Kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk: onderzoek naar haalbaarheid en implementatie

Robyns Lieselot, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Stefan Heytens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaren 2011-2013

Abstract

KLEINE HEELKUNDE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: ONDERZOEK NAAR HAALBAARHEID EN IMPLEMENTATIE.

Haio: Lieselot ROBYNS
Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Dirk AVONTS
Co-promotor: Dr. Stefan HEYTENS
Praktijkopleider: Dr. Eric VAN RENTERGHEM

Context
Binnen de eerste lijn worden bepaalde taken geacht tot het basispakket van de huisarts te behoren. Het is echter zo dat men binnen de opleiding slechts beperkt kennis kan maken met kleine heelkunde. Daarnaast blijken concrete richtlijnen rond heelkundige verrichtingen eveneens schaars ter beschikking. Toch wordt de huisarts bij het dagdagelijkse praktijkvoeren frequent geconfronteerd met patiënten die hieromtrent consulteren.

Onderzoeksvraag
Deze masterproef gaat dan ook op zoek naar de haalbaarheid en implementatie van verschillende kleine chirurgische ingrepen binnen het kader van de huisartsgeneeskunde. 'Welke ingrepen worden door de huisarts zelf verricht? Hoe groot is de kennis en interesse hierrond? Hoe organiseert men deze ingrepen binnen de huisartsenpraktijk? Hoe evalueren huisartsen deze praktijkvoering? Hoe beleven patiënten dit?'

Methode
Eerst werd een verkennende literatuurstudie gehouden omtrent kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk, met speciale aandacht voor dermatologische en gynaecologische ingrepen. Vervolgens kon het onderzoeksproject opgestart worden, waarbij door het bevragen van zowel huisartsen als patiënten een dubbel spoor bewandeld werd. Vragenlijsten, die verschillende deelaspecten poogden te toetsen aan de realiteit, werden verspreid tijdens vier LOK-vergaderingen en via de wachtzalen van twee huisartsenpraktijken.

Resultaten
De bevindingen uit de literatuur konden gecorreleerd worden aan de resultaten van de eigen onderzoekstudie bij 38 huisartsen en 73 patiënten. Huisartsen nemen naast spoedeisende ook veel electieve ingrepen voor hun rekening. Wat uit de studie opvallend naar voor komt is dat op dermatologisch vlak een groot aandeel gaat naar cryotherapie en dat met betrekking tot het gynaecologisch domein slechts een beperkt aantal spiraaltjes geplaatst worden. In specifieke gevallen dient de voorkeur uit te gaan naar doorverwijzing, zeker indien er mogelijks sprake is van maligne letsels. Algemeen blijkt er onder huisartsen een grote interesse te bestaan voor het uitvoeren van kleine heelkunde. Het leidt mits de nodige kennis en ervaring tot een grote jobvoldoening. De nood aan een goede organisatie van de praktijk op vlak van planning, degelijk materiaal en steriliteit kwam naar voor. Met de mogelijkheid om hierbij beroep te doen op praktijkassistentie zijn huisartsen nog onvoldoende vertrouwd. Wat betreft de financiële verloning voor het verrichten van een ingreep is er volgens huisartsen nood aan verbetering. Uit onderzoek is gebleken dat chirurgie in de eerste lijn van goede kwaliteit is en weinig complicaties kent. Dit zal zeker zo zijn indien men in de toekomst meer oog tracht te hebben voor de anatomopathologische opvolging. Daarnaast werd door een grote meerderheid huisartsen de wens uitgedrukt tot verdere opleiding en dit voornamelijk wat betreft de praktische aspecten. Dit kan alleen maar aangemoedigd worden daar chirurgie in de eerste lijn vanuit gezondheidseconomisch standpunt duidelijk kosteneffectief is gebleken. Bovendien getuigt de overgrote meerderheid aan patiënten van een grote tevredenheid rond kleine heelkunde verricht door de huisarts.

Conclusie
De huisarts blijkt, mits de nodige verdere ondersteunende maatregelen, de geschikte persoon voor het beoefenen van de heelkunde in de specifieke setting van de eerste lijn.

E-mail: lieselot.robyns@ugent.be

ICPC-code: S

Inhoudstafel

Abstract 1
Inhoudstafel 2
I Voorwoord 5
II Inleiding 6
2.1 OORSPRONG THEMA 6
2.2 DEFINITIE KLEINE HEELKUNDE 6
2.3 VRAAGSTELLING EN DOELSTELLING 7
III Methodologie 9
3.1 LITERATUURSTUDIE 9
3.2 ONDERZOEKSPROJECT 10
3.2.1 AFNAME VRAGENLIJSTEN BIJ HUISARTSEN 10
3.2.2 AFNAME VRAGENLIJSTEN BIJ PATIËNTEN 11
IV Resultaten 13
4.1 BEVINDINGEN UIT DE LITERATUUR 13
4.1.1 HISTORISCHE CONTEXT 13
4.1.2 JURIDISCH EN DEONTOLOGISCH KADER 14
4.1.3 EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS 15
4.1.4 KLEINE HEELKUNDE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK 15
4.1.5 DOORVERWIJZING 16
4.1.6 INTERESSE EN KENNIS ROND KLEINE HEELKUNDE 17
4.1.7 ORGANISATIE VAN KLEINE HEELKUNDE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK 18
4.1.7.1 Planning 18
4.1.7.2 Materiaal 18
4.1.7.3 Steriliteit 18
4.1.7.4 Assistentie 19
4.1.7.5 Financieel 19
4.1.7.6 Opvolging 21
4.1.7.7 Complicaties 23
4.1.8 EVALUATIE VAN KLEINE HEELKUNDE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK 23
4.1.8.1 Belemmerende factoren 23
4.1.8.2 Opleiding 23
4.1.8.3 Kosteneffectiviteit 24
4.1.9 PATIËNTEN EN KLEINE HEELKUNDE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK 25
4.2 BEVINDINGEN UIT DE VRAGENLIJSTEN VOOR HUISARTSEN 26
4.2.1 EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS BEVRAAGDE HUISARTSENPOPULATIE 26
4.2.1.1 Leeftijd, geslacht en praktijkvorm 26
4.2.1.2 Beoefenen huisartsen kleine heelkunde in de praktijk? 26
4.2.2 KLEINE HEELKUNDIGE INGREPEN 26
4.2.2.1 Aard ingreep – frequentie 27
4.2.2.2 Specifieke situaties 29
4.2.2.3 Doorverwijzing 30
4.2.3 INTERESSE EN KENNIS ROND KLEINE HEELKUNDE 32
4.2.3.1 Interesse - taak 32
4.2.3.2 Kennis - vaardigheid 32

4.2.4 HOE ORGANISEREN HUISARTSEN ELECTIEVE KLEINE HEELKUNDE IN DE PRAKTIJK 32
4.2.4.1 Planning 32
4.2.4.2 Materiaal 33
4.2.4.3 Steriliteit 34
4.2.4.4 Assistentie 35
4.2.4.5 Financieel 36
4.2.4.6 Opvolging 36
4.2.4.7 Complicaties 36
4.2.5 HOE EVALUEREN HUISARTSEN KLEINE HEELKUNDE IN DE PRAKTIJK 37
4.2.5.1 Interesse 37
4.2.5.2 Assistentie 37
4.2.5.3 Patiënten 37
4.2.5.4 Financieel 37
4.3 BEVINDINGEN UIT DE VRAGENLIJSTEN VOOR PATIËNTEN 38
4.3.1 EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS BEVRAAGDE PATIËNTENPOPULATIE 38
4.3.2 KLEINE HEELKUNDE BIJ UW HUISARTS? 38
4.3.3 WELKE KLEINE HEELKUNDIGE INGREPEN EN BIJ WIE? 39
4.3.4 UW IDEE ROND KLEINE HEELKUNDIGE INGREPEN 40
4.3.5 INFORMATIE 41
4.3.6 FINANCIEEL 41
V Discussie 42
5.1 BEVINDINGEN UIT VRAGENLIJSTEN HUISARTSEN 42
5.1.1 KENMERKEN VAN DE HUISARTSEN 42
5.1.2 KLEINE HEELKUNDIGE INGREPEN 43
5.1.2.1 Doorverwijzing 46
5.1.3 INTERESSE EN KENNIS ROND KLEINE HEELKUNDE 47
5.1.4 HOE ORGANISEREN HUISARTSEN ELECTIEVE KLEINE HEELKUNDE IN DE PRAKTIJK 48
5.1.4.1 Planning 48
5.1.4.2 Materiaal 48
5.1.4.3 Steriliteit 49
5.1.4.4 Assistentie 50
5.1.4.5 Financieel 51
5.1.4.6 Opvolging 51
5.1.4.7 Complicaties 52
5.1.5 HOE EVALUEREN HUISARTSEN KLEINE HEELKUNDE IN DE PRAKTIJK 52
5.1.5.1 Interesse 52
5.1.5.2 Patiënten 53
5.1.5.3 Financieel 53
5.2 BEVINDINGEN UIT VRAGENLIJSTEN PATIËNTEN 54
5.2.1 EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS BEVRAAGDE PATIËNTENPOPULATIE 54
5.2.1.1 Kenmerken patiëntenpopulatie 54
5.2.1.2 Kleine heelkunde ondergaan bij de huisarts 54
5.2.2 WELKE KLEINE HEELKUNDIGE INGREPEN EN BIJ WIE? 54
5.2.3 VERWACHTINGEN VAN PATIËNTEN ROND KLEINE HEELKUNDIGE INGREPEN 56
5.3 BEPERKINGEN VAN DE STUDIE 57
5.4 VOORSTELLEN VOOR VERDER ONDERZOEK 57

VI Conclusie **58**
VII Referenties **60**
VIII Bijlagen **63**
BIJLAGE 1: VRAGENLIJST HUISARTS **63**
BIJLAGE 2: VRAGENLIJST PATIËNT **67**

I Voorwoord

Graag zou ik hier enkele eenvoudige woorden van dank willen uiten aan allen die mij begeleid hebben doorheen de verschillende fasen van deze boeiende, blikverruimende uitdaging.

Mijn oprechte dank gaat uit naar mijn promotor Prof. Dr. Dirk Avonts en mijn co-promotor Dr. Stefan Heytens voor hun enthousiaste begeleiding en hun inhoudelijke ondersteuning. Ze stonden altijd paraat om te antwoorden op de vele mailtjes die over en weer gingen en ze gaven waardevolle tips bij de overleggesprekken op de vakgroep. Dit alles heb ik steeds ten zeerste geapprecieerd. De ervaring opgedaan tijdens deze masterproef was van onschatbare waarde en mijn fascinatie voor het onderwerp is er nog verder door mogen groeien.

Ik wens ook mijn praktijkopleiders, Dr. Eric, Dr. Arne en Dr. Ilse Van Renterghem, te bedanken voor de ondersteuning bij deze masterproef en onze secretaresse, Isabelle Cnudde, voor het regelen van bepaalde praktische zaken aangaande de vragenlijsten.
De groepspraktijk van Dr. Heytens wens ik eveneens te bedanken voor het recruteren van voldoende bereidwillige patiënten.
Dank aan mijn stage-coördinator, Dr. Erik Kegels, voor de begeleiding en de tips omtrent het timemanagement.

Ik wens alle huisartsen, van de vier LOK-groepen te danken voor hun deelname aan de studie, hun mening vormde een belangrijke peiler van mijn onderzoeksproject. Daarnaast ook een woord van dank aan alle patiënten die een vragenlijst invulden, daar ook hun visie van groot belang was.

De Cel Biostatistiek aan de Universiteit Gent, wil ik hierbij ook bedanken voor de raadgevingen betreffende de statistische analyse van de resultaten.

Mijn echtgenoot wil ik uit de grond van mijn hart bedanken voor alle hulp, steun en begrip, ook in de voorgaande jaren was hij er altijd om mij aan te moedigen en in mij te geloven.
Onze baby, die we met veel blijdschap eind juli verwachten, heeft het hele proces al groeiend van dichtbij meegemaakt en gaf mij de moed om door te zetten bij het voelen van de vele bewegingen in mijn buik.
Tot slot wil ik mijn ouders, zussen, familie en vrienden echt ontzettend bedanken voor de schouderklopjes, de bemoedigende woorden en de onvoorwaardelijke steun doorheen het hele verloop.

II Inleiding

2.1 Oorsprong thema

Vanuit een grote interesse in de kleine heelkunde groeide mijn keuze voor dit onderwerp. Tijdens mijn opleiding geneeskunde heb ik overwogen om me te specialiseren in de chirurgie, doch het persoonlijke contact en de diversiteit van de huisartsgeneeskunde spraken mij veel sterker aan.

Bepaalde taken worden geacht tot het basispakket van de huisarts te behoren. Toch is het zo dat men binnen de opleiding tot arts slechts beperkt kan kennis maken met de kleine heelkunde. Indien een arts hieromtrent zelf meer wenst te weten te komen, blijken concrete richtlijnen eveneens schaars ter beschikking te zijn.

Uit persoonlijke ervaringen tijdens de stages chirurgie, dermatologie en huisartsgeneeskunde leerde ik bovendien dat het invullen van deze kleine chirurgische ingrepen door de huisarts als een waardevol onderdeel van het totaalpakket wordt aanzien en dat ook patiënten dit weten te appreciëren. Ook bleken de tijd en infrastructuur die de specialist ter beschikking heeft, dan te kunnen worden aangewend voor de uitgebreidere, complexere casussen.

Met deze masterproef wil ik dan ook graag met enthousiasme pogen kleine heelkundige verrichtingen te plaatsen binnen het kader van de huisartsgeneeskunde. Dat deze masterproef hopelijk de algemene interesse voor deze topic verder mag aanwakkeren, daar het verrichten van kleine ingrepen een verfrissende afwisseling kan bieden voor de andere kenmerkende activiteiten van de huisarts.

2.2 Definitie kleine heelkunde

Vooraleer van start te gaan met het onderzoeksproject is het van belang het begrip ‘kleine heelkunde’ precies te gaan omschrijven.

Het juist definiëren van de betekenis achter kleine heelkunde blijkt echter niet eenvoudig. Via MeSH kan de term ‘minor surgical procedure’ vertaald worden als ‘chirurgie beperkt tot het beheer van kleine problemen en verwondingen, met name chirurgische procedures van betrekkelijk geringe omvang en op zichzelf niet levensgevaarlijk[1]’. In het algemeen hebben kleine heelkundige verrichtingen betrekking op alle procedures uitgevoerd onder lokale anesthesie. Verder zijn het volgens Collins *et al.* handelingen die relatief gemakkelijk uit te voeren zijn op eerder eenvoudig te bereiken anatomische structuren, waarbij de ingrepen van korte duur zijn en meestal niet geassocieerd zijn met significante postoperatieve complicaties[2]. Daarnaast biedt het Pinkhof geneeskundig woordenboek volgende definitie aan: ‘chirurgische ingrepen van beperkte complexiteit waarvoor geen operatiekamer is vereist; betreft gewoonlijk afwijkingen van huid en weke delen; bijv. het verwijderen van een atheroomcyste[3]’.

Deze definities blijven eerder vaag en ontoereikend, waardoor het niet onmogelijk blijkt een persoonlijke interpretatie aan het begrip te geven. Zo rekenen sommigen hier ook infiltraties onder, of nog verregaander, doch eerder zeldzaam, het scleroseren van varices, het uitvoeren van een vasectomie, een ooglidcorrectie, enzovoort.

In deze masterproef hebben we geopteerd ons toe te spitsen op de wegname van diverse huidletsels als ook op enkele gynaecologische verrichtingen. Meer gedetailleerd wordt er hier aandacht besteed aan: hechten van wonden (bv. snijwonden), excisie van oppervlakkige tumoren (benigne naevus, mogelijks dysplastische naevus, melanoom, fibroom, lipoom, cyste, vermoeden basocellulair carcinoom, vermoeden spinocellulair carcinoom), wegname ingegroeide nagel, cryotherapie (bv. voor verruca vulgaris, verruca seborrhoica, fibromen, actinische keratose), curetteren van mollusca contagiosa, incisie hemorroïdale trombose, insnijden abces, nagelfenestratie, drainage mucoidcyste vinger, drainage paronychia/panaritium, verwijderen vreemd lichaam met insnijden, excisie necrose bij decubitus, afname biopt, implantatie hormoonstaafje, plaatsing spiraaltje. Deze lijst kan ook worden geraadpleegd in bijlage 1.

2.3 Vraagstelling en doelstelling

Concreet pogen we met deze masterproef op zoek te gaan naar de haalbaarheid en implementatie van verschillende kleine chirurgische ingrepen binnen het kader van de huisartsgeneeskunde. Twee sporen worden bewandeld; er wordt voornamelijk gepolst naar de visie van de huisarts op dit geheel maar ook de patiënteninvalshoek wordt belicht. De mening van beide fronten kan mogelijks leiden tot interessante bevindingen omtrent diverse aspecten van kleine heelkundige ingrepen.

Een meer gedetailleerd overzicht van de huisartsgerichte onderzoeksvragen:

- Beoefenen huisartsen veel kleine heelkunde in hun huisartsenpraktijk? Welke ingrepen worden verricht en met welke frequentie? Wanneer verwijst men door?
- Hoe is het gesteld met de interesse en kennis rond kleine heelkunde?
- Hoe organiseert men electieve kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk, met name qua planning, materiaal, steriliteit, assistentie, kosten, opvolging en complicaties?
- Hoe evalueert de huisarts zelf kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk met betrekking tot verdere interesse, mogelijkheid tot assistentie, patiëntenbeleving en kosteneffectiviteit?

Een meer gedetailleerde overzicht van de patiëntgerichte onderzoeksvragen:

- Hoeveel van de ondervraagde patiënten ondergingen reeds een kleine heelkunde ingreep bij de huisarts? Hoe was de tevredenheid hieromtrent?
- Welke specifieke ingreep heeft men al laten verrichten? Of bij wie zou men een eventuele toekomstige ingreep laten uitvoeren?
- Welk idee heeft de patiënt rond kleine heelkundige ingrepen, hoe is men te weten gekomen dat de huisarts dit uitvoert en wat is hun visie i.v.m. het financieel aspect?

De uitwerking van deze topic vindt vooreerst plaats aan de hand van een uitgebreide literatuurstudie. Er zal gezocht worden naar antwoorden op bovenstaande vragen, het raadplegen van diverse bronnen zal tevens uitwijzen welke informatie rond kleine heelkunde er nationaal en internationaal reeds voor handen is en welke pistes interessant zijn om verder te bewandelen. In het tweede luik zal er een onderzoeksproject opgestart worden om de verschillende aspecten omtrent heelkunde in de huisartsenpraktijk in kaart te brengen en te toetsen aan de realiteit. De data bekomen na kwantitatieve beschrijvende analyse en waar mogelijk verdere statistische verwerking kunnen zo vergeleken worden met de gegevens die naar voor kwamen uit het literatuuronderzoek.

III Methodologie

3.1 Literatuurstudie

Een eerste luik van deze masterproef omvat een verkennende literatuurstudie. Vooreerst werden in Medline via MeSH de meest toepasselijke zoektermen opgespoord. Er werd gezocht in de PubMed elektronische databank met de volgende termen 'minor surgery' or 'minor surgical procedures' and 'general practice' or 'family physician'.

Een eerste selectieronde leverde opvallend weinig relevante artikels en vele van deze publicaties waren bovendien reeds gedateerd (frequent uit jaren 1980-1990). Er werd dan ook beslist de limits hiervoor bij te stellen qua tijdsperiode. Nadien werden ook meer specifieke domeinen binnen de kleine heelkunde in de huisartsensetting verder geëxploreerd in PubMed, zoals onder meer cryotherapy, intrauterine device, tissue adhesives, organisation of primary care,... . Soms werd gebruik gemaakt van snowballing, waarbij verder gezocht werd via related articles. Een aantal van de artikels en studies hadden echter meer betrekking op de tweede lijn i.p.v. op de eerste lijn, dus de nodige kritische blik was vereist bij de interpretatie ervan. Er werd binnen PubMed ook gebruik gemaakt van de optie om een melding via mail te krijgen van zodra meer recente artikels verschenen die aan de zoekcriteria voldeden.

Verder werden dezelfde zoektermen toegepast op de Cochrane database. Nationale databanken zoals Domus Medica en KCE werden eveneens doorzocht, ook via Cebam werd er verder gezocht. In de NHG richtlijnen werd nagegaan of er mogelijk interessante gegevens voorkwamen omtrent kleine heelkunde of bepaalde deelaspecten hiervan. Ook werd er beroep gedaan op de CBO* guidelines. Het tijdschrift Huisarts Nu werd ook doorzocht naar relevante artikels omtrent kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk. Daarnaast werd de databank met masterproeven op de website van het interuniversitair centrum voor huisartsen in opleiding (ICHO) eveneens doorlopen via de zoekmotor. In drie masterthesissen die handelden over andere onderwerpen, kwam kort een klein aspect van kleine heelkunde ter sprake. Ook de inhoud van de toetslijst eindtermen van het ICHO werd geraadpleegd.

Verder werden instanties zoals het RIZIV en de Orde van geneesheren bevraagd en enkele experts (gaande van huisartsen die zich toeleggen op kleine heelkunde, een auteur van het handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk, een gezondheidseconoom en de contactpersoon van een medisch laboratorium) werden aangeschreven. Er werd deel genomen aan de Itol dermatologie binnen de huisartsenopleiding, daar ook hier enkele aspecten van kleine heelkunde met beeldmateriaal werden

* CBO of Centraal BegeleidingsOrgaan van het Nederlandse Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg.

aangereikt. Verder werd ook ingeschreven op een website die video's van heelkundige verrichtingen wenst ter beschikking te stellen, deze site was echter nog in een testfase. In de grijze literatuur werd er voornamelijk via Google naar informatie gezocht. Tot slot werden ook handboeken die handelen over dit onderwerp geraadpleegd.

Het feit dat er relatief weinig bruikbare artikels voor handen waren gaf nog een extra stimulus om zelf een onderzoeksproject hierrond op te starten.

3.2 Onderzoeksproject

Om een duidelijkere kijk te hebben op kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk kon, na het voorbereidend literatuuronderzoek met meer achtergrondkennis, overgegaan worden tot het verzamelen van nuttige informatie via een eigen onderzoeksproject.

In het tweede luik van deze masterproef werd er dan ook getracht om de huidige stand van zaken omtrent kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk in kaart te brengen. Er werd gewerkt met vragenlijsten. Op deze manier konden verschillende aspecten getoetst worden aan de realiteit van de dagdagelijkse praktijkvoering en geëvalueerd worden betreffende de haalbaarheid en implementatie. Dit onderzoek is tweeledig in die zin dat zowel huisartsen als patiënten bevraagd werden. Na het opstellen van relevante vragenlijsten konden deze samen met het informatieformulier, toestemmingsformulier en het protocol aan het Ethisch Comité van het UZ Gent worden voorgelegd. Dit projectplan met Belgisch registratienummer B670201214004 werd goedgekeurd op 10 april 2012. De vragenlijsten werden afgenomen tussen april 2012 en oktober 2012. De verdere anonieme verwerking ervan gebeurde aan de hand van het statistisch programma SPSS versie 20 en tevens werden bepaalde grafieken uitgewerkt in Excel. Ter opfrissing van de methode voor gegevensinbreng en verdere statistische analyse met behulp van SPSS werd contact opgenomen met de Cel Biostatistiek van de Universiteit Gent.

