Kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk: vragenlijstonderzoek naar ervaring en toekomstperspectief

Schila Vissers, KU Leuven

Promotor: dr. Bernard Duvivier, KU Leuven

Co-promotor: Prof. dr. Gijs Van Pottelbergh, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2026

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Abstract

Inleiding

In België wordt kleine heelkunde vaak uitgevoerd door de huisarts, wat kosteneffectief is en positief wordt onthaald door de patiënt. Door sommigen wordt de veiligheid van het uitvoeren van kleine heelkunde door de huisarts in vraag gesteld. Om de veiligheid te verhogen zou bijkomende opleiding voor huisartsen kunnen worden voorzien.

Methoden

Een vragenlijst werd opgesteld om de ervaring met kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk in kaart te brengen. Deze werd verspreid onder alle huisartsenkringen in Vlaanderen. Er werd gekozen om de aanpak van veel voorkomende afwijkingen van huid en weke delen te bevragen. Er werd gevraagd naar frequentie, redenen om door te verwijzen, complicaties en recidieven. Verder werd gevraagd naar interesse in het volgen van bijkomende opleiding, zodat de vaardigheden rond kleine heelkunde kunnen verbeteren. De resultaten werden via beschrijvende statistiek geanalyseerd.

Resultaten

In totaal hebben 91 huisartsen en huisartsen-in-opleiding de vragenlijst beantwoord. De hechting van een traumatische wonde en excisie van een cyste werden het meest uitgevoerd. De belangrijkste redenen voor doorverwijzen waren onvoldoende ervaring en angst voor complicaties. Voor de bevraagde ingrepen werden zelden complicaties gezien. In geval van een recidief werd meestal verwezen naar de tweede lijn. Slechts 46% meende voldoende ervaring te hebben opgedaan in de opleiding tot huisarts en 87% gaf aan geïnteresseerd te zijn in het volgen van bijkomende opleiding in de kleine heelkunde.

Conclusie

Kleine heelkunde wordt frequent uitgevoerd door de huisarts. De belangrijkste redenen voor doorverwijzing zijn onvoldoende ervaring en angst voor complicaties tijdens of na de ingreep. Het aantal complicaties blijkt echter beperkt te zijn. Meer dan de helft van de huisartsen is bereid een aanvullende opleiding in kleine heelkunde te volgen om hun vaardigheden hierin te vergroten. Een bijkomende erkende opleiding zou kunnen leiden tot een kwalitatieve uitbreiding van de eerstelijnszorg.

Inleiding

Volgens Pinkhof Geneeskundig Woordenboek wordt kleine chirurgie (heelkunde) gedefinieerd als “chirurgische ingrepen van beperkte complexiteit waarvoor geen operatiekamer is vereist; betreft gewoonlijk afwijkingen van huid en weke delen; bijv. het verwijderen van een atheroomcyste”. (1) In de Engelstalige literatuur wordt dit het vaakst benoemd als *minor surgery*. Zowel in België als in verschillende andere landen wordt kleine heelkunde vaak uitgevoerd door de huisarts. Enerzijds is dit kosteneffectief, anderzijds ervaart de patiënt dit ook positief, gezien hij behandeld wordt in zijn vertrouwde omgeving en niet moet worden doorverwezen naar het ziekenhuis. (2–5) In buurland Nederland wordt tot 70% van de kleine chirurgie uitgevoerd door de huisarts. (3) In vele landen staat de financiering van de gezondheidszorg onder druk en wordt er sterk ingezet op het versterken van de eerste lijn om deze druk te verlichten. (2) Wanneer wordt gekeken naar de kwaliteit van het uitvoeren van kleine chirurgie door de huisarts en het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn, worden in de literatuur uiteenlopende resultaten beschreven. In een aantal studies wordt de veiligheid van het uitvoeren van kleine heelkunde door de huisarts in vraag gesteld. Deze veiligheid wordt grotendeels bepaald door de vaardigheid in het uitvoeren van kleine chirurgie. Als gevolg van complicaties kunnen de uiteindelijke kosten hoger liggen dan wanneer de patiënt direct in de tweede lijn behandeld zou worden. (3,6) Om de veiligheid te verhogen zou bijkomende opleiding voor huisartsen kunnen worden voorzien. (5,7,8) In Vlaanderen behoren de basisvaardigheden nodig voor het veilig uitvoeren van kleine chirurgie thans tot de eindtermen van de opleiding huisartsgeneeskunde. (9) Het uitvoeren van kleine heelkunde door de huisarts in Vlaanderen wordt dus beschouwd als even veilig als wanneer dezelfde ingreep zou worden uitgevoerd in de tweede lijn.

Via deze masterproef willen we een beeld krijgen van de huidige aanpak door de huisarts van de meest voorkomende pathologie binnen de kleine heelkunde. Hierbij worden redenen om door te verwijzen en resultaten van de zelf uitgevoerde ingrepen bevraagd. Verder willen we peilen naar de redenen voor het niet uitvoeren van dit soort ingrepen en naar de interesse in het volgen van bijkomende opleidingen om de kennis en kunde hierrond te vergroten. In de recente literatuur werd geen gelijkaardige bevraging bij huisartsen verspreid over heel Vlaanderen gevonden.

Methoden

1. Selectie van deelnemers

Een vragenlijst (bijlage 1) werd opgesteld om de ervaring met kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk in kaart te brengen. De uitnodiging tot deelname, inclusief link naar de vragenlijst, werd per mail uitgestuurd naar alle huisartsenkringen in Vlaanderen en werd tweemaal gepubliceerd in de nieuwsbrief van het Interuniversitair Samenwerkingsverband HuisartsenOpleiding (ICHO). Op deze manier werd er getracht zoveel mogelijk huisartsen en huisartsen-in-opleiding (haio) actief in Vlaanderen te bereiken. Er werd geen exclusie op basis van leeftijd of geslacht toegepast. De vragenlijst werd uitgezonden via *Google Formulieren*.

2. Datacollectie

Binnen deze studie werd gekozen om de aanpak van veel voorkomende pathologie te bevragen, die het dichtst aanleunt bij de definitie gegeven door Pinkhof Geneeskundig Woordenboek (1), met aldus een focus op afwijkingen van huid en weke delen. Er werd specifiek gevraagd naar het uitvoeren van: hechting van een traumatische wonde, incisie en drainage van een abces, incisie van een hemorroïdale trombose, extractie van een ingegroeide nagel nagelfenestratie, excisie van huidletsels en verwijderen van een vreemd lichaam na incisie.

Om de frequentie van het uitvoeren van bepaalde ingrepen na te gaan werd gevraagd hoe vaak deze werden uitgevoerd per maand of per jaar. Het antwoord “zelden” werd geklasseerd in de categorie ≤3 keer per jaar, dit om een onderscheid te maken met het antwoord “nooit”.

