



# De taak en functie van de huisarts: Wat patiënten denken en huisartsen doen

De Wilde Anke

Promotor: Prof. Dr. De Lepeleire Jan, KULeuven

Praktijkopleider: Dr. De Wilde Kristien

Master of Family Medicine  
Masterproef Huisartsgeneeskunde

<b>1</b>	<b>ABSTRACT</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>DANKWOORD</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>LITERATUUR</b>	<b>7</b>
4.1	<b>Onderzoeksvragen: Dienstverlening in de huisartsenpraktijk</b>	<b>7</b>
4.2	<b>Methode</b>	<b>7</b>
4.3	<b>Zoekresultaten</b>	<b>8</b>
4.3.1	Bestaat er een definitie voor huisartsgeneeskunde?	8
4.3.2	Welke diensten moet een huisarts standaard aanbieden aan zijn patiënten?	11
4.3.3	Welke technische prestaties oefenen huisartsen uit?	14
4.3.4	Hoe frequent worden technische prestaties uitgeoefend in de praktijk?	15
4.3.5	Waarom worden bepaalde (technische) prestaties niet uitgeoefend door huisartsen? [5]	16
4.3.6	Wat is het gedrag van de patiënt? Met welke problemen richt hij zich tot de huisarts, en waarmee gaat hij naar de specialist of een spoeddienst? Waarom verkiest de patiënt om een specialist of spoed te consulteren en niet zijn huisarts?	16
4.3.7	Wat zijn de verwachtingen van een patiënt naar zijn huisarts toe?	16
<b>5</b>	<b>HET PRAKTIJKPROJECT</b>	<b>17</b>
5.1	<b>Doel van het praktijkproject</b>	<b>17</b>
5.2	<b>Opstelling van het praktijkproject: Materiaal en methode</b>	<b>17</b>
5.2.1	Inventarisering van de uitgevoerde verrichtingen per huisarts.	18
5.2.2	Kwantificering van uitgevoerde verrichtingen per huisarts	18
5.2.3	Peiling naar het gedrag en het verwachtingspatroon van de patiënt.	19
5.3	<b>Resultaten</b>	<b>19</b>
5.3.1	Inventarisering van de uitgevoerde verrichtingen per huisarts.	19
5.3.2	Kwantificering van uitgevoerde verrichtingen per huisarts	20
5.3.3	Peiling naar het gedrag en het verwachtingspatroon van de patiënt	21
5.4	<b>Discussie</b>	<b>26</b>
5.4.1	Beperkingen van het project.	26
5.4.2	Bespreking resultaten van het project	27
5.4.3	Evaluatie	30

<b>6</b>	<b>BESLUIT</b>	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>TABELLEN</b>	<b>35</b>
7.1	Tabel 1: Top 20 technische prestaties huisartsen (LTD3 ó 2010: cijfers op totaal van 1876 huisartsen aangesloten bij LTD3)	35
7.2	Tabel 2: Percentage huisartsen dat een verrichting uitvoert (op een totaal van 10 HA)	36
7.3	Tabel 3: Aantal huisartsen dat een specifieke reden opgeeft waarom een verrichting niet wordt uitgevoerd in de praktijk	37
7.4	Tabel 4: Aantal verrichtingen uitgevoerd in de loop van 1 maand tijd	38
7.5	Tabel 5: Aantal patiënten dat voor een probleem huisarts-specialist of spoed consulteert, percentueel uitgedrukt	39
7.6	Tabel 6: Invloed van het geslacht van de patiënt: Aantal patiënten dat zijn huisarts consulteert, percentueel uitgedrukt	40
7.7	Tabel 7: Invloed van de leeftijd van de patiënt: Aantal patiënten dat zijn huisarts consulteert, percentueel uitgedrukt	41
7.8	Tabel 8: Invloed van het geslacht van de arts: Aantal patiënten dat zijn huisarts consulteert, percentueel uitgedrukt	42
7.9	Tabel 9: Redenen waarom patiënten een specialist consulteren: Absolute aantallen	43
7.10	Tabel 10: Redenen waarom patiënten een specialist consulteren: Absolute aantallen (vervolg)	44
7.11	Tabel 11: Redenen waarom patiënten spoed consulteren: Absolute aantallen	45
<b>8</b>	<b>REFERENTIES</b>	<b>46</b>
<b>9</b>	<b>BIJLAGEN</b>	<b>47</b>
9.1	Bijlage 1: Vragenlijst huisartsen	47
9.2	Bijlage 2: Vragenlijst patiënten	49
9.3	Bijlage 3 ó Registratie prestaties gedurende 1 maand	51