3.2.1 Afname vragenlijsten bij huisartsen

In deze masterproef werden huisartsen bevraagd omtrent hun visie op kleine heelkunde binnen het eigen praktijkvoeren. De vragenlijst, die in bijlage 1 kan worden geraadpleegd, is als volgt opgebouwd. Eerst worden enkele epidemiologische gegevens bevraagd zoals leeftijd, geslacht, postcode en type praktijk. Vervolgens wordt er een oplijsting gegeven van mogelijke kleine heelkundige ingrepen, zoals bij de inleiding beschreven is. Er wordt nagegaan voor elke ingreep of men deze al dan niet uitvoert. Verder kan de arts aangeven hoe vaak deze ingreep door hem/haar verricht wordt. In een laatste kolom kan worden aangeduid naar wie men verwijst indien men dergelijke ingreep niet zelf uitoefent, met keuze uit volgende mogelijkheden: collega huisarts binnen zelfde praktijk die frequent kleine heelkunde uitoefent, collega huisarts in andere praktijk die frequent kleine heelkunde uitvoert, dermatoloog, chirurg, gynaecoloog, spoedafdeling.

Er wordt verder ook gepeild naar ingrepen waar de huisarts zich nooit zelf aan zou wagen en naar de reden waarom men bij bepaalde procedures doorverwijst.

In een tweede gedeelte wordt de interesse voor het verrichten van kleine heelkunde bevraagd en of dit volgens de huisarts al dan niet behoort tot het basistakenpakket. Er wordt ook kort gepeild naar de kennis en vaardigheid hierin.

Een derde deel heeft betrekking op hun huidige organisatie van kleine heelkunde binnen de praktijk, naar planning, materiaal, steriliteit, assistentie, kostprijs, opvolging en complicaties.

Tot slot wordt er nagegaan hoe de huisarts denkt over kleine heelkunde nu en in de toekomst, er wordt gevraagd of men interesse heeft in meer kleine heelkunde of verdere opleiding hierrond, of men assistentie wenst, wat de ervaring van hun patiënten is en welke inschatting ze maken rond het financieel aspect.

Vragenlijsten werden bezorgd aan de voorzitters van vier LOK-groepen (Lokale kwaliteitskringen) in de gemeenten rond Gent, zijnde Merelbeke, Destelbergen, Heusden, Sint-Amandsberg. De geografische spreiding van de praktijken lag ruimer daar ook artsen van buiten deze gemeenten lid waren van deze groepen. Tijdens de LOK-vergadering werd er door middel van een korte inleiding en situering meer informatie gegeven aan de huisartsen rond het doel van de vragenlijst. De huisartsen werden op deze manier aangemoedigd tot deelname aan de studie. De vragenlijsten konden anoniem ingevuld worden. Het toestemmingsformulier met naam en handtekening werd separaat van de rest van de vragenlijst bewaard. De meeste exemplaren werden ter plaatse ingevuld, een aantal vragenlijsten werden door de betrokken artsen nagestuurd. We beoogden de medewerking van ongeveer 50 huisartsen.

3.2.2 Afname vragenlijsten bij patiënten

Daarnaast leek het eveneens interessant dit onderwerp ook vanuit het patiëntenperspectief te bekijken. In deze fase werden patiënten dan ook kort bevraagd naar hun mening omtrent diverse aspecten van ingrepen verricht door de huisarts. Na het bevragen van enkele epidemiologische gegevens zoals leeftijd, geslacht, postcode en type praktijk, wordt er nagegaan aan de hand van een aangepaste lijst met mogelijke opties of ze reeds kleine heelkunde ondergingen, of ze bepaalde kleine heelkundige ingrepen door de huisarts zouden laten doen of eerder opteren om dit in de tweede lijn te laten verrichten. Er wordt nagegaan of ze op de hoogte zijn van het feit dat hun huisarts zelf al dan niet kleine heelkunde verricht. Daarnaast wordt er via een aantal verdere vragen gepeild naar hun kijk op de zaak, zoals de tevredenheid en het financiële aspect. Deze vragenlijst kan u in bijlage 2 terugvinden.

De patiënten van twee huisartsenpraktijken werden bevraagd, namelijk een praktijk in Merelbeke en een in Destelbergen, gedurende de periode april 2012 tot oktober 2012.

De patiënten konden in de wachtzaal een bericht zien hangen in verband met deze masterproef en werden vriendelijk opgeroepen tot deelname aan dit onderzoek. Ze kregen de kans om de vragenlijst in te vullen in de wachtzaal of deze eventueel thuis te vervolledigen en nadien te deponeren in een voorziene brievenbus in de wachtzaal. Dit gebeurde eveneens anoniem. Tijdens de consultatie werd soms nog eens gepolst of ze bereid waren deel te nemen aan dit onderzoek en verdere informatie kon op deze momenten eveneens verstrekt worden. We poogden een respons van 50 patiënten te bekomen.

IV Resultaten

4.1 Bevindingen uit de literatuur

Diverse bronnen werden geraadpleegd, toch kwamen er via deze literatuurstudie weinig algemene aspecten van kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk naar voor. Eveneens is het zo dat de beschikbare literatuur veelal gedateerd is en voornamelijk van toepassing is op andere systemen van gezondheidszorg, zoals bv. de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk, welke op dit vlak toch wel verschillend zijn van het onze. In verband met de situatie in België is er opvallend weinig gekend, onderzoeken uit Nederland ziet men dan weer iets vaker opduiken. Studies met een vergelijkbaar opzet zoals het onderzoeksproject van deze masterproef bleken niet voor handen. De meeste artikels handelden over specifieke onderwerpen binnen de kleine heelkunde. De punten die hierna besproken worden kwamen wel duidelijk naar voor in de literatuur als belangrijke variabelen.

4.1.1 Historische context

Chirurgie is van oudsher een belangrijk element geweest binnen de geneeskunde. Historisch gezien maakte deze kwalificatie integraal deel uit van de algemene geneeskunde[4]. Dus ook de huisarts legde zich in het algemeen veel toe op deze 'kleine' chirurgische ingrepen[5]. Daar dit toch bepaalde vaardigheden vergt, de nodige faciliteiten vraagt en tijdsconsumerend is, ondernamen in de periode die daar op volgde nog relatief weinig algemene geneeskundigen actief klein heelkundig werk[4]. Daarenboven is het zo dat er zich de afgelopen decennia een verschuiving van deze procedures naar de tweede lijn heeft voorgedaan. Voor de kleine traumata raadpleegden vele patiënten rechtstreeks de spoedafdeling en andere electieve kleine verrichtingen werden vaak naar verwachting van de patiënt poliklinisch uitgevoerd. De laatste jaren echter, mogelijks door het versterken van de eerste lijn, zou het aantal van deze verrichtingen in de huisartsenpraktijk opnieuw toenemen[5]. Ook een studie van Van de Scheur uit 2007 bevestigt deze trend: men ziet dat een toenemend aantal huisartsen zelf chirurgische werk verricht[6]. Toch blijken slechts weinig statistische gegevens bekend te zijn rond kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk[7]. En al zeker niet voor wat betreft de situatie specifiek in België.

De meeste artikels die handelen over dit onderwerp hebben betrekking op de situatie binnen het Verenigd Koningrijk tijdens de jaren '90. De organisatie van de Britse gezondheidszorg is echter verschillend van het Belgische systeem. Sinds 1990 verscheen er in de UK -the new general practitioner contract- waarin de huisarts aangemoedigd werd tot het opnemen van kleine chirurgie tegen een bepaalde vergoeding[8-9]. Dit verving de vroegere per capita betaling waarbij enkel de zeer enthousiaste huisartsen zich waagden aan kleine heelkunde, daar ze er niet extra voor verloond werden[7-8]. Met het nieuwe contract poogde men meer mensen binnen de eerste lijn te kunnen behandelen en minder te moeten doorverwijzen[10].

De angst bestond dat dit ging leiden tot een vermindering van de kwaliteit daar nu ook meer onervaren artsen deze procedures gingen uitvoeren[8]. Er werd een lijst opgesteld met ingrepen waarvoor de arts vergoed kon worden. Niet iedereen mocht echter deze procedures zomaar uitvoeren. Enkel indien men voldeed aan bepaalde voorwaarden kon men op een lijst verschijnen van artsen die erkend werden voor het beoefenen van kleine heelkunde. Men diende een specifieke cursus te volgen en drie praktische sessies, waarbinnen alle mogelijke procedures gedoceerd werden door erkende instructoren[2,11]. Deze maatregel wekte echter veel discussie op. Voor 1990 voerden 25% van de huisartsen kleine heelkunde uit. Sinds het contract zijn er veel meer huisartsen kleine heelkunde gaan uitvoeren, waardoor plots 75% al dan niet bekwame huisartsen op de lijst verschenen[12]. De verloning hiervoor bedroeg 21 pond, met een plafond van 5 ingrepen per maand[13]. Dit vaste bedrag hield in dat er bij het toepassen van cryotherapie winst uit te halen was en bij excisie van bepaalde letsels er zelfs met verlies gewerkt werd[10]. Sinds 2004 is er in het Verenigd Koninkrijk echter een nieuw systeem in voege waarbij men financieel vergoed wordt bij het bereiken van een bepaald performantieniveau in de kleine heelkunde. Men moet aantonen over bepaalde vaardigheden te beschikken en men dient zich continu bij te scholen[10]. Slechts weinig artikels rond kleine heelkunde verschenen sinds de intrede van dit systeem.

4.1.2 Juridisch en deontologisch kader

De wettelijke en juridisch-deontologische context rond kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk bleek in de literatuur vrijwel onbesproken. In een poging hier toch een antwoord op te krijgen werd dan ook een vraag gericht tot Het Bureau van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren in Brussel. Zij verwezen echter door naar het RIZIV. In een tweede poging werd de vraag ook aan de Orde van geneesheren provincie Antwerpen gericht. Aldaar werden de vragen voorgelegd aan het dagelijks bestuur van de Raad. Na afloop was er een telefonisch contact over het feit dat er juridisch-deontologisch rond kleine heelkunde weinig bepaald is binnen de Orde. De Raad beaamde echter wel het feit dat dit een boeiend domein was om verder uit te werken.

Ook de mening van een Nederlandse expert en auteur, van het handboek -Verrichtingen in de huisartsenpraktijk-, werd bevraagd omtrent mogelijke wettelijke bepalingen over welke ingrepen wel en welke niet mogen verricht worden in de eerste lijn. Langs deze weg kwam volgend antwoord naar voor. ‘In principe is iedere arts bevoegd ingrepen te verrichten waartoe hij/zij zich bekwaam acht. Bij het onverhoopt optreden van complicaties wordt de bekwaamheid van de arts vanzelfsprekend getoetst aan de hand van de vooropleiding en/of ervaring en de situatie zoals die in de beroepsgroep gebruikelijk is. Men dient dus zijn/haar beperkingen te kennen, dan wel goede voorzorgen te treffen m.b.t. vooropleiding en/of het afleggen van een proeve van bekwaamheid. In voorkomende gevallen kan gedacht worden aan het volgen van een theoretische opleiding, praktijkoefening en coaching door een bekwame arts bij de eerste uitvoering in de praktijk.’

4.1.3 Epidemiologische gegevens

In een onderzoek van Gmajnic *et al.* in 2008 werden enkele epidemiologische kenmerken bestudeerd[14]. De auteurs zagen, tegenstrijdig aan hun verwachtingen, dat jongere en minder ervaren huisartsen evenveel enthousiasme hadden om kleine heelkundige behandelingen te verrichten dan hun oudere collega's. Mannelijke huisartsen bleken meer chirurgische behandelingen uit te voeren dan de vrouwelijke collega's. Hoewel het bemoedigend is dat de vrouwelijke artsen significant meer procedures uitoefenden na de in de studie gegeven cursus, bleef hun niveau van zelfvertrouwen om dit soort van medische zorgen te verrichten toch twijfelachtig[14]. Wat betreft de praktijkvorm kon een studie van Buis *et al.* aantonen dat solisten significant minder vaak helemaal geen ingrepen doen dan niet-solisten[15]. Dit kan volgens de auteurs als volgt geïnterpreteerd worden: niet-solisten voeren vaker helemaal geen ingrepen uit, daar ze binnen de praktijk de mogelijkheid hebben dit aan andere geïnteresseerden over te laten daar waar soloartsen er alleen voor staan.

Een onderzoek van Sempowski *et al.* (2006) kon aantonen dat huisartsen in rurale gebieden meer geneigd zijn de kleine heelkundige procedures zelf te verrichten in vergelijking met hun stedelijke collega's[16]. Ook uit de studie van Van de Lujitgaarden *et al.* blijkt een verband te bestaan tussen het percentage patiënten dat rechtstreeks naar het ziekenhuis gaat met verwondingen en de afstand van de praktijk tot de EHBO-afdeling: hoe verder van de spoeddienst hoe minder patiënten die rechtstreeks gaan[5].

4.1.4 Kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk

Via de technische geneeskundige raad van het RIZIV werd navraag gedaan omtrent welke ingrepen door huisartsen worden uitgevoerd en hoe vaak. Voor wat de kleine heelkunde betreft werd gesteld dat de huisartsen alle verstrekkingen van artikel 3 A en B mogen verrichten, alsmede de verstrekkingen van de hoofdstukken IV en V waarvoor het teken " ° " staat. Er werd wel een lijst ter beschikking gesteld van de globale statistische gegevens voor al de technische verstrekkingen van het jaar 2010 uitgevoerd door erkende huisartsen, deze lijst bleek echter onvoldoende bruikbaar voor deze studiedoeleinden.

Ook naar de opinie van de Nederlandse auteurs van het handboek -Verrichtingen in de huisartsenpraktijk- werd gepeild[17]. Zij gaven vooreerst aan liever niet te spreken van 'kleine' ingrepen maar wel van chirurgische ingrepen in de huisartsenpraktijk, welke naar hun mening in Nederland frequent worden uitgevoerd. De ene arts blijkt er echter meer toe geneigd dan de andere, maar gemiddeld genomen is er veel belangstelling. Volgens hen is vooral het geven van infiltraties zoals bv. in de schouder, het verwijderen van naevi, basaalcelcarcinomen, lipomen en het plaatsen van een IUD aan de 'orde van de week'. Zeldzamer zijn de huisartsen die ooglidcorrecties toepassen, circumcisies uitvoeren, een vasectomie verrichten of varices scleroseren. Een studie in Nederland van Marquet uit 2003 kon aantonen dat er ruim 100 verrichtingen per huisarts per jaar waren, dit betrof echter de huid,

het oog en bewegingstelsel[18]. Een andere studie, namelijk deze van Goudswaard *et al.* kwam uit op een tot vier ingrepen per week in een normpraktijk[17]. In Engelstalige bronnen wordt er zelfs gesproken van sigmoïdoscopie, appendectomie, herniaherstel, carpaaltunnelrelease en borstbiopsie verricht door de huisarts[7]. Wij beperken ons echter tot de ingrepen die vallen onder de vooropgestelde definitie in de inleiding.

In de loop der jaren is er wel een verschuiving opgetreden in het soort verrichtingen. De studie van Marquet maakte de vergelijking van ingrepen in 1987 met deze van 2001[18]. In de eerste studieperiode was de behandeling van snijwonden met 19% de onbetwiste nummer 1. In 2001 stond de verwijdering van goedaardige huidtumoren met 17% op de eerste plaats. Wratten stonden zowel in 1987 als 2001 op de tweede plaats en namen bijna 15% van het totale aantal verrichtingen voor hun rekening. Verwijdering van atheroom- en epitheelcysten bleef staan op nummer 3 met respectievelijk 12,6 en 13,6%. Het lijkt aannemelijk dat de intensieve kankervoorlichting van de afgelopen tien jaar de verschuiving in de ingrepen voor gezwelletjes en moedervlekken heeft veroorzaakt. Voorlichting over vroege herkenning van huidtumoren heeft kennelijk geresulteerd in een grotere alertheid van patiënten om met hun moedervlekken naar de huisarts te gaan en deze tot chirurgische actie te bewegen.

Binnen de eindtermen huisartsgeneeskunde staat in de toetslijst eindtermen onder huid en subcutis het volgende beschreven[19]: men dient in staat te zijn tot het behandelen van trauma aan de huid, benigne en maligne huidzwellingen, gekleurde huidletsels, huidinfecties en decubitus. Eveneens moet men in staat zijn paronychium, panaritium en furunkel chirurgisch te behandelen, anesthesie en wondhechting uit te voeren, indicatie te kennen voor verwijzing, hygiënische maatregelen te treffen ter voorkoming van wondcontaminatie en in staat te zijn goedaardige huidzwellingen te verwijderen met stikstof, elektrochirurgie of excisie door middel van scalpel. Daarbij is men in staat een diagnose te stellen bij een gekleurd huidletsel en in geval van vermoeden maligniteit snel te verwijzen voor diagnose en behandeling, over de verdere opvolging dient men ook te waken. Men dient aandacht te hebben voor volgende attitude namelijk ‘in dubiis abstine’ of ‘verwijder zelf geen verdachte gepigmenteerde huidletsels’.

4.1.5 Doorverwijzing

Kleine heelkunde voor dermatologische aandoeningen representeren een belangrijke reden voor consultatie bij de huisarts en verwijzing naar specialistische zorg[20].

In Nederland werd in een prospectieve studie van Van de Luijtgaarden *et al.* het verwijspercentage voor kleine verrichtingen nagegaan[5]. Het totale gemiddelde verwijspercentage bedroeg slechts 10,9%, hierbij werden echter ook verwijzingen omwille van fracturen aan vinger of teen geïncludeerd. Het percentage varieerde tussen de verschillende artsen van 5 tot 33% en was afhankelijk van belangstelling voor en ervaring met kleine operaties. Het is moeilijk de gegevens te vergelijken, omdat het soort kleine ingrepen in de studies verschillend kan zijn. Wel is het zo dat huisartsen geheel vrij

zijn in behandelen en verwijzen van patiënten, dat wil zeggen afhankelijk van eigen ervaring en belangstelling.

De hoofdredenen om zelf geen ingrepen te verrichten, die uit het onderzoek van Sempowski *et al.* bleken, waren gebrek aan up to date vaardigheden en gebrek aan tijd[16].

Het effect van kleine heelkunde uitgevoerd in de huisartsenpraktijk op het aantal doorverwijzingen naar het ziekenhuis varieert naargelang de diagnose, een studie van Van Dijk *et al.* toonde 1,0 % verwijzingen voor laceraties en snijwonden, 8,2% voor een cyste en 10.2% voor naevi[20]. In de studie van Sempowski *et al.* zag men dat er minder doorverwijzing kon genoteerd worden na educatie van huisartsen en dit zonder verlies aan kwaliteit van de zorg[16].

In het Verenigd Koninkrijk stelde men een lijst op met huisartsen die kleine heelkunde verrichten[4], opdat de huisartsen met een specifieke interesse hiervoor deze dienst ook zouden kunnen aanbieden aan de patiënten van een collega huisarts[13]. Dit systeem blijkt echter nog niet echt ingeburgerd, daar men kon vaststellen dat de meerderheid van de huisartsen eerder zou verwijzen naar een collega specialist dan naar een collega huisarts.

4.1.6 Interesse en kennis rond kleine heelkunde

In de Canadese studie van Sempowski *et al.* antwoordden 100% van de responders dat dermale excisie een kerntaak is die kan verwacht worden van alle afgestudeerden, maar data konden aantonen dat slechts 66,2% deze uiteindelijk ook zelf gaan uitvoeren[16]. Een aantal factoren speelt een rol bij de discordantie tussen het verwachte en geobserveerde aantal ingrepen. Nieuw afgestudeerden voelen zich misschien niet vertrouwd met de technische vaardigheden door een gebrek aan ervaring tijdens de studie en de opleiding. Daarenboven zijn vele huisartsen druk bezig met tal van andere zaken. Wat ook een rol kan spelen is de kost van aankoop en onderhoud van materiaal, alsook onvoldoende financiële verloning voor het verrichtte werk.

De belangrijkste redenen om bepaalde technische prestaties niet uit te voeren of niet te kunnen opnemen in het takenpakket voor de huisarts waren volgens de studie van De Wilde (2011) [21]: het ontbreken van de nodige kennis en vaardigheden, het tekortschieten van de opleiding, de vrije toegang van de patiënt tot de tweede lijn, het ontbreken van materiaal, praktijkhulp, gewoonten van patiënten en de bevolking in het algemeen, het ontbreken van afspraken voor samenwerking met de eerste en tweede lijn en daarnaast de wanverhouding tussen tijdsinvestering en financiële vergoeding.

Uit studies van Milne *et al.* (1990) en Brown *et al.* (1997) kwam echter naar voor dat het kunnen uitvoeren van praktische vaardigheden, waaronder kleine heelkunde zorgt voor een grote voldoening en jobtevredenheid[4,13].

Men ziet dan ook de interesse voor dermatochirurgie onder huisartsen toenemen. Volgens Van de Scheur *et al.* (2007) voert een groeiend aantal huisartsen zelf chirurgische excisies uit van goedaardige en kwaadaardige huidafwijkingen[6].

4.1.7 Organisatie van kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk

4.1.7.1 Planning

De gemiddelde wachttijd voor kleine heelkundige ingrepen in de huisartsenpraktijk is beperkt, daar de behandeling meestal kan worden uitgevoerd binnen de week. Twee onafhankelijke Engelse studies van Wall *et al.* en Lowy *et al*. vermelden elk een korte wachttijd van gemiddeld 6,5 dagen[7-8]. Uit gegevens blijkt dat de gemiddelde wachttijd bij de gynaecoloog 3,2 weken bedraagt, 4,0 weken bij algemene heelkunde en 6,4 weken voor NKO ingrepen.

4.1.7.2 Materiaal

Hoe wordt de praktijkruimte best ingericht en welke materialen zijn nodig voor een goede chirurgische excisie? Het uitvoeren van chirurgische ingrepen in de huisartsenpraktijk vereist geschikte accomodatie[12]. De ruimte moet semisteriel en ruim zijn. Centraal in de kamer plaatst men een behandeltafel. Ook de nodige belichting dient voorzien te worden. Een verrijdbare en in hoogte verstelbare instrumententafel is handig om het instrumentarium te kunnen opdekken.

Een steriele excisieset dient minimaal de volgende materialen te bevatten: scalpel, pincet, standaardschaar, prepareerschaar, weefselklem, naaldvoerder en steriele gazen. Het scalpel bestaat uit een mesheft waarop een mes kan worden geplaatst. Mesheft nr. 3 wordt het meest gebruikt en het standaardmes voor een dermatochirurgische ingeep is mes nr 15.

Er bestaan veel verschillende hechtdraden. De voorkeur gaat uit naar monofilament zoals Ethilon®. De kans op infectie en weefselschade is klein en het cosmetisch effect is daardoor beter[6]. De dikte van de draad wordt aangepast aan de lokalisatie: 5-0 of 6-0 voor het gelaat, 3-0 tot 5-0 voor de romp en extrimiteiten. De subcutis wordt gehecht met Vicryl®, een oplosbare polyfilamentaire draad die na 120 dagen is opgelost. Als regel is de subcutane hechting een diameter dikker dan de transcutane draad.

4.1.7.3 Steriliteit

Er is momenteel weinig informatie beschikbaar over het infectierisico van kleine chirurgie in de huisartsenpraktijk. Verschillende factoren kennen een invloed op de ontwikkeling van postchirurgische wondinfectie, zoals het type en de plaats van de ingreep, tijd van de ingreep, huidvoorbereiding, de vaardigheid van de chirurg en de risicofactoren van de patiënt. Vele wondinfecties zijn van endogene oorsprong. Ook exogene infecties kunnen zich voor doen, met als

grootste bronnen falende aseptische technieken of sterilisatie. Er is nood aan een propere omgeving, gebruik van aangepaste protectieve kledij, provisie van steriele instrumenten en goede handhygiëne[22].