Voor dezelfde ingrepen werd bevraagd naar wie de patiënt werd doorverwezen in geval van niet zelf uitvoeren van de ingreep. Antwoordopties waren: doorverwijzing naar een collega huisarts, spoedgevallen, algemene heelkunde en dermatologie. Als reden voor doorverwijzen werd een onderscheid gemaakt tussen weinig vraag naar kleine heelkunde, onvoldoende ervaring, onvoldoende kennis, angst voor complicaties, weinig tijd, kosten die niet in verhouding staan tot de inkomsten en geen interesse hebben in kleine heelkunde. Meerdere antwoordopties waren mogelijk. Tevens kon een vrij antwoord gegeven worden.

In een derde luik werd gevraagd naar de resultaten, meer bepaald complicaties en recidieven. Voor de verschillende ingrepen werd eerst bevraagd of er altijd een controleafspraak werd voorzien. Verder werd bevraagd hoe vaak er bij elke ingreep complicaties werden gezien. Voor de aard van complicaties konden verschillende antwoordopties worden gegeven, namelijk: infectie, bloeding, wonddehiscentie en keloïdvorming. Meerdere antwoordopties waren mogelijk. Aanvullend kon een vrij antwoord gegeven worden. Ook werd bevraagd welke acties ondernomen werden bij het voorkomen van een recidief. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen het zelf opnieuw uitvoeren van de ingreep, advies vragen aan een collega huisarts en doorverwijzen van de patiënt. Ook hier kon ter aanvulling een vrij antwoord gegeven worden.

In een laatste deel werd de interesse naar eventueel bijkomende opleiding voor het uitvoeren van kleine heelkunde bevraagd. Er werd bevraagd of men vanuit de opleiding tot huisarts voldoende kennis en ervaring rond kleine heelkunde heeft kunnen opdoen en of er interesse was in het volgen van bijkomende opleidingen om de kennis en ervaring rond kleine heelkunde te vergroten. Tot slot werd ook bevraagd of er meer kleine heelkunde uitgevoerd zou worden wanneer de inkomsten hiervoor hoger zouden liggen.

3. Dataverwerking

Data werden verzameld na goedkeuring door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven, en dit vanaf 13 maart 2025 tot en met 24 januari 2026. De antwoorden werden anoniem geregistreerd. Dit onderzoek hanteerde een kwantitatief, beschrijvend onderzoeksdesign. De resultaten werden geanalyseerd met behulp van Excel. Beschrijvende statistieken werden berekend om de data samen te vatten. Voor continue variabelen werden minimum- en maximumwaarden gerapporteerd. Voor categorische variabelen werden percentages berekend.

Resultaten

1. Demografische gegevens

In totaal hebben 91 huisartsen en huisartsen-in-opleiding de vragenlijst beantwoord. 36 van de 91 respondenten (39,6%) was huisarts-in-opleiding op het moment van de bevraging, 50,5% had enkel ervaring als huisarts. 9 personen (9,9%) hadden ook ervaring in een andere discipline dan huisartsgeneeskunde, waarvan 3 (3,3%) in een chirurgische discipline (algemene heelkunde, orthopedie of neus-, keel- en oorziekten).

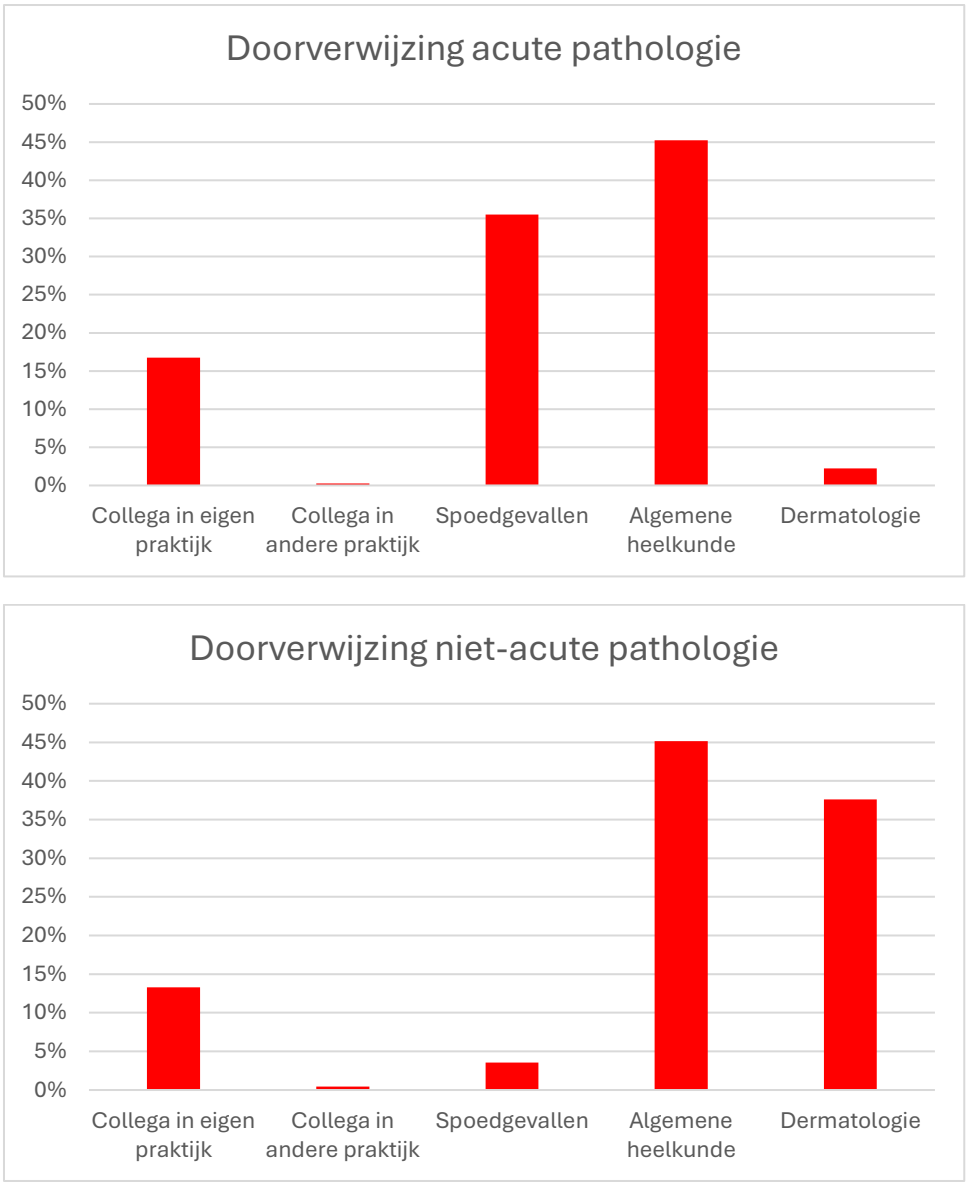
Van de 91 respondenten werkte 33,0% langer dan 10 jaar als huisarts. 46,2% had 3 jaar of minder ervaring als huisarts/haio.

