Niet-heelkundige esthetische behandelingen in de huisartsenpraktijk: een onderzoek naar het perspectief van patiënten en artsen

Dr. Cappaert Ruben, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Decat Peter, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Poelman Tom, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 2026

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

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

Inhoud

1. ABSTRACT 4

2. INLEIDING 5

2.1 Evolutie en populariteit 5

2.2 Demografische trends 5

2.3 Rol van de huisarts en holistische benadering 6

2.4 Wetgevend kader en internationale vergelijking 7

2.5 Probleemstelling 11

2.6 Onderzoeksvraag en hypothesen 12

3. METHODE 14

3.1 Studieontwerp 14

3.2 Studiepopulatie en rekrutering 14

3.3 Vragenlijsten en dataverzameling 15

3.4 Ethische overwegingen 15

3.5 Kwantitatieve statistiek 16

3.6 Kwalitatieve analyse 17

4. RESULTATEN 18

4.1 Patiënten 18

4.2 Artsen 27

5. DISCUSSIE 39

5.1 Internationale heterogeniteit en implicaties voor de huisartspraktijk 39

5.2 Patiëntenperspectief 40

5.3 Artsenperspectief 42

5.4 Vergelijking tussen patiënten- en artsenperspectief 43

5.5 Sterktes en beperkingen van de studie 44

5.6 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek 45

6. CONCLUSIE 47

7. REFERENTIES 48

8. BIJLAGEN 51

Bijlage 1: Informed consent 51

Bijlage 2: Vragenlijst patiënten 55

Bijlage 3: Vragenlijst artsen 59

Bijlage 4: Goedkeuring EC 62

Bijlage 5: overzicht statistische analyses 68

1. ABSTRACT

Context

Niet-heelkundige esthetische behandelingen winnen wereldwijd aan populariteit en worden steeds vaker buiten de klassieke specialistische setting aangeboden. Ook binnen de eerstelijnszorg rijst de vraag welke rol de huisarts hierin kan opnemen. Hoewel de wetgeving artsen toelaat dergelijke behandelingen uit te voeren, is weinig bekend over de attitudes van patiënten of huisartsen ten aanzien van deze evolutie.

Onderzoeksvraag

Deze studie had tot doel de attitudes van patiënten en huisartsen ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de huisartspraktijk in kaart te brengen. Daarnaast werd onderzocht welke factoren samenhangen met de bereidheid van patiënten om zich door de huisarts te laten behandelen en van huisartsen om dergelijke behandelingen aan te bieden.

Methode

Er werd een cross-sectioneel mixed-methods onderzoek uitgevoerd bij 88 volwassen patiënten en 70 artsen in België. Patiënten vulden een papieren vragenlijst in, terwijl artsen een online vragenlijst invulden. De vragenlijsten bevatten gesloten en open vragen over kennis, attitudes, ervaringen, ervaren bekwaamheid, ethische overwegingen en toekomstige intenties. De kwantitatieve gegevens werden geanalyseerd met beschrijvende statistiek, niet-parametrische toetsen en binaire logistische regressie. De open antwoorden werden thematisch geanalyseerd.

Resultaten

Patiënten vertoonden overwegend een neutrale tot matig positieve houding tegenover niet-heelkundige esthetische behandelingen door de huisarts. De bekendheid met deze mogelijkheid was beperkt, maar vertrouwen in de huisarts en de ervaren deskundigheid hingen samen met een positievere algemene attitude tegenover esthetische behandelingen door de huisarts. Een positievere algemene attitude was de enige onafhankelijke voorspeller van de bereidheid om zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen. Bij de artsen gaf twee derde aan dergelijke behandelingen in de toekomst te overwegen, terwijl slechts een beperkte minderheid deze reeds uitvoerde. Een gebrek aan opleiding, ervaring en organisatorische drempels werd het vaakst genoemd als belemmering. Een bijkomende opleiding en een ervaren patiëntenvraag waren onafhankelijke voorspellers van de bereidheid om niet-heelkundige esthetische behandelingen aan te bieden.

Conclusie

Zowel patiënten als huisartsen staan overwegend neutraal tot positief tegenover een mogelijke rol van de huisarts binnen de niet-heelkundige esthetische geneeskunde, al leggen beide groepen andere accenten. Patiënten hechten belang aan vertrouwen, deskundigheid en ervaring, terwijl huisartsen aangeven dat bijkomende opleiding en ervaring nodig zijn om deze deskundigheid te kunnen bieden. De verwachtingen van patiënten en de behoeften van huisartsen komen op dit punt dus goed overeen. Deze bevindingen wijzen op een mogelijk draagvlak voor een verdere integratie van niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de huisartspraktijk, op voorwaarde dat voldoende aandacht wordt besteed aan opleiding, ervaring en het vertrouwen van patiënten in de deskundigheid van de huisarts.

2. INLEIDING

2.1 Evolutie en populariteit

Ondanks de economische onzekerheden van de afgelopen jaren blijft het aantal cosmetische ingrepen wereldwijd flink toenemen[1,2,4]. De International *Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS) rapporteert een stijging van maar liefst 40% in het aantal uitgevoerde esthetische behandelingen tussen 2019 en 2023[4]. Deze trend kent een stabiel toenemend verloop over de afgelopen 10 jaar, met een versnelde toename sinds 2021[4].

De groei in het aantal cosmetische procedures wordt in de literatuur hoofdzakelijk toegeschreven aan psychosociale determinanten, waaronder lichaamsbeeld, sociale vergelijking en mediabeïnvloeding, in combinatie met een toenemende maatschappelijke acceptatie en toegankelijkheid van deze behandelingen[5].

Volgens de meest recente data van de *American Society of Plastic Surgeons* (ASPS) werden in 2024 meer dan dubbel zoveel minimaal invasieve procedures uitgevoerd in vergelijking met chirurgische ingrepen binnen het esthetische domein[1]. Deze evolutie laat zien dat minder invasieve behandelingen steeds populairder worden. Verschillende factoren kunnen deze toenemende populariteit verklaren. Zo worden deze behandelingen geassocieerd met een kortere hersteltijd, lagere kosten en een meer natuurlijk ogend resultaat in vergelijking met chirurgische alternatieven[1,3].
Binnen deze categorie blijft de injectietherapie met botulinetoxine domineren. Daarnaast kennen ook hyaluronzuurfillers en huidverbeterende technieken een duidelijke stijgende trend en vormen zij respectievelijk de top drie qua populariteit[1-3].

2.2 Demografische trends

Vanuit demografisch perspectief tonen de cijfers aan dat esthetische procedures niet uitsluitend een realiteit zijn voor vrouwen. Hoewel vrouwen nog steeds het grootste aandeel van de patiëntenpopulatie vertegenwoordigen, neemt het aantal zowel chirurgische als niet-chirurgische ingrepen bij mannen duidelijk toe[1,4,6,7]. Zo rapporteerde de *American Society for Aesthetic Plastic Surgery* een stijging van ongeveer 55% in plastisch-chirurgische ingrepen bij mannen tussen 1997 en 2018[6]. Ook binnen de niet-invasieve behandelingen wordt een gelijkaardige trend waargenomen, waarbij dezelfde top drie procedures als bij vrouwen domineren[1,6]. Deze evolutie kan, net zoals bij vrouwen, deels worden verklaard door psychosociale factoren, zoals een toenemende focus op uiterlijk, sociale vergelijking en de invloed van sociale media, die bijdragen aan veranderende en vaak strengere schoonheidsnormen binnen de samenleving. Daarnaast heeft de groeiende maatschappelijke acceptatie van esthetische ingrepen bij mannen geleid tot een afname van het stigma rond deze behandelingen[6].
Verder blijkt uit onderzoek bij 241 mannen dat er een significante positieve associatie bestaat tussen het naleven van traditionele mannelijke ideologieën en het gebruik van cosmetische procedures[7]. Dit suggereert dat esthetische ingrepen bij mannen niet alleen gericht zijn op

uiterlijke verbetering, maar ook kunnen functioneren als een middel om kenmerken zoals succes, dominantie en aantrekkelijkheid te versterken[7].

Naast de toename bij mannen wordt ook een duidelijke toename gezien in de jongere patiëntengroepen, waarbij vooral de leeftijdscategorie van 20 tot 35 jaar in toenemende mate een beroep doet op niet-chirurgische esthetische behandelingen[12,14]. Deze “prejuvenation”-benadering richt zich niet primair op correctie van bestaande tekenen van veroudering, maar op het uitstellen ervan, onder meer via laaggedoseerde botulinetoxine-injecties (“baby Botox”), subtiele fillers en huidverbeterende procedures[13]. Uit recente literatuur blijkt dat dergelijke patiënten hun behandelingen vaak kaderen als een vorm van zelfzorg en langetermijninvestering in hun uiterlijk, waarbij de nadruk ligt op natuurlijke resultaten en het vermijden van latere, meer invasieve ingrepen[12]. Ook in deze demografische ontwikkeling hebben sociale media, de toegenomen aandacht voor huidkwaliteit en de normalisering van cosmetische geneeskunde een belangrijke rol gespeeld[13-15].

2.3 Rol van de huisarts en holistische benadering

Samen met de demografische en epidemiologische evoluties binnen de esthetische geneeskunde wordt ook een verschuiving waargenomen in de zorgcontext waarin deze behandelingen worden aangeboden. Waar niet-heelkundige esthetische procedures traditioneel voornamelijk werden uitgevoerd door medisch specialisten, zoals plastisch chirurgen en dermatologen, heeft de toenemende vraag en toegankelijkheid geleid tot een verbreding van het zorgaanbod. Hierdoor worden deze behandelingen tegenwoordig in toenemende mate aangeboden in verschillende zorgcontexten, waaronder de eerstelijnszorg, en nemen ook andere artsen, zoals huisartsen, een mogelijke rol op binnen dit domein.

De vraag of esthetische geneeskunde thuishoort binnen de huisartsenpraktijk kadert binnen een bredere discussie omtrent de rol van de huisarts en de holistische benadering van zorg. Vanuit dit perspectief kan worden geargumenteerd dat esthetische behandelingen niet louter een oppervlakkig karakter hebben, maar ook een impact kunnen hebben op het mentaal en sociaal welzijn van patiënten. Rodgers et al.[8] en Da Prato et al.[9] beschrijven dat de perceptie van het eigen uiterlijk een belangrijke invloed kan hebben op de geestelijke gezondheid. Deze bevinding sluit aan bij de definitie van gezondheid zoals geformuleerd door de World Health Organization, waarbij gezondheid niet enkel wordt beschouwd als de afwezigheid van ziekte of handicap, maar als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn[10].

Binnen deze brede benadering beschrijft recente literatuur bovendien een verschuiving naar een meer holistische en patiëntgerichte invulling van esthetische geneeskunde, waarbij niet alleen de technische uitvoering van behandelingen centraal staat, maar ook de arts-patiëntrelatie, communicatie en een globale evaluatie van de patiënt[11]. In dit kader blijken patiënten de kwaliteit van zorg voornamelijk te beoordelen op basis van deze relationele en communicatieve aspecten, terwijl zorgverleners eerder de nadruk leggen op technische expertise[11]. Deze evolutie naar een meer geïntegreerd en relationeel zorgmodel sluit aan bij de kernprincipes van de huisartsgeneeskunde, maar roept tegelijkertijd belangrijke vragen op

omtrent de organisatie van zorg, de bekwaamheid van zorgverleners en de afbakening van rollen binnen de gezondheidszorg. In het bijzonder rijst de vraag in welke mate dergelijke behandelingen passen binnen de kernopdracht van de huisarts, en hoe een evenwicht kan worden gevonden tussen een holistische zorgbenadering enerzijds en het vermijden van overmedicalisering en commercialisering van esthetiek anderzijds. Deze discussie wordt verder versterkt door het ontbreken van uniforme opleidingsvereisten en de brede variatie aan zorgverleners die actief zijn binnen de esthetische geneeskunde, wat bijkomende vragen oproept omtrent bekwaamheid en kwaliteitsbewaking[9].

2.4 Wetgevend kader en internationale vergelijking

2.4.1 Wetgeving en regulering in België

Naar aanleiding van de toenemende populariteit en de evoluerende context van esthetische geneeskunde is het aangewezen om ook het wettelijk kader waarin deze behandelingen plaatsvinden nader te situeren. De geldende wetgeving bepaalt niet alleen wie bevoegd is om deze ingrepen uit te voeren en onder welke voorwaarden dit gebeurt, maar beïnvloedt eveneens de organisatie van zorg en de rolverdeling tussen verschillende zorgverleners. Dit is in het bijzonder relevant binnen deze studie, aangezien de wettelijke afbakening van bevoegdheden en verantwoordelijkheden mee bepaalt hoe zowel patiënten als artsen de plaats van esthetische geneeskunde binnen de huisartsenpraktijk percipiëren.

In België werd met de wet van 23 mei 2013[16] voor het eerst een wettelijk kader gecreëerd voor de uitvoering van niet-heelkundige esthetische geneeskunde. Deze wet kwam tot stand in een context van toenemende populariteit van esthetische behandelingen, waarbij bezorgdheden omtrent patiëntveiligheid, kwaliteit van zorg en de toenemende commercialisering van het aanbod aan het licht kwamen[18,19]. In de praktijk worden deze ingrepen uitgevoerd door een heterogene groep van zorgverleners, vaak zonder uniforme opleidingsvereisten of duidelijke regulering, wat leidde tot risico's voor patiënten en een gebrek aan transparantie[19].

De wetgever beoogde met deze regelgeving dan ook in de eerste plaats de volksgezondheid te beschermen, onder meer door het vastleggen van kwalificatievereisten voor zorgverleners, het beperken van commerciële ontsporingen en het waarborgen van correcte informatieverstrekking aan patiënten[16,17]. Zoals ook bevestigd werd in rechtspraak van het Grondwettelijk Hof[20,21], was het noodzakelijk om orde op zaken te stellen wat betreft de toenemende commercialisering en het werven van patiënten voor louter esthetische ingrepen die geen therapeutisch doel hebben en toch medische risico's kunnen inhouden.

De wet van 23 mei 2013 definieert niet-heelkundige esthetische geneeskunde als elke niet-heelkundige technische medische ingreep die, zonder therapeutisch of reconstructief doel, gericht is op het veranderen van het uiterlijk van de patiënt, en die wordt uitgevoerd door middel van instrumenten, chemische stoffen of andere hulpmiddelen die doorheen de huid of slijmvliezen werken[16]. Daarnaast voorziet de wet dat bepaalde beperkte esthetisch-heelkundige ingrepen, zoals haartransplantaties en lipofilling (met

volumebeperking en met uitsluiting van de borststreek), onder specifieke voorwaarden eveneens kunnen worden uitgevoerd door artsen met de daartoe erkende bekwaamheid[18,19]. De wijze waarop deze bekwaamheid wordt verworven, wordt verderop in dit onderdeel nader toegelicht. Daarnaast mogen deze ingrepen enkel door deze personen worden uitgevoerd wanneer voldaan is aan specifieke voorwaarden inzake patiënteninformatie en geïnformeerde toestemming[19,23,24]. Deze bepalingen onderstrepen het medisch karakter van niet-heelkundige esthetische ingrepen en het belang van patiëntveiligheid binnen dit domein[19,23,24].

In de oorspronkelijke wetgeving werd voorzien in de mogelijkheid tot het erkennen van specifieke kwalificaties voor artsen die esthetische ingrepen uitvoeren. Aanvankelijk werd gedacht aan de invoering van een bijzondere beroepstitel (niveau 2) binnen de niet-heelkundige esthetische geneeskunde, waarbij ook een cumulverbod gold met de huisartsgeneeskunde tot twee jaar na het behalen van de bijzondere beroepstitel[22–24]. Later werd, op basis van een adviestraject onder meer binnen de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen, geopteerd voor een aangepaste benadering, waarbij niet langer werd ingezet op een afzonderlijke specialisatie, maar eerder op het ontwikkelen van een bijzondere bekwaamheid binnen de esthetische geneeskunde (niveau 3); in het kader van deze wetswijziging werd het cumulverbod dan ook opgeheven[22–24]. Deze benadering sluit aan bij het standpunt dat esthetische zorg niet volledig los kan worden gezien van andere medische disciplines, en dat een integratie binnen een bredere, holistische benadering van patiëntenzorg aangewezen is[18,19].

Tot op heden is de concrete uitwerking van de onderdelen rond de nieuwe bijzondere bekwaamheid en de bijhorende opleiding nog niet volledig wettelijk verankerd[22–24]. Hoewel door bevoegde werkgroepen en de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen reeds een voorstel werd uitgewerkt voor een niveau 3 bekwaamheid in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde, staat de definitieve vormgeving en wettelijke implementatie van deze opleiding en kwalificatie nog niet volledig vast[18,19,22–24]. De inwerkingtreding van dit specifieke artikel werd dan ook herhaaldelijk uitgesteld tot uiteindelijk een door de Koning nader te bepalen datum[16]. De in de praktijk gebruikte benaming ‘arts-specialist in de esthetische geneeskunde’ of ‘esthetisch arts’ komt bijgevolg (vooralsnog) niet overeen met een officieel toegekende en als dusdanig beschermde bijzondere beroepstitel in de zin van het KB van 25 november 1991[16,18,19,22–24].
Tot aan de effectieve inwerkingtreding blijft het in de praktijk dus mogelijk dat elke houder van een masterdiploma in de geneeskunde niet-heelkundige esthetische ingrepen uitvoert, binnen de grenzen van de andere relevante bepalingen van de Wet van 23 mei 2013[16].

2.4.2 Wetgeving en regulering in de buurlanden

In het kader van deze studie is het ook relevant om de betreffende Belgische regelgeving te plaatsen binnen een breder internationaal perspectief. Gezien de toenemende globalisering van de esthetische markt en de invloed van buitenlandse praktijken en normen op zowel

zorgverleners als patiënten, kan een vergelijking met buurlanden bijkomende inzichten bieden in de organisatie en regulering van deze zorg. Verschillen in wetgeving met betrekking tot bevoegdheden, opleidingsvereisten en toezicht kunnen immers een impact hebben op hoe esthetische geneeskunde wordt aangeboden en gepercipieerd binnen verschillende zorgsystemen.

De regulering van niet-heelkundige esthetische geneeskunde vertoont binnen Europa belangrijke gelijkenissen, maar ook duidelijke verschillen in de praktische invulling en mate van regulering. In dat opzicht kan men de benadering in Duitsland, België, Frankrijk en Nederland zien als een continuüm, gaande van een eerder algemeen, weinig specifiek kader naar een meer uitgewerkt en transparant systeem.

Nederland

In Nederland is de titel 'cosmetisch arts KNMG', die betrekking heeft op niet-snijdende cosmetische geneeskunde, geen afzonderlijk wettelijk erkend medisch specialisme[26,27,32]. Sinds 1 juli 2019 wordt deze titel wel erkend als een beroepsprofiel, dat wordt verworven via een aanvullende profielopleiding cosmetische geneeskunde van twee jaar, bovenop de basisregistratie als arts[26-32]. Deze profielopleiding is conceptueel vergelijkbaar met wat in België wordt beoogd als een bijzondere bekwaamheid op niveau 3 in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde[19,21]. In tegenstelling tot België is deze regeling in Nederland reeds concreet uitgewerkt, met een formeel opleidingsplan en een gekoppeld registratiesysteem[26-32]. De profielopleiding vormt geen wettelijke voorwaarde om esthetische ingrepen uit te voeren: artsen moeten enerzijds over een "beroepen in de individuele gezondheidszorg"- of BIG-registratie beschikken, die hen bevoegd maakt, en anderzijds kunnen aantonen dat zij bekwaam zijn om deze ingrepen te verrichten, onder meer via ervaring en aanvullende opleiding(en)[31]. Het gebruik van de beschermde profielbenaming 'cosmetisch arts KNMG' is daarentegen voorbehouden aan artsen die de hogergenoemde opleiding en registratie hebben doorlopen[29].
Een belangrijk praktisch verschil is dat Nederlandse patiënten via deze beschermde profielbenaming en het bijhorende profielregister relatief eenvoudig kunnen nagaan of hun arts een formele, door de beroepsgroep erkende opleiding in de cosmetische geneeskunde heeft gevolgd[33]. Een vergelijkbaar transparant label voor artsen met een bijzondere bekwaamheid in de esthetische geneeskunde ontbreekt in België voorlopig.

Frankrijk

In Frankrijk wordt niet-heelkundige esthetische geneeskunde, net zoals in België en Nederland, beschouwd als een medische activiteit die onder de uitoefening van de geneeskunde valt, binnen het kader van de *Code de la santé publique* en de medische deontologie van de *Ordre des médecins*[34,35]. De formele bevoegdheid om niet-heelkundige esthetische ingrepen uit te voeren is in eerste instantie gekoppeld aan het artsendiploma en de inschrijving bij de *Ordre*, terwijl de vereiste van bekwaamheid voortvloeit uit de algemene plicht om te handelen volgens de regels van de kunst en uit de professionele aansprakelijkheid bij complicaties[34,35].

In tegenstelling tot België en Nederland bestaat er in Frankrijk geen afzonderlijk, wettelijk erkend specialisme voor niet-heelkundige esthetische geneeskunde[34-36]. In de praktijk wordt het uitvoeren van bepaalde niet-chirurgische esthetische handelingen echter sterk gestuurd in de richting van artsen met relevante expertise of bijkomende kwalificaties, zoals benadrukt in aanbevelingen van onder meer de *Ordre des médecins*, de *Académie nationale de médecine* en de *Haute Autorité de Santé*[34–36]. De bekwaamheidseis wordt daarbij concreter ingevuld via de verwachting dat artsen gerichte expertise opbouwen in injectietechnieken en complicatiemanagement, onder meer door het volgen van universitaire opleidingen zoals de verschillende *Diplômes Inter-Universitaires* (DIU) in esthetische geneeskunde en de *Médecine morphologique et anti-âge*[37–38]. Deze DIU's vormen geen afzonderlijk wettelijk specialisme, maar functioneren *de facto* als kwaliteitsnorm binnen het veld, zeker voor artsen buiten disciplines als dermatologie en plastische heelkunde[35–38]. In tegenstelling tot Nederland bestaat er in Frankrijk geen uniforme, beschermde profielbenaming met een centraal, publiek profielregister dat deze bekwaamheid zichtbaar maakt voor patiënten, ondanks het bestaan van gestructureerde opleidingsmogelijkheden[34–36]. Een vergelijkbare situatie wordt gezien in België, waar een dergelijk transparant label voor artsen met een bijzondere bekwaamheid in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde evenmin beschikbaar is[19,21].

