruis aan)		
	Ja	Nee
Carpaal tunnel syndroom operatie (bevrijden van ingeklemde zenuw in de pols)		

Indien u bij vraag 13 ja hebt geantwoord. Zou u dit dan vanaf nu dan bij de huisarts laten doen in plaats van elders (bijvoorbeeld bij specialist of in ziekenhuis)? (Kruis aan)

- Ja
- Nee
- Waarom (optioneel):

  ……..
  ……..
  ……..

Indien u bij vraag 13 nee hebt geantwoord. Waarom niet? (kruis aan)

- De ingreep wordt minder goed uitgevoerd (minder kwaliteit).
- Mijn huisarts doet dit niet vaak genoeg om er voldoende ervaring in te hebben.
- Ik heb schrik dat er iets mis zou gaan (complicatie).
- Overige:

  ……..
  ……..
  ……..

14. Als uw huisarts dit zou doen heeft u hier dan vertrouwen in? (Kruis aan)		
	Ja	Nee
Hechting van een wonde in het aangezicht		

Indien u bij vraag 14 ja hebt geantwoord. Zou u dit dan vanaf nu dan bij de huisarts laten doen in plaats van elders (bijvoorbeeld bij specialist of in ziekenhuis)? (Kruis aan)

- Ja
- Nee
- Waarom (optioneel):

  ……..
  ……..
  ……..

Indien u bij vraag 14 nee hebt geantwoord. Waarom niet? (kruis aan)

- De ingreep wordt minder goed uitgevoerd (minder kwaliteit).
- Mijn huisarts doet dit niet vaak genoeg om er voldoende ervaring in te hebben.
- Ik heb schrik dat er iets mis zou gaan (complicatie).
- Overige:

  ……..
  ……..
  ……..

15. Als uw huisarts dit zou doen heeft u hier dan vertrouwen in? (Kruis aan)		
	Ja	Nee
Hechting van een wonde elders op het lichaam		

Indien u bij vraag 15 ja hebt geantwoord. Zou u dit dan vanaf nu dan bij de huisarts laten doen in plaats van elders (bijvoorbeeld bij specialist of in ziekenhuis)? (Kruis aan)

- Ja
- Nee
- Waarom (optioneel):

  ……..
  ……..
  ……..

Indien u bij vraag 15 nee hebt geantwoord. Waarom niet? (kruis aan)

- De ingreep wordt minder goed uitgevoerd (minder kwaliteit).
- Mijn huisarts doet dit niet vaak genoeg om er voldoende ervaring in te hebben.
- Ik heb schrik dat er iets mis zou gaan (complicatie).
- Overige:

  ……..
  ……..
  ……..

16. Als uw huisarts dit zou doen heeft u hier dan vertrouwen in? (Kruis aan)		
	Ja	Nee
Wegspuiten van spataders (sclerotherapie)		

Indien u bij vraag 16 ja hebt geantwoord. Zou u dit dan vanaf nu dan bij de huisarts laten doen in plaats van elders (bijvoorbeeld bij specialist of in ziekenhuis)? (Kruis aan)

- Ja
- Nee
- Waarom (optioneel):

  ……..
  ……..
  ……..

Indien u bij vraag 16 nee hebt geantwoord. Waarom niet? (kruis aan)

- De ingreep wordt minder goed uitgevoerd (minder kwaliteit).
- Mijn huisarts doet dit niet vaak genoeg om er voldoende ervaring in te hebben.
- Ik heb schrik dat er iets mis zou gaan (complicatie).
- Overige:

  ……..
  ……..
  ……..

17. Als uw huisarts dit zou doen heeft u hier dan vertrouwen in? (Kruis aan)		
	Ja	Nee
Uitsnijden van een wrat		

Indien u bij vraag 17 ja hebt geantwoord. Zou u dit dan vanaf nu dan bij de huisarts laten doen in plaats van elders (bijvoorbeeld bij specialist of in ziekenhuis)? (Kruis aan)

- Ja
- Nee
- Waarom (optioneel):

  ……..
  ……..
  ……..

Indien u bij vraag 17 nee hebt geantwoord. Waarom niet? (kruis aan)

- De ingreep wordt minder goed uitgevoerd (minder kwaliteit).
- Mijn huisarts doet dit niet vaak genoeg om er voldoende ervaring in te hebben.
- Ik heb schrik dat er iets mis zou gaan (complicatie).
- Overige:

  ……..
  ……..
  ……..

7.2 Geïnformeerde toestemming

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: KLEINE CHIRURGIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK. WAT DENKT DE PATIËNT?

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. Beschrijving en doel van de studie

U zal binnenkort een consultatie hebben bij een van uw vertrouwde huisartsen**.**
De dienst huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg voert een onderzoek uit naar de verwachtingen van patiënten rond heelkunde bij de huisarts.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 5 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Diego Schrans en Dr. Tom Poelman.

2. Toestemming en weigering

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw behandeling of de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

3. Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot betere zorg voor patiënten bij de huisarts.

4. Kosten

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) or (f)en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier). Enkel de geanonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Dr. Arnoud de Kok. Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die

door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.	
Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.	
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker* Dr. de Kok Arnoud	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in de praktijk gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	