De NHG-Richtlijn Infectiepreventie adviseert het gebruik van steriele handschoenen bij het sluiten van een defect met een hechting. Voor deze aanbeveling bestaat geen empirische onderbouwing, daar ze enkel gesteund was op een expertopinie uit de jaren vijftig. Er is ondertussen echter, zij het beperkt, onderzoek voor handen dat niet met deze bevindingen strookt. Zowel bij traumatische verwondingen als bij electieve dermatochirurgie geeft het gebruik van schone, niet steriele handschoenen geen verhoogd risico op wondinfecties[23]. Daarnaast lijkt de NHG richtlijn ook niet aan te sluiten bij het algemene gebruik onder huisartsen, daar het merendeel van de huisartsen schone, niet-steriele handschoenen zou gebruiken.

In de huisartsenpraktijk is het ook moeilijk om steriele handschoenen werkelijk steriel te houden, omdat de huisarts de kleine chirurgie in de dagelijkse praktijk vaak alleen uitvoert. Dat is anders in het ziekenhuis, waar er meestal een of twee assistentes zijn om materiaal, zoals instrumenten en gazen, steriel aan te reiken. Daarnaast blijkt ook uit onderzoek naar bacteriële kolonisatie op niet-steriele handschoenen in een ziekenhuissetting, dat er weinig of geen bacteriële contaminatie is van handschoenen uit nieuw geopende dozen noch van het laatste paar handschoenen uit de doos[23].

Wat betreft de sterilisatie van instrumentarium zijn er voor het gebruik in de huisartsenpraktijk op dit moment de heteluchtoven en de stoomsterilisator beschikbaar. Het resultaat van de stoomsterilisator, ook autoclaaf genoemd, is superieur en de gouden standaard voor verantwoord werken in de huisartsenpraktijk[24].

4.1.7.4 Assistentie

Wat betreft het kunnen beroep doen op assistentie bleek in de Nederlandse studie van Van Dijk *et al.* (2011) dat bij bijna tweederde van de huisartsen een 'primary care nurse' in de praktijk werkzaam was[20]. Voor de rest is er rond deze topic weinig terug te vinden in de literatuur.

4.1.7.5 Financieel

Nomenclatuur

De nomenclatuurnummers in verband met technische prestaties kunnen worden geraadpleegd via de website van het RIZIV. NomenSoft is een databank van de nomenclatuur voor geneeskundige verstrekkingen[25]. Die databank combineert de codenummers en de omschrijving van de prestaties met de tarieven. In tabel 1 kan men een overzicht vinden van hoeveel een huisarts mag rekenen voor een bepaalde ingreep.

Tabel 1: Overzicht nomenclatuurnummers en honoraria voor kleine heelkundige ingrepen (op basis van gegevens van het RIZIV)

NOMENCLATUURNUMMER TECHNISCHE PRESTATIES (FEBRUARI 2013)			
Code		Benaming	Honorarium (euro)
HEELKUNDE			
K27	148013	Hechten met draad of wondlijm van 1 of 2 wonden van het gelaat	32,91
K45	148035	Hechten met draad of wondlijm van 3 of meer wonden van het gelaat	54,86
K18	148013	Hechten met draad of wondlijm van 1 of 2 wonden andere dan van die het gelaat	21,94
K30	148035	Hechten met draad of wondlijm van 3 of meer wonden andere dan die van het gelaat	36,57
K10	114074	Belangrijke uitsnijding van afgestorven weefsel bij doorligwonden	12,31
HUID-SLIJMVLIEZEN-ONDERHUIDSE WEEFSELS			
K7	532011	Afname huidbiopsie voor APD	10,06
K11	532114	Idem met hechting	15,80
K20	145530	Wegnemen ingegroeide nagel	24,38
K10	145574	Insnijden van oppervlakkige flegmone	12,19
K20	145515	Verwijderen van subaponeurotische vreemd lichamen dat het insnijden van weefsel vergt. excl vreemd lich in oogbol	24,38
N45	288050	Insnijden en draineren van panaritium van vinger	44,42
K5	353194	Cryotherapie wegens huid- of slijmvliesletsels per zitting	5,80
K40	353216	Idem volledige beh van 8 en meer verrichtingen	46,44
K26,47	353231	Wegnemen of uitroeien, door om het even welk procédé (heelkundige behandeling, elektrocoagulatie), van allerhande oppervlakkige tumors van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreeks bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling	30,73
K45,2	353231	Idem bij kinderen onder 7 jaar	34,72
K6	114052	Nagelfenestratie	7,31
SPIJSVERTERINGSORGANEN			
K20	472054	Insnijding van hemorroïdale thrombose	23,22
DIVERS			
K10	149030	Implantatie hormonen	12,19

Voor een aantal van de in deze vragenlijst beschreven tijdrovende maar niettemin nuttige procedures bestaat er aldus geen specifiek nomenclatuurnummer, zoals voor drainage mucoidcyste vinger en curetteren van mollusca.

Kostprijs

In de literatuur worden zeer diverse bedragen vermeld wanneer de vergelijking wordt gemaakt tussen een ingreep verricht in de huisartsenpraktijk en een ingreep uitgevoerd door een specialist. Een studie van O'Cathain *et al.* vermeldt als kostprijs voor de excisie van een letsel 39,43 euro bij de huisarts en 53,56 euro in het ziekenhuis[26]. Dit levert een verschil van 14,13 euro. Een opmerkelijk kleiner verschil is er tussen cryotherapie in de huisartsenpraktijk met 3,52 euro en in het ziekenhuis 3,78 euro. De prijzen uit de studie dateren van 1989 en werden omgerekend van Britse pond naar euro. Een recentere studie van Van Dijk *et al.* uit 2011 vermeldt als kostprijs voor een gemiddelde excisie een bedrag tussen de 51,0 en 76,5 euro in de Nederlandse huisartsenpraktijk en tussen de 136,5 en 458,0 euro in hospitaalmilieu[20].

Daar er geen gegevens beschikbaar zijn omtrent de uitgaven aan materiaal die een huisarts zelf dient te doen voor het uitvoeren van een gewone wondhechting, werd hier bij benadering een inschatting van gemaakt. Dit gebeurde aan de hand van de aankoopprijzen bij enkele bedrijven van medische materialen.

Tabel 2: Berekening bij benadering van kostprijs gemiddelde wondhechting

	Aantal in verpakking	Prijs per verpakking	Prijs per stuk
Basisset			
Naaldvoerder	1	61,4 €	61,4 €
Schaar	1	22,7 €	22,7 €
Pincet	1	10,5 €	10,5 €
Mesheft	1	4,2 €	4,2 €
Mesje	100	20,0 €	0,2 €
Doos voor materiaal	1	10,4 €	10,4 €
Totale kostprijs basisset	109,4 € Stel dat dit materiaal 6 maal per maand gebruikt wordt en dit gedurende 5 jaar =0,3 € per keer		
Verdoving			
Verdovingsvloeistof	20 ml	4,0 €	1 ingreep ± 2 ml= 0,4 €
Spuit	100	7,0 €	0,07 €
Naald	100	4,34 €	0,043 €
Totale kostprijs verdoving	0,5 €		
Kostprijs ontsmettingsvloeistof	1 l	10,0 €	1 ingreep ± 10 ml= 0,10 €
Kostprijs steriele handschoenen	100	45,2 €	0,45 €
Kostprijs setje van afdekdoek en compressen	27	29,9 €	1,10 €
Kostprijs Ethilon draad + naald	36	141,1 €	3,9 €
Kostprijs Post-op pleister	20	19,5 €	0,97 €
Kostprijs sterilisatie	Aankoop klein toestel= 673,4 € + verbruik elektriciteit Stel dat dit 6 maal per maand gebruikt wordt en dit gedurende 10 jaar = ± 1,0 €		
Totale kostprijs aan materiaal wondhechting	0,3 € + 0,5 € + 0,10 € + 0,45 € + 1,10 € + 3,9 € + 0,97 € + 1,0 € = 8,3 €		

De hier berekende kostprijs aan materiaal kan daarenboven nog behoorlijk oplopen, afhankelijk van de grootte, diepte en hoeveelheid van de letsels. Voor de excisie van bepaalde letsels dient men daarnaast ook vaak over een uitgebreidere instrumentenset te beschikken.

4.1.7.6 Opvolging

Inschatting APD resultaat

Huisartsen gebruiken bij kleine chirurgische verrichtingen lang niet altijd anatomopathologisch (APD) onderzoek als diagnosticum. Volgens onderzoek van Buis *et al.* (2009) gebeurt dit in ongeveer 60% van de gevallen[27]. Daarnaast is in deze studie gebleken dat bij huidafwijkingen een verschil van 30% kan bestaan tussen de klinische diagnose van de huisarts en die op basis van pathologieonderzoek. Het gaat hierbij niet alleen om verschillen bij benigne afwijkingen: onderzoek laat zien dat bij 3 tot 5% van het pathologieonderzoek een klinisch als benigne gediagnosticeerde aandoening uiteindelijk toch een (pre)maligniteit blijkt. Omgekeerd – een klinisch als (pre)maligne diagnosticeerde huidafwijking blijkt benigne – is bij ongeveer 50 procent het geval. Bij de diagnose ‘naevus’ wordt pathologieonderzoek het meest consequent ingezet. Bij andere klinische diagnosen laten huisartsen

waarschijnlijk vooral weefsel van 'vreemde' wratten, cystes en zwellingen nakijken. Hoewel er enigzins consensus bestaat over de noodzaak om bij gepigmenteerde lesies altijd pathologieonderzoek te doen om geen melanoom te missen, werd ook hier bij gemiddeld 8 procent van de chirurgische verrichtingen geen materiaal ingestuurd. De redenen hiervoor zijn onbekend. Vermoedelijk ligt hieraan de overtuiging ten grondslag dat het 'een benigne laesie zal betreffen'. Het is echter gebleken dat de klinische diagnose van de huisarts, net als die van andere clinici, niet 100% betrouwbaar is. In dit onderzoek bleek twee procent van de naevi uiteindelijk maligne. Door dit materiaal niet te laten onderzoeken, bestaat het risico dat onvolledigheid van de excisie of maligniteit van het letsel gemist worden. Gevolg hiervan kan het optreden van een recidief zijn, maar ook het onthouden van therapeutische opties, zoals een sentinelklierprocedure bij een melanoom. Voor de diagnosen 'bengine tumor' en 'cyste' was de spreiding in het instuurgedrag erg groot. Uit onderzoek blijkt dat in de groep met de klinische diagnose 'cyste' in 3% van de gevallen maligniteiten voorkomen; bij een 'eenvoudige' klinische diagnose als 'wrat' was hier bij 6% sprake van. Deze cijfers maken duidelijk dat onder een benigne klinische diagnose van de huisarts relatief vaak maligniteiten schuilgaan. Er zijn nog geen kosteneffectiviteitsstudies gedaan naar pathologieonderzoek van huidexcisies in de eerste lijn. Wel werd in kader van onze studie de kostprijs voor anatomopathologisch onderzoek nagevraagd op de betrokken dienst van een lokaal ziekenhuis: voor de analyse van een gewone biopsie dient men te rekenen op 62,64 euro. Toch wegen de onderzoekskosten al snel op tegen de bezorgdheid van de patiënt, het belang van het uitsluiten van maligniteiten, informatie over radicaliteit en zo nodig een correcte adjuvante behandeling van wel gevonden maligniteiten[27-28].

Wanneer in een andere studie van O'Cathain *et al.* de vergelijking eerste en tweede lijn wordt gemaakt[26], valt het wel op dat algemene geneeskundigen minder weefsel doorsturen voor anatomopathologisch onderzoek dan ziekenhuisartsen (61% versus 90%, $p<0.001$) en dat ze eveneens een grotere proportie van maligne letsels als benigne diagnosticeerden (10% versus 1%, $p<0.05$). In de studie van Pockney *et al.* kon men vaststellen dat huisartsen in 5% van de gevallen letsels inadequaat verwijderd hadden waar dit in de ziekenhuissetting niet het geval was[29]. Onverwachtse wendingen komen dus relatief frequent voor.

Er worden door bepaalde instanties voorstellen gedaan dat huisartsen alle weefsels zouden doorsturen voor APD[12], maar anderen gaan daar niet mee akkoord daar dit een dure optie zou zijn, gegeven dat het histopathologisch onderzoek de helft van de kosten uitmaakt bij kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk. Er dient steeds afgewogen te worden of de kosten van histopathologisch onderzoek opwegen tegen het mogelijke risico van een occasioneel gemiste maligniteit. Er kan eventueel gewerkt worden aan de herkenning van maligne letsels en het is ook belangrijk dat artsen retrospectief leren uit hun APD verslagen[26]. Bij het verwijderen van huidtumoren, bijvoorbeeld een naevus, zou daarom steeds pathologisch anatomisch onderzoek worden verricht, behalve indien zeer evident[5,7].

Het verdient aanbeveling de invulformulieren voor pathologisch onderzoek aan te passen, daar men aangemoedigd moet worden om klinische details te vermelden. Verdere training en richtlijnen rond het gebruik van anatomopathologisch onderzoek in de huisartsenpraktijk zouden erg zinvol zijn[9].

4.1.7.7 Complicaties

Algemeen geeft de behandeling van verwondingen en excisies in de huisartsenpraktijk zeer goede resultaten[5].

Complicaties bleken uit een studie van Brown *et al.* zeldzaam in de huisartsenpraktijk[13]. De studie van Wall *et al.* toonde aan dat infectie de meest voorkomende complicatie was, maar ook dat deze slechts in minder dan 1% van de gevallen voor kwam[7]. Zo bleken de infectiekansen goed en kleiner dan in het ziekenhuismilieu. Profylactische antibiotica zijn niet aan te raden, zelfs integendeel, het wordt veroordeeld tot slechte praktijkvoering. Daarnaast blijkt ook bloeding zelden een probleem te zijn, dat daarenboven kan worden opgelost door het uitoefenen van druk of elektrocoagulatie.

4.1.8 Evaluatie van kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk

4.1.8.1 Belemmerende factoren

Als nadelen die de huisarts mogelijk ervaart bij het verrichten van kleine heelkunde komen in de literatuur volgende zaken naar voor: de kosten aan materiaal, angst voor vervolging indien er iets fout gaat en de druk op de beschikbare tijd[4].

4.1.8.2 Opleiding

Binnen de opleiding tot arts, of meer specifiek tot huisarts is men het er over eens dat er onvoldoende aandacht besteed wordt aan kleine heelkunde[2,11,30] en binnen diverse curricula ontbreek enige uniformiteit hieromtrent[2]. Hoewel de nadruk in het huidige onderwijs al meer ligt op praktische vaardigheden, maken praktische chirurgische vaardigheden hier onvoldoende deel van uit[7].

Daar huisartsen geacht worden veelvuldig kleine operaties te verrichten en traumata te behandelen, verdient het aanbeveling voldoende aandacht te blijven geven aan de praktische scholing van huisartsen in het verrichten van kleine chirurgische ingrepen. Een stage voor huisartsen in opleiding in de polikliniek heelkunde, om kleine verrichtingen onder begeleiding uit te voeren, kan zinvol zijn[5]. Huisarsten in opleiding zouden tegen wanneer ze zelf van start kunnen gaan zich voorbereid moeten voelen op het uitvoeren van kleine chirurgische procedures[31].

In een studie van Van Nuffel (2011) gaf 72% van de deelnemers kleine heelkunde als tekort aan in de huisartsenopleiding[30]. Uit diezelfde studie blijkt dat er ook geen workshops of opleidingen rond georganiseerd worden vanuit de opleiding. Men kan hier slechts ervaring in opdoen tijdens een ziekenhuisstage of tijdens de praktijkstage, indien dit in de opleidingspraktijk op geregelde basis

gebeurt. De stagejaren als HAIO zijn echter net een uitgelezen kans om samen met of onder supervisie van de praktijkopleider deze ingrepen uit te voeren.

Anderzijds dient men meer praktische chirugische workshops in het programma van continue medische bijscholing van erkende huisartsen te integeren. In een Kroatische studie van Gmajnic *et al.* ging men de invloed na van lessen praktische chirurgie op het aantal van kleine heelkundige verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Er was een significant verschil in het aantal kleine heelkundige verrichtingen voor en na de opleiding en de huisartsen hadden meer vertrouwen in hun handelingen na de cursus[14].

Uit een onderzoek van Cox *et al.* bleek 60% van de eerstelijnsartsen verdere educatie wel zinvol te vinden[9]. Er is dus nood aan voldoende lokale cursussen van hoge kwaliteit. Ze moeten gegeven worden met aandacht voor de praktische technieken en gedemonstreerd door artsen met veel ervaring in het ziekenhuis of de eerstelijn[12]. Uit massale deelname aan bepaalde cursussen in Nederland bleek er ook daadwerkelijk grote belangstelling voor te bestaan. Bij ons organiseert Domus Medica ook vorming m.b.t. kleine heelkunde en plaatsing van een spiraal op de vaardighedendag.

Behendigheid en vertrouwdheid krijgen met de opeenvolgende stappen van kleine chirurgische procedures kan bereikt worden door de techniek live uit te voeren op een simulatiemodel[32]. Video-instructie via computer-geassisteerde opleidingslijnen zijn een andere mogelijkheid om deze vaardigheden in de opleiding op te nemen[30]. Dit zit al deels verwerkt in de Itol Dermatologie van het ICHO. Daarnaast verschenen over dit onderwerp ook reeds enkele nuttige handboeken[33-34] en websites[35].

Positieve gevolgen die voortvloeien uit meer opleiding blijken ook; de huisartsen voelen zich meer zelfzeker en passen de technieken vaker toe in de praktijk[14]. Zo kan men de dienstverlening ook vergroten in de eerstelijn en de druk op de tweede lijn reduceren[20].

4.1.8.3 Kosteneffectiviteit

Bij de studie van dit aspect werd tijdens het proces ook de hulp ingeroepen van een gezondheidseconoom, hij gaf aan dat hij ook geen ruimer zicht had op de materie dan deze die voor handen was via Pubmed.

Het verstevigen van de eerste lijn is een focus van verschillende landen, daar nationale gezondheidszorgsystemen met een sterke eerste lijn lagere gezondheidskosten genereren[5].

Het uitvoeren van kleine chirurgie in de huisartsenpraktijk blijkt volgens de studies van Collins *et al.* (2010) en Milne *et al.* (1990) kosteneffectief ten opzichte van de ziekenhuissetting[2,4], ook de resultaten van andere studies tonen aan dat het ondernemen van de excisies in de huisartsenpraktijk duidelijk goedkoper is dan in het ziekenhuis[26]. Dit leidt tot besparingen voor de overheid en tot het vrijkomen

van meer beschikbare tijd en infrastructuur voor grote ingrepen in de tweede lijn[13], waardoor de druk op de ziekenhuiswachtlijst afneemt[2,4,26].

4.1.9 Patiënten en kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk

Huisartsen zijn zich over het algemeen te weinig bewust van wat hun patiënten verwachten. Nochtans is het inlossen van die verwachtingen belangrijk om tevreden patiënten te hebben en te houden[21]. Er zijn weinig studies voor handen die polsen naar het verwachtingspatroon van de patiënt. Wel konden bepaalde studies, zoals deze van Milne *et al.* besluiten dat kleine heelkunde in de huisartsgeneeskunde gunstig is voor de patiënt[4]. Daarbij is het zo dat de wachttijd voor het uitvoeren van heelkundige ingrepen bij huisartsen veel korter is, ze kunnen worden uitgevoerd op een moment passend voor de patiënt, in een vertrouwde omgeving door de eigen gekende arts en zijn zo geassocieerd met een hoog niveau aan patiëntentevredenheid[2,7,13]. Ook moet de patiënt voor de behandeling bij de huisarts vaak minder betalen en verliezen ze minder tijd[26].

4.2 Bevindingen uit de vragenlijsten voor huisartsen

Op de vier LOK-vergaderingen in Merelbeke, Destelbergen, Sint-Amandsberg en Heusden samen konden in het totaal 38 ingevulde vragenlijsten verzameld worden. De respons was zeer variabel, de ene vergadering leverde vele exemplaren op, de andere wat minder. Met 38 huisartsen ligt het aantal lager dan het vooropgestelde aantal van 50. Uit de gegevens van 38 huisartsen (n=38) konden we wel volgende resultaten berekenen.

4.2.1 Epidemiologische gegevens bevraagde huisartsenpopulatie

4.2.1.1 Leeftijd, geslacht en praktijkvorm

De gemiddelde leeftijd onder de huisartsen die deelnamen aan de bevraging bedroeg 45,5 jaar (standaardeviatie, SD $\pm$ 12,5 jaar). De meeste leeftijdsklassen waren vertegenwoordigd, met als jongste deelnemer iemand van 26 jaar en de leeftijd van de oudste huisarts bedroeg 74 jaar.

Meer dan tweederde van de bevraagde populatie was van het mannelijk geslacht, namelijk 65,8%. De vrouwelijke artsen waren slechts met 34,2%.

Binnen de bevraagde populatie blijken alle praktijkvormen vertegenwoordigd te zijn. De solopraktijken vormen het grootste aandeel met 16 van de 38 (42,1%). Op de tweede plaats vinden we de groepspraktijken terug (12/38 of 31,6%) en op de derde plaats de duopraktijken (8 van de 38 of 21%). Twee van de bevraagden waren werkzaam in een wijkgezondheidscentrum (5,3%). De praktijken van de artsen van de vier LOK-groepen zijn verspreid over Merelbeke (11), Destelbergen en Heusden (8), Sint-Amandsberg (8), Melle (3), Gent (2), Oostakker (1), Lochristi (2), Lokeren (2), Gentbrugge en Ledeberg(1).

4.2.1.2 Beoefenen huisartsen kleine heelkunde in de praktijk?

Met 92,1% kunnen we stellen dat nagenoeg alle artsen kleine heelkunde beoefenen. Slechts 3 van de 38 huisartsen leggen zich niet toe op deze verrichtingen. Hiervoor werden volgende redenen aangehaald; ‘graag in de toekomst te doen maar nog onvoldoende ervaring’, ‘vroeger veel uitgevoerd maar nu geen tijd meer’, ‘geen kleine heelkunde meer wegens bijna einde loopbaan’.

De vraag stelt zich of het al dan niet beoefenen van kleine heelkunde mogelijks gerelateerd is aan de leeftijd, het geslacht of het type praktijk waarin de arts werkzaam is. Voor geen van deze drie variabelen kon men enige statistische significantie naar voor brengen.

4.2.2 Kleine heelkundige ingrepen

Wat binnen deze enquête precies bedoeld werd met kleine heelkunde kon de betrokken arts hier terugvinden. Er werd de huisartsen een lijst met 23 van de meest voorkomende ingrepen voorgesteld. Verder konden de artsen ook zelf extra suggesties doen, maar deze optie werd niet benut.

4.2.2.1 Aard ingreep – frequentie

In onderstaande tabel staat per ingreep weergegeven hoeveel procent van de huisartsen deze zelf uitvoert binnen zijn praktijk. Nagenoeg alle huisartsen (97,4%) verrichten wondhechtingen, op de tweede plaats staat het toepassen van cryotherapie (84,2%) en op de derde plaats het insnijden van een abces (78,9%). De helft van de huisartsen behandelt een ingegroeide nagel zelf. Iets minder dan de helft van alle artsen, namelijk 47,4% neemt naevi weg. Hemorroïdale trombosen worden door 39,5% van de artsen ingesneden. Opvallend bij de gynaecologische verrichtingen is dat er meer huisartsen aangeven subcutane hormoonstaafjes in te planten (26,3%) dan spiraaltjes te plaatsen. Het plaatsen van een hormoonspiraal gebeurt slechts door 15,8% van de huisartsen. Dysplastische naevi en basocellulaire carcinomata worden beide door 23,7% van de huisartsen verwijderd, dit in tegenstelling tot spinocellulaire carcinomen die slechts door 10,5% van de huisartsen wordt weggenomen. Aan de excisie van melanomen waagt zich toch nog 5,3% van de artsen.