Duitsland

Duitsland neemt in dit spectrum een eerder minder sterk gestructureerde positie in: niet-heelkundige esthetische geneeskunde wordt er eveneens als medische activiteit beschouwd, maar de regulering steunt hoofdzakelijk op de algemene artsenlicentie (*Approbation*) en de deontologische bekwaamheidsplicht, zonder een specifiek wettelijk erkend specialisme of uniform nationaal profiel voor niet-heelkundige esthetische geneeskunde[39,40,44,45]. De formele bevoegdheid om deze ingrepen uit te voeren is gekoppeld aan het artsendiploma en de registratie als arts, waarbij bekwaamheid in hoofdzaak voortvloeit uit de algemene verplichting om volgens de regels van de kunst te handelen en uit de professionele aansprakelijkheid bij complicaties; opleidings- en kwaliteitsvereisten worden daarbij niet via een uniform, wettelijk verankerd esthetisch opleidingstraject ingevuld, maar vooral via algemene beroepsrechtelijke normen en kamergebonden kwaliteitskaders, in contrast met het meer uitgewerkte Nederlandse profielkader en de Franse, via universitaire opleidingen ondersteunde kwaliteitsnormen[26–32,34–38,40,44,45]. In de praktijk worden esthetische injecties en andere niet-heelkundige esthetische handelingen uitgevoerd door zowel specialisten (zoals dermatologen en plastisch chirurgen) als basisartsen en huisartsen die zich bijkomend hebben geschoold in dit domein, bijvoorbeeld via cursussen georganiseerd door beroepsverenigingen of private opleidingsinstituten[41,42,45]. Praktijk- en opleidingsgerichte bronnen gericht aan artsen benadrukken dat in Duitsland in principe alle *approbierte* artsen, ongeacht hun specialisme, botulinumtoxine en dermale vulmiddelen mogen voorschrijven en injecteren, zolang zij over voldoende kennis en ervaring beschikken, waarbij botulinumtoxine uitdrukkelijk als geneesmiddel wordt gereguleerd en ook in een esthetische context onder het medische en geneesmiddelenrecht valt[39,41–43]. Het toezicht

verloopt voornamelijk via de (regionale) *Ärztekammern* en hun kwaliteits- en deontologiekaders, terwijl de afwezigheid van een specifiek titel- of profielkader ertoe leidt dat Duitsland, net als België, sterk leunt op de individuele verantwoordelijkheid van de arts en algemene beroepsrechtelijke normen inzake zorgvuldigheid en expertise, zonder een centraal erkend profiel of register dat de bekwaamheid voor patiënten zichtbaar maakt, zoals in Nederland[26–32,34–45].

Kernbevindingen van de internationale vergelijking

Samenvattend kan worden gesteld dat niet-heelkundige esthetische geneeskunde in alle onderzochte landen wordt beschouwd als een medische activiteit die specifieke expertise vereist en in principe voorbehouden is aan artsen[26–32,34–45]. De formele bevoegdheid is in alle gevallen gekoppeld aan het artsendiploma, terwijl de vereiste van bekwaamheid voortvloeit uit algemene deontologische principes en professionele aansprakelijkheid.

De belangrijkste verschillen situeren zich echter in de mate waarin deze bekwaamheid wordt geconcretiseerd, gestructureerd en zichtbaar gemaakt. Waar bekwaamheid in België en Duitsland in belangrijke mate een impliciete vereiste blijft en grotendeels wordt overgelaten aan de individuele verantwoordelijkheid van de arts, wordt deze in Frankrijk meer expliciet ondersteund door gestructureerde universitaire opleidingen en duidelijke verwachtingen vanuit de beroepsorganen, en in Nederland verder geformaliseerd via een erkend profiel en registratiesysteem[26–32,34–45].

In alle landen kunnen basisartsen en huisartsen in principe niet-heelkundige esthetische ingrepen uitvoeren, op voorwaarde dat zij daadwerkelijk bekwaam zijn. Enkel in Nederland bestaat evenwel een formeel en publiek herkenbaar profiel dat deze bekwaamheid expliciet kenbaar maakt.

2.5 Probleemstelling

Tegen de achtergrond van de toenemende populariteit van niet-heelkundige esthetische behandelingen, de evoluerende rol van de huisarts en het geldende wettelijke kader, is het relevant om na te gaan hoe patiënten en artsen de plaats van esthetische geneeskunde binnen de huisartsenpraktijk ervaren. Ondanks deze evoluties blijft de rol van de huisarts binnen dit domein onderwerp van discussie. Hoewel in de literatuur aandacht bestaat voor de groei van esthetische geneeskunde en de mogelijke implicaties voor de gezondheidszorg, is er slechts beperkt onderzoek dat specifiek focust op de plaats van deze behandelingen binnen de huisartsenpraktijk.

In het bijzonder is er weinig onderzoek dat de houding van patiënten ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen door de huisarts in kaart brengt, en evenzeer is het perspectief van artsen binnen dit domein slechts beperkt onderzocht. Daarnaast ontbreekt onderzoek dat beide perspectieven gelijktijdig onderzoekt en met elkaar in verband brengt. Nochtans is inzicht in beide perspectieven essentieel om de haalbaarheid, aanvaardbaarheid

en potentiële implementatie van dergelijke zorg binnen de eerstelijnszorg correct te kunnen evalueren.

Deze kennislacune is relevant, aangezien verschillen in percepties tussen patiënten en zorgverleners belangrijke implicaties kunnen hebben voor de organisatie van zorg, de arts-patiëntrelatie en de kwaliteit en veiligheid van aangeboden behandelingen. Deze studie beoogt deze leemte in de literatuur op te vullen door zowel het perspectief van patiënten als dat van artsen ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen in de huisartsenpraktijk te onderzoeken.

2.6 Onderzoeksvraag en hypothesen

Vertrekkend vanuit de literatuur en de geschetste problematiek werd in deze studie nagegaan hoe patiënten staan tegenover het uitvoeren van niet-heelkundige esthetische behandelingen door de huisarts.

Hierbij werd onderzocht in welke mate patiënten op de hoogte zijn van de mogelijkheid dat dergelijke behandelingen door de huisarts worden aangeboden en welke factoren hun keuze tussen huisarts en specialist beïnvloeden. Daarnaast werd nagegaan of attitudes verschillen naargelang het type behandeling, of eerdere ervaring met esthetische behandelingen samenhangt met deze attitudes en welke rol sociodemografische kenmerken spelen in de perceptie en bereidheid van patiënten ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen door de huisarts.

Naast het patiëntenperspectief werd ook het standpunt van artsen onderzocht. Daarbij werd nagegaan in welke mate artsen zich bekwaam achten om niet-heelkundige esthetische behandelingen uit te voeren, welke ervaringen zij hebben met dergelijke behandelingen en welke factoren hun houding ten aanzien van het aanbieden ervan beïnvloeden. Daarnaast werd aandacht besteed aan ethische overwegingen, de verwachte impact op de arts-patiëntrelatie, de bereidheid om dergelijke behandelingen binnen de huisartsenpraktijk aan te bieden en de rol van opleiding, mogelijke barrières en motivatoren.

Ten slotte werden de perspectieven van patiënten en artsen descriptief met elkaar vergeleken, met als doel overeenkomsten en verschillen in kennis, attitudes en verwachtingen ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de huisartsenpraktijk in kaart te brengen. Aangezien voor beide doelgroepen afzonderlijke, doelgroepspecifieke vragenlijsten werden ontwikkeld, gebeurde deze vergelijking interpretatief en werden geen formele statistische vergelijkingen tussen beide populaties uitgevoerd.

Vervolgens werden verschillende hypothesen geformuleerd. Voor de patiëntenpopulatie werd verwacht dat eerdere ervaring met niet-heelkundige esthetische behandelingen door de huisarts samenhangt met positievere attitudes en meer vertrouwen in de huisarts. Daarnaast werd verondersteld dat een hoger vertrouwen in de huisarts gepaard gaat met een grotere bereidheid om zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen, dat patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming een hogere prijsgevoeligheid vertonen en dat een

meerderheid van de patiënten de huisarts beschouwt als een aanvaardbaar alternatief voor de specialist voor bepaalde niet-heelkundige esthetische behandelingen. Verder werd verwacht dat kennis over de mogelijkheid dat huisartsen niet-heelkundige esthetische behandelingen kunnen uitvoeren, evenals een hogere gepercipieerde bekwaamheid van de huisarts en de vertrouwde context van de huisartsenpraktijk, samenhangen met positievere attitudes en een grotere bereidheid tot behandeling.

Voor de artsenpopulatie werd verwacht dat artsen met meer ervaring in esthetische behandelingen en artsen die zich competenter achten een positievere houding hebben ten aanzien van het aanbieden van dergelijke behandelingen binnen de huisartsenpraktijk. Daarnaast werd verondersteld dat ethische bedenkingen en bezorgdheden omtrent de impact op de arts-patiëntrelatie geassocieerd zijn met een meer terughoudende houding.

Tot slot werd verwacht dat patiënten en artsen verschillen in hun perceptie van niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de huisartsenpraktijk, waarbij patiënten deze eerder als laagdrempelig en toegankelijk beschouwen, terwijl artsen meer nadruk leggen op bekwaamheid, risico's en professionele verantwoordelijkheid.

3. METHODE

3.1 Studieontwerp

Dit onderzoek betreft een cross-sectioneel, beschrijvend-exploratief onderzoek met een *mixed-methods* opzet, waarbij kwantitatieve gegevens werden aangevuld met kwalitatieve input om een meer genuanceerd inzicht te verkrijgen in de onderzoeksvraag. De keuze voor deze benadering vloeide voort uit de aard van de onderzoeksvraag: het was enerzijds wenselijk om attitudes, ervaringen en gedragspatronen te kwantificeren en te vergelijken tussen subgroepen, en anderzijds om onderliggende motieven, percepties en overwegingen van respondenten in hun eigen bewoordingen te exploreren.

Het cross-sectionele karakter van de studie impliceert dat een momentopname werd gemaakt van de actuele situatie in de eerstelijnszorg, zonder longitudinale opvolging. De studie richtte zich op twee doelgroepen: huisartsen, basisartsen en huisartsen-in-opleiding, en volwassen patiënten die een huisartsenpraktijk bezochten.

3.2 Studiepopulatie en rekrutering

Bij de patiëntengroep werd gebruikgemaakt van papieren vragenlijsten, die via het secretariaat aan wachtende patiënten in een groepspraktijk van vier huisartsen, één HAIO, één verpleegkundige en één praktijkassistente werden uitgedeeld. Om de anonimiteit te waarborgen, werd een afzonderlijk *informed consent*formulier (Bijlage 1) tweemaal meegegeven ter ondertekening, waarbij één exemplaar bestemd was voor de patiënt en één voor de administratie van de studie. De ondertekende toestemmingsformulieren werden bij inlevering losgekoppeld van de vragenlijsten en afzonderlijk bewaard, zodat de antwoorden niet tot individuele personen herleid konden worden.
Het inclusiecriterium voor de patiëntenpopulatie betrof meerderjarigheid (leeftijd ≥ 18 jaar). Er werden geen bijkomende exclusiecriteria gehanteerd.

Artsen werden gerekruteerd via een doelgerichte benadering van huisartsenpraktijken in de regio. Praktijken waarvan contactgegevens publiek beschikbaar waren, werden via e-mail gecontacteerd met informatie over de studie en een uitnodiging tot deelname, inclusief een link naar de online vragenlijst. Deelname gebeurde op vrijwillige basis en anoniem. Voor aanvang van de vragenlijst werd geïnformeerde toestemming verkregen door het aanvinken van een akkoordverklaring, conform de voorwaarden zoals beschreven in het *informed consent*.
Het inclusiecriterium voor de artsenpopulatie was het actief werkzaam zijn als arts in België op het moment van bevraging, zonder verdere beperking op specialisatiegraad of praktijkvorm. Artsen die niet actief waren in de eerste lijn of in een esthetische medische context, werden niet uitgesloten, teneinde ook de mening van artsen zonder directe esthetische praktijkervaring te capteren.

3.3 Vragenlijsten en dataverzameling

Voor dit onderzoek werden dus twee afzonderlijke, zelfontwikkelde vragenlijsten ontwikkeld: één voor de artsenpopulatie en één voor de patiëntenpopulatie. Er werd gekozen voor het gebruik van vragenlijsten omdat deze methode toelaat om op een gestandaardiseerde en efficiënte manier kennis, attitudes, ervaringen en percepties van een relatief grote groep respondenten te verzamelen. Aangezien de onderzoeksvraag gericht was op het in kaart brengen van de huidige opvattingen van zowel patiënten als artsen, sluiten zelfgerapporteerde vragenlijsten goed aan bij het cross-sectionele karakter van deze studie. Door naast gesloten ook open vragen op te nemen, konden de kwantitatieve gegevens bovendien worden aangevuld met kwalitatieve inzichten in de motieven en overwegingen van de deelnemers. De inhoud van beide vragenlijsten werd rechtstreeks afgeleid uit de vooraf geformuleerde onderzoeksvragen, zodat elk concept (kennis, attitude, ervaring, ethiek) werd vertaald naar concrete vragen. Vooraf werden beide vragenlijsten pilootgetest bij een kleine groep artsen en patiënten om de begrijpelijkheid, lengte en inhoudelijke dekking van de kernconstructen te evalueren; op basis van feedback werden formuleringen en volgorde van enkele items aangepast.

De patiëntenvragenlijst omvatte vragen over demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, recht op verhoogde tegemoetkoming), kennis omtrent niet-heelkundige esthetische behandelingen bij de huisarts en eerdere ervaringen met dergelijke behandelingen bij zowel huisarts als specialist. Attitudes en vertrouwen werden bevraagd met 5-punt Likert-schaalitems (van ‘helemaal akkoord’ tot ‘helemaal oneens’), gegroepeerd in algemene en behandelingsspecifieke blokken (injectietherapieën, huidverbetering/-verjonging en haartransplantatie). Daarnaast werd gevraagd naar tevredenheid, behandelvoorkeuren en de bereidheid om zich in de toekomst te laten behandelen. De vragenlijst werd afgesloten met open vragen waarin participanten hun overwegingen en meningen konden toelichten.

De artsenvragenlijst omvatte demografische en praktijkgerelateerde kenmerken, evenals vragen over ervaring met en frequentie van esthetische behandelingen. Daarnaast werden percepties van bevoegdheid en bekwaamheid, ethische overwegingen, de impact op de arts-patiëntrelatie, opleidings- en navormingsbehoeften en financiële aspecten bevraagd. Ook hier werd gebruikgemaakt van open vragen om bijkomende toelichting te verkrijgen bij de antwoorden.

De volledige patiënten- en artsenvragenlijsten zijn opgenomen in respectievelijk Bijlage 2 en 3.

3.4 Ethische overwegingen

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van de Universiteit Gent en het Universitair Ziekenhuis Gent (referentie **THE-2025-0062**, Belgisch Uniek Nummer **B6702025000097**). Op 13 maart 2025 werd een positief advies verleend overeenkomstig de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon (Bijlage 4).

Deelname aan het onderzoek was volledig vrijwillig. Er werden geen rechtstreeks identificerende persoonsgegevens verzameld, met uitzondering van algemene demografische variabelen zoals leeftijd, geslacht, type praktijk en het al dan niet genieten van verhoogde tegemoetkoming.

Geïnformeerde toestemming werd verkregen bij zowel patiënten (schriftelijk) als artsen (digitaal, via een akkoordverklaring voorafgaand aan de vragenlijst).

De gegevens werden anoniem en strikt vertrouwelijk verwerkt en uitsluitend gebruikt voor wetenschappelijke doeleinden in het kader van deze masterproef. Individuele deelnemers waren niet identificeerbaar in de verwerkte data of in de rapportage van de resultaten.

3.5 Kwantitatieve statistiek

De statistische analyses werden uitgevoerd met IBM SPSS Statistics versie 31. Een p-waarde < 0,05 werd als statistisch significant beschouwd.

Beschrijvende statistiek werd gebruikt om de steekproef en variabelen te karakteriseren. Continue variabelen worden gerapporteerd als gemiddelde ± standaarddeviatie en categorische variabelen als frequenties en percentages.

Likert-items met betrekking tot attitudes ten aanzien van esthetische behandelingen door de huisarts werden gegroepeerd in inhoudelijk relevante schalen (o.a. algemene attitude, vertrouwen in de huisarts en attitudes per behandelingstype). Negatief geformuleerde items binnen deze schalen werden omgekeerd gecodeerd volgens de formule (6 – oorspronkelijke score), zodat hogere scores systematisch een positievere attitude weerspiegelden. Deze omcodering werd toegepast ter beperking van acquiescentiebias en om de interpretatie van de schaalscores te uniformiseren.

De interne consistentie van de schalen werd beoordeeld met Cronbach's alpha ($\alpha \geq 0{,}70$ werd als acceptabel beschouwd). Indien de betrouwbaarheid voldoende was, werd een samengestelde schaalscore berekend als het gemiddelde van de afzonderlijke items.

Hoewel samengestelde schaalscores werden berekend, werd wegens het onderliggende ordinale karakter van de Likert-items en de vaak niet-normale verdeling gekozen voor niet-parametrische analysetechnieken in groepsvergelijkingen. Verschillen tussen twee onafhankelijke groepen werden geanalyseerd met de Mann-Whitney U-test. Verschillen tussen de drie behandelingsdomeinen, die bij dezelfde patiënten werden beoordeeld, werden onderzocht met de Friedman-test voor gepaarde metingen. Bij een significant resultaat werden post-hoc Wilcoxon signed-rank tests uitgevoerd met Bonferroni-correctie voor multipele vergelijkingen. Verbanden tussen categorische variabelen werden onderzocht met de Chi-kwadraattoets of, indien nodig, met de Fisher's exact test.

Associaties tussen de samengestelde attitudeschalen werden onderzocht met behulp van de Spearman-rangcorrelatiecoëfficiënt. Om predictoren van de bereidheid tot toekomstige niet-heelkundige esthetische behandeling door de huisarts te identificeren, werd een binaire

logistische regressieanalyse uitgevoerd. Hierbij werd de bereidheid tot behandeling door de huisarts als afhankelijke variabele opgenomen en werden relevante demografische kenmerken, eerdere ervaring met esthetische behandelingen, kennis over het aanbod van niet-heelkundige esthetische behandelingen door huisartsen en de algemene attitudeschaal als onafhankelijke variabelen geïncludeerd. Aangezien de behandelspecifieke attitudeschalen een vergelijkbaar onderliggend construct meten, werd uitsluitend de algemene attitudeschaal opgenomen in het multivariabele regressiemodel om multicollineariteit te vermijden.

Voor de hypothesen met betrekking tot de artsenpopulatie werd een positieve houding ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen geoperationaliseerd aan de hand van drie uitkomstvariabelen: de bereidheid om dergelijke behandelingen in de toekomst aan te bieden, de perceptie dat deze behandelingen binnen het werkterrein van de huisarts passen en het al dan niet hebben van bedenkingen bij het aanbieden ervan. Afhankelijk van de aard van de onafhankelijke variabele werden associaties onderzocht met behulp van de χ^2-test of Fisher's exact test.

De open antwoorden op open vragen werden inductief gegroepeerd in thematische antwoordcategorieën en beschrijvend geanalyseerd. Antwoorden zonder inhoudelijke motivatie (bv. ‘geen mening’) werden hierbij niet opgenomen. Bij numerieke variabelen werd de antwoordcategorie ‘geen mening’ als ontbrekende waarde (system missing) gecodeerd en uitgesloten van de statistische toetsen, aangezien deze geen eenduidige houding of gedragsintentie weerspiegelt.

De beschreven analysemethoden werden toegepast op zowel de patiënten- als artsendata, waar dit inhoudelijk passend was. De vergelijking tussen het patiënten- en artsenperspectief werd uitsluitend descriptief en interpretatief uitgevoerd. Aangezien voor beide doelgroepen verschillende, doelgroepspecifieke vragenlijsten werden ontwikkeld, waren de meetinstrumenten niet volledig vergelijkbaar en werden geen formele statistische vergelijkingen tussen beide populaties uitgevoerd. De vergelijking gebeurde op basis van overeenkomstige thema's, zoals kennis, attitudes, verwachtingen, ervaren bekwaamheid en drempels ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen in de huisartsenpraktijk.

Een gedetailleerd overzicht van de uitgevoerde statistische analyses per variabele en onderzoeksvraag is opgenomen in Bijlage 5, ter bevordering van de transparantie en reproduceerbaarheid van de analyses.

3.6 Kwalitatieve analyse

De open vragen in de vragenlijst werden exploratief geanalyseerd. Ter ondersteuning van de kwantitatieve resultaten werden terugkerende thema’s en representatieve citaten geselecteerd, voornamelijk met betrekking tot factoren die de keuze tussen huisarts en specialist beïnvloeden.