70 van de 91 huisartsen en haio's (76,9%) werkte in een groepspraktijk. Verder werkte 7,7% in een duopraktijk, 7,7% in een solopraktijk, 6,6% in een wijkgezondheidscentrum en 1,1% in een netwerkpraktijk.

2. Uitvoeren van kleine heelkundige ingrepen in de huisartsenpraktijk

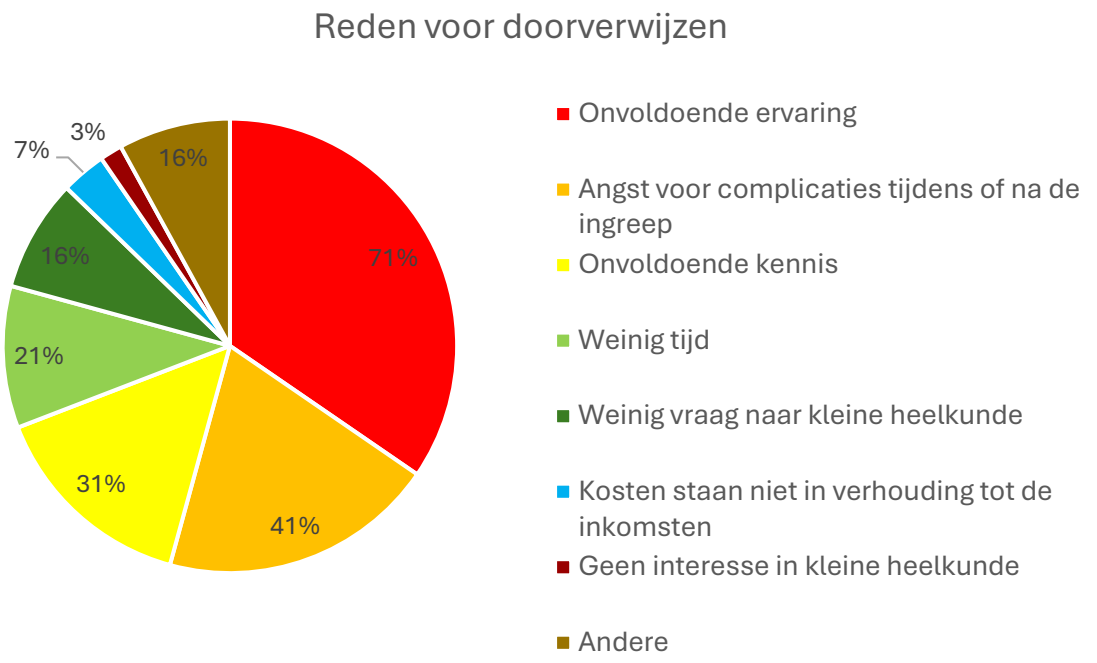
Alle 91 respondenten (100%) gaven aan zelf kleine heelkundige ingrepen uit te voeren in de huisartsenpraktijk. Om de frequentie van het uitvoeren van bepaalde ingrepen na te gaan werd gevraagd hoe vaak deze werden uitgevoerd. De antwoorden werden opgedeeld in vijf verschillende categorieën: ≥3 keer per maand, 1 à 2 keer per maand, 4 à 12 keer per jaar, ≤3 keer per jaar en nooit. Het antwoord "zelden" werd geklasseerd in de categorie ≤3 keer per jaar, dit om een onderscheid te maken met het antwoord "nooit". Resultaten worden weergegeven in bijlage 2. De hechting van een traumatische wonde niet in het aangezicht komt het meest voor, waarbij 11,2% aangaf dit 3 of meer keer per maand uit te voeren. Ook is dit de enige ingreep die door alle respondenten ooit uitgevoerd werd. In tegenstelling tot incisie en drainage van een perineaal abces en incisie van een hemorroïdale trombose, welke beide door 68,1% van de huisartsen nooit uitgevoerd werd. Voor de excisie van een verdacht huidletsel gaf 62,6% aan dit nooit uit te voeren. Van de electieve ingrepen werd de excisie van een cyste het meest uitgevoerd (4,4% ≥3 keer per maand), gevolgd door (partiële) extractie van een ingegroeide nagel (3,3%) en excisie van een niet-verdacht huidletsel (3,3%). Thans gaf 41,8% aan nooit een (partiële) extractie van een ingegroeide nagel uit te voeren.

Voor dezelfde ingrepen werd bevraagd naar wie de patiënt werd doorverwezen in geval van niet zelf uitvoeren van de ingreep. Deze resultaten worden weergegeven in bijlage 3. Voor acute pathologie wordt het meest verwezen naar spoedgevallen en naar algemene heelkunde. Voor electieve heelkunde wordt voornamelijk verwezen naar algemene heelkunde (figuur1). Enkel de excisie van niet-verdachte en verdachte huidletsels werd vaker verwezen naar dermatologie (64,3% en 90,1%, respectievelijk). Voor elke bevraagde ingreep werd door een aantal huisartsen ook doorverwezen naar een collega huisarts in de eigen praktijk. Resultaten varieerden tussen 4,9% (excisie verdacht huidletsel) en 29,6% (nagelfenestratie). Enkel voor (partiële) extractie van een ingegroeide nagel (3,2%) en incisie en drainage van paronychia (2,0%) werd ook doorverwezen naar een collega huisarts in een andere praktijk.



Figuur 1: Arts waarnaar patiënt wordt doorverwezen in geval van niet zelfstandig uitvoeren van kleine chirurgie, in geval van acute en niet-acute pathologie.

De belangrijkste reden voor doorverwijzen was onvoldoende ervaring (71%), gevolgd door angst voor complicaties (41%), onvoldoende kennis (31%) en weinig tijd (21%). Onvoldoende vergoeding voor het uitvoeren van kleine heelkunde was in 7% van de gevallen een reden om door te verwijzen. Uit de vrije antwoorden werden verder de complexiteit van het letsel (locatie, grootte, diepte; 12%), een duidelijk verdacht letsel (3%) en de nood aan sedatie (vb. bij kinderen of zeer angstige patiënten; 1%)) als reden voor doorverwijzen aangegeven (figuur 2).