Tabel 3: Overzicht per ingreep van het aantal huisartsen die deze uitvoert

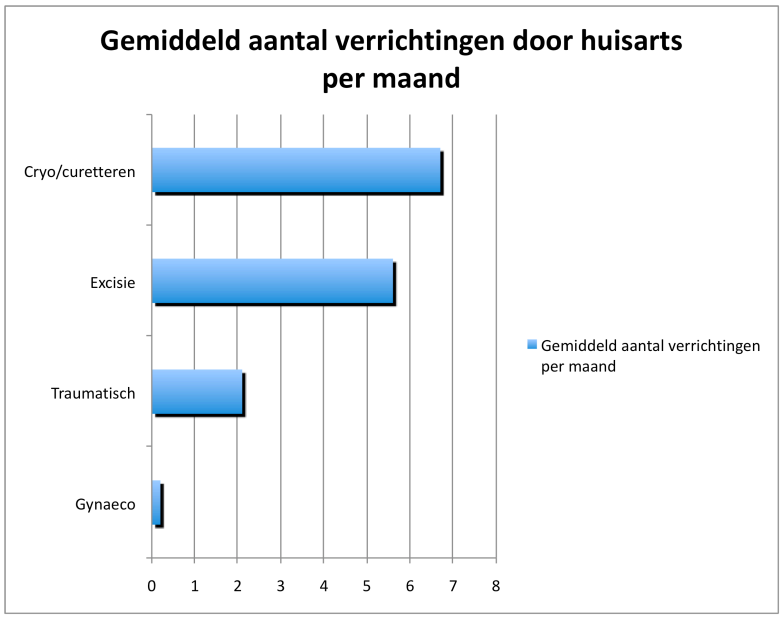
Soort ingreep	Aantal artsen (%)
Wonde waarvoor hechting nodig	97,4
Cryotherapie	84,2
Insnijden abces	78,9
Nagelfenestratie	71,1
Verwijderen vreemd lichaam met insnijden	68,4
Curetteren van mollusca contagiosa	65,8
Drainage paronychia/panaritium	60,5
Wegname fibroom	57,9
Wegname ingegroeide nagel	50,0
Wegname benigne naevus	47,4
Wegname cyste (bv. sebumcyste)	44,7
Drainage mucoidcyste vinger	44,7
Incisie hemorroïdale trombose	39,5
Wegname lipoom	36,8
Excisie necrose bij decubitus	31,6
Wegname condylomata accuminata	28,9
Implanting hormoonstaafje	26,3
Wegname mogelijks dysplastische naevus	23,7
Wegname (vermoeden) basocellulair carcinoom	23,7
Plaatsing spiraal	15,8
Wegname (vermoeden) spinocellulair carcinoom	10,5
Afname biopt	10,5
Wegname melanoom	5,3

Verder leek het interessant algemeen na te gaan of er al dan niet minder vrouwelijke dan mannelijke artsen bepaalde ingrepen uitvoerden. Voor de lijst van 23 ingrepen werd enkel een statistisch significant verschil gevonden voor de wegname van een cyste (p=0,015) en nagelfenestratie bij subunginaal hematoom (p=0,024)[*]. Waarbij kon vastgesteld worden dat beide ingrepen meer door mannen verricht worden.

Om de gemiddelde frequentie waarmee de huisarts een bepaalde ingreep per maand uitvoert overzichtelijker weer te geven worden de 23 kleine ingrepen opgedeeld in volgende categorieën: traumachirurgie (voornamelijk wondhechting), cryotherapie/curetteren (cryotherapie van wratten en

[*] Met behulp van de Fisher's Exact test

curetteren van mollusca vallen hieronder), gynaecologie (implanting hormoonstaafje en plaatsing spiraaltje) en excisies (de overige 18 dermatochirurgische ingrepen zoals excisie naevi, cyste, abces,...) Wanneer men deze vier groepen op onderstaande figuur 1 bekijkt, ziet men dat in de huisartsenpraktijk gemiddeld 6,7 keer per maand cryotherapie of curettage van letsels gebeurt. De huisarts neemt gemiddeld zo'n 5,6 keer per maand zijn scalpel in de hand om een excisie te verrichten, met op de eerste plaats wegname benigne naevus (gemiddeld 0,90 keer per maand), op de tweede plaats wegname fibroom (0,86), op de derde plaats insnijden abces (0,72), op de vierde plaats ingegroeide nagel (0,48) en op de vijfde plaats wegname van een cyste (0,45). Hechten van traumata doet de huisarts gemiddeld zo'n 2,1 keer per maand. Aan gynaecologische verrichtingen waagt de huisarts zich slechts met een gemiddelde van 0,2 per maand. Gezien de kleine aantallen binnen deze categorie, kunnen we deze beter uitdrukken per jaar. Zo wordt gemiddeld slechts 1 hormoonstaafje en slechts 1 spiraaltje per jaar geplaatst. Globaal gezien komt men zo aan een gemiddeld totaal van 164,1 ingrepen per jaar of 3,2 ingrepen per week die de huisarts verricht.



Figuur 1: Maandelijks aantal kleine heelkundige verrichtingen in de huisartsenpraktijk opgedeeld in vier categorieën.

Enkele opvallende gegevens die naar voor komen uit de bevraging zijn de volgende zaken.

Cryotherapie

Cryotherapie wordt veel aangewend in de huisartsenpraktijk voor allerhande aandoeningen, vermoedelijk voornamelijk voor de behandeling van verruca vulgaris. Slechts 6 van de 38 artsen wenden cryotherapie nooit aan en 9 artsen gebruiken meer dan 10 keer per maand stikstof bij de behandeling van letsels.

De vraag kan gesteld worden of de leeftijd van de artsen een rol speelt bij het aanwenden van cryotherapie als behandeling. Er kon inderdaad worden vastgesteld dat cryotherapie meer gebruikt

wordt door jonge artsen dan door hun oudere collega's (p=0,001)**. Er waren geen statistisch significante verschillen in het gebruik van cryotherapie tussen mannelijke en vrouwelijke artsen, noch tussen de verschillende praktijktypes.

Plaatsing spiraal

Er worden weinig spiraaltjes geplaatst door huisartsen. 32 van de 38 huisartsen plaatsen nooit een spiraal (84,2%). Vijf artsen plaatsen respectievelijk twee, drie, vier en zes spiraaltjes per jaar. Eén arts schiet er boven uit met 24 spiraaltjes per jaar.

Opnieuw werd hierbij nagegaan of er enige statistische significantie aantoonbaar was tussen het plaatsen van een spiraal en de drie variabelen (leeftijd, geslacht en praktijkvorm). Zo bleek het plaatsen van een spiraaltje niet leeftijdsafhankelijk en ook het geslacht van de arts bleek hierbij niet bepalend. Wel kon men een significant statistisch verband weerhouden tussen het type van praktijk en het plaatsen van een spiraaltje (p=0,008)*. Artsen werkzaam in wijkgezondheidscentra plaatsen vaker spiraaltjes dan hun collega's in solopraktijken (zie tabel 4).

Tabel 4: Per type praktijk wordt aangegeven hoeveel artsen al dan niet spiraaltjes plaatsen

		Type van praktijk				Total
		Solopraktijk	Duopraktijk	Groepspraktijk	Wijkgezondheids-centrum	
Plaatsing spiraal	Neen	15	8	9	0	32
	Ja	1	0	3	2	6
Total		16	8	12	2	38

Melanomen

In verband met de behandeling van melanomen zien we dat 36 op 38 huisartsen deze niet zelf excideren. Uit de studiegegevens blijkt verder dat 1 arts er toch een 10-tal per jaar wegneemt.

4.2.2.2 Specifieke situaties

Via een open vraag werd er gepeild naar het feit of er bepaalde ingrepen of ingrepen in bepaalde situaties zijn die men nooit zal uitvoeren als huisarts. Volgende antwoorden werden het meest genoteerd: ingrepen waardoor grote huiddefecten ontstaan, grote lipomen, patiënten onder anticoagulantia wegens het risico op bloeding. Men waagt er zich ook liever niet aan indien esthetische complicaties mogelijk zijn en indien de ingreep te tijdrovend is.

** Met behulp van Nonparametrische test voor onafhankelijke variabelen of Mann-Witney Ust

4.2.2.3 Doorverwijzing

Voor sommige ingrepen verkiest de huisarts zelf door te verwijzen naar een collega, de doorverwijspercentages kunnen worden geraadpleegd in tabel 5.

Huisartsen verrichten wondhechtingen meestal zelf. Slechts een klein percentage stuurt door naar de chirurg (2,6%). Niemand van de bevraagde huisartsen stuurt in dit geval door naar de spoedafdeling.

In verband met naevi, premaligne en maligne letsels is het zo dat voor goedaardige moedervlekken 28,9% van de huisartsen verwijst naar de dermatoloog. Voor een dysplastische naevus is dit 47,4%. In het geval van een melanoom verwijst men naast de dermatoloog (52,6%) ook voor een groot percentage (23,7%) naar de chirurg. Vrij gelijkaardige percentages ziet men voor baso- en spinocellulaire carcinomen waarbij respectievelijk 44,7% en 47,4% van de gevallen naar de dermatoloog gestuurd worden en respectievelijk 10,5% en 15,8% naar de chirurg verwezen worden.

Uit verder onderzoek bleek de leeftijd van de huisarts niet mee te spelen in het verwijsgedrag specifiek voor wat betreft het melanoom. Ook kon er geen verschil genoteerd worden naar gelang het geslacht of het type van de praktijk.

Voor de wegname van condylomata accuminata wordt in 26,3% van de gevallen beroep gedaan op de gynaecoloog, meer dan op de dermatoloog (23,7%). Voor de implanting van een hormoonstaafje en plaatsen van een spiraaltje wordt zoals verwacht in de meerderheid van de gevallen de gynaecoloog geraadpleegd, respectievelijk 60,5% en 71,1%.

Naar de spoedafdeling wordt weinig doorverwezen in het kader van kleine heelkundige ingrepen, enkel voor het insnijden van een abces en voor het insnijden van een hemorroïdale trombose, de percentages blijven dan ook relatief laag met voor beide 2,6% doorverwijzingen.

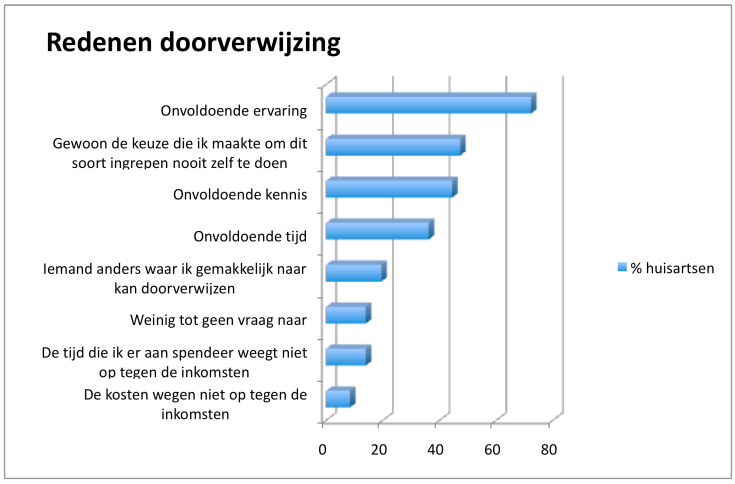
Een zeer opvallend gegeven is dat huisartsen niet doorsturen naar collega huisartsen in een andere praktijk in de omgeving. Soms gebeurt er wel een verwijzing binnen de eigen groepspraktijk, zoals bv. bij 15,8% van de gevallen voor excisie van een cyste, maar nooit zal men doorsturen naar een andere huisartsenpraktijk (zie tabel 5).

Tabel 5: Overzicht van de artsen waarnaar wordt doorverwezen per ingreep

Soort ingreep	Naar wie doorverwezen (%)					
	HAP	HAN	DER	CHI	GYN	SPO
Wondhechting	-	-	-	2,6	-	-
Cryotherapie	2,6	-	10,5	-	-	-
Insnijden abces		-	-	**13,2**	-	**2,6**
Nagelfenestratie	2,6	-	5,3	10,5	-	-
Vreemd lichaam	2,6	-	2,6	26,3	-	-
Curetteren mollusca	5,3	-	15,8	-	2,6	-
Paronychia/panaritium	5,3	-	5,6	13,2	-	-
Wegname fibroom	5,3	-	13,2	10,5	-	-
Ingegroeide nagel	10,5	-	**13,2**	**21,1**	-	-
Wegname naevus	13,2	-	**28,9**	2,6	-	-
Wegname cyste	**15,8**	-	13,2	13,2	-	-
Drainage mucoidcyste	2,6	-	7,9	23,7	-	-
Incisie hem trombose	-	-	-	**52,6**	-	**2,6**
Wegname lipoom	13,2	-	10,5	31,6	-	-
Necrose bij decubitus	2,6	-	15,8	36,8	-	-
Condylomata accum	7,9	-	**23,7**	2,6	**26,3**	-
Hormoonstaafje	2,6	-	-	-	**60,5**	-
Dysplastische naevus	7,9	-	**47,4**	5,3	-	-
Wegname baso	5,3	-	**44,7**	**10,5**	-	-
Plaatsing spiraal	5,3	-	-	-	**71,1**	-
Wegname spino	5,3	-	**47,4**	**15,8**	2,6	-
Afname biopt	2,6	-	42,1	15,8	-	-
Wegname melanoom	5,3	-	**52,6**	**23,7**	-	-

(Afkortingen HAP: collega huisarts die frequent kleine heelkunde uitoefent in de praktijk, HAN: collega huisarts die frequent kleine heelkunde uitoefent niet in dezelfde praktijk, DER: dermatoloog, CHI: chirurg, GYN: gynaecoloog, SPO: spoeddienst)

Er werd onder de huisartsen gepolst naar de algemene redenen voor doorverwijzing. Deze waren niet diagnosespecifiek en meerdere antwoorden konden worden aangeduid. Zoals voorgesteld in figuur 2 betreffen de hoofdredenen voornamelijk: onvoldoende ervaring (72,2%), een bewuste keuze om die bepaalde ingrepen nooit zelf te doen (47,2) en onvoldoende kennis (44,4%) of tijd (36,1%). Financiële motieven, bv. omdat de kosten niet zouden opwegen tegen de inkomsten, spelen minder mee.



Figuur 2: Redenen van doorverwijzing voor heelkundige ingrepen

4.2.3 Interesse en kennis rond kleine heelkunde

4.2.3.1 Interesse - taak

Op de vraag of men het boeiend vindt om zelf kleine ingrepen uit te voeren, vulde 88,9% van de huisartsen ja in. Er was geen verschil qua leeftijd van de huisarts, geslacht of type praktijk. Bovendien vindt 91,4% het interessant om deze dienst aan zijn of haar patiënten te kunnen verlenen.

Er werd eveneens gepeild naar het feit of men deze verrichtingen vond behoren tot het basistakenpakket van een huisarts, dan wel eerder tot een dienst die men de patiënt aanvullend biedt. De grote meerderheid antwoordde bevestigend op beide vragen.

4.2.3.2 Kennis - vaardigheid

Er werd navraag gedaan of artsen de indruk hebben tijdens hun opleiding voldoende theoretische kennis opgedaan te hebben rond kleine heelkunde. De meerderheid antwoordde positief: 77,8% gaf aan voldoende theorie genoten te hebben. Bij de vraag of voldoende praktische vaardigheden werden aangeleerd tijdens de opleiding, was slechts 63,9% akkoord. Verdere bijscholing op eigen initiatief werd weinig gevolgd, slechts 34,3% gaf aan dit wel te doen of gedaan te hebben.

4.2.4 Hoe organiseren huisartsen electieve kleine heelkunde in de praktijk

Een volgend opzet van deze studie was het in kaart brengen van hoe de huisarts kleine heelkunde en dan vooral de electieve ingrepen weet in te plannen, welk materiaal men hierbij voorhanden heeft, hoe men omspringt met het begrip steriliteit, of huisartsen beroep kunnen doen op assistentie in hun praktijk, hoe ze de financiële kant van de zaak bekijken, of opvolging een vast onderdeel uitmaakt van hun kleine heelkundige verrichtingen en of ze reeds met bepaalde complicaties geconfronteerd werden.

4.2.4.1 Planning

Hoe laat de huisarts weten aan de patient dat men in de praktijk kleine heelkundige ingrepen kan uitvoeren? Meestal (in 93,5%) gebeurt dit doordat de arts het vertelt aan de patient in een persoonlijk contact waarbij de patient zich expliciet met een bepaalde vraag of aandoening aanbiedt. Er wordt in de groep van bevraagde huisartsen bijna geen gebruik gemaakt van andere media zoals bv. via een website, brochure of affiche in de wachtzaal (slechts bij 6,5%).

Daarnaast is het zo dat men deze ingrepen meestal inplant, door het acute karakter vallen dringende wondhechtingen hier natuurlijk buiten. Men werkt voor de electieve ingrepen voornamelijk op afspraak (82,1%), dit kan eender wanneer, daar weinig artsen er specifieke vaste momenten (bv. vast elke donderdagnamiddag) in de week voor voorzien (17,9%).

De tijd die wordt uitgetrokken voor een gemiddelde ingreep werd eveneens ingevuld, het aantal minuten was echter zeer variabel, dit kon gaan van 15 minuten tot een uur. De gemiddelde tijd van een

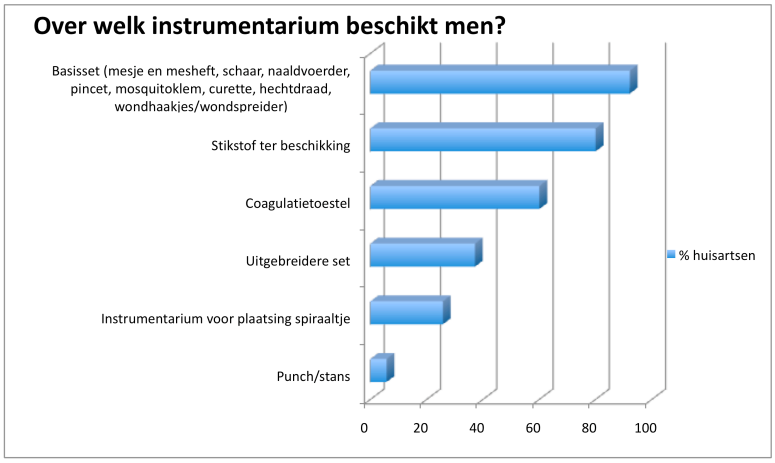
ingreep bedroeg echter 30,7 (SD 11,2) minuten. Deze parameter bleek niet gerelateerd te zijn aan de leeftijd van de arts, noch het geslacht of de praktijkvorm.

De wachttijd bij de huisarts blijft zeer beperkt, meestal slechts enkele dagen (75,8%) na het bespreken van de mogelijkheid tot ingreep, bij 21,2% bedroeg de wachttijd één week en bij slechts 3,0% meer dan twee weken.

4.2.4.2 Materiaal

Er werd nagegaan of huisartsen aanpassingen deden aan hun praktijkruimte met het oog op het verrichten van kleine ingrepen. Zo bleek uit deze peiling dat de helft van de artsen hiervoor specifiek bepaalde zaken voorzagen bij de inrichting van het kabinet. Voornamelijk een lamp met lange arm blijkt een handige tool, daar 45,7% zijn kabinet hier speciaal van voorzag voor kleine heelkunde. Wat minder aangeschaft werd, was een extra instrumententafel (25,7%) of een plafondlamp speciaal geschikt voor goede lichtinval bij ingrepen (17,1%). Bij de aankoop van een behandeltafel werd er ook maar in 14,3% van de gevallen rekening mee gehouden. De minst voorkomende praktijkmaatregel was een bijkomende ruimte speciaal voor kleine heelkunde voorzien (11,4%).

Bij de huisartsen die kleine heelkunde verrichten werd er ook navraag gedaan naar het instrumentarium dat hiervoor wordt aangewend, zie figuur 3. Elke huisarts die zich toelegt op kleine heelkunde blijkt uit de bevraging ook wel degelijk te beschikken over een basisset, veelal bestaande uit mesje, mesheft, schaar, naaldvoerder, pincet, mosquitoklem, curette, hechtdraad en wondhaakjes of -spreider. Een derde van de populatie beschikt over een uitgebreidere set, die niet nader omschreven werd. Van alle ondervraagde huisartsen beschikt een ruime meerderheid over stikstof. Een coagulatietoestel werd aangekocht door ongeveer 60% van de huisartsen. Slechts ongeveer een vijfde van de huisartsen heeft materiaal voor de plaatsing van een spiraaltje.



Figuur 3: Overzicht van percentage huisartsen dat over bepaald instrumentarium beschikt

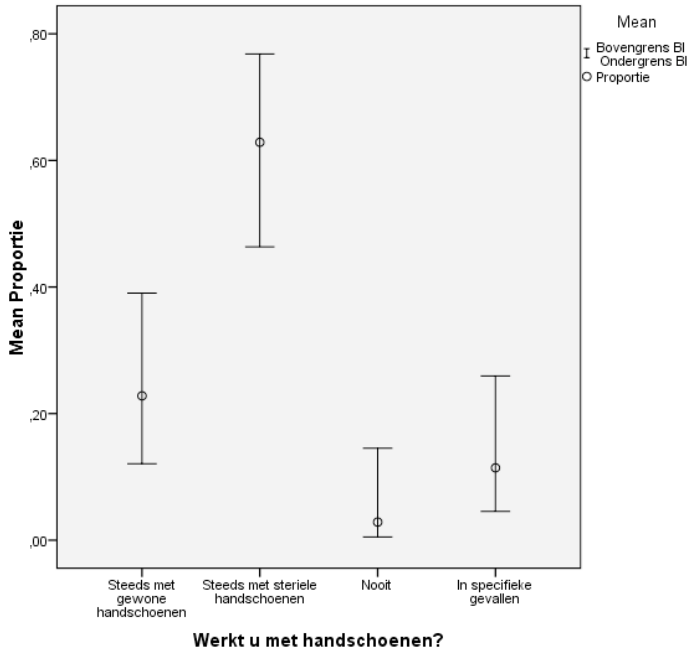
Daarnaast werd de vraag gesteld wat men van materiaal gebruikt voor eerder kleine en oppervlakkige wonden. De meerderheid (85,3%) liet weten dat men ook in deze specifieke gevallen gebruik maakt van naald en draad. Hechtpleisters, type steristrip® kwamen pas op de tweede plaats. Een opvallend gegeven was dat van de bevraagde huisartsen slechts 5,9% gebruik maakt van wondlijm bij dit type wonden.

4.2.4.3 Steriliteit

Hoe steriliseert de huisarts zijn materiaal? Het meest gebruikt is de heteluchtsterilisator (55,9%), met op de tweede plaats de stoomsterilisator, ook wel autoclaaf genoemd (35,3%), op de derde plaats komt het gebruik van wegwerpmateriaal (14,7%) en een gedeelde vierde plaats voor de ultrasoonreiniger en het gebruik van de eigen oven (met elk 5,9%).

Wat het gebruik van handschoenen betreft maakt 62,9% steeds gebruik van steriele hanschoenen, 22,9% maakt steeds gebruik van gewone handschoenen, 2,9% maakt nooit gebruik van handschoenen en 11,4% werkt enkel met handschoenen in specifieke gevallen. Dus kunnen we besluiten dat 37,1% niet routinematig gebruik maakt van steriele exemplaren.

Steriele handschoenen blijken statistisch significant meer gebruikt te worden dan de overige opties ($p<0,01$)[***]. Dit wordt voorgesteld in figuur 4.