4. RESULTATEN

4.1 Patiënten

4.1.1 Kenmerken van de studiepopulatie

De patiëntengroep bestond uit 88 deelnemers, waarvan 62 vrouwen (70,5%), 26 mannen (29,5%) en 0 personen die zich identificeerden als X (0%). De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedroeg 41,6 ± 14,0 jaar (mediaan 41 jaar; minimum–maximum 18–72). 10,2% (n = 9) van de deelnemers had recht op een verhoogde tegemoetkoming.(Tabel 1)

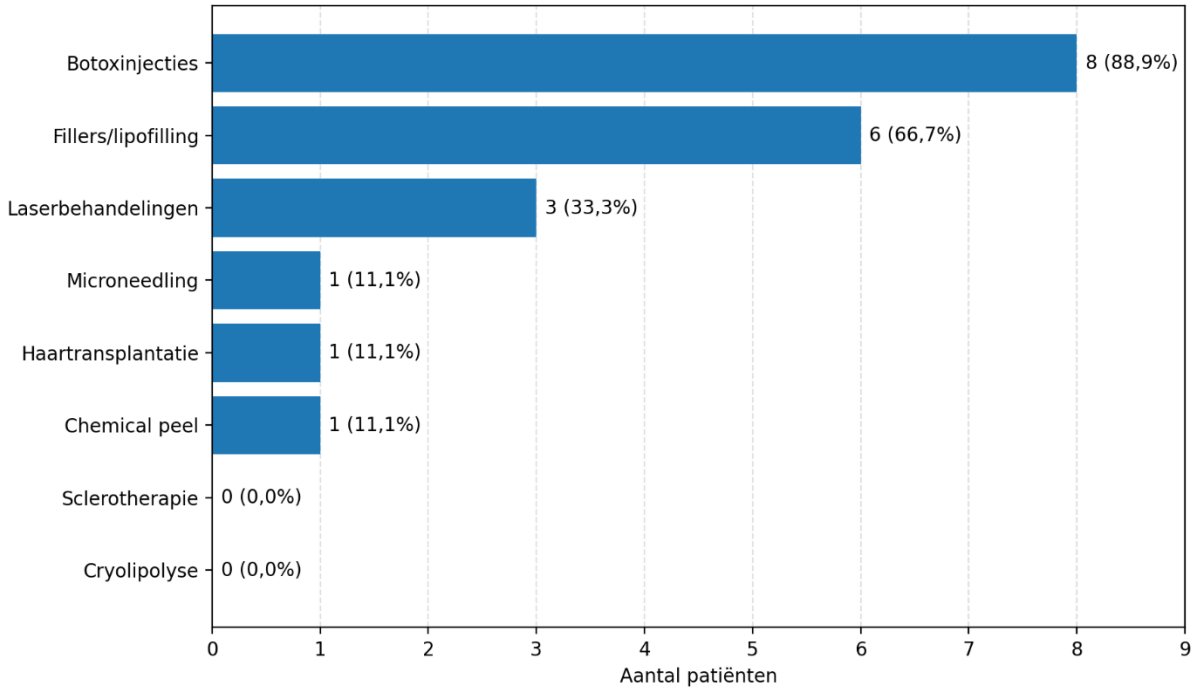
Tabel 1. Kenmerken van de deelnemende patiënten (N = 88)

Kenmerk	**Waarde**
Leeftijd (jaar)	
Gemiddelde ± SD	41,6 ± 14,0
Mediaan (min–max)	41 (18–72)
Geslacht, n (%)	
Man	26 (29,5)
Vrouw	62 (70,5)
Verhoogde tegemoetkoming, n (%)	
Ja	9 (10,2)
Nee	79 (89,8)
Eerdere niet-heelkundige esthetische behandeling bij specialist, n (%)	
Ja	17 (19,3)
Nee	71 (80,7)

4.1.2 Kennis en eerdere ervaring

Van de 88 patiënten gaf 10,2% (n = 9) aan te weten dat bepaalde niet-chirurgische esthetische behandelingen ook door een huisarts kunnen worden uitgevoerd. De overige 89,8% (n = 79) was hiervan niet op de hoogte. Van de negen respondenten die aangaven te weten dat huisartsen niet-heelkundige esthetische behandelingen kunnen uitvoeren, werd botoxinjectie het vaakst genoemd (88,9%). Ook fillers/lipofilling werden relatief frequent vermeld (66,7%). Laserbehandelingen werden door een derde van deze patiënten genoemd (33,3%). Chemical peels, microneedling en haartransplantatie werden elk door één respondent (11,1%) vermeld. Geen enkele deelnemer noemde sclerotherapie of cryolipolyse.(Figuur 1)

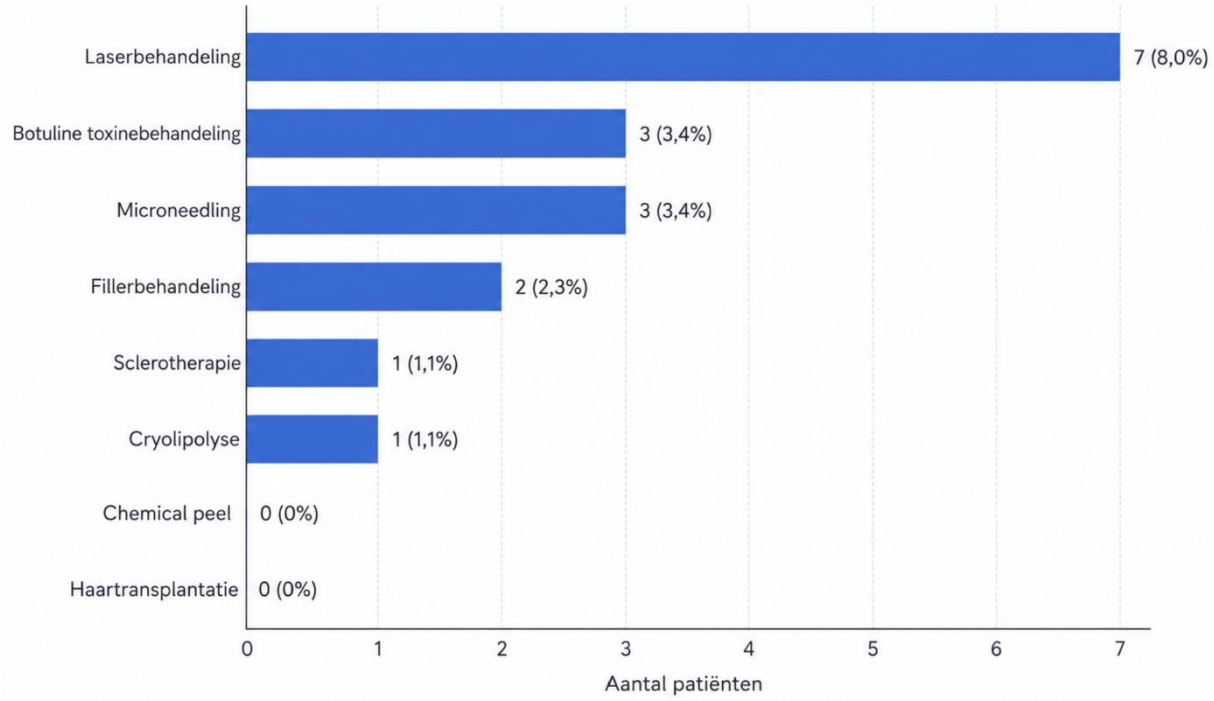
Figuur 1. Kennis over specifieke niet-heelkundige esthetische behandelingen die door de huisarts kunnen worden uitgevoerd



De percentages zijn berekend ten opzichte van de respondenten die aangaven te weten dat huisartsen niet-heelkundige esthetische behandelingen kunnen uitvoeren (n = 9). Meerdere antwoorden waren mogelijk; de percentages tellen daarom niet op tot 100%.

Geen van de 88 deelnemers had ooit een niet-heelkundige esthetische behandeling door een huisarts laten uitvoeren. Bijgevolg konden geen statistische analyses worden uitgevoerd naar het verband tussen eerdere ervaring met esthetische behandelingen door de huisarts en de bereidheid tot toekomstige behandeling door de huisarts. In totaal hadden daarentegen 17 deelnemers (19,3%) eerder minstens één niet-heelkundige esthetische behandeling bij een specialist ondergaan. Van deze behandelingen bleek een laserbehandeling het vaakst te zijn uitgevoerd (n = 7; 8,0%). Daarnaast rapporteerden 3 deelnemers (3,4%) een botuline toxinebehandeling en eveneens 3 deelnemers (3,4%) een microneedling behandeling. Een fillerbehandeling werd door 2 deelnemers (2,3%) vermeld, terwijl sclerotherapie en cryolipolyse elk door 1 deelnemer (1,1%) werden gerapporteerd. Geen enkele deelnemer gaf aan eerder een chemische peeling of haartransplantatie te hebben ondergaan.(Figuur 2)

Figuur 2. Eerder ondergane niet-heelkundige esthetische behandelingen uitgevoerd door een specialist (n = 88)



De percentages werden berekend op het totaal aantal deelnemers (n = 88).

4.1.3 Attitude en bereidheid

Van de patiënten gaf 34,1% (n = 30) aan bereid te zijn zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen voor een niet-heelkundige esthetische ingreep. 38,6% (n = 34) gaf aan hiertoe niet bereid te zijn, terwijl 27,3% (n = 24) geen mening had.

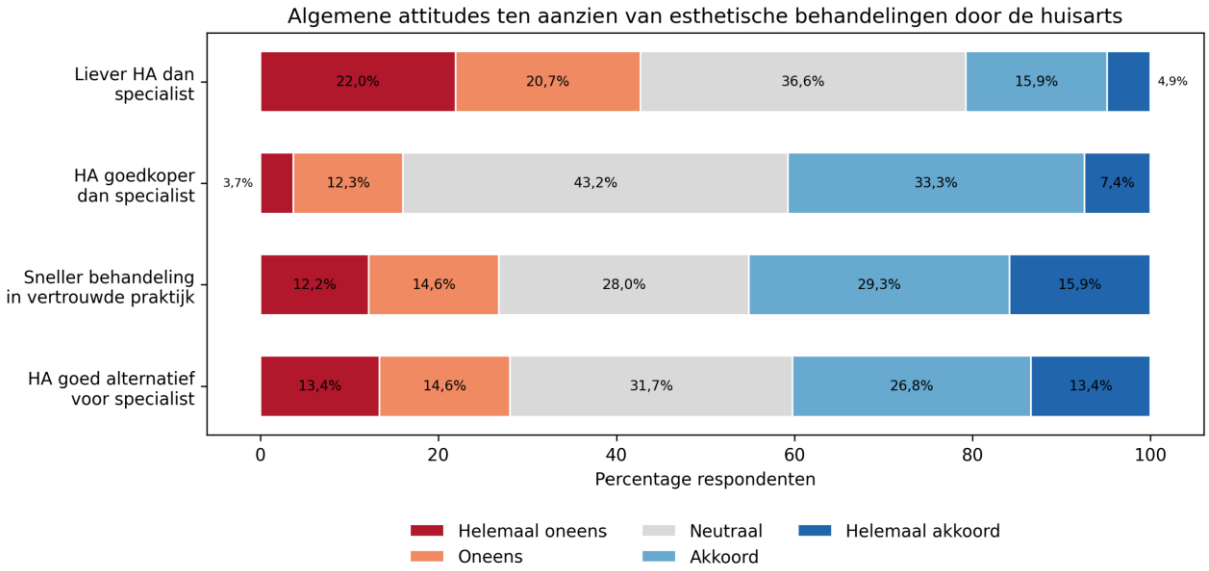
Op de vraag of het steeds gebruikelijker zou moeten worden dat huisartsen esthetische behandelingen uitvoeren, antwoordde 40,9% (n = 36) bevestigend, 56,8% (n = 50) ontkennend en 2,3% (n = 2) had hierover geen mening.

Wat betreft de verwachte resultaten van esthetische behandelingen uitgevoerd door een huisarts ten opzichte van een specialist, gaf 61,4% (n = 54) aan te verwachten dat deze gelijkwaardig zouden zijn, terwijl 33% (n = 29) dit niet verwachtte en 5,7% (n = 5) geen mening had.

De verdeling van de antwoorden op de vier algemene attitudestellingen is weergegeven in Figuur 3. Over het algemeen namen de respondenten een neutrale tot positieve houding aan ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen door de huisarts. De meeste instemming werd gevonden voor de stelling dat men sneller een esthetische behandeling zou ondergaan indien deze in de vertrouwde huisartspraktijk wordt aangeboden (45,2% (helemaal) akkoord). Daarnaast beschouwde 40,2% van de respondenten esthetische behandelingen door de huisarts als een goed alternatief voor de specialist. De stelling dat dergelijke behandelingen goedkoper zouden zijn bij de huisarts werd door 40,7% onderschreven, terwijl 43,2% hierover een neutrale houding aannam. De minste instemming werd gevonden voor de voorkeur voor een huisarts die zich volledig op esthetische

behandelingen richt: slechts 20,8% ging hiermee (helemaal) akkoord, tegenover 42,7% die het (helemaal) oneens was.

Figuur 3. Verdeling van de antwoorden op de vier algemene attitudestellingen



4.1.4 Kwalitatieve bevindingen

Patiënten die aangaven bereid te zijn zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen, verwezen voornamelijk naar het vertrouwen in de huisarts, de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk en de bestaande arts-patiëntrelatie. Daarnaast gaven enkele respondenten aan een behandeling enkel te overwegen indien hiervoor een medische indicatie bestaat.
Patiënten die niet bereid waren zich door de huisarts te laten behandelen, motiveerden dit voornamelijk door een gebrek aan nood of interesse, een voorkeur voor behandeling door een specialist en twijfels over de expertise van de huisarts op het vlak van niet-heelkundige esthetische behandelingen. Daarnaast werd ook de reeds hoge werkbelasting van de huisarts als argument aangehaald.(Tabel 2)

Tabel 2. Thematische analyse van de motiveringen bij bereidheid behandeling door HA

Bereid tot behandeling	**Niet bereid tot behandeling**
Vertrouwen in de huisarts	Geen behoefte of interesse
Toegankelijkheid en snelheid	Voorkeur voor specialist
Vertrouwde arts-patiëntrelatie	Twijfel aan expertise huisarts
Indien medisch geïndiceerd	Werkbelasting huisarts

De antwoorden werden inductief gegroepeerd in thematische categorieën. Meerdere antwoorden konden binnen één thema worden ondergebracht.

Op de open vraag naar de belangrijkste factoren bij de keuze tussen een huisarts en een specialist werden 17 bruikbare antwoorden geformuleerd. Ervaring en deskundigheid van de behandelaar werden het vaakst vermeld, gevolgd door kostprijs, snelheid van de behandeling en kwaliteit van het resultaat. Daarnaast werden ook locatie, reviews, nabehandeling en een goed gevoel of vertrouwen in de behandelaar als relevante factoren genoemd.(Tabel 3)

Tabel 3. Welke factoren zijn voor u het belangrijkst bij de keuze tussen specialist en huisarts?

Thema	**n**
Ervaring/deskundigheid/opleiding	9
Kostprijs	5
Snelheid	4
Kwaliteit van de behandeling	4
Locatie	3
Reviews	2
Nabehandeling	1
Vertrouwen/goed gevoel	1

Op de open vraag over de mening ten aanzien van het uitvoeren van niet-heelkundige esthetische behandelingen door huisartsen werden 66 bruikbare antwoorden geanalyseerd. De meerderheid van de respondenten stond positief of voorwaardelijk positief tegenover het aanbieden van dergelijke behandelingen in de huisartsenpraktijk. De meest genoemde voorwaarden waren voldoende opleiding van de huisarts en het vermijden van een toename van de werkdruk of wachttijden. Daarnaast gaf een kleinere groep aan dat deze behandelingen beter door een specialist worden uitgevoerd of dat zij niet thuishoren binnen de huisartsgeneeskunde. Enkele respondenten gaven aan geen uitgesproken mening te hebben.(Tabel 4)

Tabel 4. Wat vindt u ervan dat huisartsen zich ook bezighouden met schoonheidsbehandelingen?

Thema	**n**
Positieve houding	16
Positief onder voorwaarden (opleiding, geen langere wachttijden, indien gewenst)	18
Werkdruk / wachttijden / andere prioriteiten	15
Voorkeur voor specialist / geen goed idee	8
Geen mening / twijfel	9

4.1.5 Interne consistentie en beschrijvende statistieken van de samengestelde schalen

De interne consistentie van de samengestelde schalen werd beoordeeld aan de hand van Cronbach's alpha. Alle schalen vertoonden een goede tot zeer goede interne consistentie. De Cronbach's alpha bedroeg 0,815 voor de algemene attitudeschaal, 0,887 voor de schaal rond injectietherapie, 0,895 voor de schaal rond huidverbeterende behandelingen en 0,856 voor de schaal rond haartransplantatie. Op basis hiervan werd voor elke schaal een gemiddelde schaalscore berekend.

De gemiddelde schaalscore voor de algemene attitude bedroeg 3,05 (SD = 0,92) op een vijfpuntsschaal. De gemiddelde attitudescore ten aanzien van injectietherapie door de huisarts was 3,42 (SD = 0,78), voor huidverbeterende behandelingen 3,42 (SD = 0,76) en voor haartransplantatie 3,16 (SD = 0,75).(Tabel 5)

Tabel 5. Beschrijvende statistieken van de samengestelde schalen

Schaal	**Gemiddelde**	**SD**	**Minimum**	**Maximum**
Algemene attitude	3,05	0,92	1,00	5,00
Injectietherapie	3,42	0,78	1,29	4,86
Huidverbetering	3,42	0,76	1,57	5,00
Haartransplantatie	3,16	0,75	1,57	4,71

Vergelijking van de samengestelde attitudeschalen

De samengestelde schaalscores werden vergeleken tussen respondenten die wel en niet bereid waren zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen voor een niet-heelkundige esthetische behandeling met behulp van de Mann-Whitney U-test. Patiënten die

bereid waren zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen, hadden een significant positievere algemene attitude ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen door de huisarts dan respondenten die daartoe niet bereid waren (U = 31,5; Z = −6,330; p < 0,001). Daarnaast scoorden zij ook significant hoger op de attitudeschalen voor injectietherapie (U = 133,0; Z = −4,887; p < 0,001), huidverbeterende behandelingen (U = 150,5; Z = −4,642; p < 0,001) en haartransplantatie (U = 234,5; Z = −3,575; p < 0,001).(Tabel 6)

Tabel 6 Vergelijking van de schaalscores tussen respondenten die wel en niet bereid zijn zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen

Schaal	**Mean rank niet bereid**	**Mean rank bereid**	**Mann-Whitney U**	**Z**	***p***	***r***
Algemene attitude	17,95	46,91	31,5	−6,330	<0,001	0,80
Injectietherapie	21,03	43,41	133,0	−4,887	<0,001	0,62
Huidverbetering	21,56	42,81	150,5	−4,642	<0,001	0,59
Haartransplantatie	24,40	40,91	234,5	−3,575	<0,001	0,45

Correlaties tussen de samengestelde schalen

Er werden significante positieve correlaties gevonden tussen alle samengestelde attitudeschalen (p < 0,001). De sterkste correlatie werd vastgesteld tussen de attitudes ten aanzien van injectietherapie en huidverbeterende behandelingen (Spearman's ρ = 0,916), gevolgd door de correlatie tussen huidverbeterende behandelingen en haartransplantatie (ρ = 0,764). De zwakste, maar nog steeds sterke positieve correlatie werd gevonden tussen de algemene attitudeschaal en de schaal voor haartransplantatie (ρ = 0,501).

Om na te gaan of de attitude ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen verschilde naargelang het behandelingsdomein, werd een Friedman-test uitgevoerd op de drie samengestelde attitudeschalen. Er werd een significant verschil gevonden tussen de behandelingsdomeinen ($\chi^2(2) = 11{,}258$; p = 0,004). Post-hoc Wilcoxon signed-rank tests met Bonferroni-correctie toonden geen significant verschil aan tussen de attitudes ten aanzien van injectietherapieën en huidverbeterende/-verjongende behandelingen (Z = −0,008; p = 0,994). De attitude ten aanzien van haartransplantatie was daarentegen significant minder positief dan zowel de attitude ten aanzien van injectietherapieën (Z = −3,884; p < 0,001) als huidverbeterende behandelingen (Z = −4,379; p < 0,001).

De drie items betreffende het vertrouwen in de huisarts werden samengevoegd tot een vertrouwensschaal, die een goede interne consistentie vertoonde (Cronbach's α = 0,873). Tussen deze vertrouwensschaal en de algemene attitudeschaal werd een significante positieve correlatie vastgesteld (Spearman's ρ = 0,616; p < 0,001; n = 82). Een hogere mate van

vertrouwen in de huisarts ging gepaard met een positievere algemene attitude ten aanzien van esthetische behandelingen door de huisarts.

Daarnaast werden de drie items betreffende de gepercipieerde bekwaamheid van de huisarts samengevoegd tot een competentieschaal, die een goede interne consistentie vertoonde (Cronbach's $\alpha = 0{,}888$). Tussen de competentieschaal en de algemene attitudeschaal werd een significante positieve correlatie vastgesteld (Spearman's $\rho = 0{,}583$; $p < 0{,}001$; $n = 82$). Een hogere gepercipieerde bekwaamheid van de huisarts ging gepaard met een positievere algemene attitude ten aanzien van esthetische behandelingen door de huisarts.

4.1.6 Factoren geassocieerd met bereidheid

Er werd geen statistisch significant verband gevonden tussen geslacht en de bereidheid om zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen ($\chi^2(1) = 0{,}641$; $p = 0{,}423$). Ook de bereidheid verschilde niet significant tussen deelnemers jonger dan 45 jaar en deelnemers van 45 jaar of ouder ($\chi^2(1) = 3{,}052$; $p = 0{,}081$). Evenmin werd een statistisch significant verband vastgesteld tussen een verhoogde tegemoetkoming en de bereidheid tot toekomstige behandeling door de huisarts (Fisher's exact test, $p = 0{,}233$). Ook eerdere ervaring met een niet-heelkundige esthetische behandeling bij een specialist was niet significant geassocieerd met deze bereidheid (Fisher's exact test, $p = 0{,}458$).

Daarnaast werd onderzocht of kennis over het feit dat huisartsen niet-heelkundige esthetische behandelingen kunnen uitvoeren samenhing met de bereidheid tot toekomstige behandeling door de huisarts. Er werd geen statistisch significant verband gevonden (Fisher's exact test, $p = 1{,}000$). Het aandeel deelnemers dat reeds op de hoogte was van dit aanbod bedroeg 13,3% bij de respondenten die bereid waren zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen, tegenover 11,8% bij de respondenten die daartoe niet bereid waren.

Predictoren van bereidheid tot behandeling

Om onafhankelijke predictoren van de bereidheid tot toekomstige behandeling door de huisarts te identificeren, werd een binaire logistische regressieanalyse uitgevoerd. Het regressiemodel was statistisch significant ($\chi^2(6) = 65{,}188$; $p < 0{,}001$) en verklaarde een groot deel van de variantie in de bereidheid tot behandeling (Nagelkerke $R^2 = 0{,}869$). Het model classificeerde 96,8% van de respondenten correct.

Na correctie voor leeftijd, geslacht, verhoogde tegemoetkoming, eerdere ervaring met een esthetische behandeling bij een specialist en kennis over het aanbod van niet-heelkundige esthetische behandelingen door huisartsen, bleef uitsluitend de algemene attitudeschaal een significante voorspeller van de bereidheid tot toekomstige behandeling door de huisarts (OR = 535,69; 95%-BI 9,89–29031,08; $p = 0{,}002$). Geen van de overige variabelen was statistisch significant geassocieerd met de bereidheid tot toekomstige behandeling door de huisarts.

4.1.7 Invloed van sociodemografische kenmerken

Er werden geen significante verschillen gevonden in de algemene attitudeschaal ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen door de huisarts tussen mannen en vrouwen (Mann–Whitney U = 625,0; Z = −0,726; p = 0,468) of tussen respondenten met en zonder verhoogde tegemoetkoming (Mann–Whitney U = 189,0; Z = −1,224; p = 0,221). Evenmin werden significante verschillen vastgesteld in de attitudes ten aanzien van injectietherapieën uitgevoerd door de huisarts (Mann–Whitney U = 597,0; Z = −1,118; p = 0,264) en huidverbeterende behandelingen uitgevoerd door de huisarts (Mann–Whitney U = 650,5; Z = −0,580; p = 0,562) tussen mannen en vrouwen.