## 1 Abstract

Haio: Dr. Anke DE WILDE  
Katholieke Universiteit Leuven  
Promotor: Prof. Dr. Jan DE LEPELEIRE  
Praktijkopleider: Dr. Kristien DE WILDE

**Inleiding:** Hoewel er op Europees vlak een definitie bestaat voor huisartsgeneeskunde, en op Belgisch vlak een basistakenpakket voor de huisartsenpraktijk is opgesteld, is de invulling hiervan in de praktijk niet eenduidig. Ook voor patiënten is het niet steeds duidelijk met welke problemen zij zich tot hun huisarts kunnen richten, en waarmee zij zich tot spoed of een specialist moeten richten, wat leidt tot een overconsumptie.

**Onderzoeksvragen:** Welke diensten bieden huisartsen aan in de praktijk en hoe frequent worden technische prestaties uitgeoefend? Waarom wordt een technische prestatie niet uitgeoefend door de huisarts? Met welke problemen richten patiënten zich tot spoed of de specialist en wat is hun motivatie hiertoe?

**Methode:** Door middel van een vragenlijst werd bij huisartsen in de gemeente Beveren nagegaan welke diensten zij aanbieden aan hun patiënten en hoe frequent dit gebeurt in de loop van 1 maand tijd. Gelijkzeitig werd ook bij de patiënten door middel van een enquête gevraagd met welke problemen zij zich tot hun huisarts wenden en waarmee zij naar een specialist of de spoeddienst gaan. Indien zij verkiezen om naar een specialist of de spoeddienst te gaan werd tevens naar hun motivatie gevraagd.

**Resultaten:** In totaal werden resultaten verkegen uit 10 huisartsenpraktijken en 219 patiënten. Alle nagevraagde taken werden door een meerderheid van de huisartsen uitgevoerd. Enige uitzondering was de plaatsing van spiraaltjes en behandeling van baarmoederhalsletsels. Patiënten verkiezen om de gynaecoloog, orthopedist, dermatoloog en pediater te consulteren voor specifieke problemen. Ook voor traumata verkiezen patiënten om naar de spoeddienst te gaan. Motivatie hiervoor zijn de ervaring van deze artsen en het idee dat het om specialistische problemen gaat.

**Conclusie:** Voor pre-operatieve onderzoeken, kleine heelkundige ingrepen, diabetesbegeleiding en rookstopbegeleiding zal de meerderheid van de patiënten hun huisarts consulteren. Daarentegen geven patiënten er de voorkeur aan om de gynaecoloog, orthopedist, dermatoloog en pediater te consulteren, ook al biedt hun huisarts deze zorgen ook aan. De belangrijkste motivatie hiervoor is het idee dat het om specialistische problemen gaat en de ervaring die deze artsen hebben.

## **2 Dankwoord**

Eerst en vooral wens ik mijn praktijkopleider en collega dr. De Wilde Kristien te bedanken voor het aanreiken van het onderwerp, het geven van tips bij het denkproces van dit project en de introductie in de huisartsenkring van Beveren. Zonder haar medewerking was dit werk niet tot stand kunnen komen.

Daarnaast wil ik ook Prof. Dr. De Lepeleire bedanken voor de begeleiding, informatie en inbreng die hij gedurende deze 2 jaar heeft gegeven. Onder zijn sturende supervisie ben ik begonnen aan deze (mana)masterproef. Wanneer ik de controle en het zicht op het geheel (weer) een beetje uit het oog was verloren, bracht hij me terug naar meer structuur.