Figuur 4: Overzicht aantal artsen die gebruik gebruik maken van bepaald type hanschoenen

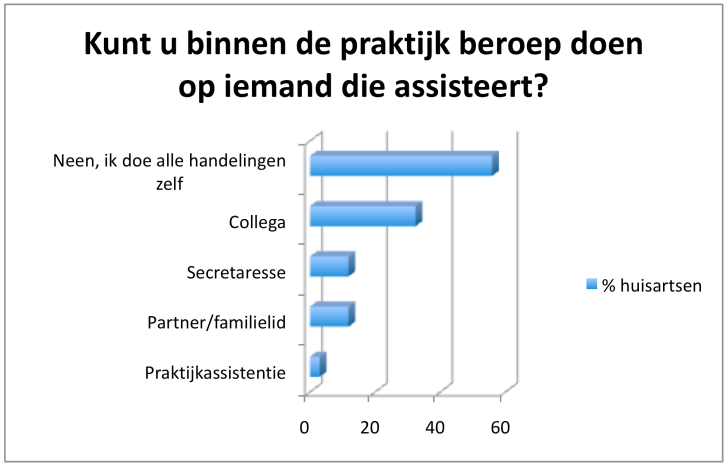
[***] Via multinominale logistic regression

Verder wordt een steriel veld niet altijd toegepast. Slechts bij iets meer dan de helft, namelijk in 58,3% van de gevallen, wordt er een steriel veld aangelegd. Van een afdekdoek wordt dan weer in tweederde van de gevallen gebruik gemaakt.

Ook werd er nagevraagd hoe belangrijk men zelf de mate van steriel werken in de huisartsensetting inschat. De mate van steriliteit wordt als belangrijk tot zeer belangrijk ingeschat bij ongeveer tweederde van de gevallen, namelijk 65,7%. Het overige eenderde geeft aan het slechts matig tot weinig belangrijk te vinden.

4.2.4.4 Assistentie

Voor de meeste kleine heelkundige handelingen staat de huisarts er alleen voor (zie figuur 5). Op de vraag 'kunt u binnen de praktijk beroep doen op iemand die u assisteert?' geeft 55,9% aan alle handelingen altijd zelf te doen, een deel (32,4%) kan beroep doen op een collega, (11,8%) op een secretaresse en eveneens zoveel op een partner of familielid (11,8%). Deze laatste partij blijkt zoals verwacht enkel ingeschakeld te worden bij sommige soloartsen voor assistentie tijdens de ingreep en bij één van de duopraktijken. Praktijkassistentie is slechts bij 2,9% van de artsen aanwezig.



Figuur 5: Percentage huisartsen die beroep kunnen doen op assistentie

Het leek interessant ook na te vragen wat huisartsen doen indien ze net tijdens een ingreep telefoon krijgen. Wie neemt de telefoon in deze gevallen op? Het blijkt meestal de secretaresse die de telefoon dan opneemt (38,2%), maar in 20,6% van de situaties dient de arts zelf de ingreep te onderbreken en neemt men na afloop opnieuw steriele handschoenen om verder te werken. Een deel neemt zelf de telefoon op en werkt nadien met dezelfde handschoenen verder (11,8%). Een deel kan er ook op rekenen dat een collega de telefoon op die moment zal opnemen (17,6%). Er wordt beroep gedaan op een partner of familielid in 20,6 procent van de gevallen en dit blijkt enkel het geval in solopraktijken en duopraktijken.

4.2.4.5 Financieel

Wanneer er navraag gedaan wordt naar het volgen van de tarieven verbonden aan de nomenclatuurnummers voor kleine heelkundige ingrepen, blijkt dat iedereen de gangbare tarieven aanneemt.

Ook werd er nagevraagd of men uit de kosten komt bij het uitvoeren van de ingrepen, d.w.z. indien de inkomsten gelijk of groter zijn dan de uitgaven aan materiaal. Uit de navraag bleken de meningen toch wat verdeeld, daar de meeste huisartsen aangeven uit de kosten te komen (63,3%), maar 36,7% geeft aan niet uit de kosten te komen. Indien we hier een objectiever zicht over wensen dient men een berekening te maken van de kostprijs aan materiaal (tabel 2), deze kan dan vergeleken worden met de verloning die men krijgt bij het uitvoeren van de ingreep (tabel 1). Indien men voor een gemiddelde wondhechting dus zou rekenen op een 8,5 euro aan materiaal, dan kan men stellen dat ongeveer de helft van de 21,94 euro voor het hechten van een wonde gaat naar de aankoop van de benodigde middelen.

4.2.4.6 Opvolging

Er wordt door de meeste huisartsen een vaste controle afspraak voorzien (64,7%), 35,3 procent doet dit niet routinematig maar bekijkt dit afhankelijk van het soort ingreep. In verband met anatomopathologisch onderzoek is het zo dat 65,6% van de artsen steeds hun preparaat insturen, 21,9% doet dit soms en 12,5% van de artsen doet dit nooit.

De APD resultaten worden wel volgens de meeste artsen (93,5%) nuttig en voldoende praktijkgericht bevonden. De overgrote meerderheid van de artsen (80,7%) waren het vaak tot altijd eens met de indruk dat hun eigen vooropgestelde diagnose overeen kwam met de diagnose gesteld op basis van het in het labo uitgevoerde anatomopathologische onderzoek. De overigen bleven neutraal.

4.2.4.7 Complicaties

Complicaties blijken zich in de huisartsenpraktijk eerder zelden voor te doen, dit blijkt uit 50% van de antwoorden. Hoewel toch door 35,5% van de artsen aangegeven wordt dat ze vaak voorkomen. 11,8% van de huisartsen beweert nooit complicaties tegen te komen. Onder de mogelijke complicaties blijkt dat tweederde van de artsen reeds infectie tegenkwam. Een bloeding van de wonde deed zich reeds bij de helft van de artsen voor. Loslating of dehiscentie van de wonde kwam voor bij eenderde van de huisartsen. Eén huisarts rapporteerde dat er zich naar aanleiding van kleine heelkunde een shocktoestand bij een patiënt voordeed.

4.2.5 Hoe evalueren huisartsen kleine heelkunde in de praktijk

4.2.5.1 Interesse

Belangrijk om te weten is hoe artsen kleine heelkunde naar de toekomst toe ervaren. De helft van alle artsen geeft de wens aan om meer kleine heelkundige ingrepen te gaan doen. De overige helft vindt enerzijds reeds voldoende kleine heelkunde uit te oefenen (36,1%) of vertoont geen interesse om nog meer te gaan beoefenen (13,9%).

Momenteel worden de meeste huisartsen tegengehouden door een tekort aan tijd (53,1%) en eveneens door een tekort aan ervaring (46,9%). De 'kosten', 'onvoldoende kennis' en het 'feit dat er geen vraag naar zou zijn' naar spelen iets minder mee.

Wanneer nagevraagd wordt of huisartsen interesse zouden hebben in het volgen van een verdere theoretische opleiding in de kleine heelkunde blijkt er toch wel veel interesse te bestaan. 67,6% van de artsen zou hierop ingaan. Een nog grotere interesse blijkt er te bestaan in het volgen van een verdere praktische opleiding gericht op heelkundige procedures (75%).

4.2.5.2 Assistentie

Uit de navraag blijkt dat huisartsen geen directe nood voelen aan assistentie tijdens het uitvoeren van kleine ingrepen. De meesten antwoordden, op de vraag of ze graag beroep doen of zouden kunnen doen op assistentie, neutraal tot mee oneens (56,7%). Slechts 13,5% van de huisartsen was het daar wel mee eens.

4.2.5.3 Patiënten

De meeste huisartsen hebben de indruk dat patiënten tevreden zijn over het feit dat de huisarts hen kan verder helpen wat betreft kleine heelkundige ingrepen (89,2%). De overigen blijven neutraal, niemand is het er mee oneens.

4.2.5.4 Financieel

Op de subjectieve vraag of ze vinden dat de huisarts voldoende verloond wordt voor het uitvoeren van kleine ingrepen, in verhouding met de tijd en middelen die men er aan spendeert, gaat maar 13,5% akkoord. 51,3% van de huisartsen is het oneens met deze uitspraak en 35,1% stelt zich neutraal op.

De meeste artsen zijn van mening dat het voor de patiënt goedkoper is om deze ingrepen te laten verrichten door de huisarts i.p.v. in de tweede lijn (83,8% mee eens tot zeer mee eens). Men heeft eveneens het idee dat het voor de maatschappij kostenbesparend is om deze ingrepen te laten verrichten door de huisarts in plaats van in de tweede lijn (86,5% mee eens tot zeer mee eens).

4.3 Bevindingen uit de vragenlijsten voor patiënten

Er bleek een zeer mooie respons te komen. Met 73 vragenlijsten ingediende vragenlijsten werd er ruimschoots voldaan aan het vooropgestelde aantal van 50 patiënten.

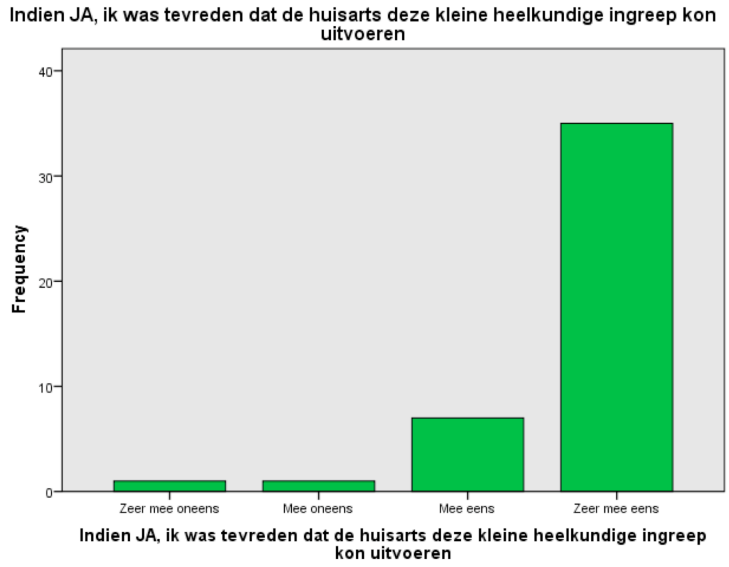
4.3.1 Epidemiologische gegevens bevraagde patiëntenpopulatie

De gemiddelde leeftijd onder de patiënten die deelnamen aan de bevraging bedroeg 45,7 jaar (SD ±16,2). De meeste leeftijdsklassen waren vertegenwoordigd en wanneer uitgezet op een curve benadert deze de Gaussiaanse vorm. De jongste deelnemer was 19 jaar en de leeftijd van de oudste deelnemer bedroeg 79 jaar.

Slechts een derde van de bevraagde populatie was van het mannelijke geslacht, namelijk 35,6%. De vrouwelijke patiënten waren ruimer vertegenwoordigd met 64,4%, of ongeveer tweederde. De patiënten komen uit de verschillende gemeenten in en rond Gent.

4.3.2 Kleine heelkunde bij uw huisarts?

Van de ondervraagden bleek 60,3% reeds een kleine ingreep bij de huisarts ondergaan te hebben. Er werd nagegaan of deze patiënten tevreden waren dat ze bij de huisarts terecht konden voor deze kleine heelkundige ingreep (zie figuur 6). De patiënten waren bijna unaniem tevreden tot zeer tevreden (95,5%). Eén patiënt was het oneens met de stelling en één andere was het zeer oneens, met andere woorden slechts twee van de 44 patiënten waren niet tevreden.

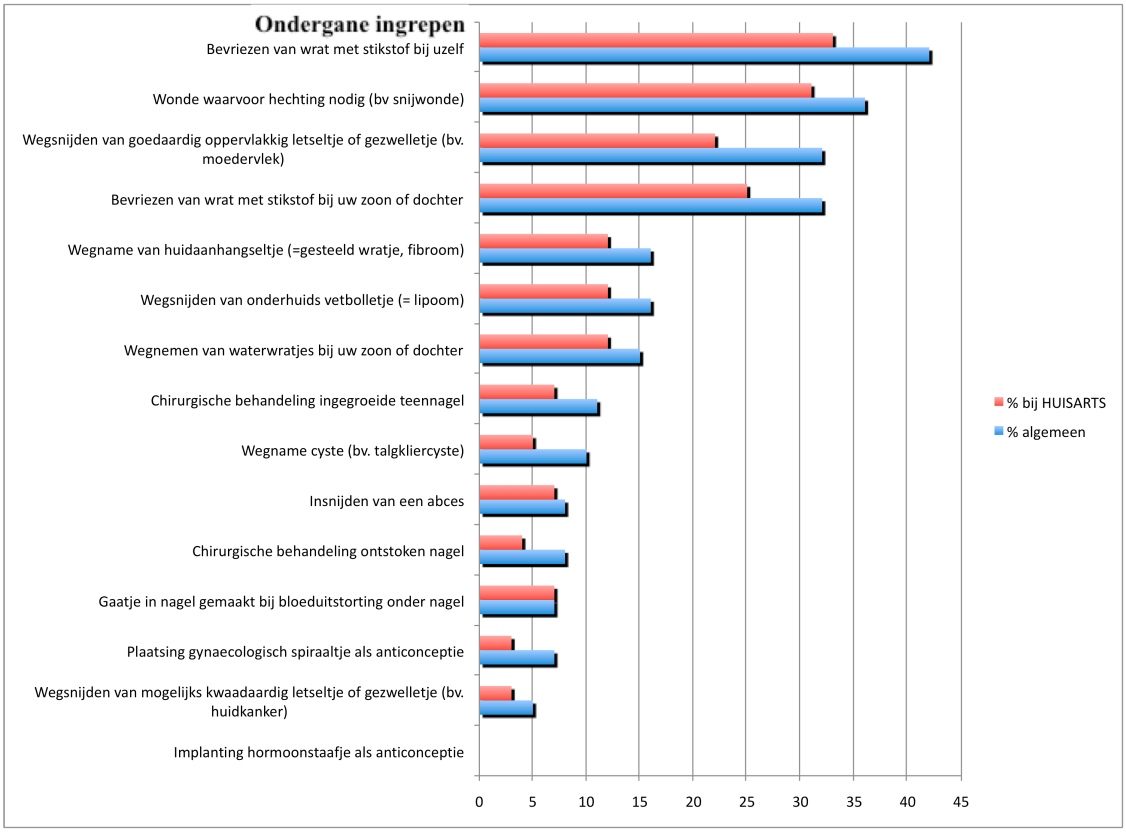


Figuur 6: Tevredenheid omtrent kleine heelkunde bij de huisarts

Indien men nog geen ervaring had, werd er bevraagd of men in de toekomst graag bij de huisarts zou terecht kunnen voor een ingreep. Dit werd door de grote meerderheid bevestigend beantwoord. Slechts 10% ging niet akkoord met de stelling.

4.3.3 Welke kleine heelkundige ingrepen en bij wie?

De behandelingen die de patiënten al het meest ondergaan hebben, zijn de volgende: cryotherapie bij zichzelf of voor hun kinderen, hechtingen voor snijwonde en wegname van goedaardige letsels. De behandeling kon uitgevoerd zijn, ofwel door de huisarts, ofwel door een specialist. Het aandeel van de huisarts bij elke ingreep staat in figuur 7 weergegeven.



Figuur 7: Weergave per ingreep van aantal patiënten die deze reeds ondergingen, met als bovenste balkje het percentage verricht door de huisarts.

De volgende cijfers hebben enkel betrekking op de groep die op de vraag 'Gelieve een kruisje te plaatsen bij de ingrepen die u reeds onderging en aan te vullen bij wie u daarvoor ging of gelieve aan te geven naar wie u zou gaan voor volgende ingreep' geantwoord heeft. Enkele van de meest opvallende gegevens staan hieronder weergegeven, het geheel aan resultaten vindt u in tabel 6.

Voor de behandeling van wratten met stikstof raadpleegt 87,2% de huisarts voor zichzelf en 88,6% voor hun zoon of dochter. De dermatoloog ontvangt 12,8% van de patiënten voor cryotherapie bij de patiënt zelf en 11,4% van de patiënten voor behandeling met cryotherapie bij een zoon of dochter.

Voor een hechting gaat 94,6% van de ondervraagde populatie naar de huisarts, slechts 5,6% zou hiervoor de spoeddienst raadplegen.

Voor de wegname van een goedaardig letsel (bv. moedervlek) ligt dit anders; een deel, 45,7%, gaat hiervoor bij de huisarts langs en een vrij groot aandeel, namelijk 37,1%, gaat hiervoor naar de dermatoloog. 14,3% van de patiënten gaat naar de chirurg.

Voor een mogelijk kwaadaardig letsel betrouwt men meer op de dermatoloog, namelijk in 64,7% van de gevallen en op de chirurg in 23,5% van de gevallen. Slechts 11,8% van de patiënten laat die ingreep verrichten door een huisarts.

Voor het insnijden van een abces wordt veeleer de huisarts geraadpleegd, in 77,3% van de gevallen, maar naast de dermatoloog (4,5%) en chirurg (13,6%), gaat toch ook een klein deel van de patiënten naar de spoed hiervoor (4,5%).

Voor een ingegroeide teennagel gaat ongeveer een gelijk deel bij de huisarts (50,0%) als bij de chirurg (45,5%) langs.

Voor de implantatie van een hormoonstaafje gaat men overwegend naar de gynaecoloog namelijk in 80,0% van de gevallen en dit is nog meer het geval indien het gaat om de plaatsing van een spiraaltje, waarvoor 86,4% de gynaecoloog opzoekt en slechts 13,6% van de patiënten hier de huisarts voor bezoekt.

Tabel 6: Overzicht per ingreep van aantal patiënten die een bepaalde discipline raadpleegd

Soort ingreep	**Hoeveel % patiënten ingreep laat uitvoeren bij volgende discipline**				
	HA	**DER**	**CHI**	**GYN**	**SPO**
Stikstof-wrat-patiënt	**87,2**	**12,8**	-	-	-
Wondhechting	**94,4**	-	-	-	**5,6**
Wegname goedaardig	**45,7**	**37,1**	**14,3**	2,9	-
Stikstof-wrat-kind	**88,6**	**11,4**	-	-	-
Wegname huidaanhangsel	71,4	21,4	7,1	-	-
Wegname vetbolletje	57,7	15,4	26,9	-	-
Waterwratjes kind	84,0	16,0	-	-	-
Ingegroeide nagel	**50,0**	**4,5**	**45,5**	-	-
Wegname cyste	54,2	20,8	25,0	-	-
Insnijden abces	**77,3**	4,5	13,6	-	**4,5**
Ontstoken nagel	57,1	4,8	38,1	-	-
Gaatje bloednagel	**95,7**	**4,3**	-	-	-
Plaatsing spiraaltje	**13,6**	13,6	-	**86,4**	-
Wegname kwaadaardig	11,8	64,7	23,5	-	-
Hormoonstaafje	**20,0**	**-**	**-**	**80,0**	-

(Afkortingen: HA: huisarts, DER: dermatoloog, CHI: chirurg, GYN: gynaecoloog, SPO: spoeddienst)

4.3.4 Uw idee rond kleine heelkundige ingrepen

Men vindt het gemakkelijk dat men voor kleine heelkundige ingrepen bij de huisarts terecht kan (93,2%). In verband met het bekwaam achten van de huisarts antwoordt 83,6% positief, slechts twee van de 73 patiënten achten de huisarts hier niet toe in staat. Vertrouwen in de huisarts wat betreft kleine heelkundige ingrepen is er in 89% procent van de gevallen. Twee van de 73 bevraagden tonen hiervoor geen vertrouwen in de huisarts. 87,7% zou in eerste instantie de huisarts raadplegen voor een kleine heelkundige ingreep en nadien pas de specialist. 17,8% van de patiënten zou hiervoor direct een specialist (dermatoloog, chirurg, gynaecoloog of spoeddienst) raadplegen, 32,9 % van de patiënten blijft hierin onbeslist.

4.3.5 Informatie

Hoe komen patiënten te weten of ze bij hun huisarts al dan niet terecht kunnen voor bepaalde heelkundige ingrepen? 24,7% van de patiënten heeft hier geen weet van. Slechts 1,4% van de patiënten is het te weten gekomen via een website, brochure of affiche. Mond aan mond reclame blijkt bij 12,3% de boodschap verspreid te hebben. Maar in het merendeel van de gevallen blijft het de huisarts, die naar aanleiding van een vraag hieromtrent tijdens een raadpleging of een huisbezoek, de patiënt inlicht over deze optie (68,5%).

4.3.6 Financieel

Patiënten zijn zich bewust van het feit dat de eerste lijn op twee fronten minder kosten genereert. Het is zo dat 68,5% van mening is dat het voor de patiënt goedkoper is om deze ingrepen te laten verrichten door de huisarts in plaats van in de tweede lijn (zoals bij de specialist, in het ziekenhuis of op de spoed). Wanneer het maatschappelijk aspect bevraagd wordt, blijkt ook hier een heel groot deel van de patiënten - namelijk 75,3% - van mening dat het voor de maatschappij kostenbesparend is om deze ingrepen in de eerste lijn i.p.v. in de tweede lijn te laten uitvoeren.

Een redelijk groot aandeel, respectievelijk 27,4% en 23,3%, van de patiënten heeft hier geen direct zicht op en spreekt er zich dan ook niet over uit.

V Discussie

Na afloop van de statistische verwerking van alle ingestuurde vragenlijsten, konden de bekomen gegevens vergeleken worden met wat er aan literatuur beschikbaar bleek omtrent kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk en de aangekaarte deelaspecten. Na de studie van het geheel werd er kritisch gereflecteerd omtrent de resultaten. In wat hier volgt zullen de voornaamste bevindingen besproken worden.

Chirurgie maakt reeds lange tijd integraal deel uit van de algemene geneeskunde, vóór de invoering van de mastertitel studeerde men na de basisopleiding dan ook af als doctor in de genees-, heel- en verloskunde. Doorheen de jaren deden zich echter verschillende verschuivingen voor tussen de eerste en tweede lijn, waarbij men recentelijk opnieuw een trend weet op te meten naar meer heelkunde in de huisartsenpraktijk[5-6].

Ondanks het feit dat huisartsen zich wel degelijk toeleggen op kleine heelkunde in hun huisartsenpraktijk, blijken hier algemeen gezien maar weinig gegevens over voor handen in de literatuur. In het geval men toch bevindingen hieromtrent registreerde, hadden deze veelal betrekking op de situatie in het Verenigd Koninkrijk en bleven deze gegevens in vele opzichten toch ontoereikend voor de Belgische situatie. Rond het wettelijk en juridisch-deontologisch kader kon, ondanks het raadplegen van specifieke bronnen, onvoldoende inzicht verkregen worden.

Dit geheel benadrukte het belang om het concept 'kleine heelkunde in de huisartsenpaktijk' verder uit te spitten aan de hand van zelfverkregen studiemateriaal via vragenlijsten bij huisartsen en patiënten.

5.1 Bevindingen uit vragenlijsten huisartsen

5.1.1 Kenmerken van de huisartsen

De vragenlijst werd ingevuld door 38 huisartsen (n=38). Voor de zorgregio Gent blijken er 368 erkende huisartsen actief, m.a.w. er werden tijdens deze studie 10,3% van de artsen bevraagd[36]. Het blijft een kleine groep om conclusies uit te destilleren. We dienen daarmee rekening te houden bij de interpretatie, stellingen kunnen zomaar niet veralgemeend worden naar de volledige populatie.

Wanneer men gaat kijken naar de cijfers die in 2005 algemeen voor België van toepassing waren[37], blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de 5.193 erkende huisartsen met 48,8 jaar nauw aansluit bij de gemiddelde leeftijd uit de studiepopulatie. Deze was namelijk 45,5 jaar. Binnen de algemene vraag of men al dan niet kleine heelkunde beoefent, blijkt de distributie van de leeftijd dezelfde doorheen beide categorieën. Specifiek voor cryotherapie kon er echter wel een verschil worden aangetoond, waarbij oudere artsen dit minder blijken toe te passen.