Er werd geen significant verschil gevonden in de mate van akkoord met de stelling *"Ik denk dat esthetische behandelingen door de huisarts goedkoper zouden zijn dan bij een specialist"* tussen patiënten met en zonder verhoogde tegemoetkoming (Mann–Whitney U = 219,5; Z = −0,708; p = 0,479). Respondenten met een verhoogde tegemoetkoming hadden een hogere gemiddelde rangscore dan respondenten zonder verhoogde tegemoetkoming (46,64 versus 40,47), maar dit verschil was niet statistisch significant.

4.1.8 Invloed van eerdere ervaring

Er werd geen significante associatie gevonden tussen geslacht en eerdere ervaring met een niet-heelkundige esthetische behandeling bij een specialist (Fisher's exact test, p = 0,100).

Er werd geen significant verschil gevonden in het vertrouwen in de huisarts voor het uitvoeren van injectietherapieën tussen respondenten met en zonder eerdere ervaring met een niet-heelkundige esthetische behandeling bij een specialist (Mann–Whitney U = 333,5; Z = −0,814; p = 0,416). Evenmin werd een significant verschil vastgesteld in de mate waarin patiënten aangaven schrik te hebben dat er bij de huisarts sneller iets mis zou kunnen gaan dan bij een specialist (Mann–Whitney U = 315,5; Z = −1,055; p = 0,291).

4.2 Artsen

4.2.1 Kenmerken van de studiepopulatie

In totaal namen 70 artsen deel aan de studie. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedroeg 44,8 ± 11,9 jaar en zij waren gemiddeld 16,5 ± 11,4 jaar actief als arts. Van de artsen was 55,7% vrouw en 44,3% man. De grootste groep was werkzaam in een groepspraktijk (25,7%), gevolgd door een solopraktijk (22,9%), een duopraktijk (21,4%), een netwerkpraktijk (18,6%) en een wijkgezondheidscentrum (11,4%). De meerderheid van de respondenten was huisarts (68,6%), terwijl 20,0% basisarts en 11,4% huisarts-in-opleiding (HAIO) was. Elf artsen (15,7%) beschikten over een titel als esthetisch arts.(Tabel 7) Alle artsen met een titel als esthetisch arts waren huisarts (11/48; 22,9%). Er werden geen basisartsen of HAIO's met een titel als esthetisch arts geïdentificeerd.

Tabel 7. Kenmerken van de deelnemende artsen (N = 70)

Kenmerk	**Waarde**
Leeftijd (jaar), gemiddelde ± SD	44,8 ± 11,9
Jaren actief als arts, gemiddelde ± SD	16,5 ± 11,4
Geslacht, n (%)	
Man	31 (44,3)
Vrouw	39 (55,7)
Type praktijk, n (%)	
Solopraktijk	16 (22,9)
Duopraktijk	15 (21,4)
Groepspraktijk	18 (25,7)
Netwerkpraktijk	13 (18,6)
Wijkgezondheidscentrum	8 (11,4)
Professionele titel, n (%)	
Basisarts	14 (20,0)
Huisarts	48 (68,6)
HAIO	8 (11,4)
Erkend esthetisch arts, n (%)	11 (15,7)

4.2.2 Ervaring en houding ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen

Hoewel 62,9% zich bevoegd achtte en 47,1% zich bekwaam voelde om niet-heelkundige esthetische behandelingen uit te voeren, bood slechts 8,6% deze behandelingen op het moment van de bevraging effectief aan. 54,3% van de artsen rapporteerde een actieve vraag van patiënten naar niet-heelkundige esthetische behandelingen in de praktijk. Twee derde van de respondenten (67,1%) gaf aan dergelijke behandelingen in de toekomst te overwegen.(Tabel 8)

Tabel 8. Ervaring en houding ten opzichte van niet-heelkundige esthetische behandelingen (N = 70)

Kenmerk	**n (%)**
Titel esthetisch arts (ja)	11 (15,7)
Voelt zich bevoegd (ja)	44 (62,9)
Voelt zich bekwaam (ja)	33 (47,1)
Voert momenteel behandelingen uit (ja)	6 (8,6)
Actieve vraag van patiënten (ja)	38 (54,3)
Overweegt behandelingen in de toekomst (ja)	47 (67,1)

Van de zes artsen die niet-heelkundige esthetische behandelingen aanbieden, gaven vijf aan zich bekwaam te voelen om deze behandelingen uit te voeren, terwijl één arts zich niet bekwaam achtte. Deze arts gaf aan zich niet bekwaam te voelen wegens een beperkte patiëntenvraag en het ontbreken van een bijkomende opleiding. Onder de artsen die geen behandelingen aanboden, was het aantal respondenten dat zich bekwaam voelde gelijk aan het aantal dat zich niet bekwaam voelde (beiden n = 32).

Om meer inzicht te verkrijgen in de redenen waarom artsen zich al dan niet bevoegd of bekwaam achtten om niet-heelkundige esthetische behandelingen uit te voeren, werden de open antwoorden thematisch geanalyseerd. Artsen die zich bevoegd achtten, schreven dit voornamelijk toe aan het feit dat zij na het volgen van een bijkomende opleiding bevoegd waren om dergelijke behandelingen uit te voeren (n = 13). Daarnaast verwezen zij naar de overtuiging dat zij als arts dergelijke behandelingen mogen uitvoeren (n = 10), dat de medische opleiding volstaat (n = 8), de aanwezigheid van voldoende medische kennis (n = 7) en het feit dat de wet dit toelaat (n = 6). Artsen die zich niet bevoegd achtten, verwezen voornamelijk naar het feit dat zij hiervoor niet waren opgeleid (n = 8). Daarnaast werden het ontbreken van een specifieke opleiding (n = 6), onvoldoende ervaring (n = 6) en de overtuiging dat een specialisatie vereist is (n = 6) als redenen aangehaald.
Artsen die zich bekwaam voelden, schreven dit voornamelijk toe aan regelmatige bijscholing

(n = 15), gevolgd door voldoende praktijkervaring (n = 9) en het volgen van een navorming (n = 9). Artsen die zich niet bekwaam voelden, verwezen voornamelijk naar een beperkte patiëntenvraag (n = 12), onvoldoende praktijkervaring (n = 10), het ontbreken van een adequate opleiding (n = 9) en het gevoel onvoldoende getraind te zijn (n = 6).(Tabel 9)

Tabel 9. Thematische analyse van de redenen waarom artsen zich al dan niet bevoegd en bekwaam achten om niet-heelkundige esthetische behandelingen uit te voeren

Bevoegd (n = 44)	**n**	**Niet bevoegd (n = 26)**	**n**	**Bekwaam (n = 33)**	**n**	**Niet bekwaam (n = 37)**	**n**
Na bijkomende opleiding bevoegd	13	Niet opgeleid hiervoor	8	Regelmatig bijgeschoold	15	Weinig patiënten die dit vragen	12
Als arts mag ik dit uitvoeren	10	Geen specifieke opleiding gevolgd	6	Voldoende praktijkervaring opgebouwd	9	Te weinig praktijkervaring	10
Medische opleiding volstaat	8	Onvoldoende ervaring	6	Navorming gevolgd	9	Opleiding ontbreekt	9
Voldoende medische kennis aanwezig	7	Vereist specialisatie	6			Niet voldoende getraind	6
Wet laat dit toe	6						

Meerdere antwoorden per deelnemer waren mogelijk.

Om meer inzicht te verkrijgen in de redenen waarom artsen al dan niet van plan waren om in de toekomst niet-heelkundige esthetische behandelingen aan te bieden, werden ook deze aangegeven redenen thematisch geanalyseerd. Artsen die aangaven dergelijke behandelingen in de toekomst te willen aanbieden, verwezen voornamelijk naar het volgen van een bijkomende bijscholing (n = 17), gevolgd door het willen uitbreiden van het aanbod (n = 11), het aanbieden indien er voldoende patiëntenvraag is (n = 10) en het aanbieden wanneer de regelgeving duidelijker is (n = 9). Artsen die aangaven dergelijke behandelingen niet te willen aanbieden, verwezen voornamelijk naar een voorkeur om patiënten door te verwijzen (n = 7), gevolgd door een gebrek aan interesse (n = 6), de overtuiging dat esthetische behandelingen niet tot hun specialiteit behoren (n = 5) en tijdsgebrek (n = 5).(Tabel 10)

Tabel 10. Thematische analyse van de redenen waarom artsen in de toekomst al dan niet niet-heelkundige esthetische behandelingen zouden aanbieden

Redenen om behandelingen aan te bieden	**n**	**Redenen om behandelingen niet aan te bieden**	**n**
Na bijkomende bijscholing	17	Liever doorverwijzen	7
Uitbreiding van het zorgaanbod	11	Geen interesse	6
Bij voldoende patiëntenvraag	10	Niet mijn specialiteit	5
Wanneer de regelgeving duidelijker is	9	Tijdsgebrek	5

Meerdere antwoorden per deelnemer waren mogelijk.

Van de zes artsen die niet-heelkundige esthetische behandelingen aanboden, werden fillers en sclerotherapie het vaakst uitgevoerd (beide n = 5), gevolgd door botulinetoxine-injecties (n = 4). Chemical peels, microneedling en haartransplantaties werden elk door drie artsen uitgevoerd, terwijl lipofilling en laserbehandelingen door twee artsen werden aangeboden. Cryolipolyse werd door één arts uitgevoerd.(Tabel 11)

Tabel 11. Niet-heelkundige esthetische behandelingen die door de deelnemende artsen worden uitgevoerd

Behandeling	**n**
Fillers	5
Sclerotherapie	5
Botox	4
Chemical peels	3
Microneedling	3
Haartransplantatie	3
Lipofilling	2
Laserbehandelingen	2
Cryolipolyse	1

Eveneens van de zes artsen die niet-heelkundige esthetische behandelingen aanboden, vertegenwoordigde esthetische geneeskunde een mediaan van 10% van de totale praktijkactiviteiten (minimum–maximum: 5–40%). Het resterende aandeel van de praktijk bestond uit reguliere huisartsgeneeskunde, met een mediaan van 90% (minimum–maximum: 60–95%).

De belangrijkste redenen om geen niet-heelkundige esthetische behandelingen aan te bieden zijn weergegeven in Tabel 12. Meerdere antwoorden waren mogelijk. De meest frequent aangehaalde reden was dat dergelijke behandelingen niet direct medisch noodzakelijk worden geacht (70,3%), gevolgd door onvoldoende ervaring (67,2%) en een gebrek aan patiëntenvraag (62,5%). Daarnaast gaf 59,4% van de respondenten aan zich onvoldoende bekwaam te voelen, terwijl 56,3% schrik had voor commentaar van collega's. Tijdsgebrek werd door de helft van de respondenten (50,0%) vermeld. Onder de categorie 'andere redenen' werden het ontbreken van terugbetaling door de verzekering (n = 21) en het ontbreken van een geschikte ruimte (n = 15) genoemd.

Tabel 12. Redenen om geen niet-heelkundige esthetische behandelingen aan te bieden (n = 64)

Reden*	**n (%)**
Niet direct medisch noodzakelijk	45 (70,3)
Onvoldoende ervaring	43 (67,2)
Geen vraag vanuit het patiëntenbestand	40 (62,5)
Onvoldoende bekwaam voelen	38 (59,4)
Schrik voor commentaar van collega's	36 (56,3)
Tijdsgebrek	32 (50,0)
Andere redenen†	36 (56,3)

* Meerdere antwoorden waren mogelijk; percentages tellen daarom niet op tot 100%.

† Onder de categorie "andere redenen" werden onder meer het ontbreken van terugbetaling door de verzekering (n = 21) en het ontbreken van een geschikte ruimte (n = 15) vermeld.

Van de zes artsen die dergelijke behandelingen aanboden, werd persoonlijke interesse het vaakst genoemd (83,3%). Daarnaast gaf de helft van de participanten (50,0%) aan dat de verwachtingen van patiënten een rol speelden. Een goede verloning werd door 33,3% van de respondenten vermeld. Onder de categorie andere redenen werden onder meer het volgen van een navorming (n = 3) en het feit dat een collega deze behandelingen eveneens aanbiedt (n = 2) gerapporteerd.(Tabel 13)

Tabel 13. Redenen om niet-heelkundige esthetische behandelingen aan te bieden (n = 6)

Reden*	**n (%)**
Persoonlijke interesse	5 (83,3)
Verwachtingen van patiënten	3 (50,0)
Goede verloning	2 (33,3)
Andere redenen†	5 (83,3)

* Meerdere antwoorden waren mogelijk; percentages tellen daarom niet op tot 100%.

† Onder de categorie "andere redenen" werden onder meer het volgen van een navorming (n = 3) en het feit dat een collega deze behandelingen eveneens aanbiedt (n = 2) vermeld.

4.2.3 Percepties over de plaats van esthetische geneeskunde binnen de huisartsenpraktijk

Er werd ook nagegaan of artsen principiële of praktische bedenkingen hebben bij het aanbieden van niet-heelkundige esthetische behandelingen in de huisartsenpraktijk. Zij die

aangaven bedenkingen te hebben, verwezen het vaakst naar de verwachting dat patiënten te veel zouden verwachten (n = 10). Daarnaast werden tijdsdruk in de praktijk (n = 9), de ethische grens tussen cosmetische en medische zorg (n = 8), het risico op vermenging met de reguliere zorg (n = 8) en mogelijke reputatieschade (n = 7) als voornaamste bezorgdheden aangehaald.(Tabel 14)

Tabel 14. bedenkingen bij het aanbieden van niet-heelkundige esthetische behandelingen in de huisartsenpraktijk

Reden	**n**
Patiënt verwacht te veel	10
Tijdsdruk in de praktijk	9
Ethische grens tussen cosmetische en medische zorg	8
Risico op vermenging met de reguliere zorg	8
Mogelijke reputatieschade	7

Los van de vraag of artsen bereid zijn dergelijke behandelingen aan te bieden, werd ook onderzocht of zij vinden dat niet-heelkundige esthetische behandelingen überhaupt binnen het werkterrein van de huisarts thuishoren. Een meerderheid van de respondenten (68,9%) beantwoordde deze vraag bevestigend. Negen respondenten (12,9%) gaven geen antwoord op deze vraag.(Tabel 15)

Tabel 15. Plaats binnen het werkterrein van de huisarts

Antwoord	**n (%)**
Past binnen werkterrein	42 (68,9)
Past niet binnen werkterrein	19 (31,1)

Artsen die van mening waren dat niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen het werkterrein van de huisarts passen, verwezen voornamelijk naar de plaats ervan binnen de preventieve geneeskunde (n = 12). Daarnaast werden de continuïteit van zorg (n = 10), het vertrouwen dat patiënten in hun huisarts stellen (n = 10) en de grotere toegankelijkheid van de huisarts ten opzichte van een specialist (n = 10) als redenen aangehaald. Artsen die van mening waren dat dergelijke behandelingen niet binnen het werkterrein van de huisarts passen, verwezen voornamelijk naar de overtuiging dat deze thuishoren bij de dermatoloog of plastisch chirurg (n = 8). Daarnaast werden het feit dat esthetische behandelingen niet tot de

kerntaak van de huisarts behoren (n = 6), het risico op banalisering (n = 3) en de bestaande werkdruk binnen de huisartsgeneeskunde (n = 2) als redenen vermeld.(Tabel 16)

Tabel 16. Redenen waarom artsen van mening zijn dat niet-heelkundige esthetische behandelingen al dan niet binnen het werkterrein van de huisarts passen

Redenen waarom de behandelingen binnen het werkterrein passen	**n**	**Redenen waarom de behandelingen niet binnen het werkterrein passen**	**n**
Past binnen de preventieve geneeskunde	12	Hoort thuis bij de dermatoloog of plastisch chirurg	8
Goed voor de continuïteit van zorg	10	Behoort niet tot de kerntaak van de huisarts	6
Patiënten vertrouwen hun huisarts	10	Gevaar voor banalisering	3
Toegankelijker dan een specialist	10	Werkdruk laat dit niet toe	2

Meerdere antwoorden per respondent waren mogelijk.

De verwachte reactie van patiënten op het aanbieden van niet-heelkundige esthetische behandelingen in de huisartsenpraktijk was uiteenlopend. De grootste groep respondenten verwachtte dat patiënten verrast maar geïnteresseerd zouden reageren (30,0%). Daarnaast verwachtte 24,3% een negatieve reactie waarbij patiënten eerder een specialist zouden verkiezen. Respectievelijk 17,1% en 15,7% verwachtte een enthousiaste reactie of een toegenomen vertrouwen in de huisarts, terwijl 12,9% een gemengde reactie met twijfels over de bekwaamheid verwachtte.(Tabel 17)

Ook de verwachte invloed op de vertrouwensrelatie met de patiënt vertoonde een gevarieerd beeld. Een kwart van de participanten (25,7%) verwachtte dat het aanbieden van niet-heelkundige esthetische behandelingen wantrouwen zou kunnen opwekken. Daartegenover stond 20,0% die meende dat dit een positief effect kon hebben mits voldoende transparantie, en 18,6% die verwachtte dat de vertrouwensrelatie zelfs zou versterken. Eveneens 18,6% gaf aan dat dit afhankelijk zou zijn van het behaalde behandelingsresultaat, terwijl 17,1% geen invloed verwachtte.(Tabel 17)

Tabel 17. Verwachte reactie van patiënten en verwachte invloed op de vertrouwensrelatie volgens artsen

Verwachte reactie van patiënten	**n (%)**	**Verwachte invloed op de vertrouwensrelatie**	**n (%)**
Verrast maar geïnteresseerd	21 (30,0)	Kan wantrouwen wekken	18 (25,7)
Negatief, verkiest specialist	17 (24,3)	Positief mits transparantie	14 (20,0)
Enthousiast	12 (17,1)	Afhankelijk van het resultaat	13 (18,6)
Positief, meer vertrouwen	11 (15,7)	Versterkt de vertrouwensband	13 (18,6)
Gemengd, twijfels over bekwaamheid	9 (12,9)	Neutraal effect	12 (17,1)

Percentages zijn berekend ten opzichte van alle deelnemende artsen (N = 70).

4.2.4 Opleiding en regelgeving

45,7% van de artsen had reeds een vorm van bijscholing op het gebied van niet-heelkundige esthetische behandelingen gevolgd. Van de respondenten die hierover een mening formuleerden, was 94,9% voorstander van een erkende navorming. Elf respondenten gaven aan hierover geen mening te hebben. Daarnaast achtte 85,3% duidelijke richtlijnen of regelgeving voor huisartsen met betrekking tot niet-heelkundige esthetische behandelingen wenselijk.(Tabel 18)

Tabel 18. Opleidingsachtergrond en opvattingen over opleiding en regelgeving

Variabele	**n (%)**
Volgde reeds bijscholing (ja)	32 (45,7)
Voorstander van erkende navorming*	56 (94,9)
Duidelijke richtlijnen gewenst†	58 (85,3)

*Percentage berekend op basis van **59** respondenten; **11** respondenten gaven aan hierover geen mening te hebben.
†Percentage berekend op basis van **68** respondenten; **2** respondenten beantwoordden deze vraag niet.

Van de 32 artsen die aangaven een bijkomende opleiding te hebben gevolgd, had 37,5% een workshop sclerotherapie gevolgd (n = 12), 28,1% een congres esthetische dermatologie (n = 9), 18,8% een online navorming esthetische geneeskunde (n = 6) en 15,6% een cursus botox en fillers (n = 5).(Tabel 19)

Tabel 19. Gevolgde bijkomende opleidingen in niet-heelkundige esthetische geneeskunde (n = 32)

Bijscholing	**n**	**% van bijgeschoolden (n = 32)**
Workshop sclerotherapie	12	37,5%
Congres esthetische dermatologie	9	28,1%
Online navorming esthetische geneeskunde	6	18,8%
Cursus botox en fillers	5	15,6%

De meningen over de beschikbaarheid en kwaliteit van de huidige opleidingsmogelijkheden waren verdeeld. Ongeveer één vijfde van de respondenten vond het aanbod ruim voldoende, terwijl een vergelijkbaar aandeel het opleidingsaanbod onvoldoende of te beperkt achtte. De kwaliteit van de navormingen werd het vaakst als wisselend beoordeeld.(Tabel 20)

Tabel 20. Perceptie van de beschikbaarheid en kwaliteit van opleidingen en navormingen inzake niet-heelkundige esthetische behandelingen

Beschikbaarheid van opleiding	n (%)	Kwaliteit van navorming	n (%)
Matig	19 (27,1)	Wisselend	20 (28,6)
Ja, ruim voldoende	15 (21,4)	Goed maar duur	15 (21,4)
Neen, te weinig aanbod	13 (18,6)	Redelijk	13 (18,6)
Voldoende als je zoekt	12 (17,1)	Matig	12 (17,1)
Onvoldoende	11 (15,7)	Onvoldoende geaccrediteerd	10 (14,3)

Percentages zijn berekend op basis van de respondenten die deze vraag beantwoordden.

4.2.5 Financiële overwegingen

Met betrekking tot de financiële aspecten gaf 28,6% aan zich bewust te zijn van de hogere tarieven die met esthetische behandelingen gepaard gaan, terwijl 24,3% financieel voordeel wel als een factor beschouwde maar niet als doorslaggevend. Daarnaast vond 25,7% dat financiële winst geen prioriteit vormt en 21,4% beschouwde extra inkomsten als een interessante motivatie.(Tabel 21)

Wat betreft de financiële haalbaarheid verwachtte 34,3% dat het aanbieden van niet-heelkundige esthetische behandelingen haalbaar is wanneer de patiëntenvraag voldoende groot is. Een kwart van de respondenten (25,7%) beschouwde de investeringskost als een belangrijke drempel en 22,9% wees op de onzekerheid die ontstaat door het ontbreken van een duidelijke nomenclatuur. Slechts 17,1% achtte het aanbieden financieel realistisch mits een correcte prijszetting.(Tabel 21)

Tabel 21. Visie van artsen op de rol van financiële overwegingen en de financiële haalbaarheid van niet-heelkundige esthetische behandelingen

Rol van financieel voordeel	n (%)	Financiële haalbaarheid	n (%)
Bewust van hogere tarieven	20 (28,6)	Haalbaar bij voldoende patiëntenvraag	24 (34,3)
Neen, geen prioriteit	18 (25,7)	Investeringskost hoog	18 (25,7)
Zeker een factor, maar niet doorslaggevend	17 (24,3)	Onzeker door ontbreken nomenclatuur	16 (22,9)
Extra inkomsten interessant	15 (21,4)	Realistisch mits correcte prijszetting	12 (17,1)

Percentages zijn berekend op basis van alle deelnemende artsen (N = 70).