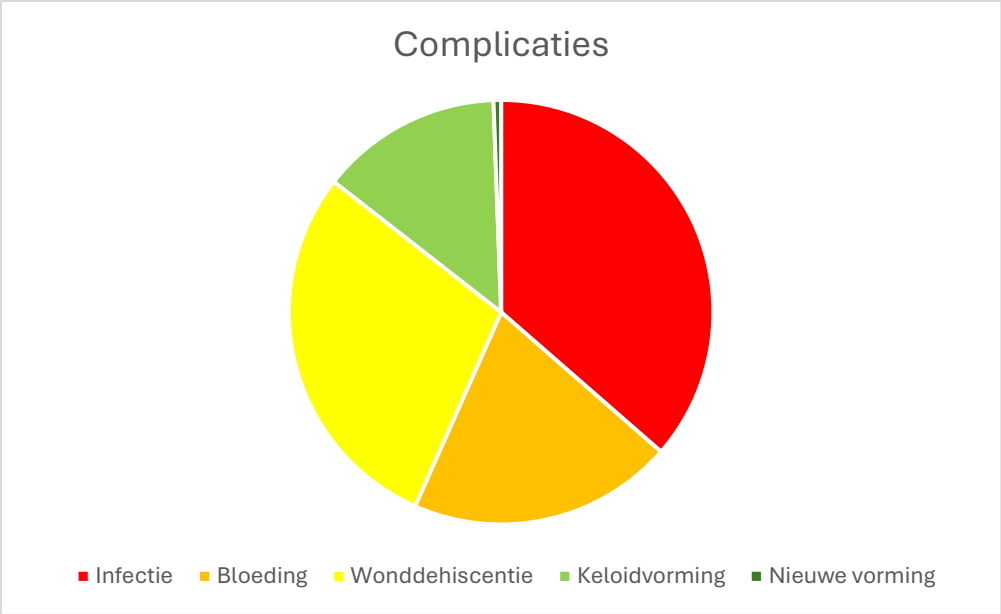


Figuur 2: Redenen voor doorverwijzen van kleine chirurgie.

3. Resultaten van kleine heelkundige ingrepen in de huisartsenpraktijk

Voor de verschillende ingrepen werd eerst bevraagd of er altijd een controleafspraak werd voorzien (bijlage 4). Voor de meeste ingrepen werd in de meerderheid van de gevallen wel een controleafspraak voorzien. Enkel voor nagelfenestratie, incisie en drainage paronychia en incisie hemorroïdale trombose werd vaker geen controle voorzien.

Verder werd bevraagd hoe vaak er bij elke ingreep complicaties werden gezien, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen “soms” (>10%) en “zelden” (<10%) (bijlage 4). Voor elke ingreep werden door de meeste artsen zelden complicaties gezien. De meeste complicaties kwamen voor bij (partiële) extractie van een ingegroeide nagel, namelijk20,8% van het totaal aantal complicaties. Dit werd gevolgd door incisie en drainage van een perineaal abces (16,7%) en incisie van een hemorroïdale trombose (14,8%). Het minst complicaties werd gezien bij excisie van een fibroom, nagelfenestratie en de excisie van een niet-verdacht huidletsel. Ook werd bevraagd welke complicaties voorkwamen, met als meest voorkomende complicatie een wondinfectie (36% van alle complicaties), gevolgd door wonddehiscentie (29%), bloeding (20%) en keloïdvorming (14%). Uit de vrije antwoorden werd enkel “nieuwe vorming” weerhouden (figuur 3).



Figuur 3: Soorten complicaties na het uitvoeren van kleine chirurgie. Bij elke bevraagde ingreep komt in minder dan 10% van de gevallen een complicatie voor.

Op eenzelfde manier werd de frequentie van recidieven na het uitvoeren van de verschillende ingrepen bevraagd (bijlage 4). De meeste recidieven werden gezien bij (partiële) extractie van een ingegroeide nagel (41,7% van het totaal aantal recidieven), incisie en drainage van een perineaal abces (35,2%) en incisie en drainage van een niet-perineaal abces (33,8%). Hierbij werd in meer dan 10% van de gevallen een recidief werd. Ook werd bevraagd welke acties ondernomen werden bij het voorkomen van een recidief. In 46% van de gevallen werd doorverwezen naar een specialist. Bij 32% werd de ingreep opnieuw uitgevoerd door dezelfde arts. Uit de vrije antwoorden werden geen nieuwe inzichten weerhouden (figuur 4).



Figuur 4: Behandeling bij het optreden van een recidief na kleine chirurgie. Bij elke bevraagde ingreep komt in minder dan 10% van de gevallen een recidief voor.

4. Ervaring rond kleine heelkunde in huisartsenpraktijk

In een laatste deel werd de huidige ervaring met kleine heelkunde en de mogelijkheid tot bijscholing in verschillende omstandigheden bevraagd. Op de vraag “Vindt u dat u voldoende kennis en ervaring rond kleine heelkunde heeft kunnen opdoen in uw opleiding?” antwoordde 46,2% van de 91 respondenten positief. 86,8% van hen gaf tevens aan geïnteresseerd te zijn in het volgen van bijkomende opleidingen, en dit via een praktische toepassing. 13,2% gaf aan geen verdere opleiding te willen volgen, enerzijds omdat zij reeds voldoende kennis en ervaring hebben omtrent kleine heelkunde (9,9%), anderzijds omdat zij geen interesse hebben in het uitvoeren van kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk (3,3%). In het geval van interesse in het volgen van een bijkomende opleiding was 21,7% bereid hier een grotere verplaatsing voor te maken. 78,3% zou dit enkel willen volgen indien dichtbij georganiseerd, vb. in de eigen provincie. In een laatste vraag werd gepolst of er meer kleine heelkundige ingrepen zouden worden uitgevoerd in de huisartsenpraktijk indien de inkomsten hiervoor hoger zouden liggen. Op deze vraag antwoordde 56% van de 91 respondenten met “ja”.

Allerlaatst kreeg elke persoon die deelnam aan de vragenlijst de kans om opmerkingen of aanvullingen mee te delen (bijlage 5). Hieruit werd weerhouden dat de kleine heelkunde onvoldoende gewaardeerd zou worden en dus vooral wordt beschouwd als iets dat de arts zelf graag doet. Men gaf aan dat de vergoeding voor het uitvoeren van deze ingrepen door de huisarts te laag ligt in verhouding tot de tijd die nodig is en de kosten die gemaakt moeten worden voor materiaal. Ook zouden veel patiënten niet weten dat veel kleine ingrepen door de huisarts uitgevoerd kunnen worden en zou daardoor de vraag dalen. Eén persoon gaf aan dat controleafspraken meestal werden ingepland bij de praktijkverpleegkundige. Verder gaf één persoon aan zelf enkele halve dagen kleine chirurgische ingrepen te hebben uitgevoerd bij een chirurg in de buurt.

Discussie

In verschillende landen staat de capaciteit en financiering van de gezondheidszorg onder druk en wordt er sterk ingezet op het versterken van de eerste lijn om deze druk te verlichten. (2) Onder andere het uitvoeren van kleine heelkunde door de huisarts zou kunnen bijdragen aan de verschuiving van sommige hulpvragen van de tweede naar de eerste lijn. Zowel in België als in verschillende andere landen wordt kleine heelkunde al vaak uitgevoerd door de huisarts. Binnen dit onderzoek hebben we geprobeerd een beeld te krijgen van de ervaring van huisartsen met kleine heelkunde.