Meer dan tweederde van de bevraagde populatie was man (65,8%). De vrouwelijke artsen waren slechts met 34,2% vertegenwoordigd. Deze cijfers zijn vrij representatief voor de globale

huisartsenpopulatie. In België, zo blijkt uit de gegevens van het RIZIV, is 81% van de artsen man[37]. Wanneer men echter enkel kijkt naar de cijfer uit Vlaanderen en specifiek naar de zorgregio Gent komen er meer recente gegevens naar voor, namelijk deze uit 2010 i.p.v. 2005[36]. Hieruit blijkt dat 34,8% van de erkende huisartsen vrouw is. In de toekomst zal hier wellicht nog meer verandering in komen daar de vrouwen in de huidige huisartsenstudentenpopulatie meer vertegenwoordigd zijn. Er werd dan ook nagegaan of er een verschil was tussen mannen en vrouwen bij het uitvoeren van bepaalde ingrepen. Uit ons onderzoek kwam hier voor het geheel aan ingrepen geen significant verschil naar voor, enkel sebumcysten en een nagelfenestraties werden overwegend door de mannelijke huisartsen uitgevoerd. Uit onderzoek van Gmajnic *et al*. (2008) vond men wel dat de mannelijke huisartsen globaal gezien meer chirurgische behandelingen uitvoerden dan de vrouwelijke collega's[14]. Samen met het feit dat er naar de toekomst toe meer en meer vrouwen voor het huisartsenberoep zullen kiezen, dient deze groep dan ook extra gemotiveerd en gestimuleerd te worden.

Daar alle praktijkvormen vertegenwoordigd waren, lijkt deze studie een representatief staal te geven van de huisartsenpopulatie. Uit het onderzoek van Buis *et al.* bleken solisten vaker ingrepen te doen dan niet-solisten, daar deze laatsten er eventueel voor kunnen kiezen om deze taak aan hun geïnteresseerde collega's over te laten[15]. In de eigen studie kon dit voor het globaal aan ingrepen niet worden bevestigd. Wel zagen we een statistisch significant verschil betreffende de praktijkvorm en het plaatsen van spiraaltjes, waar net wijkgezondheidscentra dit duidelijk meer deden dan solopraktijken. Mogelijks biedt een groepspraktijk de kans aan bepaalde artsen om zich naar hun eigen wens meer toe te leggen op bepaalde verrichtingen.

Het onderzoek van Sempowski *et al.* (2006) toonde daarnaast aan dat huisartsen in rurale gebieden meer geneigd zijn de kleine heelkundige procedures zelf te verrichten in vergelijking met hun stedelijke collega's[16]. De artsen in deze studie waren voornamelijk gevestigd in eerder stedelijke gebieden, de vergelijking met een meer rurale omgeving kon omwille van organisatorische redenen niet gemaakt worden.

5.1.2 Kleine heelkundige ingrepen

Een eenduidige definitie voor kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk blijkt niet voor handen, in de literatuur ziet men van studie tot studie de inhoud van het begrip veranderen. Wij houden ons aan de vooropgestelde begripomschrijving uit de inleiding.

De studie van Marquet (2003) in Nederland kon aantonen dat er ruim 100 verrichtingen per huisarts per jaar waren, dit betrof echter de huid, alsook het oog en het bewegingstelsel[18]. Wanneer bij onze studie alle gemiddelden per jaar van elk soort ingreep worden opgeteld, komen we aan een totaal van 164,1 ingrepen per huisarts. Dit aantal ligt veel hoger, mogelijks omdat de andere studie geen cryotherapie includeerde, die met een gemiddelde van 60,4 keer per jaar een groot aandeel uitmaakt

van de optelsom. Wanneer we dit uitdrukken per week komen we aan een gemiddelde van 3,2 ingrepen per week verricht door de huisarts. Dit aantal komt overeen met wat beschreven wordt door Goudswaard *et al.*, zij kwamen uit op 1 tot 4 verrichtingen per week in een normpraktijk[17].

In de loop der jaren is er wel een lichte verschuiving opgetreden in het soort van verrichtingen. Volgens diezelfde studie van Marquet was in 1987 de behandeling van snijwonden de nummer één en in 2001 was dit het verwijderen van goedaardige huidtumoren[18]. Wratten stonden zowel in 1987 als in 2001 op de tweede plaats. Verwijdering van atheroom- en epitheelcysten bleef staan op nummer drie. Wij noteren momenteel voor de gegevens van onze studie uit 2012: op de eerste plaats de behandeling van wonden waarvoor hechting nodig is, op de tweede plaats het toepassen van cryotherapie en op de derde plaats het insnijden van een abces. Bepaalde kleine heelkundige ingrepen lenen zich blijkbaar meer voor toepassing in de huisartsenpraktijk dan andere.

Wanneer we, na het opsplitsen van de 23 ingrepen in 4 categorieën, naar het gemiddeld aantal verrichtingen door de huisarts kijken, zien we dat cryotherapie het meest wordt toegepast met 6,7 maal per maand, gevolgd door excisie van tumoren met 5,6 per maand en wondhechting met 2,1 keer per maand. Gynaecologische kleine heelkunde wordt slechts 0,2 keer per maand uitgevoerd.

Er is geen direct onderzoek voor handen over hoe vaak een bepaalde aandoening in de populatie voorkomt. Het feit of een arts al dan niet bepaalde ingrepen uitvoert, is natuurlijk ook mede-afhankelijk van de prevalentie in de patiëntenpopulatie. Voor zeldzamere zaken wordt de huisarts dus ook minder geconsulteerd, kan hij hiervoor minder ingrepen verrichten en dus ook minder ervaring opdoen. Door dit alles zal men mogelijks dan ook sneller doorverwijzen in het geval men toch met die bepaalde aandoening geconfronteerd wordt.

Uit de eigen studie kwamen wel enkele opvallende gegevens naar voor en dit voornamelijk omtrent cryotherapie, plaatsing van spiraaltjes en maligne lesies.

Cryotherapie

Cryotherapie wordt veel aangewend in de huisartsenpraktijk, zoals bleek uit het gemiddeld aantal per maand en dit voor allerhande aandoeningen, waaronder voornamelijk voor de behandeling van verruca vulgaris.

De vraag stelt zich dan ook of er enige evidentie bestaat voor het gebruik van cryotherapie. Over de beste en meest efficiënte behandeling in verband met verrucae vulgares bestaat er weinig evidentie en is er ook geen duidelijke consensus. Er bestaan een aantal mogelijke therapievormen waaronder cryotherapie, applicatie van keratolytica of de combinatie van beide. De Nederlandse farmacotherapeutische richtlijn beschouwt niet behandelen als de voorkeursoptie, gezien de meeste wratten spontaan zullen verdwijnen en daar behandeling gepaard kan gaan met pijn en andere potentiële bijwerkingen[38]. Een Cochrane review van Kwok *et al.* (2012) over de lokale behandeling van wratten toont beperkte evidentie voor salicylzuur en beschouwt cryotherapie niet effectiever dan

placebo, met uitzondering van één trial, die aantoonde dat cryo effectiever was dan salicylzuur en niets doen[39]. In de praktijk zien we echter dat cryotherapie, al dan niet na voorafgaandelijke verweking van de huid met salicylzuur, frequent wordt toegepast door vele huisartsen.

Plaatsing spiraal

Er worden door huisartsen weinig spiraaltjes geplaatst. Dit bleek ook uit het onderzoek van Van Driel *et al.* uit 2001 waar werd vastgesteld dat 74% van de huisartsen dit zelden of nooit deden[40]. Uit de eigen studie komt een nog groter percentage naar voor van 84,2%. Van de 38 huisartsen zijn er slechts 6 die spiraaltjes plaatsen met als uitschieter één arts die 24 spiraaltjes per jaar plaatst. Ondanks het feit dat er maar zes huisartsen spiraaltjes plaatsen, zijn er wel negen die over het materiaal beschikken. Van deze drie artsen werken er twee in een groepspraktijk en zij verwijzen hun patiënten naar een collega binnen de praktijk. Eén soloarts beschikt wel over het materiaal maar gebruikt het niet. De precieze reden hiervoor kon met dit onderzoek niet achterhaald worden.

Een reden die naar voor kwam uit de open bevraging van de huisartsen is dat spiraaltjes niet geplaatst worden ondermeer omwille van het feit dat men niet beschikt over directe controle met behulp van echografie, zoals dit wel mogelijk is bij de gynaecoloog. Uit de NHG standaard anticonceptie blijkt echter dat echo in de huisartenpraktijk niet vereist is bij een ongecompliceerd verloop[41].

Uit recent onderzoek van Harper *et al.* in 2012 meten huisartsen zelf een ondergebruik op van spiraaltjes bij hun patiënten en geven ze aan interesse te hebben in verdere educatie en ontwikkeling van de vaardigheid[42]. Een studie van Marret *et al*. (2002) kon daarnaast aantonen dat met specifieke training er geen verschil was tussen de plaatsing van een spiraaltje verricht door de huisarts dan wel door de gynaecoloog[43].

Maligniteit

Men ziet een toenemend aantal huisartsen zelf excisies verrichten van bepaalde goedaardige en kwaadaardige huidtumoren, zoals naevi en basaalcelcarcinomen[6]. Een cruciale vraag hierbij is: welke patiënten kunnen in de huisartspraktijk zelf behandeld worden en in welke gevallen wordt er beter naar de dermatoloog verwezen?

In verband met de behandeling van melanomen zien we dat 36 op 38 huisartsen (94,7%) deze niet zelf excideren, er blijkt één arts in de studie die er toch 10 per jaar wegneemt. De reden waarom deze huisarts de ingreep zo vaak verricht is niet gekend, mogelijks spelen er bepaalde factoren zoals bijkomende scholing of specifieke interesse. Het is ook niet duidelijk uit onze studie op te maken of de arts bij excisie reeds vermoeden had van een maligniteit of dat dit pas nadien uit het anatomopathologisch onderzoek bleek. Binnen de eindtermen huisartsgeneeskunde wordt er duidelijk vermeld dat men in geval van vermoeden van maligniteit snel dient te verwijzen voor diagnose en behandeling[19].

Gunstige nodulaire basaalcelcarcinomen kunnen desgewenst door de huisarts geëxcideerd worden. Indien er ongunstige kenmerken zijn, kunnen ze beter door de dermatoloog behandeld worden. Ongeacht de behandelende arts geldt dat de excisie radicaal moet zijn[6]. Goedaardige melanocytaire naevi kunnen desgewenst door de huisarts worden geëxideerd. Voor de beoordeling en eventuele verwijdering van atypische naevi kunnen patiënten beter naar de dermatoloog verwezen worden. Bij verdenking op het bestaan van een melanoom is verwijzing altijd aangewezen[6]. Daarnaast is het zo dat huidkanker een belangrijke oorzaak van mortaliteit is en dat de incidentie jaarlijks toeneemt.

Niet alle maligne letsels zijn klinisch duidelijk bij presentatie en kunnen dan ook potentieel nadelige uitkomsten hebben indien ze gemist worden. In een studie van Pockney *et al.* (2004) misten de huisartsen een derde van de maligniteiten, men liet zien dat huisartsen de aanwezigheid van een huidkanker identificeerden met een sensitiviteit van 57% (95% CI, 44-68%)[29]. Ook de NICE klinische guideline 2006 geeft aan dat patiënten, die zich presenteren met letsels suggestief voor huidkanker of bij wie een biopsie dit bevestigd heeft, dienen doorgestuurd te worden naar een team gespecialiseerd in huidkanker[44]. De diagnose en behandeling van alle huidkankers kan onmogelijk enkel door de specialisten worden gedaan, dit zou een te hoge werkload teweegbrengen en ook is het zo dat patiënten hiervoor niet allemaal een specialist raadplegen maar zich vaak eerst in de eerste lijn aanmelden. De huisarts kan een groot deel van de problematiek zelf onderkennen maar voldoende training is bijgevolg uitermate belangrijk[29].

In de CBO-richtlijn Melanoom van de huid wordt gesteld dat dermatoscopie de klinische accuraatheid aanzienlijk bevordert[45]. Volgens de richtlijn moet deze onderzoeksmethode een vaste plaats krijgen in de klinische diagnostiek van gepigmenteerde huidafwijkingen. Dermatoscopie kan volgens de studie van Michotte (2011) een plaats hebben in de huisartsenpraktijk mits huisartsen hier een training in krijgen en er regelmatig gebruik van maken[46].

Het is zo dat in onze studie de diagnose goed of kwaadaardig overgelaten wordt aan de kennis van de huisarts daar er geen vergelijking mogelijk was met anatomopathologische onderzoek. Een kwaadaardig letsel kon mogelijks voor de excisie als benigne gediagnosticeerd geweest zijn door de huisarts, hier kon in de studie geen rekening mee gehouden worden.

5.1.2.1 Doorverwijzing

De meeste ingrepen worden door de huisarts in eigen beheer verricht en de patiënten doen voor kleine heelkunde in eerste instantie ook beroep op hun huisarts. Er is dus een goede concordantie.

Het effect van kleine heelkunde uitgevoerd in de huisartsenpraktijk op het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn varieert naargelang de diagnose[20], dit komt ook naar voor in dit eigen onderzoek. Zoals reeds beschreven plaatsen weinig huisartsen spiraaltjes, het is dan ook niet verwonderlijk dat hiervoor in de meerderheid van de gevallen wordt doorverwezen naar de gynaecoloog.

Naar de spoedafdeling wordt weinig doorverwezen in het kader van kleine heelkundige ingrepen, enkel voor insnijden abces en voor insnijden van hemorroïdale trombose en dan nog slechts in geringe mate.

In het Verenigd Koninkrijk konden huisartsen met een specifieke interesse voor kleine heelkunde ook patiënten van andere huisartsen doorgestuurd krijgen[13]. Maar opvallend in de eigen studie is dat huisartsen niet doorsturen naar collega huisartsen in een andere praktijk in de omgeving. De redenen daarvoor zijn niet gekend. Mogelijks speelt de angst mee om zijn patiënt dan aan een andere huisartsenpraktijk kwijt te raken. Daarnaast is het zo dat er zich in Vlaanderen relatief vaak op korte afstand van de praktijk een ziekenhuis bevindt. Dit in tegenstelling tot in andere landen.

Wat men in deze eigen studie wel ziet is dat er verwezen wordt naar huisartsen binnen dezelfde praktijk die een specifieke interesse hebben voor het verrichten van heelkundige ingrepen. Men merkt binnen grotere groepspraktijken een soort van subspecialisatie, waarbij bepaalde artsen zich meer op bepaalde topics gaan toeleggen.

5.1.3 Interesse en kennis rond kleine heelkunde

Huisartsen vinden het boeiend om zelf kleine ingrepen uit te voeren (88,9%). Het blijkt voor hen een goede afwisseling met andere pathologie en ze verlenen deze dienst dan ook graag aan hun patiënten.

Men zag in het onderzoek van Gmanjnic *et al.* (2008) dat, tegenstrijdig aan hun verwachtingen, jongere en minder ervaren huisartsen evenveel 'zin' hadden om kleine heelkundige behandelingen te verrichten als hun oudere collega's[14]. Ook uit ons onderzoek komt er binnen de verschillende leeftijdsklassen geen statistisch significant verschil naar voor wat betreft het feit geïnteresseerd te zijn in kleine heelkunde.

Uit de studies van Milne *et al.* (1990) en Brown *et al.* (1997) kwam naar voor dat het kunnen uitvoeren van praktische vaardigheden, waaronder kleine heelkunde zorgt voor een grote voldoening en jobtevredenheid[4,13].

In een Canadese studie van Sempowski *et al.* (2006) vonden de ondervraagde huisartsen dat dermale excisie een kerntaak is die kan verwacht worden van alle afgestudeerden[16] en deze vaardigheid is eveneens duidelijk in de eindtermen opgenomen[19]. In onze enquête bleek de vraagstelling ontoereikend daar zowel de optie 'behorend tot het basistakenpakket' als ook 'een aanvulling op het takenpakket' in de grote meerderheid van de gevallen allebei aangekruist werd. Een mogelijke redenering hierbij zou zijn dat men bij de ene vraag bijvoorbeeld dacht aan een wondhechting en deze als een basistaak bekijkt en dat men bij de andere vraag bijvoorbeeld de plaatsing van een spiraaltje of excisie van basocellulair carcinoom voor ogen hield en dit eerder als aanvullend beschouwt. Globaal gezien kan echter wel worden gesteld dat ook in onze studie huisartsen vinden dat kleine heelkunde tot hun taak vinden behoort.

Er werd navraag gedaan of artsen de indruk hebben tijdens hun opleiding voldoende kennis opgedaan te hebben rond kleine heelkunde. Op vlak van theorie gaven de meeste huisartsen blijk van voldoende onderwijs. Het aangeleerd krijgen van praktische vaardigheden daarentegen kon volgens vele huisartsen beter.

5.1.4 Hoe organiseren huisartsen electieve kleine heelkunde in de praktijk

5.1.4.1 Planning

De meeste huisartsen brengen hun patiënten naar aanleiding van een zorgvraag met betrekking tot kleine heelkunde op de hoogte van de mogelijkheden in de praktijk. De optie waarbij men dit meedeelt via een website, folder of affiche blijkt zeer onder benut. Hier is ruimte voor verbetering. Daarnaast is het zo dat indien excisie noodzakelijk blijk deze ingrepen meestal in de agenda ingepland worden en er wordt hiervoor dan gemiddeld een half uur tijd voorzien. De dringende ingrepen vallen daar buiten daar zij door hun acute karakter onmiddelijk ingrijpen vereisen.

De gemiddelde wachttijd voor kleine heelkundige ingrepen in de huisartsenpraktijk is kort, de behandeling kan meestal worden uitgevoerd binnen de week[7]. Hetzelfde kwam uit ons onderzoek naar voor. De wachttijd bedroeg in 75,8% van de gevallen slechts enkele dagen tot een week. Er is een significant verschil te noteren met de wachttijden in de tweede lijn, daar deze meestal enkele weken bedraagt.

5.1.4.2 Materiaal

In diverse handboeken wordt de ideale inrichting van de praktijk en de nodige materialen in functie van het uitvoeren van kleine heelkunde beschreven[17,34].

Er werd ook in deze studie nagegaan of huisartsen aanpassingen deden aan hun praktijkruimte in functie van het verrichten van kleine ingrepen. De helft van de artsen in onze studie had hier over nagedacht bij de inrichting van het kabinet. Voornamelijk een lamp met lange arm blijkt een handige tool, daar 45,7% zijn kabinet hier speciaal van voorziet voor kleine heelkunde.

Bij de huisartsen die kleine heelkunde verrichten werd er ook navraag gedaan naar het instrumentarium dat door hen wordt aangewend. Elke huisarts die zich toelegt op kleine heelkunde beschikt over een basisset. Slechts ongeveer een vijfde van de huisartsen heeft materiaal voor de plaatsing van een spiraaltje. De vraag is of de huisartsen die over het materiaal beschikken de ingreep ook daadwerkelijk gaan toepassen. Dit aspect werd besproken onder 5.1.2 bij plaatsing spiraal. Er zijn globaal gezien namelijk 4 voorwaarden waaraan voldaan dient te worden voor het vervullen van een taak: naast de geschikte middelen dient men te beschikken over de juiste attitude, kennis en vaardigheden.

Een opvallend gegeven is dat meer dan 80% van de artsen beschikt over vloeibare stikstof. Tot zo'n 4 à 5 jaar terug kon de vloeibare stikstof vaak aan huis geleverd worden door een medisch laboratorium. Nadien kwam hier verandering in, daar er gevaar dreigt bij het vervoer. Dit omwille van het feit dat het stikstofvat zou kunnen ontploffen bij een ongeval en dus mogelijks kan leiden tot verbranding. Nu wordt het vervoer van vloeibaar stikstof vooral door gespecialiseerde firma's verzorgd of het kan op eigen risico indien de huisarts het zelf gaat ophalen. Ondanks het feit dat het dus moeilijker toegankelijk is geworden, blijkt het nog zeer frequent te worden aangewend. In de studie werd niet nagevraagd of ze de stikstof continu ter beschikking hebben of dat ze een specifiek wrattenspreekuur houden waarbij enkel op dat moment stikstof beschikbaar is.

Voor de behandeling van eerder kleine en oppervlakkige wonden gaf slechts 5,9% van de huisartsen aan gebruik te maken van wondlijm. Nochtans vormt deze theoretisch een ideale optie[17] en wordt er bij de nomenclatuurnummer voor hechten tegenwoordig expliciet vermelding gemaakt van wondlijm, waardoor men ook in die gevallen het als technische prestatie mag aanrekenen. Misschien heeft men hier negatieve of onvoldoende ervaring mee. Dit werd niet onderzocht. Ook hechtpleisters worden bij dit type wonden maar beperkt gebruikt, terwijl het voor deze indicatie goede en kosteneffectieve alternatieven bleken[47-48-49]. Deze optie wordt echter niet vergoed. Vertrouwdheid met een bepaalde techniek en voorkeur van de arts spelen hier ongetwijfeld een rol.

5.1.4.3 Steriliteit

Er blijkt weinig literatuur beschikbaar over de kans op infectie bij kleine chirurgie in de huisartsenpraktijk. Er is alleszins geen bewijs terug te vinden van een hoog infectierisico.

Ondanks het feit dat de autoclaaf als gouden standaard wordt gezien voor de sterilisatie van materiaal[24] wordt er door de huisartsen in onze studie in meer dan de helft van de gevallen gebruik gemaakt van de heteluchtsterilisator.

Wat het gebruik van handschoenen betreft, maakt 62,9% steeds gebruik van steriele exemplaren. De overige huisartsen trekken ofwel geen handschoenen ofwel maken ze gebruik van gewone, niet-steriele handschoenen. In de literatuur konden alleen studies teruggevonden worden die werden uitgevoerd in het ziekenhuismilieu. Zelfs in die setting kon men aantonen dat er weinig of geen bacteriële contaminatie van niet-steriele handschoenen uit nieuw geopende dozen of zelfs van het laatste paar handschoenen was[23]. Zowel bij traumatische verwondingen als bij electieve dermatochirurgie blijkt het gebruik van schone, niet steriele handschoenen dan ook geen verhoogd risico op wondinfecties te geven.

In onze studie werd ook nagevraagd hoe belangrijk de huisarts zelf de mate van steriel werken in de huisartsensetting inschat. Dit was een subjectieve vraagstelling maar kon toch een beter inzicht geven in wat huisartsen nu werkelijk zelf denken rond het gegeven van steriel werken in de huisartsenpraktijk. De mate van steriliteit wordt als belangrijk tot zeer belangrijk ingeschat bij

ongeveer tweederde van de artsen. Het andere eenderde geeft aan het slechts matig tot weinig belangrijk te vinden.

In de huisartsenpraktijk is het ook moeilijk om steriele handschoenen werkelijk steriel te houden, omdat de huisarts de kleine chirurgie in de dagelijkse praktijk meestal alleen uitvoert. Zoals bleek uit onze studie zijn er huisartsen (11,8%) die genoodzaakt zijn om hun telefoon zelf op te nemen tijdens de ingreep en blijken zij na afloop gewoon verder te doen met dezelfde handschoenen. Dat is anders in het ziekenhuis, waar er meestal een of twee assistenten zijn om materiaal, zoals instrumenten en gazen, steriel aan te reiken. Steriliteit blijkt in de eerste lijn dan ook een meer relatief begrip dan in de tweede lijn.