4.2.6 Factoren geassocieerd met de bereidheid om behandelingen aan te bieden

Er werden geen significante associaties gevonden tussen de bereidheid van huisartsen om in de toekomst niet-heelkundige esthetische behandelingen aan te bieden en leeftijd (Mann-Whitney U = 501,0; Z = −0,494; p = 0,621), het aantal jaren actief als huisarts (U = 516,5; Z = −0,301; p = 0,764), geslacht ($\chi^2(1) = 0,864$; p = 0,353), praktijktype (Fisher-Freeman-Halton exact test, p = 0,995) of professionele titel (Fisher-Freeman-Halton exact test, p = 1,000).

Er werd een significant verband gevonden tussen het ervaren van een actieve patiëntenvraag naar niet-heelkundige esthetische behandelingen en de bereidheid om deze behandelingen in de toekomst aan te bieden ($\chi^2(1) = 5,318$, $p = 0,021$). Huisartsen die aangaven een actieve patiëntenvraag te ervaren, waren vaker bereid om dergelijke behandelingen in de toekomst aan te bieden dan huisartsen die geen actieve patiëntenvraag rapporteerden (81,3% versus 55,3%).

Er werd geen significant verband gevonden tussen het reeds aanbieden van niet-heelkundige esthetische behandelingen en de bereidheid om deze in de toekomst aan te bieden (Fisher's exact test, p = 1,000). Evenmin werd een significant verband gevonden tussen het aanbieden van behandelingen en de mening dat deze binnen het werkterrein van de huisarts passen (Fisher's exact test, p = 0,313).
Wel bleek een significant verband tussen het reeds aanbieden van niet-heelkundige esthetische behandelingen en het hebben van bedenkingen (p = 0,034). Artsen die reeds behandelingen aanboden, rapporteerden minder vaak bedenkingen dan artsen die deze behandelingen niet aanboden (16,7% versus 64,1%).
Daarnaast werd ook een significant verband gevonden tussen het volgen van een bijkomende opleiding en de bereidheid om niet-heelkundige esthetische behandelingen in de toekomst aan te bieden ($\chi^2(1) = 5,250$; p = 0,022). Artsen die een bijkomende opleiding hadden gevolgd, gaven vaker aan dergelijke behandelingen in de toekomst te willen aanbieden dan artsen zonder bijkomende opleiding.

Er werden geen significante verbanden gevonden tussen het volgen van een bijkomende opleiding en de perceptie dat deze behandelingen binnen het werkterrein van de huisarts passen ($\chi^2(1) = 0,052$, p = 0,820), noch tussen bijkomende opleiding en het hebben van bedenkingen ($\chi^2(1) = 0,154$, p = 0,695). Ook werd geen significant verband vastgesteld tussen het bezitten van een titel als esthetisch arts en de bereidheid om behandelingen in de toekomst aan te bieden (Fisher-Freeman-Halton exact test, p = 1,000).(Tabel 22)

Tabel 22. Verband tussen indicatoren van ervaring en een positieve houding ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen bij huisartsen

Ervaringsindicator	**Houdingsindicator**	**Test**	**p-waarde**
Verleent behandelingen	Toekomstige bereidheid	Fisher's exact	1,000
Verleent behandelingen	Past binnen werkterrein	Fisher's exact	0,313
Verleent behandelingen	Bedenkingen	Fisher's exact	**0,034**
Bijgeschoold	Toekomstige bereidheid	$\chi^2(1)=5,250$	**0,022**
Bijgeschoold	Past binnen werkterrein	$\chi^2(1)=0,052$	0,820
Bijgeschoold	Bedenkingen	$\chi^2(1)=0,154$	0,695
Titel esthetisch arts	Toekomstige bereidheid	Fisher-Freeman-Halton	1,000

Wat betreft de relatie tussen de ervaren bevoegdheid en bekwaamheid van huisartsen en hun houding ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen werd geen statistisch significant verband gevonden tussen het zich bevoegd achten en de bereidheid om in de toekomst niet-heelkundige esthetische behandelingen aan te bieden ($\chi^2(1) = 0,589$; $p = 0,443$). Evenmin werd een verband vastgesteld tussen ervaren bevoegdheid en de mening dat deze behandelingen binnen het werkterrein van de huisarts passen ($\chi^2(1) = 0,071$; $p = 0,789$) of het hebben van bedenkingen bij het aanbieden ervan ($\chi^2(1) = 0,500$; $p = 0,480$). Ook voor ervaren bekwaamheid werden geen significante associaties gevonden. Huisartsen die zich bekwaam voelden verschilden niet van huisartsen die zich niet bekwaam voelden wat betreft hun bereidheid om de behandelingen in de toekomst aan te bieden ($\chi^2(1) = 0,348$; $p = 0,555$), hun mening dat deze behandelingen binnen het werkterrein van de huisarts passen ($\chi^2(1) = 0,838$; $p = 0,360$) of het hebben van bedenkingen bij het aanbieden ervan ($\chi^2(1) = 2,446$; $p = 0,118$).
Ten slotte werd nagegaan of artsen die een bijkomende opleiding hadden gevolgd zich vaker bevoegd of bekwaam voelden. Er werd geen significant verband gevonden tussen bijscholing en ervaren bevoegdheid ($\chi^2(1) = 2,391$; $p = 0,122$), noch tussen bijscholing en ervaren bekwaamheid ($\chi^2(1) = 3,540$; $p = 0,060$), hoewel voor deze laatste analyse een trend richting significantie werd vastgesteld.

Vervolgens werden de associaties tussen verschillende ethische en professionele percepties en de bereidheid om in de toekomst niet-heelkundige esthetische behandelingen aan te bieden onderzocht.
Artsen die aangaven bedenkingen te hebben bij het aanbieden van niet-heelkundige esthetische behandelingen waren significant minder bereid om deze behandelingen in de toekomst aan te bieden dan artsen zonder dergelijke bedenkingen (Fisher's Exact, $p = 0,034$). Er werd daarentegen geen significant verband gevonden tussen de perceptie dat niet-

heelkundige esthetische behandelingen al dan niet binnen het werkterrein van de huisarts passen en de bereidheid om deze behandelingen in de toekomst aan te bieden (Fisher's Exact, $p = 0{,}172$).
Evenmin werd een significant verband vastgesteld tussen de gepercipieerde invloed van deze behandelingen op de arts-patiëntrelatie en de bereidheid om deze behandelingen in de toekomst aan te bieden (Fisher-Freeman-Halton Exact Test, $p = 0{,}898$).

Om na te gaan welke professionele factoren onafhankelijk geassocieerd waren met de bereidheid om in de toekomst niet-heelkundige esthetische behandelingen aan te bieden, werd bijkomend een binaire logistische regressie uitgevoerd met bijscholing en actieve patiëntenvraag als voorspellers. Het regressiemodel was statistisch significant ($\chi^2(2) = 12{,}35$; $p = 0{,}002$) en vertoonde een goede modelpassing (Hosmer-Lemeshow $\chi^2 = 0{,}23$; $p = 0{,}891$). Het model verklaarde 22,5% van de variantie in de bereidheid om behandelingen aan te bieden (Nagelkerke $R^2 = 0{,}225$). Zowel bijscholing als actieve patiëntenvraag bleken onafhankelijke voorspellers van de bereidheid om in de toekomst niet-heelkundige esthetische behandelingen aan te bieden. Artsen die een bijkomende opleiding hadden gevolgd, hadden een 4,29 keer hogere odds om dergelijke behandelingen aan te bieden dan artsen zonder bijkomende opleiding (OR = 4,29; 95% BI: 1,37–13,44; $p = 0{,}012$). Daarnaast hadden artsen die een actieve patiëntenvraag rapporteerden een 4,55 keer hogere odds om in de toekomst niet-heelkundige esthetische behandelingen aan te bieden dan artsen zonder actieve patiëntenvraag (OR = 4,55; 95% BI: 1,39–14,94; $p = 0{,}012$).

5. DISCUSSIE

5.1 Internationale heterogeniteit en implicaties voor de huisartspraktijk

De vastgestelde verschillen in de mate van formalisering tussen de landen doen ook nadenken over de praktische gevolgen van deze verschillen in regelgeving. Wanneer rekening wordt gehouden met de opleidingsstructuren, toezichtmechanismen en transparantievereisten, kunnen de onderzochte landen worden gerangschikt van minder naar meer geformaliseerd: Duitsland, België, Frankrijk en Nederland.(Tabel 23) Deze verschillen weerspiegelen niet alleen juridische keuzes, maar ook verschillen in de manier waarop opleiding, kwaliteit en transparantie binnen de esthetische geneeskunde worden georganiseerd. Een minder geformaliseerd kader kan daarbij leiden tot meer variatie in opleiding en ervaring tussen zorgverleners, met mogelijke gevolgen voor de consistentie en transparantie van de zorg. Tegelijk illustreren de onderzochte landen dat een gedeeld juridisch basisprincipe — het voorbehoud aan artsen — in de praktijk aanzienlijk heterogeen wordt ingevuld, zowel op het vlak van opleiding als van toezicht en herkenbaarheid voor patiënten.

Land	Opleiding	Titel / profiel	Transparantie voor patiënt	Algemene regulatie
Duitsland	✗ niet uniform, voornamelijk ad hoc	✗ geen	✗ laag	◆ minimaal / algemeen
België	✗ niet volledig uitgewerkt	◆ officiële beroepstitel van arts-specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde (wettelijk geregeld, maar implementatie beperkt)	✗ laag	◆ beperkt gestructureerd
Frankrijk	✓ gestructureerde universitaire opleidingen	✗ geen officiële titel	◆ middelmatig	✓ matig gestructureerd
Nederland	✓ formele profielopleiding	✓ KNMG-profiel	✓ hoog	✓ sterk gestructureerd

✓ Aanwezig / hoog / sterk ◆ Middelmatig / beperkt ✗ Afwezig / laag / minimaal

Tabel 23: rangschikking volgens formalisering

In het licht van deze internationale vergelijking rijst de vraag hoe de bevindingen zich verhouden tot de positie van de huisarts binnen de esthetische geneeskunde. Het gegeven dat in geen enkel onderzocht land een expliciete uitsluiting van huisartsen bestaat, maar dat tegelijk enkel in Nederland een formeel herkenbaarheidscriterium aanwezig is, maakt duidelijk dat de rol van de huisarts in dit domein sterk wordt bepaald door de lokale mate van formalisering. In België bestaat een wettelijk erkende beroepstitel voor niet-heelkundige esthetische geneeskunde, maar ontbreekt voorlopig een volledig uitgewerkt en gestructureerd opleidingstraject. Het is daarom niet duidelijk hoe de huisarts zich binnen dit domein juridisch en maatschappelijk positioneert, en of verdere formalisering naar het voorbeeld van Nederland of Frankrijk wenselijk zou zijn.

Voor grensoverschrijdende zorg impliceert deze variatie bovendien dat patiënten die voor esthetische ingrepen naar het buitenland reizen, te maken kunnen krijgen met verschillen in opleidingsniveau, kwaliteitsbewaking en transparantie rond bekwaamheid, wat risico's inhoudt voor de vergelijkbaarheid van zorg en de continuïteit van opvolging na terugkeer in de eigen eerstelijnszorg.

5.2 Patiëntenperspectief

In de patiëntengroep was de algemene houding tegenover niet-heelkundige esthetische behandelingen door de huisarts overwegend neutraal tot matig positief. Hoewel de bekendheid met deze mogelijkheid beperkt was en slechts een minderheid aangaf momenteel de voorkeur te geven aan een behandeling door de huisarts, bleek er wel enig draagvlak te bestaan, vooral wanneer aan voorwaarden zoals voldoende expertise en ervaring van de huisarts wordt voldaan.

Slechts een kleine minderheid van de patiënten wist dat huisartsen niet-heelkundige esthetische behandelingen kunnen uitvoeren. De rol van de huisarts binnen de esthetische geneeskunde lijkt daardoor momenteel weinig bekend bij patiënten. Een mogelijke verklaring is dat dergelijke behandelingen in België voornamelijk worden geassocieerd met dermatologen, plastisch chirurgen en esthetische privéklinieken, waardoor het aanbod binnen de huisartspraktijk minder zichtbaar is. Hoewel in België een erkende bijzondere beroepstitel voor niet-heelkundige esthetische geneeskunde bestaat, ontbreekt voorlopig een volledig uitgewerkt en gestructureerd opleidingstraject[19,21]. Dit kan de herkenbaarheid van deze rol voor patiënten mogelijk beperken.

Naast deskundigheid en ervaring lijkt ook de vertrouwde context van de huisartspraktijk een rol te spelen in de aanvaardbaarheid van dergelijke behandelingen. De stelling dat een behandeling binnen de vertrouwde huisartspraktijk de drempel zou kunnen verlagen, kon op relatief veel instemming rekenen. Ook in de kwalitatieve antwoorden kwamen vertrouwen in de huisarts en de bestaande arts-patiëntrelatie regelmatig naar voren. Patiënten gaven aan dat zij zich comfortabeler zouden voelen bij een arts die zij reeds kennen en die hen al medisch opvolgt. De vertrouwde context en de bestaande arts-patiëntrelatie kunnen voor sommige patiënten dus de drempel tot een dergelijke behandeling verlagen.

Vertrouwen alleen lijkt echter niet voldoende om voor de huisarts als zorgverlener te kiezen. Bij de vraag welke factoren de keuze tussen huisarts en specialist beïnvloeden, werden vooral deskundigheid, ervaring en de kwaliteit van de uitgevoerde behandeling genoemd. Ook de kwantitatieve analyses ondersteunen dit beeld: zowel een groter vertrouwen in de huisarts als een hogere perceptie van diens competentie hingen sterk samen met een positievere algemene attitude tegenover esthetische behandelingen door de huisarts. Een positievere algemene attitude was vervolgens significant geassocieerd met de bereidheid om zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen. Vertrouwen lijkt daarmee een belangrijke basis voor de aanvaarding van esthetische behandelingen binnen de huisartspraktijk, maar moet samengaan met voldoende ervaren deskundigheid en competentie.

Een opvallende bevinding is dat de attitude om een behandeling door de huisarts te overwegen verschilt naargelang het type behandeling. Minder invasieve behandelingen, zoals huidverbeterende procedures en injectables, werden duidelijk positiever beoordeeld dan haartransplantaties. Dit wijst erop dat patiënten niet alle esthetische behandelingen in dezelfde mate geschikt achten voor uitvoering binnen de huisartspraktijk. Patiënten lijken bijgevolg een onderscheid te maken tussen behandelingen die zij als passend binnen de eerstelijnszorg beschouwen en procedures die zij eerder associëren met een gespecialiseerde setting. De aard en complexiteit van de behandeling lijken dus mee te bepalen welke behandelingen patiënten passend vinden binnen de huisartspraktijk.

De hypothese dat eerdere positieve ervaringen met esthetische behandelingen de bereidheid om dergelijke behandelingen door de huisarts te laten uitvoeren zouden verhogen, kon in deze studie niet worden beoordeeld. Geen enkele respondent had immers reeds een niet-heelkundige esthetische behandeling door een huisarts ondergaan. Dit vormt op zichzelf een relevante bevinding en onderstreept dat dergelijke zorg binnen de onderzochte populatie weinig bekend was en dat ervaring met een dergelijke behandeling binnen de huisartspraktijk ontbrak.

Verder werd onderzocht welke patiëntkenmerken samenhangen met de bereidheid om in de toekomst een esthetische behandeling door de huisarts te laten uitvoeren. In tegenstelling tot wat aanvankelijk werd verondersteld, werden geen significante verschillen gevonden volgens leeftijd, geslacht of verhoogde tegemoetkoming. Ook de hypothese dat patiënten die weten dat huisartsen dergelijke behandelingen kunnen uitvoeren vaker bereid zouden zijn zich door de huisarts te laten behandelen, kon niet worden bevestigd. Hoewel descriptief een groter aandeel bereidheid werd gezien bij respondenten met voorkennis, bereikte dit verschil geen statistische significantie. Mogelijk is dit het gevolg van de beperkte steekproefgrootte en het kleine aantal respondenten dat daadwerkelijk op de hoogte was van deze mogelijkheid.

De algemene attitude tegenover esthetische behandelingen door de huisarts bleek duidelijk samen te hangen met de bereidheid om zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen. Patiënten met een positievere houding bleken significant vaker bereid een dergelijke behandeling te overwegen. Deze bevinding onderstreept het belang van de algemene attitude tegenover de rol van de huisarts bij deze bereidheid. Vertrouwen in de deskundigheid van de huisarts en de algemene attitude tegenover esthetische behandelingen door de huisarts waren hierbij relevante aspecten, terwijl leeftijd, geslacht en socio-economische kenmerken niet significant geassocieerd waren met de bereidheid.

Binnen deze patiëntengroep lijkt er dus een zekere openheid te bestaan voor niet-heelkundige esthetische behandelingen door de huisarts, maar die openheid gaat gepaard met duidelijke verwachtingen rond deskundigheid en ervaring. De beperkte bekendheid met het aanbod en het belang dat patiënten hechten aan vertrouwen en competentie suggereren dat transparante informatie over de opleiding en ervaring van de huisarts relevant kan zijn wanneer dergelijke behandelingen binnen de huisartspraktijk worden aangeboden.

5.3 Artsenperspectief

De bevraagde artsen stonden over het algemeen positief tegenover het aanbieden van niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de huisartspraktijk. Tegelijkertijd was er een verschil tussen hun bereidheid om dergelijke behandelingen in de toekomst aan te bieden en de huidige praktijkvoering. Hoewel een meerderheid aangaf dergelijke behandelingen in de toekomst te overwegen, voerde slechts een beperkte minderheid ze op het moment van de bevraging daadwerkelijk uit.

Opvallend was het verschil tussen de ervaren bevoegdheid en de ervaren bekwaamheid van de artsen. Een groot deel van de huisartsen achtte zich bevoegd om niet-heelkundige esthetische behandelingen uit te voeren, terwijl een kleiner aandeel zich hiervoor ook voldoende bekwaam achtte. Dit verschil laat zien dat wettelijke bevoegdheid niet noodzakelijk samengaat met het gevoel over voldoende competentie te beschikken.

Dit kwam ook naar voren in de kwalitatieve antwoorden. Een gebrek aan opleiding en praktische ervaring werd regelmatig genoemd als reden om dergelijke behandelingen niet aan te bieden. Verschillende artsen gaven aan zich hiervoor onvoldoende geschoold te voelen of eerst bijkomende opleiding te willen volgen. In de kwantitatieve analyses werd echter geen significante associatie gevonden tussen de ervaren bekwaamheid en de bereidheid om dergelijke behandelingen in de toekomst aan te bieden. De subjectieve inschatting van de eigen bekwaamheid lijkt dus niet op zichzelf bepalend te zijn voor de intentie om esthetische behandelingen in de praktijk te integreren.

Naast opleiding en ervaring kwamen ook verschillende organisatorische en praktische drempels naar voren. Verschillende huisartsen verwezen naar tijdsgebrek, de bestaande werkbelasting en de beperkte prioriteit van esthetische zorg binnen de huidige huisartspraktijk. Daarnaast werden vragen gesteld over regelgeving, aansprakelijkheid en de plaats van esthetische geneeskunde binnen het takenpakket van de huisarts. Ook ethische aspecten, zoals de afbakening tussen medische en cosmetische zorg en de mogelijke impact op de arts-patiëntrelatie, werden genoemd. De beslissing om dergelijke behandelingen aan te bieden lijkt daarmee niet alleen af te hangen van persoonlijke interesse, maar ook van de beschikbare tijd, werkbelasting en de plaats die esthetische zorg binnen de huisartspraktijk inneemt.

Ondanks deze drempels gaf ongeveer twee derde van de artsen aan dergelijke behandelingen in de toekomst te overwegen. Uit de logistische regressie bleek dat vooral een ervaren patiëntenvraag en het volgen van een bijkomende opleiding onafhankelijk geassocieerd waren met deze bereidheid. Het reeds uitvoeren van niet-heelkundige esthetische behandelingen en het bezitten van een titel als esthetisch arts waren daarentegen niet significant geassocieerd met de bereidheid om deze behandelingen in de toekomst aan te bieden. Ook de ervaren bevoegdheid en bekwaamheid bleken geen onafhankelijke voorspellers.

Evenmin werden significante associaties gevonden voor leeftijd, geslacht, praktijkvorm of professionele titel. Binnen deze steekproef lijken de bereidheid en intentie om esthetische

behandelingen aan te bieden dus vooral samen te hangen met de ervaren patiëntenvraag en de mogelijkheid om bijkomende opleiding te volgen, eerder dan met persoonlijke of praktijkgebonden kenmerken.

Binnen de onderzochte groep bestaat daarmee belangstelling voor het aanbieden van niet-heelkundige esthetische behandelingen, maar blijft de praktische implementatie beperkt. Opleiding en praktische ervaring vormen belangrijke aandachtspunten, naast organisatorische factoren en onzekerheid over de plaats van esthetische geneeskunde binnen de huisartspraktijk. Tegelijk lijken een voldoende patiëntenvraag en de mogelijkheid tot bijkomende opleiding de bereidheid om dergelijke behandelingen aan te bieden te ondersteunen.

5.4 Vergelijking tussen patiënten- en artsenperspectief

Een belangrijke meerwaarde van deze studie is dat zowel het perspectief van patiënten als dat van huisartsen werd onderzocht. Hoewel beide groepen overwegend een neutrale tot positieve houding aannemen ten opzichte van niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de huisartspraktijk, leggen zij verschillende accenten bij de factoren die bepalend zijn voor de aanvaardbaarheid en implementatie van deze zorg.

Vanuit patiëntperspectief blijken vertrouwen in de huisarts, de bestaande arts-patiëntrelatie en de toegankelijkheid van de huisartspraktijk belangrijke voordelen van een behandeling door de huisarts. Tegelijkertijd gaven patiënten aan dat deskundigheid en ervaring essentiële voorwaarden zijn om voor de huisarts als zorgverlener te kiezen. Een positieve vertrouwensrelatie alleen lijkt voor de meeste patiënten dus onvoldoende; ook de overtuiging dat de huisarts over de nodige competenties beschikt, speelt een belangrijke rol.