Uit onze bevraging blijkt dat de hechting van een traumatische wonde en de excisie van een cyste de meest uitgevoerde heelkundige behandelingen waren. Incisie van een perineaal abces of hemorroïdale trombose en excisie van een verdacht huidletsel werden het vaakst verwezen. De belangrijkste reden hiervoor was onvoldoende ervaring voor het uitvoeren van de ingreep. Echter werden bij elke bevraagde ingreep zelden complicaties gezien. Toch vond minder dan de helft (46,2%) van de bevraagde artsen dat ze tijdens hun opleiding tot huisarts voldoende kennis en ervaring rond kleine heelkunde hebben kunnen opdoen. De meeste artsen (86,8%) gaven aan geïnteresseerd te zijn in het volgen van bijkomende opleidingen om hun vaardigheden te vergroten.

De huidige literatuur toont aan dat kleine chirurgie uitgevoerd door de huisarts meer kosteneffectief is dan wanneer de patiënt verwezen wordt naar het ziekenhuis, op voorwaarde dat de ingrepen veilig uitgevoerd worden. Als gevolg van complicaties kunnen de uiteindelijke kosten namelijk hoger liggen dan wanneer de patiënt direct in de tweede lijn behandeld zou worden. 3–5,11) Deze veiligheid wordt grotendeels bepaald door de vaardigheid in het uitvoeren van kleine chirurgie. Een belangrijke voorwaarde voor patiëntveiligheid is dus dat de kwaliteit van de geboden zorg even hoog ligt als deze in de tweede lijn. (2,7) In Vlaanderen behoren de basisvaardigheden nodig voor het veilig uitvoeren van kleine chirurgie tot de eindtermen van de opleiding huisartsgeneeskunde en wordt dit dus als even veilig beschouwd. (9) Verder ervaren patiënten de grote bereikbaarheid van dienstverlenging ook als positief. (6) Het kan dus nuttig zijn om een beter inzicht te krijgen in waarom patiënten worden doorverwezen en of dit beperkt kan worden.

Binnen dit onderzoek bleek dat de hechting van een traumatische wonde (niet in het aangezicht) de meest uitgevoerde heelkundige behandeling is. Binnen de electieve pathologie werd de excisie van een cyste, de (partiële) extractie van een ingegroeide nagel en de excisie van een niet-verdacht huidletsel het meest uitgevoerd. Gelijkaardige cijfers worden gevonden in de literatuur. (5,6,10) De excisie van een verdacht huidletsel werd het minst zelf uitgevoerd en aldus het vaakst verwezen naar de tweede lijn.

Voor de meeste ingrepen bevraagd binnen deze studie werd in de meerderheid van de gevallen wel een controleafspraak voorzien en worden zelden complicaties gezien. Nochtans bleek angst voor complicaties een belangrijke reden te zijn om een ingreep niet zelf uit te voeren. Indien zich toch complicaties voordoen komt een wondinfectie het meest voor (36%), wat vergelijkbaar is met de resultaten uit het onderzoek van George et al. (6) Recidieven werden vaker gezien, vooral bij (partiële) extractie van een ingegroeide nagel en bij incisie en drainage van een abces. In de meeste gevallen werd de patiënt dan alsnog verwezen naar een specialist. Hierbij kan de vraag gesteld worden of deze patiënten niet beter in eerste instantie zouden verwezen zijn. In 32% van de gevallen werd de ingreep opnieuw uitgevoerd door dezelfde arts.

De belangrijkste redenen voor doorverwijzing waren onvoldoende ervaring en kennis en angst voor complicaties tijdens of na de ingreep. Deze redenen komen ook terug in het onderzoek door van den Dool et al. (3) Zowel acute als electieve pathologie werd in gemiddeld 15% van de gevallen doorverwezen naar een collega binnen de eigen praktijk met meer ervaring in het uitoefenen van kleine chirurgie. De meeste doorverwijzingen gebeurden naar spoedgevallen en algemene heelkunde. Enkel de excisie van niet-verdachte en verdachte huidletsels werd vaker verwezen naar dermatologie. Uit eerder onderzoek blijkt ook een grotere mate aan onvolledige excisie van huidkankers wanneer deze werden uitgevoerd door huisartsen, zelfs wanneer deze bijkomende opleiding voor chirurgische procedures hadden gevolgd. (6,10) Dit wordt echter tegengesproken door Botting et al. (5) Zij stellen dat huisartsen die bijkomende opleiding voor het uitoefenen van kleine heelkunde hebben gevolgd een adequate excisie uitvoeren en dat zij weinig complicaties zien. Zoals eerder gesteld is de vaardigheid voor het correct uitvoeren van een ingreep een belangrijke voorwaarde voor veiligheid en kosteneffectiviteit. In deze studie werd het al dan niet opsturen van weefsel voor histopathologisch onderzoek en de uitkomst hiervan niet bevraagd.

Om de kennis en ervaring rond kleine chirurgie te vergroten en het aantal complicaties en recidieven te beperken zou het zinvol kunnen zijn om bijkomende opleiding rond dit onderwerp te voorzien. Uit eerder onderzoek in Nederland, waar de vaardigheden tot het uitvoeren van kleine heelkunde ook tot de basiscompetenties van een huisarts behoren, bleek immers al dat het onvoldoende opdoen van ervaring tijdens de opleiding een belangrijke barrière kan vormen in de keuze om al dan niet kleine chirurgie aan te bieden aan de patiënt. (3) In Nederland duurt de opleiding tot huisarts drie jaar, waarvan het eerste en derde jaar in een huisartsenpraktijk wordt volbracht, en het tweede jaar op verschillende diensten in het ziekenhuis. Gezien niet elke praktijkopleider kleine heelkunde uitoefent en niet elke huisarts in opleiding in het ziekenhuis binnen een chirurgische discipline wordt opgeleid, zal niet elke huisarts evenveel ervaring hebben in het uitvoeren van kleine heelkunde op het moment van afstuderen. (3) Dit systeem is vergelijkbaar met dat in Vlaanderen, met dezelfde nuances in blootstelling aan pathologie. Binnen onze studie gaf slechts 46,2% van de huisartsen en haio's aan voldoende kennis en ervaring rond kleine heelkunde te hebben kunnen opdoen tijdens hun opleiding. Ook gaf 86,8% van hen aan geïnteresseerd te zijn in het volgen van een bijkomende praktische opleiding rond kleine heelkundige ingrepen. In onder andere het Verenigd Koninkrijk en Nieuw-Zeeland bestaat reeds een bijkomende opleiding voor huisartsen in specifieke deelgebieden (*general practitioner with specialty interest*, GPwSI), onder andere in heelkunde. (5,7,10) Hieruit blijkt dat na het volgen van een kwalitatieve opleiding de resultaten gelijkwaardig zijn aan deze uit de tweede lijn.