5.1.4.4 Assistentie

Bij de studie van Van Dijk *et al.* kon bijna tweederde van de huisartsen beroep doen op een primary care nurse[20]. In onze studie wordt er door de huisartsen nog maar weinig samengewerkt met een praktijkassistent(e) (2,9%). Voor de meeste kleine heelkundige handelingen staat de huisarts er alleen voor (55,9%). Er wordt in 11,8% beroep gedaan op een partner of familielid en dit blijkt enkel het geval in solo- en duopraktijken. Vermoedelijk moet men de reden zoeken in het feit dat bij solo- of duopraktijken familie zich frequenter in de buurt van de praktijk bevindt, in tegenstelling tot bij de meeste groepspraktijk.

Er waren twee huisartsen die een groepspraktijk hadden waar praktijkassistentie aanwezig was maar de handelingen werden toch door de arts zelf gedaan. Wel nam de praktijkassistent daar de telefoon op tijdens de ingreep. Een andere groepspraktijk maakt gebruik van praktijkassistentie bij het assisteren tijdens ingreep en van een secretaresse om op die momenten de telefoon op te nemen.

Uit de navraag blijkt dat huisartsen geen directe nood voelen aan assistentie tijdens het uitvoeren van kleine ingrepen. Slechts 13,5% van de huisartsen was het daar wel zeer mee eens. Een praktijkassistent blijk nog voor vele artsen geen evidentie. Waarom men er eerder weigerachtig tegenover staat is niet duidelijk. Enerzijds zou men kunnen redeneren dat deze extra persoon een kost vormt voor de huisarts, ondanks het feit dat Impulseo II of III hier al voor een deel in tussenkomt[48]. Anderzijds is men ook nog niet vertrouwd met dit gegeven, vele huisartsen zijn het al jaren gewoon deze handelingen alleen te stellen. Daarnaast bestaat er nog steeds geen officiële opleiding tot praktijkassistent(e). Ondersteuning door praktijkassistentie kan echter een meerwaarde voor de praktijk betekenen, daar bepaalde taken uit handen kunnen gegeven worden zonder aan kwaliteit in te boeten en er zo voor zorgt dat er tijd vrijkomt voor andere zorgkwesties. Op beleidsniveau liggen hier dan ook vele kansen open. Nu wordt dit gegeven al meer in de huisartsenopleiding geïntegreerd zodat het werken in team en het ‘uitbesteden’ van taken als positieve wending kan bekeken worden.

5.1.4.5 Financieel

Alle ondervraagde huisartsen volgen de gangbare tarieven, de vraag is echter of men hiermee uit de kosten kan komen. Hiervoor werd een simulatie gemaakt, waaruit bleek dat ongeveer de helft het bedrag dat men mag rekenen voor een gemiddelde wondhechting gaat naar de aankoop van het benodigde materiaal. Deze berekende kostprijs is maar bij benadering en kan natuurlijk nog sterk oplopen afhankelijk van de letsels en al de benodigde middelen in functie daarvan.

In de literatuur worden zeer diverse bedragen vermeld wanneer de vergelijking wordt gemaakt tussen een ingreep verricht in de huisartsenpraktijk en een ingreep uitgevoerd door een specialist. Men kan volgens Van Dijk *et al.* (2011) en O'Cathain *et al.* (1992) ongeveer uit gaan van het dubbele van de prijs in de tweede ten opzichte van de eerste lijn[20,26]. Een andere studie van Wall *et al.* spreekt zelfs van het tienvoudige[7].

Bij de installatie van een praktijk dient men vaak een arsenaal aan benodigdheden aan te kopen voor de verschillende domeinen binnen de huisartsgeneeskunde gaande van een onderzoekstafel, ECG toestel, sterilisator, chirurgisch materiaal, microscoop, gipsmateriaal en zo meer. Soms kan men zich behelpen met vrij beperkte middelen, maar om bepaalde ingrepen naar behoren te kunnen uitvoeren is vaak aangepast materiaal noodzakelijk. In verscheidene artikels uit het Verenigd Koninkrijk wordt beschreven dat artsen soms van de overheid pakketten aangeboden krijgen of beroep kunnen doen op steriel materiaal vanuit het ziekenhuis. Bij ons is dit niet mogelijk. Financiële incentives bestaan vooralsnog niet in België. Er is enkel een premie binnen Impulseo I voor de eerste installatie in een huisartsenarme zone en jonge startende artsen kunnen wel een renteloze lening aangaan[48].

5.1.4.6 Opvolging

Huisartsen sturen na excisie het weefsel niet altijd in voor anatomopathologisch onderzoek. Onderzoek van Buis *et al.* toont aan dat dit in ongeveer 60% van de gevallen gebeurt[27]. Daarnaast is in die studie gebleken dat bij huidafwijkingen een verschil van 30% kan bestaan tussen de klinische diagnose van de huisarts en die op basis van pathologieonderzoek. In onze studie bleek een vergelijkbare 65,6% van de huisartsen steeds hun preparaat in te sturen voor anatomopathologisch onderzoek. De meeste artsen 80,7% waren het vaak tot altijd eens met de indruk dat hun eigen vooropgestelde diagnose overeen kwam met de diagnose gesteld op basis van het in het labo uitgevoerde anatomopathologische onderzoek. Dit zijn echter subjectieve resultaten, we konden dit niet daadwerkelijk gaan vergelijken met het effectieve anatomopathologische verslag.

Cijfers uit de literatuur hebben duidelijk gemaakt dat er onder een benigne klinische diagnose van de huisarts relatief vaak toch enige vorm van maligniteit schuilgaat[13]. Bij het frequent toepassen van cryotherapie voor allerhande lesies is het zelfs zo dat men geen substraat heeft voor verder onderzoek, ook met cryotherapie dient dus omzichtig te worden omgesprongen. Het is zo dat we uit dit alles kunnen besluiten dat het sterk aanbevolen is om weefsel frequenter in te sturen voor

anatomopathologisch onderzoek ten einde geen belangrijke diagnoses te missen. Daarnaast verdient het ook aanbeveling om de tijd te nemen om alle resultaten van APD onderzoek te bestuderen en te vergelijken met de eigen vooropgestelde diagnose ten einde hieruit te kunnen leren.

5.1.4.7 Complicaties

De behandeling van verwondingen en excisies in de huisartsenpraktijk geeft algemeen zeer goede resultaten[5]. Een studie van O'Cathain *et al.* liet zien dat de resultaten van de ingrepen verricht in de eerste lijn even goed zijn dan deze in de tweede lijn[26].

Complicaties bleken uit de studie van Brown *et al.* in de huisartsenpraktijk zeldzaam[13]. Zo blijkt ook volgens de mening van de huisartsen in onze eigen studie dat complicaties zich eerder zelden voordoen. De meest voorkomende verwikkeling was infectie met op de tweede plaats bloeding van de wonde. Eerder levensbedreigende complicaties doen zich uiterst zelden voor.

5.1.5 Hoe evalueren huisartsen kleine heelkunde in de praktijk

5.1.5.1 Interesse

Relevant om te weten is hoe huisartsen zelf de toekomst van kleine heelkunde in hun praktijk bekijken. De helft van alle artsen geeft de wens aan om meer kleine heelkunde te gaan uitoefenen.

Momenteel worden de meeste artsen tegengehouden door een tekort aan tijd en ervaring. In de studie van Milne (1990) worden de kosten aan materiaal, schrik voor vervolging indien er iets fout gaat en de druk op de beschikbare tijd als drempels ervaren[4]. In een andere studie, namelijk deze van Sempowski *et al.* (2006) kwam eerder een gebrek aan up to date vaardigheden en eveneens een tekort aan tijd naar voor[16].

Van de bevraagde artsen zou 67,6% interesse hebben in een verdere theoretische opleiding in de kleine heelkunde. Een nog groter aandeel huisartsen, namelijk 75%, blijkt geïnteresseerd in het volgen van een verdere praktische opleiding omtrent heelkundige procedures.

Ook uit recent onderzoek van Van Nuffel (2011) bleek onderrichting in onder meer de kleine heelkunde een lacune in de opleiding[30]. Het verdient aanbeveling dat er meer cursussen zouden georganiseerd worden enerzijds met de theoretische aspecten die belicht worden maar voornamelijk in het zelf kunnen uitvoeren onder begeleiding van kleine heelkundige ingrepen. Allen met het oog op het verder aanwakkeren van het enthousiasme om kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk daadwerkelijk zelf te gaan toepassen. Wat betreft de invulling bestaan veel mogelijke opties gaande van het leren uit handboeken, demonstraties door huis- of ziekenhuisartsen met veel ervaring, live training op een simulatiemodel, zoals dit wel voor handen is op de vaardighedendag bij Domus Medica en online opleidingslijnen, zoals onderdeel van de Itol dermatologie georganiseerd door het ICHO[12,30,32].

Binnen de huisartsenopleiding zou er meer aandacht mogen komen voor het uitvoeren van kleine heelkundige verrichtingen, de haio kan daar in een ideaal leermilieu onder toezicht de vaardigheden onder de knie krijgen of kan in die periode bijkomende ervaring gaan opdoen bij een chirurg. Ook tijdens de verdere loopbaan moet de huisarts de kans krijgen zich continu verder te kunnen scholen op dit domein. Vele bijscholingen worden georganiseerd in het kader van de accreditatie maar het aanbod aan kleine heelkunde is daarbinnen echter maar beperkt.

5.1.5.2 Patiënten

De meeste huisartsen binnen onze studie hebben de indruk dat patiënten tevreden zijn over het feit dat de huisarts hen kan verder helpen wat betreft kleine heelkundige ingrepen (89,2%). Ze hebben het gevoel dat patiënten dit weten te appreciëren. Het is belangrijk dat men tijdens het consult voorafgaand aan de ingreep, voldoende polst naar de precieze verwachtingen van de patiënt zodat de juiste therapie kan worden ingesteld en de patiënt ook weet wat hij of zij kan verwachten.

5.1.5.3 Financieel

De meeste artsen in onze studie geven aan dat het voor de patiënt goedkoper is en voor de maatschappij kostenbesparend om kleine heelkundige ingrepen te laten verrichten door de huisarts in plaats van in de tweede lijn. Het uitvoeren van kleine chirurgie in de huisartsenpraktijk blijkt volgens de studies van Collins *et al.* (2010) en Milne *et al.* (1990) daadwerkelijk kosteneffectief ten opzichte van de ziekenhuissetting[2,4].

Indien huisartsen meer gestimuleerd zouden worden tot het uitvoeren van kleine heelkunde komt er in het ziekenhuis ook meer tijd en infrastructuur vrij voor de meer complexe ingrepen, waardoor de wachtlijst aldaar gereduceerd wordt. Daarnaast kan de huisarts in de eerste lijn ook zijn eigen specifieke kenmerken uitspelen, men heeft hier namelijk de voordelen van de continuiteit van de zorg. Slechts 13,5% van de in onze studie bevraagde huisartsen vindt dat ze voldoende verloond worden voor het uitvoeren van kleine ingrepen. Indien de overheid nog meer middelen zou vrijmaken voor de huisarts op dit domein, zouden er nog belangrijkere verschuivingen kunnen plaatsvinden.

5.2 Bevindingen uit vragenlijsten patiënten

Uit de gegevens van het RIZIV leert men dat een voltijds huisarts tussen de 588 en 1056 verschillende patiënten per jaar ziet, gemiddeld bijna 802 patiënten[37]. Onze studie kreeg respons van 73 patiënten. Ook hier blijven de aantallen beperkt, we dienen daarmee rekening te houden bij de interpretatie. De steekproef is ook niet altijd representatief gezien enkel patiënten uit eerder stedelijke praktijken bevraagd werden en niet deze uit een meer rurale omgeving.

5.2.1 Epidemiologische gegevens bevraagde patiëntenpopulatie

5.2.1.1 Kenmerken patiëntenpopulatie

De gemiddelde leeftijd onder patiënten die deelnamen aan de bevraging bedroeg 45,7 jaar.

Uit de gegevens van het RIZIV weet men dat de gemiddelde leeftijd van de patiënt die de huisarts bezoekt 46,1 jaar bedraagt[37]. Daarnaast is het zo dat patiënten van meer dan 65 jaar 22% van de patiënten vertegenwoordigen, in onze studie wordt met 19,4% dit gegeven benaderd.

Slechts eenderde van de bevraagde populatie was man, namelijk 35,6%. De vrouwelijke patiënten waren ruimer vertegenwoordigd met 64,4%, of ongeveer tweederde. In deze studie bleken meer vrouwen bereid tot deelname aan het onderzoek dan mannen. Nu is het zo dat in de gemiddelde wachtzaal ook net iets meer vrouwen terug te vinden zijn dan mannen. Het RIZIV registreerde dat 45% van de patiënten mannen zijn[37]. Dus algemeen gezien bezoeken vrouwelijke patiënten de huisarts iets meer dan de mannelijke patiënten.

5.2.1.2 Kleine heelkunde ondergaan bij de huisarts

Wanneer binnen de patiëntenpopulatie navraag gedaan werd, bleek tweederde van de ondervraagden reeds een kleine ingreep bij de huisarts ondergaan te hebben. De patiënten waren bijna unaniem tevreden tot zeer tevreden over het feit dat de huisarts de kleine heelkundige ingreep kon uitvoeren. Uit de populatie die nog geen ervaring had met kleine heelkunde bij de huisarts zouden de meesten hiervoor in de toekomst graag bij de huisarts kunnen aankloppen.

5.2.2 Welke kleine heelkundige ingrepen en bij wie?

Bij dit onderdeel van de vragenlijst voor patiënten hing veel af van wat de patiënt onder een bepaalde ingreep verstond. Bijkomende informatie werd gegeven maar dit kon nooit alle ladingen dekken. Toch konden we een aantal belangrijke zaken weerhouden.

De behandelingen die de patiënten al het meest ondergaan hebben, zijn de volgende: cryotherapie, hechtingen voor snijwonde, wegname van goedaardige letsels.

Voor de behandeling van wratten met stikstof raadpleegt 87,2% de huisarts voor zichzelf en 88,6% voor hun zoon of dochter. De dermatoloog ontvangt de overige patiënten. Men zou eerder denken dat

men voor de kinderen sneller de specialist raadpleegt dan voor de ouder zelf. In deze studie bleken significant minder vrouwen reeds cryotherapie ondergaan te hebben dan mannen, hiervoor kan geen duidelijke verklaring gevonden worden.

Voor een hechting gaat 94,6% van de ondervraagde populatie naar de huisarts. Voor de wegname van een goedaardig letsel ligt dit wat anders een deel, 45,7%, gaat hiervoor bij de huisarts langs en een nog vrij groot aandeel, namelijk 37,1%, gaat hiervoor naar de dermatoloog, 14,3% naar de chirurg. De huisartsen blijken dit echter ook in een vergelijkbaar percentage door te sturen dus dat concordeert wel. Maar eigenlijk is de huisarts bekwaam om meerdere goedaardige letsels te behandelen. Enerzijds dient men huisartsen hiertoe te stimuleren, anderzijds dient men patiënten te informeren over het feit dat men hiervoor bij de huisarts terecht kan.

Voor een mogelijks kwaadaardig letsel betrouwt de patiënt meer op een specialist, zijnde de dermatoloog of chirurg. Dit blijkt overeen te komen met de cijfers van doorverwijzing bij de huisartsen.

Voor de implantatie van een hormoonstaafje en vooral voor de plaatsing van een spiraaltje gaan de patiënten in onze studie overwegend naar de gynaecoloog. Op vlak van gynaecologische kleine heelkunde is het algemeen duidelijk dat patiënten een voorkeur hebben om de gynaecoloog te consulteren. Mogelijks schatten patiënten deze specifieke ingrepen in als specialistische materie, echter blijkt de huisarts hier ook zeer bekwaam in te zijn. Deze misvatting dient dan ook bijgewerkt. Ook ander onderzoek kon aantonen dat patiënten op de hoogte moeten gebracht te worden van het feit dat bepaalde procedures succesvol in de huisartsenpraktijk uitgevoerd kunnen worden[14]. Redenen die patiënten in de studie van De Wilde (2011) opgeven waarom ze rechtstreeks naar de spoeddienst gaan zijn de aanwezigheid van geschikte apparatuur en de overtuiging dat de spoedarts de meest geschikte persoon is om het probleem te behandelen[21].

Opvallend is dat voor kleine heelkundige ingrepen de spoeddienst in deze bevraging weinig wordt geconsulteerd, enkel in geval van hechtingen of insnijden van abces en dit slechts in geringe mate.

5.2.3 Verwachtingen van patiënten rond kleine heelkundige ingrepen

Belangrijk is ook na te gaan wat te patiënt zelf verkiest, waar voelt hij zich het meest comfortabel bij. Uit de literatuur blijken patiënten een uitgesproken voorkeur voor kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk te hebben. Ook uit onze studie studie kwamen die zaken naar voor.

Men vindt het gemakkelijk dat men voor kleine heelkundige ingrepen bij de huisarts terecht kan en men acht de huisarts bekwaam hiertoe. De meerderheid wenst steeds eerst de mening van de huisarts te kennen en zou pas nadien verdere stappen ondernemen. Dit kwam duidelijk naar voor ondanks het feit dat de vraagstelling bij dit onderdeel onvoldoende concreet was. Het antwoord was afhankelijk van het soort ingreep die de patiënt op dat moment zelf voor ogen had. Zo kon men denken voor een hechting raadpleeg ik geen specialist, maar indien men de plaatsing van een spiraaltje in gedachten had dan was de kans groter dat men eerder een specialist zou raadplegen.

Men kan besluiten dat kleine heelkunde in de huisartsgeneekunde gunstig is voor de patiënt[4]. Redenen daarvoor zijn de vriendelijke informele atmosfeer, de goede bereikbaarheid, de verzorging door eigen gekende arts, minder emotionele spanning, korte wachttijd en behandeld worden als een persoon en geen nummer[2,7,13]. De patiënt moet daarnaast voor de behandeling bij de huisarts ook minder betalen en men verliest minder tijd[26].

Indien huisartsen in de toekomst meer kleine heelkunde wensen uit te voeren, dient men dit ook via verschillende media naar de patiënt te communiceren. Uit de vragenlijsten afgenomen bij patiënten blijkt een vierde van hen geen weet te hebben van het feit dat ze bij de huisarts terecht kunnen voor kleine heelkundige ingrepen.

5.3 Beperkingen van de studie

Een tekortkoming van deze studie betreft de kleine onderzoekspopulatie, namelijk 38 huisartsen en 73 patiënten. De power van de studie wordt hier dan ook door beperkt en stellingen kunnen zomaar niet veralgemeend worden. Statistische significantie valt in deze zin, uitgezonderd een aantal gevallen, dan ook moeilijker te bereiken. Het betreft daarnaast ook geen objectieve metingen. Het feit dat het zelfgerapporteerde gegevens van huisartsen betreft, kan de accuraatheid beïnvloeden. Een gekende vorm van bias speelt hier mogelijk een rol, namelijk dat enkel de personen die interesse vertonen ook daadwerkelijk deze vragenlijst invulden. Ook was er geen vergelijking mogelijk van een ruraal met een stedelijk gebied, nochttans is het weinig waarschijnlijk dat het gedrag van huisartsen elders substantieel anders is.

5.4 Voorstellen voor verder onderzoek

Er worden een aantal voorstellen gedaan in verband met kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk, deze zijn gebaseerd op dit eigen onderzoek en de bestaande literatuur. Deze geformuleerde voorstellen zijn echter niet gevalideerd in de praktijk, maar verder onderzoek zou kunnen aantonen wat de implementatie van deze voorstellen daadwerkelijk teweegbrengt.

Bepaalde deelaspecten van deze studie zouden op zichzelf eventueel interessant zijn om verder uit te werken, zoals bv. het plaatsen van spiraaltjes in de huisartsenpraktijk. Men zou sommige zaken ook via een ander meer objectief studieopzet kunnen onderzoeken.

VI Conclusie

Enerzijds zijn er huisartsen die vrijwel nooit een scalpel of naaldvoerder ter hand nemen, anderzijds zijn er huisartsenpraktijken waar men op routinematige wijze een zeer uitgebreid spectrum aan ingrepen uitvoert. Voor de meeste huisartsen beweegt de realiteit van alle dag zich tussen deze twee uitersten. Deze studie stelde ons in staat een beter zicht te krijgen op de spoedeisende en de electieve, therapeutische ingrepen die de huisartsen verrichten. Wat we voornamelijk weerhouden is dat op dermatologisch vlak een groot aandeel gaat naar cryotherapie en dat met betrekking tot het gynaecologisch domein slechts een beperkt aantal spiraaltjes geplaatst worden. Veel kan echter binnen de eerste lijn verwezenlijkt worden en doorverwijzing is enkel nodig in specifieke gevallen. Een goede kennis van de aandoeningen en van hun eventuele chirurgische behandeling is dan ook van groot belang om operaties op adequate wijze uit te voeren. Interesse blijkt in grote mate aanwezig en huisartsen weten uit het uitoefenen van deze vaardigheden veel professionele voldoening te halen. Het geheel wordt aanzien als een boeiende en verfrissende afwisseling met de overige aspecten van de alledaagse praktijk.

Om een goed verloop te garanderen, vereist dit alles de juiste organisatorische maatregelen, onder meer qua materiaal en planning. Op vlak van steriliteit dreigen er heel wat minder risico's binnen de setting van een huisartsenpraktijk in vergelijking met het ziekenhuismilieu. Wanneer we kijken naar het niveau van ondersteuning, door eventuele praktijkassistentie, zien we dat dit varieert. Wat algemeen opvalt is dat van deze optie amper gebruik wordt gemaakt. Ook op financieel vlak is er ruimte voor verbetering, daar artsen relatief weinig verloond worden naar enerzijds het werk dat ze verrichten en anderzijds de kosten die ze er zelf aan spenderen.

Onderzoek toont aan dat chirurgie in de eerste lijn een goede kwaliteit heeft, maar wat betreft mogelijk maligne letsels dient de huisarts toch steeds de nodige voorzichtigheid aan de dag te leggen en indien nodig door te verwijzen. Ook de opvolging van allerhande benigne lesies dient gegarandeerd te worden en kan het best plaatsvinden via anatomopathologisch onderzoek van het weefsel. Het risico op complicaties, zoals wondinfecties, bleek zeer laag te liggen bij ingrepen uitgevoerd in de huisartsenpraktijk.

Alvorens huisartsen besluiten verrichtingen in hun behandelingsarsenaal op te nemen dienen zij er dus voor te zorgen dat ze voldoende kennis van zaken hebben, voldoende ervaring kunnen opdoen en voldoende mogelijkheden in de praktijk te hebben. Hier is beleidsmatig nog veel ruimte voor verbetering, daar in de opleiding tot huisarts er slechts in geringe mate aandacht besteed wordt aan de kleine chirurgie. Ook onder de reeds praktiserende huisartsen blijkt de nood aan verdere scholing duidelijk te bestaan. Op een aangepaste wijze de nodige technieken opgefrist of aangeleerd krijgen, kan de motivatie van de huisarts enkel ten goede komen.

Onderzoek laat eveneens zien dat chirurgie in de eerste lijn kosteneffectief is en ervoor zorgt dat hospitaalmiddelen op deze manier voorbehouden kunnen blijven voor de meer complexe chirurgie.

Binnen het patiëntenspoor komt duidelijk en veelvuldig naar voor dat kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk leidt tot een grote tevredenheid bij de patiënten, daar zij kunnen behandeld worden in hun vertrouwde omgeving en zonder lange wachttijd. De kennisgeving aan patiënten omtrent deze mogelijkheid blijft wel nog open voor verbetering.

Met dit alles in het achterhoofd kunnen we de huisarts, mits nog enkele verdere ondersteunende maatregelen in de toekomst, gerust de chirurg van de eerste lijn noemen.