Bij de huisartsen ligt de nadruk op andere aspecten. Hoewel een meerderheid bereid is om niet-heelkundige esthetische behandelingen in de toekomst aan te bieden, ervaren veel huisartsen drempels zoals een gebrek aan opleiding en praktische ervaring. Daarnaast worden organisatorische factoren, waaronder tijdsgebrek en de plaats van esthetische geneeskunde binnen de huisartspraktijk, als belangrijke aandachtspunten beschouwd. De resultaten suggereren dat huisartsen hun bereidheid om dergelijke behandelingen aan te bieden niet uitsluitend laten afhangen van persoonlijke interesse, maar ook van de mogelijkheid om zich voldoende te bekwamen en van de aanwezigheid van een voldoende grote patiëntenvraag.

Een duidelijke overeenkomst is dat zowel patiënten als huisartsen belang hechten aan deskundigheid. Patiënten verwachten dat de huisarts voldoende ervaring en competentie heeft, terwijl huisartsen aangeven dat zij hiervoor bijkomende opleiding en ervaring nodig hebben. De verwachtingen van patiënten en de behoeften van huisartsen sluiten op dit punt dus op elkaar aan.

De bereidheid lijkt bij beide groepen bovendien door meerdere factoren te worden bepaald. Bij patiënten hangt vooral de algemene attitude samen met de bereidheid om zich door de huisarts te laten behandelen. Bij huisartsen zijn vooral de ervaren patiëntenvraag en de

mogelijkheid tot bijkomende opleiding geassocieerd met de intentie om deze behandelingen aan te bieden. Een verdere implementatie zal daarom zowel afhangen van de acceptatie door patiënten als van de mate waarin huisartsen zich hiervoor voldoende ondersteund en bekwaam voelen.

Opvallend is dat de bereidheid aan artsenzijde groter lijkt dan aan patiëntenzijde. Ongeveer twee derde van de huisartsen gaf aan dergelijke behandelingen in de toekomst te overwegen, terwijl slechts ongeveer één derde van de patiënten aangaf hiervoor de huisarts te verkiezen. Hoewel deze percentages niet rechtstreeks met elkaar kunnen worden vergeleken, illustreren zij dat een positieve houding bij zorgverleners zich niet noodzakelijk vertaalt in een gelijkaardige vraag vanuit patiënten. Omgekeerd kan de beperkte bekendheid van patiënten met het aanbod van esthetische behandelingen door huisartsen ertoe bijdragen dat deze vraag momenteel nog beperkt blijft.

Samengevat tonen de resultaten aan dat patiënten en huisartsen een aantal gemeenschappelijke voorwaarden formuleren voor de integratie van niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de huisartspraktijk. Beide groepen benadrukken het belang van deskundigheid, terwijl patiënten daarnaast vooral vertrouwen en toegankelijkheid naar voren schuiven en huisartsen voornamelijk aandacht hebben voor opleiding, ervaring en praktische haalbaarheid. Deze bevindingen geven aan dat een eventuele uitbreiding van het esthetisch zorgaanbod binnen de huisartspraktijk niet alleen afhankelijk zal zijn van de bereidheid van huisartsen, maar eveneens van het vertrouwen en de verwachtingen van patiënten.

5.5 Sterktes en beperkingen van de studie

Een belangrijke sterkte van deze studie is dat zowel patiënten als huisartsen werden bevraagd. Hierdoor konden hun perspectieven afzonderlijk worden beschreven en vervolgens met elkaar worden vergeleken.

Daarnaast werd gebruikgemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens. Naast de statistische analyses boden de open vragen waardevolle aanvullende informatie over de motieven, verwachtingen en bezorgdheden van zowel patiënten als huisartsen. Deze combinatie maakte een genuanceerdere interpretatie van de resultaten mogelijk dan wanneer uitsluitend gesloten vragen zouden zijn gebruikt.

Verder werden de gebruikte schalen vooraf geëvalueerd op interne consistentie. De Cronbach's alpha van de samengestelde schalen wees op een goede tot uitstekende betrouwbaarheid, wat de geloofwaardigheid van de verkregen resultaten ondersteunt.

Naast deze sterktes dient ook rekening te worden gehouden met een aantal beperkingen. Ten eerste betreft het een cross-sectionele studie, waardoor enkel verbanden kunnen worden vastgesteld en geen uitspraken kunnen worden gedaan over causale relaties. Bovendien weerspiegelen de resultaten alleen de houding van de deelnemers op het moment van de bevraging. Deze kunnen evolueren naarmate niet-heelkundige esthetische behandelingen

vaker binnen de huisartspraktijk worden aangeboden of de maatschappelijke perceptie verandert.

Een tweede beperking van de studie heeft betrekking op de steekproef. De patiënten werden gerekruteerd in één huisartspraktijk, waardoor de resultaten mogelijk niet representatief zijn voor de volledige Belgische patiëntenpopulatie. Bovendien werden enkel patiënten bevraagd die zich aanboden op consultatie bij de huisarts. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat personen met een positievere houding ten opzichte van de huisarts of de huisartsenzorg oververtegenwoordigd zijn, wat de gerapporteerde attitudes ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen door de huisarts kan hebben beïnvloed. Ook de deelnemende huisartsen vormden een vrijwillige steekproef, waardoor selectiebias niet kan worden uitgesloten. Huisartsen met een grotere interesse in esthetische geneeskunde waren mogelijk meer geneigd om deel te nemen aan het onderzoek. Daarnaast kan ook non-responsbias een rol hebben gespeeld, aangezien de kenmerken en opvattingen van personen die deelname weigerden onbekend zijn en mogelijk verschillen van die van de uiteindelijke deelnemers.

Daarnaast werd gebruikgemaakt van een zelfontwikkelde vragenlijst. Hoewel deze gebaseerd werd op de beschikbare literatuur en vooraf werd getest op begrijpelijkheid en interne consistentie, betreft het geen extern gevalideerd meetinstrument. Hierdoor blijft voorzichtigheid aangewezen bij de interpretatie van de resultaten en bij vergelijking met andere studies.

Verder had geen enkele patiënt reeds ervaring met een niet-heelkundige esthetische behandeling uitgevoerd door een huisarts. Hierdoor konden bepaalde onderzoeksvragen en hypothesen, waaronder de invloed van eerdere ervaringen op de bereidheid tot toekomstige behandeling, niet worden onderzocht. Bovendien voerde slechts een beperkt aantal huisartsen dergelijke behandelingen daadwerkelijk uit, waardoor de resultaten voornamelijk betrekking hebben op attitudes en intenties eerder dan op praktijkervaring.

Tot slot werd voor verschillende analyses de steekproef opgesplitst in kleinere subgroepen. Hierdoor was de statistische power voor sommige analyses beperkt, waardoor bestaande verbanden mogelijk niet werden gedetecteerd. Niet-significante resultaten dienen daarom voorzichtig te worden geïnterpreteerd en mogen niet noodzakelijk worden beschouwd als bewijs voor de afwezigheid van een verband. Daarnaast werden bij verschillende logistische regressieanalyses brede betrouwbaarheidsintervallen vastgesteld, wat wijst op een beperkte precisie van de geschatte odds ratio's. Dit houdt vermoedelijk verband met de relatief kleine steekproef en het beperkte aantal observaties binnen sommige categorieën, waardoor de stabiliteit van de schattingen afneemt.

5.6 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Toekomstig onderzoek zou in eerste instantie moeten worden uitgevoerd in grotere en meer representatieve patiënt- en artsenpopulaties. In de huidige studie werden patiënten gerekruteerd binnen één huisartspraktijk en namen de artsen vrijwillig deel, waardoor de resultaten mogelijk niet volledig generaliseerbaar zijn naar de bredere Belgische populatie.

Rekrutering via meerdere huisartspraktijken en uit verschillende regio's kan daarom een meer diverse onderzoekspopulatie opleveren en de generaliseerbaarheid van de bevindingen vergroten.

Daarnaast zou het relevant zijn om in toekomstig onderzoek ook patiënten te includeren die reeds een niet-heelkundige esthetische behandeling door een huisarts hebben ondergaan. In de huidige studie had geen enkele patiënt dergelijke ervaring, waardoor geen uitspraak kon worden gedaan over de invloed van een concrete behandelingservaring op de attitude of de bereidheid om in de toekomst opnieuw voor de huisarts te kiezen. Onderzoek naar deze patiëntengroep kan meer inzicht geven in hun ervaringen, tevredenheid en verwachtingen, maar ook in factoren die bijdragen aan de aanvaardbaarheid en de ervaren kwaliteit van dergelijke zorg binnen de huisartspraktijk.

Ook longitudinaal onderzoek kan een relevante aanvulling vormen. De huidige studie brengt de attitudes op één bepaald moment in kaart, terwijl deze kunnen veranderen wanneer niet-heelkundige esthetische behandelingen vaker binnen de huisartspraktijk worden aangeboden. Hetzelfde geldt wanneer huisartsen bijkomende opleiding en praktijkervaring opdoen. Een longitudinale opvolging kan daarom nagaan of de houding en bereidheid van zowel patiënten als huisartsen in de loop van de tijd veranderen en welke factoren hierbij een rol spelen. Op die manier kan beter worden ingeschat onder welke omstandigheden een verdere integratie van esthetische behandelingen binnen de huisartspraktijk haalbaar is.

Ten slotte is er nood aan verder onderzoek naar de meetinstrumenten die hiervoor worden gebruikt. De vragenlijsten in deze studie werden zelf ontwikkeld op basis van de onderzoeksvragen en de beschikbare literatuur. Hoewel ze vooraf werden getest op begrijpelijkheid en interne consistentie, gaat het niet om extern gevalideerde instrumenten. De ontwikkeling en validatie van gestandaardiseerde vragenlijsten voor het meten van attitudes ten opzichte van niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de eerstelijnszorg kan daarom bijdragen aan een meer betrouwbare meting van deze attitudes. Bovendien zou het gebruik van dergelijke gestandaardiseerde instrumenten de vergelijking van resultaten tussen verschillende studies en populaties mogelijk maken en zo bijdragen aan een verdere wetenschappelijke onderbouwing van dit onderzoeksdomein.

6. CONCLUSIE

Deze studie had tot doel de attitudes van patiënten en huisartsen ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de huisartspraktijk in kaart te brengen en na te gaan welke factoren de bereidheid beïnvloeden om dergelijke behandelingen aan te bieden of te ondergaan.

De resultaten tonen aan dat patiënten over het algemeen een neutrale tot positieve houding aannemen tegenover niet-heelkundige esthetische behandelingen door de huisarts. Hoewel de bekendheid met deze mogelijkheid beperkt is, blijkt een deel van de patiënten bereid dergelijke behandelingen door de huisarts te overwegen. Vertrouwen in de huisarts en de ervaren deskundigheid hangen samen met een positievere algemene attitude tegenover deze behandelingen, terwijl de attitude verschilt naargelang het type behandeling. Een positievere algemene attitude was de enige variabele die onafhankelijk geassocieerd was met de bereidheid om zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen. Sociodemografische kenmerken, zoals leeftijd en geslacht, waren daarentegen niet significant geassocieerd met deze bereidheid.

Ook de bevraagde huisartsen staan overwegend positief tegenover het aanbieden van niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de huisartspraktijk. De feitelijke implementatie blijft echter beperkt. Een gebrek aan opleiding en praktische ervaring, samen met organisatorische factoren, vormen de belangrijkste drempels. Daartegenover blijken een toenemende patiëntenvraag en de mogelijkheid tot bijkomende opleiding belangrijke motivatoren om dergelijke behandelingen in de toekomst aan te bieden.

De vergelijking tussen beide perspectieven toont aan dat patiënten en huisartsen het belang van deskundigheid en kwaliteit delen, maar vanuit een verschillend uitgangspunt benaderen. Patiënten verwachten daarbij dat de huisarts over voldoende ervaring en competentie beschikt, terwijl huisartsen zelf aangeven dat bijkomende opleiding en ervaring nodig zijn om deze competentie te verwerven. De verwachtingen van patiënten en de behoeften van huisartsen zijn daarmee complementair. Een eventuele uitbreiding van niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de huisartspraktijk lijkt dan ook afhankelijk van zowel de bereidheid van huisartsen om zich hierin verder te bekwamen als van het vertrouwen van patiënten in hun deskundigheid.

Hoewel de resultaten wegens de beperkingen van deze studie met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd, leveren zij een eerste bijdrage aan het inzicht in de plaats van niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de Belgische huisartspraktijk. Verder onderzoek met grotere en meer representatieve steekproeven is aangewezen om deze bevindingen te bevestigen en om na te gaan onder welke voorwaarden dergelijke zorg op een kwaliteitsvolle, veilige en patiëntgerichte manier binnen de eerstelijnszorg kan worden geïntegreerd.

7. REFERENTIES

1. American Society of Plastic Surgeons. *Plastic Surgery Statistics Report 2024* [internet]. Arlington (VA): American Society of Plastic Surgeons; 2025 [geraadpleegd 25 januari 2026]. Beschikbaar via: https://www.plasticsurgery.org/documents/news/statistics/2024/plastic-surgery-statistics-report-2024.pdf
2. International Society of Aesthetic Plastic Surgery. ISAPS Global Survey 2024: global survey on aesthetic/cosmetic procedures [internet]. Hamden (CT): International Society of Aesthetic Plastic Surgery; 2025 [geraadpleegd 25 januari 2026]. Beschikbaar via: https://www.isaps.org/media/30xldsyf/isaps-global-survey-2024.pdf
3. Zhanna U. CURRENT TRENDS IN THE CLINIC'S DEVELOPMENT, AESTHETIC MEDICINE. InPublisher. agency: Proceedings of the 9th International Scientific Conference «Scientific Results»(February 20-21, 2025). Rome, Italy, 2025. 302p 2025 Feb 20 (p. 330). University of Bari Aldo Moro.
4. Triana L, Palacios Huatuco RM, Campilgio G, Liscano E. Trends in surgical and nonsurgical aesthetic procedures: a 14-year analysis of the International Society of Aesthetic Plastic Surgery-ISAPS. Aesthetic Plast Surg [internet]. 2024;48(20):4217–27. [geraadpleegd 2 februari 2026]. Beschikbaar via: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39103642/
5. Kim S. What factors encourage the acceptance of cosmetic surgery? Differences in sociopsychological influences contingent upon cosmetic surgery experience. *Fash Text* [internet]. 2022;9:42. doi: 10.1186/s40691-022-00318-4. [geraadpleegd 25 maart 2026]. Beschikbaar via: https://doi.org/10.1186/s40691-022-00318-4
6. Lem M, Pham JT, Kim JK, Tang CJ. Changing aesthetic surgery interest in men: an 18-year analysis. *Aesthetic Plast Surg*. 2023;47(5):2136-2141. doi: 10.1007/s00266-023-03344-9. [geraadpleegd 20 februari 2026]. PMID: 37193887.
7. Walther A, Möllmann A, Reppenhagen S, Ehlert U, Watzke B, Drüge M, Schneeberger M, Eggenberger L. Men's use of cosmetic surgery and the role of traditional masculinity ideologies. *Discov Psychol* [internet]. 2024;4(1):113. doi: 10.1007/s44202-024-00230-6. [geraadpleegd 20 februari 2026]. PMID: 39247911.
8. Rodgers RF, Laveway K, Campos P, Berbert de Carvalho PH. Body image as a global mental health concern. *Glob Ment Health (Camb)* [internet]. 2023;10:e9. doi: 10.1017/gmh.2023.2. [geraadpleegd 5 januari 2026]. Beschikbaar via: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9970735/
9. Da Prato EB, Grimolizzi F. The ethical foundations of patient-centered care in aesthetic medicine. *Philos Ethics Humanit Med* [internet]. 2024;19:1. doi: 10.1186/s13010-024-00151-1. [geraadpleegd 29 november 2025]. Beschikbaar via: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10845625/
10. Callahan D. The WHO definition of'health'. Hastings center studies. 1973 Jan 1:77-87.
11. Humphrey S, Bertucci V, Heydenrych I, Ogilvie P, Safa M, de la Guardia C. A 360° approach to patient care in aesthetic facial rejuvenation. *Aesthet Surg J Open Forum* [internet]. 2024;6:ojae059. doi: 10.1093/asjof/ojae059. [geraadpleegd 29 november 2025]. Beschikbaar via: https://academic.oup.com/asjopenforum/article/doi/10.1093/asjof/ojae059/7728785
12. Marinelli G, Inchingolo AD, Trilli I, Pezzolla C, Sardano R, Inchingolo F, Palermo A, Maspero CMN, Dipalma G, Inchingolo AM. Proactive aesthetic strategies: evaluating the preventive role of botulinum toxin in facial aging. *Muscles* [internet]. 2025;4(3):31. doi: 10.3390/muscles4030031. [geraadpleegd 25 maart 2026]. Beschikbaar via: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12372128/
13. Silva P, Rodrigues L, Almeida C. Uso preventivo da toxina botulínica tipo A (“baby botox”) em pacientes jovens: revisão sistemática da literatura. Braz J Biomed Sci. 2024;10(2):45-56.
14. Kim S, Novak P, Chen Y. Prejuvenation: the global new anti-aging trend among younger adults. J Cosmet Dermatol. 2023;22(6):1503-1512.
15. Mironica A, Popescu CA, George D, Tegzeșiu AM, Gherman CD. Social media influence on body image and cosmetic surgery considerations: a systematic review. *Cureus* [internet]. 2024;16(7):e65626. doi: 10.7759/cureus.65626. [geraadpleegd 25 maart 2026]. Beschikbaar via: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11350482/
16. Wet van 23 mei 2013 tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren. Belgisch Staatsblad. 2013 jul 2.
17. Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. Wetsontwerp tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren. Parl St Kamer. 2012 2013;53 2577/004.
18. Tack S. De nieuwe wet op de esthetische geneeskunde. Universiteit Antwerpen; z.j.
19. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Niet heelkundige esthetische geneeskunde: advies en stand van zaken. Brussel; 2016.
20. Grondwettelijk Hof. Arrest nr. 110/2015 van 17 september 2015, rolnrs. 5777, 5779, 5783, 5784, 5785 en 5795. Brussel; 2015.

21. Grondwettelijk Hof. Arrest nr. 1/2016 van 14 januari 2016, rolnrs. 6037, 6047 en 6069. Brussel; 2016.
22. Werkgroep Niet heelkundige Esthetische Geneeskunde. Voorstel tot invoering van een niveau 3 bekwaamheid in de niet heelkundige esthetische geneeskunde. Brussel; 2016 dec 15.
23. Hoge Raad van artsen specialisten en van huisartsen. Advies inzake de kwalificatie “esthetische geneeskunde”. Brussel; 2016.
24. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Stand van zaken beroepskwalificaties artsen. Brussel; 2020.
25. Hoge Raad van artsen specialisten en van huisartsen. Jaarverslag 2022. Brussel; 2023.
26. Nederlandse Vereniging Cosmetische Geneeskunde. Opleidingsplan cosmetische geneeskunde. Versie 2. Utrecht: NVCG; 2017.
27. Nederlandse Vereniging Cosmetische Geneeskunde. Opleidingsplan cosmetische geneeskunde: bijlage 2 – themakaarten. Utrecht: NVCG; 2017.
28. College Geneeskundige Specialismen. Besluit van 10 april 2019 houdende de erkenning als profiel alsmede de opleidings- en erkenningseisen voor het profiel cosmetische geneeskunde (Besluit Cosmetische geneeskunde). Gewijzigd bij besluiten van 13 december 2019 en 12 mei 2021. Utrecht: KNMG; 2019.
29. KNMG. Het beroep cosmetisch arts KNMG. Utrecht: KNMG; 2019.
30. SOCG – Stichting Opleiding Cosmetische Geneeskunde. Profielopleiding cosmetische geneeskunde. Amsterdam: SOCG; 2026. Beschikbaar via: https://socg.nl/profielopleiding/. Geraadpleegd op 29 januari 2026.
31. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Mag mijn behandelaar de cosmetische ingreep uitvoeren? Den Haag: Rijksoverheid; 2015. Beschikbaar via: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/cosmetische-ingrepen/vraag-en-antwoord/mag-mijn-behandelaar-de-cosmetische-ingreep-uitvoeren. Geraadpleegd op 29 januari 2026.
32. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Botox- en fillerbehandelingen (cosmetische zorg). Den Haag: IGJ; 2025. Beschikbaar via: https://www.igj.nl/zorgsectoren/cosmetische-zorg/botox--en-fillerbehandelingen. Geraadpleegd op 29 januari 2026.
33. Nederlandse Vereniging Cosmetische Geneeskunde. Cosmetisch arts KNMG. Utrecht: NVCG; 2019. Beschikbaar via: https://nvcg.nl/cosmetisch-arts-knmg/. Geraadpleegd op 29 januari 2026.
34. Conseil national de l’Ordre des médecins. Actes médicaux à visée esthétique. Paris: CNOM; 2023. Beschikbaar via: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/actes-medicaux-visee-esthetique. Geraadpleegd op 30 januari 2026.
35. Académie nationale de médecine. Maîtriser les risques face à la croissance de la médecine esthétique. Communiqué. Paris: Académie nationale de médecine; 4 okt 2022. Beschikbaar via: https://www.academie-medecine.fr/maitriser-les-risques-face-a-la-croissance-de-la-medecine-esthetique/.Geraadpleegd op 30 januari 2026.
36. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique de gestion des risques des actes à visée esthétique (hors actes chirurgicaux) – note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025. Beschikbaar via: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3607306/fr/guide-methodologique-de-gestion-des-risques-des-actes-a-visee-esthetique-hors-actes-chirurgicaux. Geraadpleegd op 30 januari 2026.
37. Université Paris-Est Créteil (UPEC). DIU Médecine Esthétique. Créteil: Faculté de Santé UPEC; 2024. Beschikbaar via: https://www.u-pec.fr/fr/formation/diu-medecine-esthetique. Geraadpleegd op 30 januari 2026.
38. DIU Médecine Morphologique et Anti-Age. Diplôme inter-universitaire Médecine morphologique et anti-âge. Paris: Universités Paris 13, Paris 7, Montpellier 1, Lyon 1 et Antilles-Guyane; 2012. Beschikbaar via: https://www.medecine-anti-age.com/diu-medecine-morphologique-anti-age en https://diu-mmaa.org/inscription-diplome-mmaa.php. Geraadpleegd op 30 januari 2026.
39. Anerkennung in Deutschland. Doctor of medicine – Anerkennung medizinischer Berufsqualifikationen in Deutschland [internet]. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung; 2020. Beschikbaar via: https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/2688.php. Geraadpleegd op 31 maart 2026.
40. Bundesärztekammer. Berufsrecht – Informationen zum ärztlichen Berufsrecht und zur Berufsordnung [internet]. Berlin: Bundesärztekammer; z.j. Beschikbaar via: https://www.bundesaerztekammer.de/themen/recht/berufsrecht. Geraadpleegd op 31 maart 2026.
41. Medilogin – Medical Academy. Wer darf Botox® und Hyaluronsäure spritzen? [internet]. Düsseldorf: Medilogin; 2024. Beschikbaar via: https://medi-login.com/wer-darf-botox-und-hyaluronsaeure-spritzen/. Geraadpleegd op 31 maart 2026.
42. H-Praxis. Wer darf Botox und Hyaluronsäure spritzen? [internet]. München: H-Praxis; 2025. Beschikbaar via: https://h-praxis.de/beauty-magazin/botox-und-hyaluronsaeure-wer-darf-was-spritzen/. Geraadpleegd op 31 maart 2026.
43. Bundesministerium für Gesundheit. Botulinum Neurotoxin enthaltende Arzneimittel [internet]. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; z.j. Beschikbaar via:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/botulinum-neurotoxin-enthaltende-arzneimittel. Geraadpleegd op 31 maart 2026.
44. Bundesärztekammer. Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung [internet]. Berlin: Bundesärztekammer; 2022. Beschikbaar via: https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung. Geraadpleegd op 31 maart 2026.
45. Ärztekammer Nordrhein. Anforderungen für die Durchführung von schönheitschirurgischen Wunschbehandlungen für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte [internet]. Düsseldorf: Ärztekammer Nordrhein; 2023. Beschikbaar via: https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/2020/schoenheitschirurgie-anforderungen-2020-09.pdf. Geraadpleegd op 31 maart 2026.