Toekomstperspectief

Binnen dit onderzoek bleek dat onvoldoende financiering voor het uitvoeren van kleine chirurgie ten opzichte van de kosten die gemaakt moeten worden in slechts 7% van de gevallen een reden was om deze ingrepen niet zelf uit te voeren. Thans gaf 56% van de respondenten aan dat ze zelf meer kleine chirurgie zouden uitvoeren indien de inkomsten hiervoor hoger zouden liggen. Hiernaast is onvoldoende kennis en ervaring de belangrijkste reden voor het doorverwijzen van een patiënt naar de tweede lijn. Een herziening van de nomenclatuur voor technische prestaties met een voordeel na het volgen van een erkende bijkomende opleiding zou de hoeveelheid kleine heelkunde die in de huisartsenpraktijk wordt uitgevoerd mogelijk kunnen verhogen. Deze kwalitatieve uitbreiding van eerstelijnszorg zou de tweede lijn kunnen ontlasten en de algemene kosten van de gezondheidszorg kunnen drukken.

Sterktes en beperkingen van de studie

In de recente literatuur werd geen gelijkaardige bevraging bij huisartsen verspreid over heel Vlaanderen gevonden. Dit maakt dat deze studie een uniek beeld geeft over de ervaring van Vlaamse huisartsen met kleine heelkunde. Ondanks dat de oproep voor deelname aan de studie verspreid werd via verschillende huisartsenkringen gaf 100% van de respondenten aan zelf kleine heelkunde uit te voeren. Hierdoor is er sprake van populatiebias. Verder had 46,2% van de deelnemers 3 jaar of minder ervaring als huisarts/haio. Dit zou een vertekend beeld kunnen geven van de frequentie van pathologie, complicaties en recidieven, alsook van de financiële afwegingen voor het al dan niet uitvoeren van kleine chirurgie. Ook de zelfrapportage van de hoeveelheid complicaties en recidieven zou een onderschatting kunnen geven.

Conclusie

Kleine heelkunde wordt frequent uitgevoerd door de huisarts. De hechting van een traumatische wonde en de excisie van een cyste waren de meest uitgevoerde heelkundige behandelingen. Incisie van een perineaal abces of hemorroïdale trombose en excisie van een verdacht huidletsel werden het vaakst verwezen. De belangrijkste redenen voor doorverwijzing waren onvoldoende ervaring en angst voor complicaties tijdens of na de ingreep. Thans blijkt het aantal complicaties dat gezien wordt beperkt te zijn. In Vlaanderen behoren de basisvaardigheden nodig voor het veilig uitvoeren van kleine chirurgie tot de competenties van een afgestudeerd huisarts. Toch gaf meer dan de helft van de huisartsen aan graag een bijkomende opleiding in kleine heelkunde te volgen om hun vaardigheden hierin te vergroten. Wanneer kleine chirurgie wordt uitgevoerd door de huisarts blijkt dit ook meer kosteneffectief te zijn dan wanneer de patiënt verwezen wordt naar het ziekenhuis. Een bijkomende erkende opleiding zou eventueel kunnen leiden tot een kwalitatieve uitbreiding van de eerstelijnszorg. Dit zou de algemene kosten van de gezondheidszorg kunnen beperken en kan leiden tot een grotere tevredenheid bij de patiënt.

Bibliografie

1. Pinkhof Geneeskundig Woordenboek . Pinkhof Geneeskundig Woordenboek. 2026. [accessed 19 Mar 2026] Available from: https://pinkhof.ivdnt.org/docs/kleine%20chirurgie/_6078acd95ox.NL01
2. Van Dijk CE, Verheij RA, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, De Bakker DH. Minor surgery in general practice and effects on referrals to hospital care: Observational study. BMC Health Serv Res. 2011;11. doi: 10.1186/1472-6963-11-2
3. van den Dool H, Jochemsen-Van der Leeuw R, van Dijk N. Office-Based Minor Surgery: An Ever-Increasing Challenge Not Only for the Dutch General Practitioner. Fam Med. 2023;55(1):27–33. doi: 10.22454/FamMed.55.740827
4. Brown JS, Smith RR, Cantor T, Chesover D, Yearsley R. General practitioners as providers of minor surgery — a success story? British Journal of General Practice. 1997;47:205–10.
5. Botting J, Correa A, Duffy J, Jones S, De Lusignan S. Safety of community-based minor surgery performed by GPs: An audit in different settings. British Journal of General Practice. 2016;66(646):e323–8. doi: 10.3399/bjgp16X684397
6. George S, Pockney P, Primrose J, Smith H, Little P, Kinley H, et al. A prospective randomised comparison of minor surgery in primary and secondary care. The MiSTIC trial HTA Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme www.hta.ac.uk. Health Technol Assess (Rockv). 2008;12(23). Available from: http://www.hta.ac.uk
7. Taneja A, Singh PP, Tan JPL, Hill DG, Connolly AB, Hill AG. Efficacy of general practitioners with specialty interests for surgical procedures. ANZ J Surg. 2015;85(5):344–8. doi: 10.1111/ans.12721
8. Gmajnić R, Pribić S, Lukić A, Ebling B, Čupić N, Marković I. 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. doi: 10.3325/cmj.2008.3.358
9. Robyns Lieselot. Kleine heelkunde in de huisartsenpraktijk: onderzoek naar haalbaarheid en implementatie. Gent: Universiteit Gent; 2013. [accessed 20 Jan 2024] Available from: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist
10. O'cathain A, Brazier JE, Milner PC. Cost effectiveness of minor surgery: in general practice: a prospective comparison with hospital practice. British Journal of General Practice. 1992;42:13–7.
11. Ferguson HJM, Fitzgerald JEF, Reilly J, Beamish AJ, Gokani VJ. A cross sectional study of surgical training among United Kingdom general practitioners with specialist interests in surgery on behalf of the Council of the Association of Surgeons in Training. BMJ Open. 2015;5:7677. Available from: http://dx.doi.org/

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst huisartsen en haio's

I. Algemene informatie

1. Heeft u altijd als huisarts gewerkt of heeft u ook ervaring in een andere discipline binnen de geneeskunde?
    - Ik ben momenteel haio
    - Ik heb enkel ervaring als huisarts
    - Ik heb ook ervaring in een andere discipline: _____

2. Hoeveel jaar werkt u reeds als huisarts/haio?
    _____ jaar

3. In welk type praktijk werkt u?
    - Solopraktijk
    - Duopraktijk
    - Groepspraktijk
    - Netwerkpraktijk
    - Wijkgezondheidscentrum
    - Andere: _____

II. Uitvoeren van kleine heelkunde

4. Voert u zelf kleine heelkundige ingrepen uit in uw praktijk? Denk hierbij aan hechten van traumatische wonden, insnijden abces, excisie huidletsel…
    - Ja
    - Nee

5. Gelieve in onderstaande lijst aan te duiden of u de vermelde ingreep zelf uitvoert en hoe vaak u (bij benadering) deze ingreep per maand uitvoert. Indien het over een eerder zeldzame procedure gaat, gelieve dan in te vullen hoe vaak u (bij benadering) deze ingreep per jaar uitvoert.