Ook de huisartsen van de gemeente Beveren wens ik te bedanken voor hun medewerking aan dit project. Enkele zeer gemotiveerde artsen bezorgden me voldoende gegevens om de volgende resultaten te kunnen weergeven. Door hun enthousiasme konden ook hun patiënten gemotiveerd worden tot het invullen van de enquêtes.

Een speciale dank gaat ook uit naar Lore De Raeve van de tarificatiedienst LTD3. Zij maakte mogelijk wat voor het RIZIV onmogelijk was.

Ik wens hier ook de gelegenheid te nemen om mijn ouders te bedanken. Dankzij hen kreeg ik de mogelijkheid om de negen jaar huisartsenopleiding te volgen.

Joren wens ik speciaal te bedanken voor de eerste hulp bij computerproblemen en voor het opvangen van acute stressmomenten.

Als laatste dank ik Marie. Zij was mijn zonnetje in donkerdere dagen.

### **3 Inleiding**

De huisartsengeneeskunde is nog een jonge medische discipline, waarbij het opmerkelijk is dat het meer dan 25 jaar geduurd heeft vooraleer formeel met het uitschrijven van haar takenpakket werd begonnen. Dit takenpakket voor de huisartsenpraktijk [1], opgesteld in 2001, schetst alle taken waarvoor een huisartsenpraktijk in Vlaanderen door de bevolking kan aangesproken worden. Het gaat hier echter om een algemene, ruime omschrijving waarbij huisartsen op een vrije manier kunnen invullen in welke mate taken uit dit takenpakket worden uitgeoefend.

Nu, tien jaar later, is het belangrijk om eens stil te staan bij de evolutie die heeft plaatsgevonden sinds het opstellen van dit basistakenpakket.

Er werd reeds een eerste toetsing gedaan bij Vlaamse huisartsen over hun bevindingen van het basistakenpakket, maar hoe denken zij daarover tien jaar later?

Maar niet minder belangrijk is de plaats van de patiënt, door zijn toenemende autonomie. Wat is zijn mening over dit basistakenpakket? Weet de individuele patiënt wel met welke problemen hij zich tot zijn huisarts kan wenden? Wil hij zich wel tot de huisarts wenden met specifieke problemen, of verkiest hij eerder specialistische zorg, die in België goed toegankelijk is?

In mijn thesis wens ik aan de hand van een lokaal project een beter zicht te krijgen op het profiel van de huisarts, en het gedrag en de verwachtingen van de patiënt. Zoals beschreven door de WONCA (zie figuur 1) blijkt dat de taken van de huisarts in de verschillende Europese lidstaten mee bepaald worden door het aanwezige gezondheidssysteem en de behoefte en vragen van de patiënt. Kan op basis van de verkregen resultaten een betere efficiëntie verkregen worden van het gezondheidszorgsysteem? Vormt de huidige opleiding een goede basis voor de vorming van huisartsen?

Ik koos voor dit thema omdat het hier gaat om één van de essentiële verschillen tussen specialistische geneeskunde en huisartseneeskunde: Een huisarts beschikt over de mogelijkheden om een ruime waaier van diensten aan te bieden. Waarom worden

vaardigheden, aangeleerd tijdens de opleiding, niet uitgeoefend in de praktijk? Welke rol speelt de patiënt hierin en wat zijn zijn verwachtingen naar de huisarts toe?

## **4 Literatuur**

### **4.1 Onderzoeksvragen: Dienstverlening in de huisartsenpraktijk**

Om de doelstelling te bereiken werd in de literatuur gefocust op een aantal vragen.