8. BIJLAGEN

Bijlage 1: Informed consent

Informatiebrief voor deelnemers aan een studie

Titel van de studie: **Niet-heelkundige esthetische ingrepen in de huisartsenpraktijk.**

Opdrachtgever: Universiteit Gent

Onderzoekers:
UGent: Cappaert Ruben, Ruben.Cappaert@Ugent.be, 09 332 41 93
UGent: Decat Peter, Peter.Decat@Ugent.be, 09 332 41 93
UGent: Poelman Tom, T.Poelman@Ugent.be, 09 332 41 93

DPO UGent:
Hanne Elsen, privacy@ugent.be

No fault verzekering: Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00

DEELNEMEN AAN EEN STUDIE

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Voor u akkoord gaat, vragen we u om de volgende pagina's aandachtig te lezen, zodat u hierover een geïnformeerde beslissing kan nemen.
Indien gewenst kan u de studie bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger, of met andere personen van uw keuze. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst.
Indien u wenst deel te nemen aan de studie, vragen we u om bijgevoegd deelnameformulier te ondertekenen. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat u de noodzakelijke informatie over deze studie ontvangen heeft. U krijgt zelf ook een getekend exemplaar.

Dit document bestaat uit 3 delen: 1) basisinformatie over de studie, 2) aanvullende informatie en 3) het deelnameformulier.

1 BASISINFORMATIE

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan een onderzoek dat inzicht tracht te krijgen in de houding, perceptie en ervaringen van patiënten en zorgverleners ten aanzien van niet-heelkundige esthetische behandelingen (schoonheidsbehandelingen zonder operatie) die door de huisarts kunnen worden aangeboden.
Het onderzoek biedt zo waardevolle informatie over de verwachtingen en zorgen van patiënten met betrekking tot deze behandelingen. Dit versterkt de kennis over patiëntgerichte zorg en helpt de communicatie tussen huisartsen en patiënten te verbeteren.
Daarnaast onderzoekt het hoe huisartsen omgaan met niet-heelkundige esthetische ingrepen, zowel professioneel als ethisch. Dit biedt inzicht in hun rol en helpt hen weloverwogen beslissingen te maken over het aanbieden van dergelijke behandelingen. Het kan bijdragen aan het ontwikkelen van richtlijnen en beleidsmaatregelen om esthetische behandelingen op een verantwoorde manier in de huisartsenpraktijk aan te bieden.
Kortom, dit onderzoek biedt waardevolle inzichten die zowel de zorg voor patiënten verbeteren als bijdragen aan de ontwikkeling van beleid in dit opkomende veld.

1.1 Wat houdt deelname in en welke interventies vinden plaats?

Indien u beslist om deel te nemen aan de studie en aan alle voorwaarden voor deelname voldoet, vragen we u een korte vragenlijst in te vullen.
De vragenlijst voor de studie is bijgevoegd achter dit geïnformeerd toestemmingsformulier. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 5 minuten van uw tijd in beslag nemen. Na het invullen kunt u de vragenlijst losmaken van dit formulier en inleveren bij het secretariaat. Beide ondertekende versies van het toestemmingsformulier mag u inleveren bij uw behandelend huisarts. U ontvangt één exemplaar van het formulier terug na ondertekening door de arts.

1.2 Kosten en vergoeding

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u.
U zal geen vergoeding ontvangen voor uw deelname aan deze studie.

2 AANVULLENDE INFORMATIE

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
Eén student van de vakgroep Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg (GE39) zal deel uitmaken van het studieteam.

2.1 Voordelen bij deelname aan de studie

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. Uw deelname aan de studie kan mogelijk patiënten in de toekomst beter helpen.
De kans dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag.

2.2 Uw rechten

Deelnemen aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie en u kan zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Stoppen met deelnemen heeft geen invloed op uw verdere relatie met de onderzoeker of de kwaliteit van de zorgen.

De informatie verzameld tijdens de studie wordt gepseudonimiseerd[1].
Indien u uit de studie gehaald wordt of indien u zelf beslist om uw deelname te stoppen, dan zullen de gepseudonimiseerde gegevens die al verzameld werden (dat wil zeggen enkel herkenbaar door een unieke code) in de databank blijven voor analyse. Er zullen in dat geval geen nieuwe gegevens meer toegevoegd worden.

2.3 Bescherming van uw persoonsgegevens

Deelname aan de studie betekent dat uw persoonsgegevens verwerkt worden voor het doel van deze studie. Deze verwerking van uw persoonsgegevens is noodzakelijk voor de uitvoering van een taak in het algemeen belang en dit met het oog op wetenschappelijk onderzoek[2].

Uw persoonsgegevens[3] zullen steeds beschermd worden. U kan toegang vragen tot de over u verzamelde gegevens. Elk gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.
Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent[4].

De gepseudonimiseerde gegevens, verzameld binnen deze studie, kunnen gedeeld worden met andere onderzoekers. Het opnieuw gebruiken van uw gepseudonimiseerde gegevens in toekomstig academisch onderzoek kan enkel plaatsvinden wanneer het onderzoek verenigbaar is met het huidige onderzoek. Dit hergebruik van gegevens dient altijd vooraf goedgekeurd te worden door een ethisch comité of Data Access Comité.

---

[1] Pseudonimiseren wordt ook “coderen” genoemd. Dit betekent dat uw gegevens via een code terug te koppelen zijn naar uw persoonlijk dossier. De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoeker of de door hem/haar aangestelde vervanger.
[2] Volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming en de Gecoördineerde Wet op de Ziekenhuizen van 10 juli 2008.
[3] In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.
[4] Zie: https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm

Wanneer uw gegevens in het kader van toekomstig onderzoek gebruikt zouden worden voor commerciële doeleinden en partners dan dient u hiervoor uw toestemming[5] te geven in het deelnameformulier.

In rapporten of publicaties over deze studie (zoals in medische tijdschriften of congressen) zullen de gegevens zodanig verwerkt worden dat u als individu niet direct herkenbaar bent. Ook wanneer de datasets binnen dit onderzoek openbaar gemaakt worden op een online platform, zullen uw persoonsgegevens niet openbaar gemaakt worden. Uw persoonsgegevens zullen op gepaste wijze beschermd worden.

Zowel uw persoonsgegevens als gevoelige persoonsgegevens (gezondheidsgegevens) zullen binnen deze studie verwerkt en bewaard worden tot minstens 10 jaar na het einde van de studie.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Dr. Cappaert Ruben (UGent). Zijn/haar studieteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. De gegevens worden in het kader van de gegevensbescherming verwerkt door personen binnen het studieteam, onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker.

Wanneer uw gegevens overgemaakt worden aan een land buiten de Europese Economische Ruimte (EER), dan zal U(Z) Gent nagaan of het land van bestemming een passend beschermingsniveau van de gegevens biedt. Wanneer dat land geen passende waarborgen biedt, zal U(Z) Gent bijvoorbeeld via modelovereenkomsten zelf passende waarborgen afdwingen. Hiervoor zal uw toestemming gevraagd worden in het deelnameformulier.

Wanneer de procedures en of de verzamelde gegevens binnen de studie dienen gecontroleerd te worden door vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek of de bevoegde overheden, dan kunnen deze partijen toegang krijgen tot uw dossier. Deze personen zullen de vertrouwelijkheid niet schenden.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Daarnaast heeft u het recht om een klacht in te dienen bij een toezichthoudende autoriteit. In België is dit de Gegevensbeschermingsautoriteit[6].

2.4 Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze studie. Daarom is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid[7]. Indien de onderzoeker van mening is dat er verband met de studie mogelijk is, zal hij/zij de aangifteprocedure bij de verzekering starten. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar. In het geval van onenigheid met de onderzoeker of met de door de verzekeringsmaatschappij aangestelde expert, kunnen u, of in geval van overlijden uw rechthebbenden, de verzekeraar rechtstreeks in België dagvaarden.

[5] Deze verwerking van uw gegevens gebeurt op basis van toestemming (zoals vermeld in GDPR, artikel 6, paragraaf 1(a)).
[6] Contact Gegevensbeschermingsautoriteit: Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel – Tel +32 2 274 48 00 – mail: contact@apd-gba.be – website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.
[7] Conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik, de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen en de Belgische Wet van 15 juni 2022 betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek (Allianz Global Corporate & Specialty – polisnummer opdrachtgever UZ Gent BEL001889 – polisnummer opdrachtgever UGent BEL000862).

DEELNAMEFORMULIER VOOR DEELNEMERS

Referentienummer van de deelnemer	

Ik heb het document "Informatiebrief voor deelnemers aan een klinische studie" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb een exemplaar ontvangen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een antwoord gekregen, ook op medische vragen.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling of relatie met de onderzoeker.
Ik begrijp dat vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek of de bevoegde overheden mijn gegevens willen controleren. Deze personen zullen de vertrouwelijkheid niet schenden.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan studies. Deze goedkeuring is geen aanzet om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens, worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van de studie. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor de **huidige** studie.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek verenigbaar met het huidige onderzoek. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door een ethisch comité of Data Access Comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de onderzoeker contacteren.
Ik begrijp dat mijn huisarts wordt ingelicht over mijn deelname aan deze studie.

Door het deelnameformulier te ondertekenen ga ik akkoord met deelname aan de studie die de volgende interventies omvat:

- **Invullen vragenlijst**

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum / /20
Naam en voornaam van de onderzoeker* Dr. Cappaert Ruben	Handtekening	Datum / /20

2 exemplaren dienen te worden vervolledigd. De onderzoeker dient een origineel te bewaren gedurende minstens 10 jaar, de deelnemer ontvangt ook een exemplaar.

*Door het deelnameformulier te ondertekenen als onderzoeker

- verklaar ik dat ik mondeling de nodige informatie over de studie (de aard, het doel en de te voorziene effecten) heb gegeven en dat de deelnemer een exemplaar van de informatiebrief en deelnameformulier heeft ontvangen.
- bevestig ik dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen deelnemen aan de studie en toon ik mijn bereidheid om op alle bijkomende vragen te antwoorden.

Bijlage 2: Vragenlijst patiënten

Beste

Met deze vragenlijst willen we graag meer inzicht krijgen in jouw ervaringen, meningen en verwachtingen met betrekking tot **niet-heelkundige esthetische behandelingen**. Dit zijn behandelingen die gericht zijn op het verbeteren van je uiterlijk zonder dat er een operatie aan te pas komt. Denk bijvoorbeeld aan:

Botox-injecties	*Botox-injecties verlammen tijdelijk de spieren die rimpels veroorzaken.*
Fillers en lipofilling	*Fillers vullen de huid op om rimpels te verminderen of volume te herstellen. Lipofilling gebruikt eigen vet om bepaalde gebieden voller te maken.*
Laserbehandelingen	*Laserbehandelingen gebruiken licht om de huid te verjongen, pigmentvlekken te verminderen en rimpels te vervagen.*
Chemical peels	*Een chemical peel verwijdert dode huidcellen met een chemische oplossing om de huid te verbeteren en rimpels en vlekken te verminderen.*
Sclerotherapie	*Sclerotherapie behandelt spataders door een vloeistof in de bloedvaten te injecteren, zodat ze verdwijnen.*
Micro-needling	*Micro-needling maakt kleine gaatjes in de huid, waardoor de huid zichzelf herstelt en de structuur verbetert.*
Cryolipolyse	*Cryolipolyse gebruikt kou om vetcellen te bevriezen, zodat ze afsterven en door het lichaam worden verwijderd.*
Haartransplantatie	*Haartransplantatie verplaatst gezond haar naar plekken waar het dunner of kaal is, voor een vollere haardos.*

Het doel van dit onderzoek is om te begrijpen hoe patiënten, zoals jij, denken over het aanbieden van esthetische behandelingen binnen een huisartsenpraktijk. We willen graag weten hoe jij tegenover de mogelijkheid staat dat huisartsen deze behandelingen uitvoeren, hoe je deze behandelingen ervaart en welke overwegingen voor jou belangrijk zijn bij het kiezen voor een huisarts of specialist.

Je kunt de vragen naar waarheid beantwoorden en we willen u verzekeren dat je antwoorden anoniem en vertrouwelijk worden behandeld. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten.

Alvast hartelijk dank voor je deelname!

Vul in of omcirkel:

1. Wat is uw leeftijd?	
2. Wat is uw geslacht (M/V/X)?	
3. Heeft u recht op verhoogde tegemoetkoming? (betaalt u minder dan 4 euro remgeld)	Ja / Nee
4. Wist u dat bepaalde esthetische behandelingen zoals botox, fillers en laserbehandelingen ook kunnen worden uitgevoerd door de huisarts?	Ja / Nee
5. Denkt u dat het steeds gebruikelijker zou moeten worden dat huisartsen esthetische behandelingen uitvoeren?	Ja / Nee
6. Denkt u dat de resultaten van een behandeling door de huisarts even goed zullen zijn als bij een specialist?	Ja / Nee

Kruis aan wat van toepassing is, laat leeg als geen optie van toepassing is.

	Botox-injecties	Fillers of lipofilling	Laser-behandeling	Chemical peel	Sclero-therapie	Micro-needling	Cryolipolyse	Haar-transplantatie
7. Van welke van deze ingrepen wist u dat ze bij de huisarts kunnen worden uitgevoerd?								
8. Onderging u reeds een dergelijke behandeling bij de huisarts?								
9. Onderging u reeds een dergelijke behandeling bij de specialist? (plastische chirurg, dermatoloog, algemeen chirurg…)								

10. Indien u nooit dergelijke behandeling hebt laten uitvoeren bij de huisarts (bij vraag 8 niets aangekruist):
    a. Zou u in de toekomst voor dergelijke behandelingen bij uw huisarts terecht willen kunnen? (omcirkel)
    Ja / Neen / Geen mening

    Waarom wel/niet?

11. Indien u bij vraag 8 één of meerdere opties heeft aangekruist:
    a. Was u tevreden dat u hiervoor bij de huisarts terecht kon? (omcirkel)
    Ja / Neen / Geen mening

    Waarom wel/niet?

    b. Was u tevreden met het resultaat? (omcirkel)
    Ja / Neen / Geen mening

    Waarom wel/niet?

    c. Zou u in de toekomst, mocht het nodig zijn, opnieuw kiezen om deze behandeling door de huisarts te laten uitvoeren? (omcirkel)
    Ja / Neen / Geen mening

    Waarom wel/niet?

12. Indien u bij vraag 8 of 9 één of meerdere opties hebt aangekruist:
    a. Welke factoren zijn voor u het belangrijkst bij de keuze tussen specialist en huisarts voor deze schoonheidsbehandelingen (bijvoorbeeld: ervaring, kosten, locatie, kwaliteit, snelheid van de behandeling)?

13. Wat vindt u ervan dat huisartsen zich ook bezighouden met schoonheidsbehandelingen?

14. In welke mate gaat u akkoord met volgende uitspraken? (kruis aan)

	Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
Ik zou liever een huisarts hebben die zich volledig richt op esthetische behandelingen dan een specialist.					
Ik denk dat esthetische behandelingen door de huisarts goedkoper zouden zijn dan bij een specialist.					
Ik zou sneller een esthetische behandeling ondergaan als deze wordt aangeboden in mijn vertrouwde huisartspraktijk.					
Ik zie esthetische behandelingen bij de huisarts als een goed alternatief voor specialisten.					

De volgende stellingen gaan specifiek over **injectietherapieën**, zoals botox, fillers, lipofilling en sclerotherapie.

	Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
Ik vertrouw mijn huisarts om deze behandelingen uit te voeren					
Ik vind het gênant om deze behandelingen door de huisarts te laten uitvoeren					
Ik denk dat mijn huisarts dit vaak genoeg doet om er bekwaam in te zijn					
Ik heb schrik dat er bij de huisarts sneller iets mis zou kunnen gaan dan bij de specialist					
Ik word hiervoor liever naar een specialist doorverwezen					
Ik denk dat ik hiervoor steeds beter geholpen zal zijn bij een specialist dan bij een huisarts					
Ik geloof dat huisartsen goed opgeleid kunnen worden om deze behandelingen uit te voeren.					

De volgende vragen gaan over **huidverbetering en -verjongingstechnieken**, zoals laserbehandelingen, chemical peels, cryolipolyse en microneedling.

	Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
Ik vertrouw mijn huisarts om deze behandelingen uit te voeren					
Ik vind het gênant om deze behandelingen door de huisarts te laten uitvoeren					
Ik denk dat mijn huisarts dit vaak genoeg doet om er bekwaam in te zijn					
Ik heb schrik dat er bij de huisarts sneller iets mis zou kunnen gaan dan bij de specialist					
Ik word hiervoor liever naar een specialist doorverwezen					
Ik denk dat ik hiervoor steeds beter geholpen zal zijn bij een specialist dan bij een huisarts					
Ik geloof dat huisartsen goed opgeleid kunnen worden om deze behandelingen uit te voeren.					

De volgende vragen gaan over de **haartransplantatie**.

	Helemaal akkoord	Akkoord	Neutraal	Oneens	Helemaal oneens
Ik vertrouw mijn huisarts om deze behandelingen uit te voeren					
Ik vind het gênant om deze behandelingen door de huisarts te laten uitvoeren					
Ik denk dat mijn huisarts dit vaak genoeg doet om er bekwaam in te zijn					
Ik heb schrik dat er bij de huisarts sneller iets mis zou kunnen gaan dan bij de specialist					
Ik word hiervoor liever naar een specialist doorverwezen					
Ik denk dat ik hiervoor steeds beter geholpen zal zijn bij een specialist dan bij een huisarts					
Ik geloof dat huisartsen goed opgeleid kunnen worden om deze behandelingen uit te voeren.					

15. Heeft u nog opmerkingen of suggesties?

Bedankt voor je deelname aan deze studie!

Bijlage 3: Vragenlijst artsen

Geachte collega

Deze vragenlijst is opgesteld om inzicht te krijgen in de mening, ervaring en overwegingen van huisartsen met betrekking tot het aanbieden van **niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen de huisartsenpraktijk**. Denk bijvoorbeeld aan:

- Botox-injecties
- Fillers
- Lipofilling
- Laserbehandelingen
- Chemical peels
- Sclerotherapie
- Micro-needling
- Cryolipolyse
- Haartransplantatie

Het doel van dit onderzoek is om te begrijpen hoe huisartsen deze behandelingen benaderen, zowel vanuit een professioneel als ethisch perspectief. Uw antwoorden zullen bijdragen aan een beter begrip van de rol van huisartsen in esthetische zorg en helpen bij het ontwikkelen van richtlijnen en ondersteunende maatregelen voor het aanbieden van dergelijke behandelingen.

Je kunt de vragen naar waarheid beantwoorden, en weet dat je antwoorden anoniem en vertrouwelijk worden behandeld.

Alvast bedankt voor je tijd en medewerking!

Gegevens deelnemer	
Leeftijd	
Geslacht (M/V/X)	
Type praktijk (solo/duo/groep/netwerk/WGC)	
Professionele titel (basisarts, huisarts, HAIO)	
Hoe lang bent u al actief als arts?	
Draagt u de titel esthetisch arts in de praktijk? (omcrikel)	Ja / Neen

Ervaring met niet-heelkundige esthetische behandelingen:	
Denkt u bevoegd te zijn om dergelijke therapieën te mogen aanbieden?	Ja / Neen
Beschouwt u zichzelf als voldoende bekwaam om dergelijke behandelingen uit te voeren?	Ja / Neen
Waarom denkt u wel/niet bekwaam te zijn om dergelijke behandelingen aan te bieden?	
Verleent u niet-heelkundige esthetische behandelingen binnen uw praktijk?	Ja / Neen

Indien van toepassing: hoe vaak voert u onderstaande behandelingen uit? (kruis aan)

	Dagelijks	wekelijks	2-wekelijks	Maandelijks	Halfjaarlijks	Jaarlijks
Botox-injecties						
Fillers						
Lipofilling						
Laserbehandelingen						
Chemical peels						
Sclerotherapie						
Micro-needling						
Cryolipolyse						
Haartransplantatie						

Wat is de verhouding van esthetische behandelingen versus andere medische behandelingen in uw praktijk?	....% Esthetische geneeskunde ....% Huisartsgeneeskunde

Bezorgdheden en ethische overwegingen:	
Heeft u bedenkingen tegen het aanbieden van esthetische behandelingen in een huisartsenpraktijk?	Zo ja, welke?
Vindt u dat esthetische behandelingen passen binnen het werkterrein van een huisarts?	Waarom wel/niet?
Indien u een van deze behandelingen uitvoert, wat is dan de reden dat u deze aanbiedt?"	○ Persoonlijke interesse ○ Verwachtingen van patiënt ○ Goede verloning ○ Andere: ...
Indien u deze behandelingen niet aanbiedt, wat is dan de reden daarvoor?	○ Geen vraag vanuit patiëntenbestand. ○ Geen ervaring mee. ○ Te weinig bekwaam voelen. ○ Tijdsnood. ○ Schrik voor commentaar van collega's ○ Niet direct medisch noodzakelijk ○ Andere reden: ...