Type ingreep	Aantal per maand	Aantal per jaar (indien zelden uitgevoerd)	Voer ik niet zelf uit
Hechting van traumatische wonde, niet in het aangezicht			
Hechting van traumatische wonde in het aangezicht			
Incisie en drainage abces, niet perineaal			
Incisie en drainage abces perineaal			
Incisie hemorroïdale trombose			
(Partiële) extractie ingegroeide nagel			
Incisie en drainage paronychia			

Nagelfenestratie			
Excisie cyste			
Excisie fibroom			
Excisie lipoom			
Excisie niet-verdacht huidletsel			
Excisie verdacht huidletsel			
Verwijderen vreemd lichaam na insnijden			

6. Voor de ingrepen die u niet zelf uitvoert, gelieve in onderstaande lijst aan te duiden naar wie u deze patiënten doorverwijst.

Type ingreep	Collega eigen praktijk	Collega andere praktijk	Spoed	Algemene heelkunde	Dermatologie
Hechting van traumatische wonde, niet in het aangezicht					
Hechting van traumatische wonde in het aangezicht					
Incisie en drainage abces, niet perineaal					
Incisie en drainage abces perineaal					
Incisie hemorroïdale trombose					
(Partiële) extractie ingegroeide nagel					
Incisie en drainage paronychia					
Nagelfenestratie					
Excisie cyste					
Excisie fibroom					
Excisie lipoom					
Excisie niet-verdacht huidletsel					
Excisie verdacht huidletsel					
Verwijderen vreemd lichaam na insnijden					

7. Wat is de reden dat u bepaalde ingrepen doorverwijst naar een collega? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
    - Weinig vraag naar kleine heelkunde
    - Onvoldoende ervaring
    - Onvoldoende kennis
    - Angst voor complicaties tijdens of na de ingreep
    - Weinig tijd
    - Kosten staan niet in verhouding tot de inkomsten
    - Geen interesse in kleine heelkunde

- Andere: _____

III. Resultaten van kleine heelkundige ingrepen

8. Gelieve in onderstaande lijst aan te duiden of u standaard een controleafspraak voorziet en of u wel eens complicaties of recidieven (indien van toepassing) ziet.
   Soms: >10%, zelden: <10%

Type ingreep	Controle	Complicatie	Recidief
Hechting van traumatische wonde, niet in het aangezicht		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
Hechting van traumatische wonde in het aangezicht		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
Incisie en drainage abces, niet perineaal		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
Incisie en drainage abces perineaal		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
Incisie hemorroïdale trombose		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
(Partiële) extractie ingegroeide nagel		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
Incisie en drainage paronychia		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
Nagelfenestratie		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
Excisie cyste		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
Excisie fibroom		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
Excisie lipoom		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
Excisie niet-verdacht huidletsel		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
Excisie verdacht huidletsel		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden
Verwijderen vreemd lichaam na insnijden		○ Soms ○ Zelden	○ Soms ○ Zelden

9. Welke complicaties komen voor in uw praktijk? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
   - Infectie
   - Bloeding
   - Wonddehiscentie (opengaan van litteken)
   - Keloïdvorming
   - Andere: _____

10. Wat doet u bij een recidief? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
    - Ik voer de ingreep zelf opnieuw uit

- Ik vraag advies aan een collega huisarts
- Ik stuur de patiënt door naar een collega huisarts die vaak kleine heelkunde uitvoert
- Ik stuur de patiënt door naar een specialist
- Andere: _____

IV. Ervaring rond kleine heelkunde in huisartsenpraktijk

11. Vindt u dat u voldoende kennis en ervaring rond kleine heelkunde heeft kunnen opdoen in uw opleiding?
    - Ja
    - Nee

12. Zou u geïnteresseerd zijn in het volgen van bijkomende opleidingen om meer kennis en ervaring op te doen, zodat u meer van deze ingrepen zelf kan uitvoeren?
    - Ja, een theoretische opleiding
    - Ja, een praktisch gerichte opleiding
    - Nee, ik vind dat ik reeds voldoende kennis en ervaring heb in dit vakgebied
    - Nee, ik heb weinig interesse in het uitvoeren van kleine heelkunde

13. Indien u interesse heeft in bijkomende opleidingen, bent u bereid om hiervoor een verplaatsing te maken?
    - Enkel indien dit dichtbij georganiseerd wordt (vb. binnen de eigen provincie)
    - Ik ben bereid hiervoor een grotere verplaatsing te maken

14. Indien u interesse heeft in bijkomende opleidingen, bent u bereid om enkele halve dagen mee te volgen met een meer ervaren collega of chirurg?
    - Ja
    - Nee

15. Zou u meer kleine heelkundige ingrepen zelf uitvoeren wanneer de inkomsten hiervoor hoger zouden liggen?
    - Ja
    - Nee

16. Heeft u nog opmerkingen/aanvullingen?

    _____

Bijlage 2: Frequentie van het uitvoeren van verschillende ingrepen.

	Wonde niet aangezicht		Wonde aangezicht		Abces niet perineaal		Abces perineaal		Hemorroïde trombose		Ingegroeide nagel		Paronychia	
≥3/maand	10	11,2%	1	1,1%	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	3	3,3%	2	2,2%
1-2/maand	43	48,3%	26	29,2%	22	24,4%	3	3,3%	3	3,3%	15	16,5%	21	23,3%
4-12/jaar	27	30,3%	17	19,1%	26	28,9%	4	4,4%	2	2,2%	15	16,5%	15	16,7%
≤3/jaar	9	10,1%	35	39,3%	31	34,4%	22	24,2%	24	26,4%	20	22,0%	28	31,1%
Nooit	0	0,0%	10	11,2%	9	10,0%	62	68,1%	62	68,1%	38	41,8%	24	26,7%
TOTAAL	89		89		90		91		91		91		90	

	Nagelfenestratie		Cyste		Fibroom		Lipoom		Niet-verdacht letsel		Verdacht letsel		Vreemd lichaam	
≥3/maand	1	1,1%	4	4,4%	2	2,2%	1	1,1%	3	3,3%	1	1,1%	0	0,0%
1-2/maand	12	13,2%	24	26,4%	20	22,2%	12	13,3%	26	28,9%	10	11,0%	10	11,1%
4-12/jaar	7	7,7%	15	16,5%	14	15,6%	12	13,3%	17	18,9%	6	6,6%	7	7,8%
≤3/jaar	36	39,6%	23	25,3%	16	17,8%	30	33,3%	20	22,2%	17	18,7%	41	45,6%
Nooit	35	38,5%	25	27,5%	38	42,2%	35	38,9%	24	26,7%	57	62,6%	32	35,6%
TOTAAL	91		91		90		90		90		91		90	

Bijlage 3: Arts waarnaar patiënt wordt doorverwezen in geval van niet zelfstandig uitvoeren van kleine chirurgie, in geval van acute en niet-acute pathologie.