VII Referenties

1. MeSH term, Surgical procedures, Minor. Dorland, 28th ed & Stedman, 25th ed, year introduced: 1998(1963).
2. Collins AM, Ridgway PF, Hassan MS et al. Surgical instruction for general practitioners: How, who and how often? J Plast Reconstr Aesthet Surg 2010;63(7):1156-62.
3. Van Everdingen J, Van den Eerenbeemt A. Pinkhof geneeskundig woordenboek. Bohn Stafleu Van Loghum: Diegem; 1998.
4. Milne R. Minor surgery in general practice. Br J Gen Pract 1990; 40(334):175-6.
5. Van de Luijtgaarden WG, von Meyenfeldt MF, Gouma DJ. Minor surgical interventions and treatment of minor lesions in family practice. Ned Tijdschrift Geneeskd 1989; 133(41):2031-5.
6. Van de Scheur. Excisie van naevi en basalecelcarcinomen. Bijblijven 2007; 23(3):33-40.
7. Wall DW.A review of minor surgery in general practice in the United Kingdom. Fam Pract 1987; 4(4):322-9.
8. Lowy A, Brazier J, Fall M et al. Quality of minor surgery by general practitioners in 1990 and 1991. Br J Gen Pract 1994; 44(385):364-5.
9. Cox NH,Wagstaff R, Popple AW. Using clinicopathological analysis of general practitioner skin surgery to determine educational requirements and guidelines. BMJ 1992; 304(6819):93-6.
10. Pockney P, Primrose J, George S et al. Recognition of skin malignancy by general practitioners: observational study using data from a population-based randomised controlled trial. Br J Cancer 2009; 100(1):24-7.
11. George S, Pockney P, Primrose J et al. A prospective randomised comparison of minor surgery in primary care and secondary care. The MiSTIC Trial. Health Technol Assess 2008;12(23):3-38.
12. General Practitioners Committee. Minor surgery in general practice Guidance. BMA 2001.
13. Brown JS, Smith RR, Cantor T et al. General practitioners as providers of minor surgery – a success story? Br J Gen Pract 1997; 47(417):205-10.
14. Gmajnic R, Pribic S, Lukic A et al. Effect of surgical training course on performance of minor surgical procedures in family medicine physicians' offices: an observational study. Croat med J. 2008; 49(3):358-63.
15. Buis P, van Diest J. Powerpointpresentatie. Mijn huidbiopt. Saltrostudie. UMCU.
16. Sempowski IP, Rungi AA, Seguin R. A cross sectional survey of urban canadian family physicians' provision of minor office procedures. BMC Fam Pract 2006; 19:7-18.
17. Goudswaard AN, in 't veld CJ, Kramer WLM. Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Prelum Uitgevers: Utrecht; 2009.
18. Marquet R. Kleine chirurgische verrichtingen in de huisartsenpraktijk in 1987 en 2001: meer aandacht voor huidtumoren. Huisarts en Wetenschap 2003; 46(12):144-146.
19. Werkgroep Eindtermen. Toetselementenlijst Haio, Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding; Leuven 2007.
20. Van Dijk CE, Verheij RA, Spreeuwenberg P et al. Minor surgery in general practice and effects on referrals to hospital care: observational study. BMC Health Serv Res. 2011;4:11-2.
21. De Wilde A. Masterthesis, De taak en functie van huisarts: Wat patiënten denken en huisartsen doen. 2010-2011.
22. Finn L, Crook S. Minor surgery in general practice – setting the standards. J Public Health Med 1998; 20(2):169-74.

23. Bruens ML, Keijman JMG, Van den Berg PJ. Steriele handschoenen zijn niet nodig bij kleine chirurgie. Eeen kritische beschouwing van de NHG-Richtlijn Infectiepreventie. Huisarts Wet 2008; 51(9):444-6.
24. Coulter WA, Chew-Graham CA, Cheung SW et al. Autoclave performance and operator knowledge of autoclave use in primary care: a survey of UK practices. J Hosp Infect 2001; 48(3):180-5.
25. RIZIV. NomenSoft. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/care/nl/nomenclature/
26. O'Cathain A, Brazier JE, Milner PC et al. Cost effectiveness of minor surgery in general practice: a prospective comparison with hospital practice. Br J Gen Pract. 1992;42(354):13-7.
27. Buis PAJ, van Diest PJ. Kritische blik na het kleine snijden. Medisch Contact. 2009;64(4):145-148.
28. Buis PA, Chorus RM, van Diest PJ. Value of histopathologic analysis of skin excisions by GPs. Br J Gen Pract 2005; 55(515):458-60.
29. Pockney P, George S, Primrose J et al. Impact of the introduction of fee for service payments on types of minor surgical procedures undertaken by general practitioners: observational study. J Public Health 2004. 26(3):246-7.
30. Van Nuffel. Masterthesis, Lacunes in de opleiding huisartsgeneeskunde. 2010-2011.
31. Rodney WM, Richards E, Ounanian LL et al. Constraints on the performance of minor surgery by family physicians: study of a mock skin biopsy procedure. Fam Pract 1987; 4(1):36-40.
32. Capperauld I, Hargraves J. Surgical simulation for general practitioners. Ann R Coll Surg Engl 1991; 73(5):273-5.
33. Goudswaard AN, in 't veld CJ, Kramer WLM. Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Prelum Uitgevers: Utrecht; 2009.
34. Keeman JN, Vrouenraets BC. Kleine chirurgische ingrepen. Reed Business:Amsterdam; 2011.
35. Praktische vaardigheden. Mediview. Beschikbaar via: http://www.vaardighedenindegeneeskunde.nl
36. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Cijfermateriaal huisartsen. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen.
37. RIZIV. Register van de huisartsen, aantal en profielen van de huisartsen in 2005. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study40/index.htm
38. Folmer H. Farmacotherapeutische richtlijn Verrucae vulgares. NHG 2003.
39. Kwok CS, Gibbs S, Bennett C. Review: Topical treatments fot cutaneous warts. Cochrane Database Syst Rev 2012; 10:1-178.
40. Van Driel M, Boffin N, Verdonck P. Het basistakenpakket: wat vinden huisartsen ervan? Een verslag van drie bevragingen bij Vlaamse huisartsen. Huisarts Nu 2001; 30(7):295-301.
41. NHG. Standaard Anticonceptie. 2011.
42. Harper CC, Henderson JT, Raine TR et al. Evidence-based IUD practice: family physicians and obstetrician-gynecologists. Fam Med 2012; 44(9):637-45.
43. Marret H, Golfier F, Vollerin F et al. Intrauterine devices in genral practice: a prospective study of 300 insertions. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31(5):465-70.
44. NICE. Guidance on cancer services: improving outcomes for people with skin tumours including melanoma. The manual. 2006.
45. CBO. Richtlijn Melanoom van de huid. 2004.
46. Michotte P. Masterthesis, Dermatoscopie in de huisartsenpraktijk. 2010-2011.

47. Zempsky WT, Zehrer CL, Lyle CT et al. Economic comparison of methods of wound closure: wound closure strips vs. sutures and wound adhesives. Int Wound J 2005;2(3):272-81.
48. Farion K, Osmond MH, Hartling L et al. Tissue adhesives for traumatic lacerations in children and adults. Cochrane Database Syst Rev 2002; 3:1-58.
49. Mattick A, Clegg G, Beattie T et al. A randomised, controlled trial comparing a tissue adhesive (2-octylcyanoacrylate) with adhesive strips (Steristrips) for paediatric laceration repair. Emerg Med J 2002;19(5):405-7.
50. RIZIV. Impulsfonds voor huisartsgeneeskunde. Beschikbaar via: http://www.riziv.be/care/nl/doctors/specific-information/impulseo/index.htm

VIII Bijlagen

Bijlage 1 - Vragenlijst huisarts

Vragenlijst voor de huisarts

Titel onderzoeksproject Master-na-master Huisartsgeneeskunde:
Kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk: onderzoek naar haalbaarheid en implementatie.
Haio: Lieselot Robyns
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts
Co-promotor: Dr. Heytens
Praktijkopleider: Dr. Van Renterghem

Gelieve telkens aan te vullen of aan te kruisen X wat voor u van toepassing is.
Er zijn vaak meerdere opties die u kan aanduiden.

0.1 Wat is uw leeftijd?

Leeftijd	.....

0.2 Wat is uw geslacht?

Man	
Vrouw	

0.3 Type praktijk?

Postcode	.....

Solopraktijk	
Duopraktijk	
Groepspraktijk	
Wijkgezondheidscentrum	
Andere:	

0.4 Kleine heelkunde in uw huisartsenpraktijk?

Kleine heelkunde duidt hier op één of meer van volgende: hechten van wonden, excisie van oppervlakkige tumoren, drainage abces, cryotherapie, implantatie hormoonstaafje, plaatsing spiraaltje,... (zie lijstje onder I.2).

	JA	NEEN
Beoefent u kleine heelkunde in uw huisartsenpraktijk?		

INDIEN JA, gelieve vragen bij **I, II, III en IV** in te vullen
INDIEN NEEN, gelieve vragen bij **I.2, I.3 en IV** in te vullen.

I. Welke kleine heelkundige ingrepen?

I.1 Aard ingreep en frequentie

In de eerste kolom vindt u een lijstje van mogelijke ingrepen.
Gelieve in de tweede kolom een kruisje te plaatsen bij de ingrepen die u uitoefent.
Gelieve bij benadering de frequentie (met een cijfer) aan te geven:
hoe vaak voert u dergelijke ingreep uit per maand of voor zeldzamere zaken per jaar.

I.2 Doorverwijzing

In de vijfde kolom kan u aanvullen naar wie u verwijst indien u de ingreep niet zelf doet.
Meerdere opties zijn mogelijk.
Code: collega huisarts die frequent kleine heelkunde uitoefend in de praktijk:HAP, collega huisarts die frequent kleine heelkunde uitoefend niet in dezelfde praktijk:HAN, naar dermatoloog:DER,
naar chirurg:CHI, naar gynaecoloog:GYN, naar spoed:SPO

Aard van ingreep	Indien JA: X	Zoveel PER MAAND	Of zoveel PER JAAR	Doorverwijzing HAP, HAN,DER, CHI, GYN, SPO
Wonde waarvoor hechting nodig				
Wegname benigne naevus				
Wegname mogelijks dysplastische naevus				
Wegname melanoom				
Wegname fibroom				
Wegname lipoom				
Wegname cyste (bv. sebumcyste)				
Wegname condylomata accuminata				
Wegname (vermoeden) basocellulair carcinoom				
Wegname (vermoeden) spinocellulair carcinoom				
Wegname ingegroeide nagel				
Cryotherapie (voor verrucae vulgaris, verruca seborrhoica, fibromen, actinische keratose, ...)				
Incisie hemorroïdale trombose				
Nagelfenestratie				
Drainage mucoidcyste vinger				
Drainage paronychia/panaritium				
Verwijderen vreemd lichaam met insnijden				
Excisie necrose bij decubitus				
Implanting hormoonstaafje				
Plaatsing spiraal				
Afname biopt				
Insnijden abces				
Curetteren van mollusca contagiosa				
Andere:.....				

II.3 Specifieke situaties en doorverwijzing

Zijn er bepaalde ingrepen of ingrepen in bepaalde situaties die u nooit zal uitvoeren als huisarts? En waarom? (bv. wegname letsel thv hoofdhuid omwille van erg bloederig en geen coagulatie ter beschikking, bv. geen ingreep bij iemand onder anticoagulantia, bv. er voor gekozen om geen spiraaltjes te plaatsen)	

Wat is de reden dat u doorverwijst bij bepaalde ingrepen?	
Weinig tot geen vraag naar	
Onvoldoende tijd	
Onvoldoende kennis	
Onvoldoende ervaring	
De tijd die ik er aan spendeer weegt niet op tegen de inkomsten	
De kosten wegen niet op tegen de inkomsten	
Iemand anders waar ik gemakkelijk naar kan doorverwijzen	
Gewoon de keuze die ik maakte om dit soort ingrepen nooit zelf te doen	
Andere:.....	

II. Interesse en kennis rond kleine heelkunde?

II.1 Interesse – taak

	JA	NEEN	Eventuele opmerking
Vindt u het boeiend om zelf kleine ingrepen uit te voeren (bv. boeiende afwisseling met andere pathologie, …) ?			
Beschouwt u het als een deel van het basis takenpakket van de huisarts?			
Beschouwt u het als een aanvulling op het takenpakket, een dienst die u uw patiënten aanvullend biedt?			
Vindt u het interessant om deze dienst te kunnen verlenen aan uw patiënten?			

II.2 Kennis - vaardigheid

	JA	NEEN	Zo neen, wat wilde u nog meer?
Ik heb tijdens mijn opleiding voldoende theoretische kennis opgedaan rond kleine heelkunde			
Ik heb tijdens mijn opleiding voldoende praktische vaardigheden aangeleerd gekregen.			
Ik heb verdere bijscholing gevolgd rond kleine heelkunde.			

III. Hoe organiseert u electieve kleine heelkunde in uw huisartsenpraktijk?

III.1 Planning

Hoe laat u weten aan de patiënten dat u kleine heelkunde beoefend?	
Meedelen aan patiënt als deze met dergelijke vraag komt	
Vermelding op website/in brochure/affiche in wachtzaal	
Andere:.....	

	JA, op afspraak gelijk wanneer in de week	JA, op afspraak vast moment in de week	NEEN	Andere:..... .....
Voorziet u specifieke momenten in uw agenda?				

Hoeveel tijd voorziet u gemiddeld per ingreep?	.....minuten

	Moment zelf	Enkele dagen	1 week	2 weken	>2 weken
Hoe lang is de wachttijd?					

III.2 Materiaal

	JA	NEEN
Hebt u specifieke aanpassingen gedaan aan uw praktijkruimte in functie van het verrichten van kleine ingrepen?		

Zo JA, welke?	
Bijkomende ruimte voorzien	
Speciaal rekening mee gehouden bij aankoop behandeltafel	
Extra instrumententafel	
Plafondlamp	
Lamp met lange arm	
Andere:.....	

Over welk instrumentarium beschikt u?	
Basisset (mesje en mesheft, schaar, naaldvoerder, pincet, mosquitoklem, curette, hechtdraad, wondhaakjes/wondspreider)	
Uitgebreidere set	
Instrumentarium voor plaatsing spiraaltje	
Coagulatietoestel	
Stikstof ter beschikking	
Punch/stans	
Andere:.....	

Maakt u voor meer kleine en oppervlakkige wonden eerder gebruik van?	
Hechting met naald en draad	
Wondlijm	
Hechtpleisters	

III.3 Steriliteit

Hoe steriliseert u uw materiaal?	
Enkel grondig reinigen en ontsmetten	
Autoclaaf (stoomsterilisator)	
Heteluchtsterilisator	
Ultrasoonreiniger	
Eigen oven	
Ik gebruik wegwerpmateriaal	
Andere:.....	

	Steeds met gewone handschoenen	Steeds met steriele handschoenen	nooit	In specifieke gevallen, welke?
Werkt u met handschoenen?				

	altijd	nooit	In specifieke gevallen, welke?
Maakt u een steriel veld			
Gebruikt u een afdekdoek thv letsel			

	uiterst belangrijk	belangrijk	matig belangrijk	weinig belangrijk	niet belangrijk
Hoe belangrijk schat u de mate in waarin er steriel gewerkt wordt in de huisartsensetting?					

III.4 Assistentie

Kunt u binnen de praktijk beroep doen op iemand die u assisteert?	
Neen, ik doe alle handelingen zelf	
Collega	
Praktijkassistentie	
Secretaresse	
Parnter/familielid	
Andere:.....	

Wie neemt de telefoon op tijdens de ingreep?	
Ikzelf door ingreep even te onderbreken en nadien opnieuw steriele handschoenen aan te doen	
Ikzelf door ingreep even te onderbreken en nadien verder te doen	
Collega	
Praktijkassistentie	
Secretaresse	
Partner/familielid	
Andere:.....	

III. 5 Financieel

	JA	NEEN
Gebruikt u de tarieven verbonden aan de nomenclatuurnummers?		

	JA	NEEN
Komt u uit de kosten bij het uitvoeren van de ingrepen (inkomsten t.o.v. uitgaven aan materiaal)		

III. 6 Opvolging

	ALTIJD	NOOIT	SOMS, specifieer
Voorziet u een controle afspraak?			

	ALTIJD	NOOIT	SOMS, specifieer
Zendt u de weefselfragmenten naar het labo voor anatomopathologisch onderzoek?			

	JA	NEEN	ZO NEEN, specifieer
Zijn de anatomopathologische resultaten die u ontvangt nuttig voor u/voldoende praktijkgericht?			

	Altijd eens	Vaak eens	Neutraal	Vaak oneens	Altijd oneens
Ik heb de indruk dat de anatomopathologische resultaten overeenkomen met mijn diagnose?					

III. 7 Complicaties

	Vaak	Af en toe	Neutraal	Zelden	Nooit
Doen er zich complicaties voor?					

Welke complicaties kwam u al tegen?	
Infectie	
Bloeding	
Dehiscentie van de wonde	
Shock	
Andere:.....	

IV. Hoe evalueert u kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk?

IV. 1 Interesse

	JA	Neen, momenteel al voldoende	NEEN, geen interesse
Zou u graag meer kleine heelkunde verrichten?			

Wat houdt er u momenteel tegen?	
De kosten	
Te weinig tijd	
Onvoldoende kennis	
Onvoldoende ervaring	
Geen vraag naar	
Andere:.....	

	JA	NEEN	Zo neen, waarom niet?
Zou u interesse hebben voor het volgen van een verdere theoretische opleiding in de kleine heelkunde?			
Zou u interesse hebben voor het volgen van een verdere praktische opleiding in de kleine heelkunde?			

IV.2 Assistentie

	Zeer mee eens	Mee eens	neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens
Ik doe graag beroep op of zou graag beroep kunnen doen op assistentie tijdens het uitvoeren van kleine ingrepen?					

IV.3 Patiënten

	Zeer mee eens	Mee eens	neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens
Ik heb de indruk dat patiënten tevreden zijn over het feit dat de huisarts hen kan verder helpen wat betreft kleine heelkundige ingrepen?					

IV.4 Financieel

	Zeer mee eens	Mee eens	neutraal	Mee oneens	Zeer mee oneens
Ik vind dat de huisarts voldoende verloond wordt voor het uitvoeren van kleine ingrepen, i.v.m. de tijd en middelen die men er aan spendeert?					
Ik denk dat het voor de patiënt goedkoper is om deze ingrepen te laten verrichten door de huisarts i.p.v. in de tweede lijn?					
Ik denk dat het voor de maatschappij kostenbesparend is om deze ingrepen te laten verrichten door de huisarts i.p.v. in de tweede lijn?					

Indien u bepaalde opmerkingen heeft, suggesties of andere zaken graag wil melden:

_____

IK WIL U GRAAG ONTZETTEND HARTELIJK DANKEN VOOR HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST! BEDANKT!

Bijlage 2 - Vragenlijst patiënt

Vragenlijst

Titel onderzoeksproject Master-na-master Huisartsgeneeskunde:
Kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk: onderzoek naar haalbaarheid en implementatie.
Haio: Lieselot Robyns
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts
Co-promotor: Dr. Heytens
Praktijkopleider: Dr. Van Renterghem

Gelieve telkens aan te vullen of aan te kruisen wat voor u van toepassing is.
Er zijn vaak meerdere opties die u kan aanduiden.

1 Wat is uw leeftijd?

Leeftijd	.....

2 Wat is uw geslacht?

Man	
Vrouw	

3. Wat is uw postcode?

Postcode	.....

4. Kleine heelkunde bij uw huisarts?

Kleine heelkunde duidt hier op één of meer van volgende: hechting van wonde, wegname van huidvlekjes (bv. moedervlek), wegname van huidaanhangseltjes, wegname onderhuids vetbolletje, insnijden van abces, behandeling met stikstof voor wratten, implantatie hormoonstaafje, plaatsing gynaecologische spiraaltje,... (zie lijstje 4).

	JA	NEEN
Onderging u reeds een kleine heelkundige ingreep bij de huisarts?		

	Zeer mee oneens	Mee oneens	neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
Indien JA, ik was tevreden dat de huisarts deze kleine heelkundige ingreep kon uitvoeren.					

	Zeer mee oneens	Mee oneens	neutraal	Mee eens	Zeer mee eens
Indien NEEN, ik zou graag bij de huisarts terecht kunnen voor een toekomstige kleine heelkundige ingreep					

5. Welke ingrepen bij wie?

In de eerste kolom vindt u een lijstje van mogelijke ingrepen.
Gelieve in de tweede kolom een kruisje te plaatsen bij de ingrepen die u reeds onderging.
In de derde kolom kan u aanvullen bij wie u deze ingreep onderging of naar wie u zou gaan.
Meerdere opties zijn mogelijk. Code: naar huisarts:HA, naar dermatoloog:DER, naar chirurg:CHI, naar gynaecoloog:GYN, naar spoed:SPO

Onderging u reeds volgende ingreep?	Indien ja: X	Bij wie onderging u de ingreep of bij wie zou u volgende ingreep laten uitvoeren (HA, DER, CHI, GYN, SPO)	Weet het niet
Wonde waarvoor hechting nodig (bv. snijwonde)			
Wegsnijden van goedaardig oppervlakkig letseltje of gezwelletje (bv. moedervlek)			
Wegsnijden van mogelijks kwaadaardig letseltje of gezwelletje (bv. huidkanker)			
Wegname van huidaanhangseltje (=gesteeld wratje, fibroom)			
Wegsnijden van onderhuids vetbolletje (= lipoom)			
Wegname cyste (bv. talgkliercyste)			
Insnijden van een abces			
Chirurgische behandeling ingegroeide teennagel			
Chirurgische behandeling ontstoken nagel			
Gaatje in nagel gemaakt bij bloeduitstorting onder nagel			
Bevriezen van wrat met stikstof bij uzelf			
Bevriezen van wrat met stikstof bij uw zoon of dochter			
Wegnemen van waterwratjes bij uw zoon of dochter			
Implanting hormoonstaafje als anticonceptie			
Plaatsing gynaecologisch spiraaltje als anticonceptie			
Andere:.....			

6. Uw idee rond kleine heelkundige ingrepen

	JA	NEEN	Weet niet
Ik vind het gemakkelijk dat ik hiervoor bij een huisarts terecht kan (laagdrempelig).			
Ik acht een huisarts voldoende bekwaam hiervoor.			
Ik heb hiervoor vertrouwen in de huisarts.			
Ik zou eerst advies inwinnen bij de huisarts omtrent een kleine heelkundige ingreep en pas nadien een specialist.			
Ik zou eerder een specialist (dermatoloog, chirurg, gynaecoloog, spoed) raadplegen voor een kleine heelkundige ingreep.			
Ik heb meer vertrouwen in een specialist.			
Andere:.....			

7. Informatie

Hoe bent u te weten gekomen dat de huisarts al dan niet kleine heelkunde beoefent?	
Geen weet van	
Van arts zelf tijdens een raadpleging of huisbezoek	
Vermelding op website/in brochure/affiche in wachtzaal	
Gehoord van familie of kennissen	
Andere:.....	

8. Financieel

	JA	NEEN	Weet niet
Denkt u dat het voor de patiënt goedkoper is om deze ingrepen te laten verrichten door de huisarts i.p.v. in de tweede lijn (specialist, ziekenhuis, spoed)?			
Denkt u dat het voor de maatschappij kostenbesparend is om deze ingrepen te laten verrichten door de huisarts i.p.v. in de tweede lijn (specialist, ziekenhuis, spoed)?			

Indien u bepaalde opmerkingen heeft, suggesties of andere zaken graag wil melden:

IK WIL U GRAAG ONTZETTEND HARTELIJK DANKEN VOOR HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST! BEDANKT!