Patiënttevredenheid en verwachting:	
Hoe verwacht u dat patiënten zouden reageren op het aanbieden van esthetische behandelingen in uw praktijk?	
Is er een groeiende vraag van patiënten naar niet-heelkundige esthetische behandelingen in uw praktijk?	
Hoe denkt u dat het aanbieden van deze behandelingen de vertrouwensrelatie met uw patiënten kan beïnvloeden?	
Is er sprake van een actieve vraag van patiënten naar deze therapieën?	Ja / Neen
Overweegt u in de toekomst niet-heelkundige esthetische ingrepen aan te bieden?	Ja / Neen Waarom wel/niet:

Opleiding en expertise:	
Bent u voorstander van een erkende navorming voor dergelijke behandelingen?	Ja / Neen / Geen mening
Heeft u eigen initiatieven genomen om bij te scholen op het gebied van esthetische behandelingen?	Ja / Neen Zo ja, welke?
Denkt u dat er voldoende ondersteuning en opleiding beschikbaar is binnen de huisartsenopleiding om deze behandelingen op een verantwoorde manier aan te bieden?	
Hoe zou u de kwaliteit van beschikbare navorming of bijscholing voor esthetische behandelingen beoordelen?	
Bent u van mening dat er duidelijke richtlijnen of regelgeving zou moeten zijn voor huisartsen die esthetische behandelingen aanbieden?	

Financiële overwegingen:	
Heeft u overwogen of financieel voordeel een rol speelt in het aanbieden van esthetische behandelingen?	
Wat denkt u van de financiële haalbaarheid voor huisartsen om niet-heelkundige behandelingen in hun praktijk aan te bieden?	

Bedankt voor uw tijd!

Bijlage 4: Goedkeuring EC

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Peter Decat
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Universiteit Gent

Contact	Telefoon	E-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**Datum**	**Pagina**
Ruben Cappaert	17/03/2025	1/6
Onze referentie:	**Belgisch Uniek Nummer**	
THE-2025-0062	B6702025000097	

Betreft:

Niet-heelkunde esthetishe ingrepen in de huisartsenpraktijk

Non- surgical aesthetic procedures in general practice

Betrokken student(en):
- Ruben Cappaert

Positief Advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega,

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de ingediende informatie en documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (13/03/2025):

Positief advies.

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie bijlage 2
Aandachtspunten: zie bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,



Dr. Linde Goossens
Waarnemend voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

Unofficial translation in English:

Positive advice in accordance with the law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person

The Medical Ethics Committee affiliated with Ghent University (UGent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has evaluated the above-mentioned dossier.

This project falls within the scope of the Law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person.

After consulting the submitted information and documents regarding this proposal, the Medical Ethics Committee provides the following advice on (13/03/2025):

Positive advice.

Submitted documents: see annex 1
List of members: see annex 2
Points of concern: see annex 3b

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 1: Ingediende documenten

Categorie: CV
- Ruben Cappaert, versie ontvangen dd. 04/02/2025 (Nederlands)
- Peter Decat, versie ontvangen dd. 04/02/2025 (Nederlands)

Categorie: GCP certificaat
- hoofdonderzoeker, dd. 12/12/2024 (Engels)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- ONLINE versie ICF, versie 1.0 dd. 11/03/2025 (Nederlands)
- PAPIEREN versie ICF, versie 2.0 dd. 11/03/2025 (Nederlands)

Categorie: Vragenlijsten
- Vragenlijst patiënten, versie 1.0 dd. 02/03/2025 (Nederlands)
- Vragenlijst artsen, versie 1.0 dd. 02/03/2025 (Nederlands)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

Voorzitter: Prof. dr. R. Peleman
Secretaris: Dr. L. Goossens

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Prof. dr. G. Van Lancker UZ Gent – klinisch farmacoloog, ♀	Prof. dr. S. Rottey UZ Gent – klinisch farmacoloog, ♀
Prof. dr. D. De Bacquer UGent – statisticus, ♂	Prof. dr. P. Coorevits UGent – statisticus, ♂
Dr. M. Cosyns Extern – huisarts, ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, ♂
Dr. J. Van Elsen Extern – huisarts ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, , ♂
Prof. dr. K. De Groote UZ Gent – kindercardioloog, ♀	Dr. P. De Bruyne UZ Gent – kindergastro-enteroloog, ♀
Prof. dr. W. Notebaert UGent – psycholoog, ♂	Dhr. W. Schrauwen UGent – psycholoog, ♂
Mevr. R. Vrielynck UZ Gent – verpleegkundige, ♀	Mevr. A. Charles UZ Gent – verpleegkundige, ♀
Dhr. C. Demeestere UZ Gent – verpleegkundige, ♂	Dhr. G. De Smet UZ Gent – verpleegkundige, ♂
Apr. K. Kint UZ Gent – apotheker, ♀	Apr. L. Huys UZ Gent – apotheker, ♀
Dhr. B. Vanderhaegen UZ Gent – ethicus, ♂	Dhr. K. Raus UZ Gent – ethicus, ♂
Prof. dr. T. Goffin UGent – jurist, ♂	Mevr. V. Vanscheewijck UGent – jurist, ♀
Mevr. C. Van Caeneghem extern – patiëntenvertegenwoordiger, ♀	Mevr. S. Degroote extern – patiëntenvertegenwoordiger, ♀
Prof. dr. W. Van Biesen UZ Gent – nefroloog, ♂	Dr. A. Beyens UZ Gent – geneticus, ♀
Prof. dr. R. Peleman UZ Gent – internist en pneumoloog, ♂	Dr. L. Goossens UZ Gent – neonatoloog, ♀
Dr. T. Martens UZ Gent – hartchirurg, ♂	Prof. dr. H. Eker UZ Gent – algemeen en hepatobiliair chirurg, ♂
Dr. L. Dhaenens UZ Gent – fertiliteitsarts, ♀	Dr. I. Dehaene UZ Gent – verloskundige, ♀
Dr. R. Van Der Looven UZ Gent – kinderrevalidatie, ♀	Dr. M. Neckebroek UZ Gent – anesthesist, ♀
Dr. E. Schoentjes UZ Gent – kinder- en jeugdpsychiater, ♂	Prof. dr. K. Dhondt UZ Gent – kinder- en jeugdpsychiater, ♀

Bijlage 3a: Aandachtspunten

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de Verklaring van Helsinki, het Oviedoverdrag inzake Mensenrechten en Biogeneeskunde en alle toepasselijke wet- en regelgeving.

Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker om ervoor te zorgen dat elk lid van het onderzoeksteam over een geldig GCP-certificaat beschikt.

De ICH-GCP vereist dat jaarlijks een voortgangsrapport aan de CME wordt verstrekt, tenzij het onderzoek binnen het jaar wordt beëindigd.

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker en de promotor van dit onderzoek voor het waarborgen van de privacy van de persoons- en patiëntgegevens in contacten met patiënten en bij het inkijken van patiëntgegevens, inclusief de correcte omgang hiermee door medewerkers en studenten. De hoofdonderzoeker/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet betreffende de patiëntenrechten van 06/02/2024, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

Het is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever om ervoor te zorgen dat eventueel vertaalde documenten conform zijn met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Alvorens het onderzoeksproject kan starten, vereist dergelijk onderzoek ook een positief advies van het Federaal Comité voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro.

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer, de reglementen van de wet van 19 december 2008 en het koninklijk besluit van 9 januari 2018 betreffende de biobanken.

De hoofdonderzoeker dient erover te waken dat publicaties, rapporten voor de overheid, enz. steeds het eigen standpunt betreffende de resultaten van dit onderzoek weergeven.

U wordt eraan herinnerd dat met betrekking tot klinische onderzoeken elke waargenomen ernstige gebeurtenis onmiddellijk moet worden gemeld aan de sponsor en de ethische commissie, zelfs als het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk is.

De CME bevestigt dat in geval van belangenverstrengeling betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. De opdrachtgever blijft verantwoordelijk voor het onderzoek.

De CME verwacht dat de sponsor bij een volgende indiening rekening houdt met haar huidige opmerkingen.

De goedkeuring van de CME voor een specifiek project is een jaar geldig. Wij verzoeken u om ons te informeren als het onderzoek niet wordt opgestart, binnen een jaar na goedkeuring.

Tot slot verzoeken wij u om de (voortijdige of geplande) beëindiging van het onderzoek binnen de wettelijke termijnen te melden en het Clinical Study Report (CSR) aan de CME te bezorgen.

Annex 3b: Points of concern

This project falls within the scope of the law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person.

The EC confirms that it works in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the Declaration of Helsinki, the Convention on Human Rights and Biomedicine and all applicable laws and regulations.

It is the responsibility of the principal investigator to make sure that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The ICH-GCP requires that a progress report be provided annually to the CME unless the study is terminated within the first year.

The EC emphasises that it is the responsibility of the principal investigator and the promotor of this study to safeguard the privacy of the personal and patient data during contacts with patients and when consulting patient data, including the correct handling thereof by employees and students. The principal investigator/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with the applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian the Law on the Rights of the Patient of 06/02/2024, and the policy of the institution where the research is carried out.

It is the responsibility of the sponsor to make sure that any translated documents comply with the Dutch documents.

In vitro research on embryos is covered by the law of 11 May 2003. Before the research project can start, such research also requires a positive advice from the Federal Committee for medical and scientific research on embryos in-vitro.

Please take into account the hospital's regulations concerning tissue management, the regulations of the law of 19 December 2008, and the Royal Decree of 9 January 2018 concerning the biobanks.

The principal investigator must ensure that publications, government reports, etc. always reflect his or her own position regarding the results of this research.

With regard to clinical trials, any observed serious event should be immediately reported to the sponsor and ethics committee, even if the causal relationship to the study is unclear.

The EC confirms that in the event of a conflict of interest, members involved will not participate in the vote on the study.

The EC's favourable advice does not imply that it assumes responsibility for the planned study. The sponsor remains responsible for the study.

The EC expects the sponsor to take its current comments into account in any future submission.

The EC approval for a specific project is valid for one year. We request that you inform us if the study is not initiated within the first year after approval.

Finally, we request that you report the (early or planned) termination of the study within the legal deadlines and provide the Clinical Study Report (CSR) to the EC.

Bijlage 5: overzicht statistische analyses

Overzicht statistische analyses

Onderstaand overzicht geeft per analysetype weer welke variabelen werden onderzocht, welke statistische test werd gebruikt en met welk doel.

1. Beschrijvende statistiek

Variabele	Populatie	Maat/rapportage	Doel
Leeftijd	Patiënten + artsen	Gemiddelde ± SD; mediaan; minimum–maximum	Beschrijving van de steekproef
Jaren actief als arts	Artsen	Gemiddelde ± SD	Beschrijving van de professionele achtergrond
Geslacht	Patiënten + artsen	Frequentie en percentage	Beschrijving van de steekproef
Verhoogde tegemoetkoming	Patiënten	Frequentie en percentage	Beschrijving van sociaaleconomische kenmerken
Type praktijk	Artsen	Frequentie en percentage	Beschrijving van de praktijkcontext
Professionele titel	Artsen	Frequentie en percentage	Beschrijving van de artsenpopulatie
Titel als esthetisch arts	Artsen	Frequentie en percentage	Beschrijving van ervaring/opleiding
Kennis, ervaring, bereidheid en overige ja/nee-vragen	Patiënten + artsen	Frequentie en percentage	Beschrijving van kennis, ervaring en attitudes
Likert-items en samengestelde attitudeschalen	Patiënten	Gemiddelde, SD, minimum–maximum; frequentieverdeling waar relevant	Beschrijving van attitudes
Frequentie van uitgevoerde esthetische behandelingen	Artsen	Frequentie per behandeling	Beschrijving van huidige praktijkvoering

2. Schaalconstructie en interne consistentie

Schaal	Aantal items	Analyse	Doel
Algemene attitudeschaal	4 items	Cronbach's α	Interne consistentie van de algemene houding
Injectietherapieën	7 items	Cronbach's α	Interne consistentie van de attitude t.a.v. injectietherapieën
Huidverbeterende/-verjongende behandelingen	7 items	Cronbach's α	Interne consistentie van de attitude t.a.v. huidbehandelingen
Haartransplantatie	7 items	Cronbach's α	Interne consistentie van de attitude t.a.v. haartransplantatie
Vertrouwen in de huisarts	3 items	Cronbach's α	Interne consistentie van de vertrouwensschaal
Gepercipieerde bekwaamheid/competentie	3 items	Cronbach's α	Interne consistentie van de competentieschaal

Negatief geformuleerde Likert-items werden omgekeerd gecodeerd volgens 6 – oorspronkelijke score. Bij voldoende interne consistentie werd een gemiddelde schaalscore berekend. In de methode werd $\alpha \geq 0{,}70$ als aanvaardbare interne consistentie beschouwd.

3. Chi-kwadraattoets en Fisher's exact test

Onafhankelijke variabele	Uitkomstvariabele	Test	Onderzoeksvraag/doel
Geslacht patiënt	Bereidheid tot toekomstige behandeling door huisarts	Chi-kwadraat	Nagaan of bereidheid verschilt volgens geslacht
Leeftijdscategorie patiënt (<45 vs ≥45 jaar)	Bereidheid tot toekomstige behandeling	Chi-kwadraat	Nagaan of bereidheid verschilt volgens leeftijd
Verhoogde tegemoetkoming	Bereidheid tot toekomstige behandeling	Fisher's exact	Nagaan of sociaaleconomische status samenhangt met bereidheid
Eerdere esthetische behandeling bij specialist	Bereidheid tot toekomstige behandeling	Fisher's exact	Nagaan of eerdere ervaring samenhangt met bereidheid
Kennis dat huisarts esthetische behandelingen kan uitvoeren	Bereidheid tot toekomstige behandeling	Fisher's exact	Nagaan of voorkennis samenhangt met bereidheid
Geslacht patiënt	Eerdere esthetische behandeling bij specialist	Fisher's exact	Nagaan of eerdere ervaring verschilt volgens geslacht
Geslacht arts	Bereidheid om behandelingen in de toekomst aan te bieden	Chi-kwadraat	Nagaan of bereidheid verschilt volgens geslacht
Actieve patiëntenvraag	Bereidheid om behandelingen in de toekomst aan te bieden	Chi-kwadraat	Nagaan of patiëntenvraag samenhangt met toekomstige bereidheid
Reeds behandelingen aanbieden	Toekomstige bereidheid	Fisher's exact	Nagaan of huidige uitvoering samenhangt met toekomstige bereidheid
Reeds behandelingen aanbieden	Behandelingen passen binnen werkterrein huisarts	Fisher's exact	Nagaan of huidige uitvoering samenhangt met perceptie van de plaats binnen de huisartspraktijk
Reeds behandelingen aanbieden	Bedenkingen bij aanbieden	Fisher's exact	Nagaan of huidige uitvoering samenhangt met bedenkingen
Bijkomende opleiding gevolgd	Toekomstige bereidheid	Chi-kwadraat	Nagaan of bijscholing samenhangt met toekomstige bereidheid
Bijkomende opleiding gevolgd	Past binnen werkterrein huisarts	Chi-kwadraat	Nagaan of bijscholing samenhangt met deze perceptie
Bijkomende opleiding gevolgd	Bedenkingen bij aanbieden	Chi-kwadraat	Nagaan of bijscholing samenhangt met bedenkingen
Titel als esthetisch arts	Toekomstige bereidheid	Fisher-Freeman-Halton exact	Nagaan of titel samenhangt met toekomstige bereidheid
Professionele titel (basisarts/huisarts/HAIO)	Toekomstige bereidheid	Fisher-Freeman-Halton exact	Nagaan of titel samenhangt met toekomstige bereidheid
Praktijktype	Toekomstige bereidheid	Fisher-Freeman-Halton exact	Nagaan of praktijktype samenhangt met toekomstige bereidheid
Ervaren bevoegdheid	Toekomstige bereidheid / werkterrein / bedenkingen	Chi-kwadraat	Toetsen van de hypothesen rond ervaren bevoegdheid
Ervaren bekwaamheid	Toekomstige bereidheid / werkterrein / bedenkingen	Chi-kwadraat	Toetsen van de hypothesen rond ervaren bekwaamheid
Bijkomende opleiding	Ervaren bevoegdheid / ervaren bekwaamheid	Chi-kwadraat	Nagaan of opleiding samenhangt met ervaren bevoegdheid/bekwaamheid
Bedenkingen	Toekomstige bereidheid	Fisher's exact	Nagaan of ethische/praktische bedenkingen samenhangen met bereidheid
Perceptie 'past binnen werkterrein'	Toekomstige bereidheid	Fisher's exact	Nagaan of perceptie van de plaats binnen de huisartspraktijk samenhangt met bereidheid
Verwachte invloed op arts-patiëntrelatie	Toekomstige bereidheid	Fisher-Freeman-Halton exact	Nagaan of verwachte impact op de arts-patiëntrelatie samenhangt met bereidheid

4. Mann-Whitney U-test

Afhankelijke/te vergelijken variabele	Groeperingsvariabele	Doel
Algemene attitudeschaal	Bereid vs. niet bereid tot toekomstige behandeling	Vergelijken van algemene attitude tussen beide groepen
Injectietherapieën	Bereid vs. niet bereid	Vergelijken van behandelingsspecifieke attitude
Huidverbeterende behandelingen	Bereid vs. niet bereid	Vergelijken van behandelingsspecifieke attitude
Haartransplantatie	Bereid vs. niet bereid	Vergelijken van behandelingsspecifieke attitude
Algemene attitudeschaal	Geslacht patiënt	Nagaan of algemene attitude verschilt volgens geslacht
Algemene attitudeschaal	Verhoogde tegemoetkoming	Nagaan of algemene attitude verschilt volgens sociaaleconomische status
Injectietherapieën	Geslacht patiënt	Nagaan of attitude t.a.v. injecties verschilt volgens geslacht
Huidverbeterende behandelingen	Geslacht patiënt	Nagaan of attitude t.a.v. huidbehandelingen verschilt volgens geslacht
Stelling vertrouwen in huisarts voor injectietherapieën	Eerdere esthetische behandeling bij specialist	Nagaan of eerdere ervaring samenhangt met vertrouwen
Stelling schrik dat sneller iets misgaat bij huisarts	Eerdere esthetische behandeling bij specialist	Nagaan of eerdere specialistische ervaring samenhangt met bezorgdheid
Stelling 'huisarts is goedkoper dan specialist'	Verhoogde tegemoetkoming	Nagaan of prijsperceptie verschilt volgens sociaaleconomische status
Bereidheid om behandelingen in de toekomst aan te bieden	Leeftijd arts	Vergelijken van leeftijd tussen artsen met/zonder toekomstige bereidheid
Bereidheid om behandelingen in de toekomst aan te bieden	Jaren actief als arts	Vergelijken van professionele ervaring tussen beide groepen

5. Spearman-rangcorrelatie

Variabelen	Populatie	Doel
Algemene attitudeschaal ↔ injectietherapieën	Patiënten	Nagaan of attitudeschalen samenhangen
Algemene attitudeschaal ↔ huidverbetering	Patiënten	Nagaan of attitudeschalen samenhangen
Algemene attitudeschaal ↔ haartransplantatie	Patiënten	Nagaan of attitudeschalen samenhangen
Injectietherapieën ↔ huidverbetering	Patiënten	Nagaan of behandelingsspecifieke attitudes samenhangen
Injectietherapieën ↔ haartransplantatie	Patiënten	Nagaan of behandelingsspecifieke attitudes samenhangen
Huidverbetering ↔ haartransplantatie	Patiënten	Nagaan of behandelingsspecifieke attitudes samenhangen
Vertrouwensschaal ↔ algemene attitudeschaal	Patiënten	Nagaan of vertrouwen samenhangt met algemene attitude
Competentieschaal ↔ algemene attitudeschaal	Patiënten	Nagaan of gepercipieerde bekwaamheid samenhangt met algemene attitude

6. Friedman-test en post-hoc Wilcoxon signed-rank tests

De drie behandelingsspecifieke attitudeschalen bij patiënten werden als gepaarde metingen met elkaar vergeleken.

Vergelijking	Test	Doel	Correctie
Injectietherapieën vs. huidverbeterende/-verjongende behandelingen	Wilcoxon signed-rank	Post-hoc na significante Friedman-test	Bonferroni-correctie
Injectietherapieën vs. haartransplantatie	Wilcoxon signed-rank	Post-hoc na significante Friedman-test	Bonferroni-correctie
Huidverbeterende/-verjongende behandelingen vs. haartransplantatie	Wilcoxon signed-rank	Post-hoc na significante Friedman-test	Bonferroni-correctie

De globale vergelijking werd uitgevoerd met de Friedman-test; bij een significant resultaat werden de drie gepaarde post-hocvergelijkingen uitgevoerd met Wilcoxon signed-rank tests en Bonferroni-correctie.

7. Binaire logistische regressie

Afhankelijke variabele	Onafhankelijke variabelen	Doel	Rapportage
Bereidheid patiënt om zich in de toekomst door de huisarts te laten behandelen	Leeftijd, geslacht, verhoogde tegemoetkoming, eerdere esthetische behandeling bij specialist, kennis van het aanbod en algemene attitudeschaal	Identificeren van onafhankelijke voorspellers van toekomstige bereidheid	OR, 95%-BI, p-waarde; model χ^2, Nagelkerke R^2 en classificatie
Bereidheid arts om in de toekomst niet-heelkundige esthetische behandelingen aan te bieden	Bijkomende opleiding; actieve patiëntenvraag	Identificeren van onafhankelijke professionele voorspellers van toekomstige bereidheid	OR, 95%-BI, p-waarde; model χ^2, Hosmer-Lemeshow, Nagelkerke R^2

Bij de patiëntenanalyse werden de behandelingsspecifieke attitudeschalen niet afzonderlijk opgenomen in het multivariabele model, omdat deze een vergelijkbaar onderliggend construct meten en multicollineariteit werd vermeden.

8. Analyses zonder formele statistische vergelijking

Onderdeel	Analysemethode	Toelichting
Patiënten- versus artsenperspectief	Descriptieve en interpretatieve vergelijking	De vragenlijsten waren doelgroepspecifiek en niet volledig vergelijkbaar; daarom werden geen formele statistische toetsen tussen beide populaties uitgevoerd.
Open vragen patiënten	Inductieve thematische analyse	Open antwoorden werden gegroepeerd in terugkerende thema's en beschrijvend weergegeven.
Open vragen artsen	Inductieve thematische analyse	Open antwoorden werden gegroepeerd in thematische categorieën; meerdere antwoorden per respondent waren mogelijk.