1. Bestaat er een definitie voor huisartsgeneeskunde?
2. Welke diensten dient een huisarts standaard aan te bieden aan zijn patiënten?
3. Welke (technische) prestaties oefenen huisartsen uit?
4. Hoe frequent worden technische prestaties uitgeoefend in de praktijk?
5. Waarom worden bepaalde technische prestaties niet uitgeoefend door huisartsen?
6. Wat is het gedrag van de patiënt?
7. Met welke problemen richt de patiënt zich tot de huisarts, en waarmee gaat hij naar de specialist of een spoeddienst?
8. Waarom verkiest de patiënt om een specialist of spoed te consulteren en niet zijn huisarts?
9. Wat zijn de verwachtingen van een patiënt naar zijn huisarts toe?

### **4.2 Methode**

Met behulp van de ovid zoekmachine werd via de CEBAM website een medline-search gedaan. Daarbij werd gebruik gemaakt van MeSH termen (Medical Subject Heading Terms). Met verschillende combinaties van de zoektermen 'job description/legislation & jurisprudence', 'family physicians', 'key features', 'definition', 'patient satisfaction', 'preference', 'emergency service', 'hospital' en 'self-referrals' konden enkele van bovenstaande vragen beantwoord worden.

Ook is er via de websites van Domus Medica en het NHG (Nederlands huisartsengenootschap) gezocht naar een definitie van huisartsgeneeskunde en de inhoud van het basistakenpakket voor de huisarts. Ook via 'snowballing' werd verdergezocht naar andere interessante artikels.

Om de zoekopdracht te vervolledigen werd ook via de zoekmachine van google gezocht.

Voor cijfergegevens werd navraag gedaan bij het RIZIV, doch hier werd slechts beperkte

respons gekregen. Wel werden cijfergegevens verkregen over technische prestaties bij huisartsen vanuit de tarificatiedienst LTD3.

### 4.3 Zoekresultaten

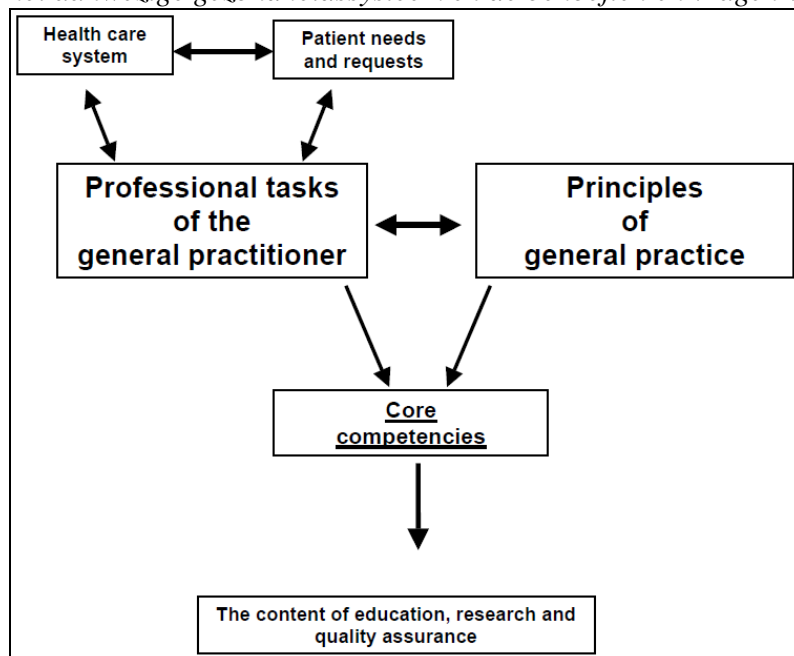
#### 4.3.1 *Bestaat er een definitie voor huisartsgeneeskunde?*

In 2005 werd door de WONCA gestreefd naar een duidelijke omschrijving van de huisarts [2]. Dit om een meer uniforme huisarts op te leiden, die kan functioneren in om het even welke Europese lidstaat

- WONCA: De Europese definitie huisartsgeneeskunde

Huisartsgeneeskunde is een academische en wetenschappelijke discipline met een eigen inhoud zowel van haar opleiding, onderzoek als van haar klinische activiteit. Zij is een klinische specialisatie gericht op eerstelijnszorg. De taken van de huisarts in de verschillende lidstaten worden mee bepaald door het aanwezige gezondheidssysteem en de behoefte en vragen van de patiënt (figuur 1).