	Wonde niet aangezicht	Wonde aangezicht	Abces niet perineaal	Abces perineaal	Hemorroïde trombose	Paronychia	Nagelfenestratie
Collega eigen praktijk	8 18,6%	7 13,0%	8 16,3%	4 5,2%	12 16,2%	12 24,5%	16 29,6%
Collega andere	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 2,0%	0 0,0%
Spoedgevallen	32 74,4%	43 79,6%	11 22,4%	20 26,0%	17 23,0%	8 16,3%	11 20,4%
Algemene heelkunde	3 7,0%	4 7,4%	30 61,2%	53 68,8%	45 60,8%	23 46,9%	23 42,6%
Dermatologie	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	5 10,2%	4 7,4%
TOTAAL	43	54	49	77	74	49	54

	Ingegroeide nagel	Cyste	Fibroom	Lipoom	Niet-verdacht letsel	Verdacht letsel	Vreemd lichaam
Collega eigen praktijk	12 19,4%	11 17,7%	8 12,9%	8 12,1%	11 19,6%	4 4,9%	6 9,5%
Collega andere	2 3,2%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Spoedgevallen	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	16 25,4%
Algemene heelkunde	46 74,2%	34 54,8%	30 48,4%	45 68,2%	9 16,1%	4 4,9%	36 57,1%
Dermatologie	2 3,2%	17 27,4%	24 38,7%	13 19,7%	36 64,3%	73 90,1%	5 7,9%
TOTAAL	62	62	62	66	56	81	63

Bijlage 4: Controleafspraak, complicatie en recidief.

Controleafspraak	Wonde niet aangezicht	Wonde aangezicht	Abces niet perineaal	Abces perineaal	Hemorroïde trombose	Ingegroeide nagel	Paronychia
Ja	78 85,7%	77 87,5%	59 67,8%	50 73,5%	30 45,5%	54 67,5%	24 32,4%
Nee	13 14,3%	11 12,5%	28 32,2%	18 26,5%	36 54,5%	26 32,5%	50 67,6%
TOTAAL	91	88	87	68	66	80	74

Controleafspraak	Nagelfenestratie	Cyste	Fibroom	Lipoom	Niet-verdacht letsel	Verdacht letsel	Vreemd lichaam
Ja	19 24,4%	67 82,7%	53 72,6%	62 80,5%	67 83,8%	58 82,9%	40 51,9%
Nee	59 75,6%	14 17,3%	20 27,4%	15 19,5%	13 16,3%	12 17,1%	37 48,1%
TOTAAL	78	81	73	77	80	70	77

	Wonde niet aangezicht	Wonde aangezicht	Abces niet perineaal	Abces perineaal	Hemorroïde trombose	Ingegroeide nagel	Paronychia
Complicatie							
Soms	6 6,8%	6 7,2%	11 13,8%	9 16,7%	8 14,8%	15 20,8%	1 1,4%
Zelden	81 92,0%	77 92,8%	56 70,0%	38 70,4%	40 74,1%	51 70,8%	62 89,9%
Recidief							
Soms	0 0,0%	0 0,0%	27 33,8%	19 35,2%	16 29,6%	30 41,7%	11 15,9%
Zelden	44 50,0%	41 49,4%	32 40,0%	20 37,0%	22 40,7%	27 37,5%	37 53,6%
TOTAAL	88	83	80	54	54	72	69

	Nagelfenestratie	Cyste	Fibroom	Lipoom	Niet-verdacht letsel	Verdacht letsel	Vreemd lichaam
Complicatie							
Soms	3 4,8%	7 10,0%	2 3,0%	3 4,4%	3 4,2%	7 11,9%	6 9,2%
Zelden	59 93,7%	60 85,7%	63 94,0%	63 92,6%	67 93,1%	49 83,1%	57 87,7%
Recidief							
Soms	5 7,9%	12 17,1%	7 10,4%	9 13,2%	2 2,8%	2 3,4%	1 1,5%
Zelden	38 60,3%	41 58,6%	39 58,2%	39 57,4%	45 62,5%	35 59,3%	37 56,9%
TOTAAL	63	70	67	68	72	59	65

Bijlage 5: Aanvullende antwoorden bekomen uit de vragenlijst.

"ik vrees dat het aantal kleine ingrepen daalt omdat de patiënten niet meer weten dat wij dat zelf kunnen als huisarts."

"het is inderdaad liefhebberij als huisarts, voor de inkomsten moet je het niet doen"

"Deze ingrepen worden enorm ondergewaardeerd: als de honoraria lichtjes zouden opgetrokken worden, dan zou dit veel meer huisartsen aanzetten om meer zelf te doen. De maatschappelijke kost van een excisie in het ziekenhuis ligt 10-tallen keren hoger. De stelregel in onze praktijk: we proberen alles zelf, enkel wat we niet kunnen sturen we door. (Het financiële aspect negeren we hier, want het blijft een verlieslatende affaire - zeker gezien de gestegen kosten van hechtdraad en ander materiaal)"

"Ik vind de kost/tijdverhouding momenteel een grote drempel. Een kleine ingreep vraagt vaak wat meer tijd, soms ook meer handen waardoor een collega bijspringt. Ook dien je vrij veel materiaal in huis te hebben hiervoor/verbruik je ook redelijk wat materiaal. Geen interessante verhouding om vele kleine heelkunde in de huisartspraktijk uit te voeren momenteel."

"Ik vind het leuk om te kunnen doen als huisarts. Hoe meer ervaring, hoe beter."

"Als haio heb ik te weinig ervaring om de frequentie van recidieven en complicaties goed in te schatten. Een controleafspraak na kleine chirurgie plannen we meestal in bij de praktijkverpleegkundige, niet bij de arts."

"Vooral hechtingen van traumatische wonden tijdens de wachtdiensten, zelden in de praktijk. Controle tijdens uithalen hechtingen, op indicatie vroeger"

"Als de inkomsten hoger zouden zijn of het materiaal vergoed zou kunnen worden zou ik meer doen want dan zou ik duurder hechtmateriaal voor subcutane hechtingen aankopen alsook een betere calculator zodat diepere laesies of laesies met meer bloedingsrisico beter kunnen in de praktijk"

"Inkomsten niet persé, vooral de tijd hebben/maken voor deze ingrepen. Het is vaak druk waardoor je daarop inboet terwijl het wel mooie en fijne geneeskunde is. Ik probeer er tijd voor te maken."

"ik heb zelf enkele keren halve dag kleine heelkunde gaan doen bij chirurg in de buurt"