*Fig.1: De taken van de huisarts in de verschillende lidstaten worden mee bepaald door het aanwezige gezondheidssysteem en de behoeften en vragen van de patiënt*





### *De specifieke kenmerken van de discipline huisartsgeneeskunde*

#### De huisartsí

- Is normaal het eerste medisch contactpunt binnen de gezondheidszorg, met een open drempelloze toegang voor zijn gebruikers, met een opvang voor alle gezondheidsproblemen ongeacht de leeftijd, sekse, of enig andere eigenschap van de persoon in kwestie.
- Stimuleert het efficiënt gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen door het coördineren van de zorg, in samenwerking met de andere beroepsgroepen in de eerstelijns, door de interactie te sturen met andere specialisten en door de rol van patiënten-coach op te nemen waar nodig.
- Past een persoonsgeoriënteerde benadering toe, gericht op het individu, zijn/haar familie en hun gemeenschap.
- Ontwikkelt een unieke consultatieprocedure, gericht op een langdurige relatie-opbouw, dankzij een effectieve arts-patiënt communicatie.
- Biedt een continue zorg aan over langere tijd, als de patiënt dit nodig heeft.
- Past eigen procedures toe, bepaald door de prevalentie en incidentie van ziekten in de bevolking.
- Pakt tegelijkertijd acute en chronische gezondheidsproblemen van individuele patiënten aan.
- Pakt aandoeningen aan zoals die zich in een vroeg stadium of op een ongedifferentieerde manier aanbieden, wat soms urgente interventie vereist.
- Bevordert gezondheid en welzijn, zowel door adequate als effectieve interventie
- Neemt een eigen/specifieke verantwoordelijkheid op voor de gezondheid van de bevolking
- Benadert gezondheidsproblemen in hun fysieke, psychische, sociale, culturele en existentiële dimensies.

### *De specialisatie huisartsgeneeskunde*

Huisartsen zijn gespecialiseerde artsen die getraind zijn in de basiskenmerken van de discipline. Zij zijn persoonsgeoriënteerde artsen, in de eerste plaats verantwoordelijk voor het aanbieden van globale en continue zorg aan ieder individu dat medische hulp

zoekt, ongeacht ras, sekse of aandoening. Zij integreren in de zorg voor individuen de context van hun familie, hun gemeenschap en hun cultuur, met uitgesproken respect voor de autonomie van de patiënt. Zij erkennen eveneens een professionele verantwoordelijkheid te dragen naar de gemeenschap. Tijdens het aktiegericht onderhandelen met hun patiënten integreren zij fysieke, psychische, sociale, culturele en existentiële factoren, daarbij gebruik makend van de kennis en het vertrouwen dat voortspruit uit herhaalde contacten. Huisartsen beoefenen hun professionele rol door gezondheid te bevorderen, ziekte te voorkomen en genezing, zorg en palliatie aan te bieden. Dit doen ze zowel direct of via de diensten van anderen, naargelang de gezondheidsnoden en de beschikbare middelen van de gemeenschap die ze dienen. Waar nodig staan ze de verantwoordelijkheid in het verwerven en onderhouden van de eigen vaardigheden, het persoonlijk evenwicht en waarden als basis voor effectieve en betrouwbare patiëntenzorg.

*De essentiële vakbekwaamheden van de huisarts.*

De definitie van de discipline huisartsgeneeskunde en van de specialisatie moet leiden tot de essentiële vakbekwaamheden van de huisarts. Essentieel betekent hier behorend bij de discipline, ongeacht het gezondheidszorgsysteem waarin ze toegepast worden.

- De elf specifieke kenmerken / centrale karakteristieken die de discipline definiëren hebben betrekking op de elf deskundigheden (bekwaamheden) die elke specialist huisarts zou moeten beheersen. Ze kunnen geclusterd worden tot zes essentiële bekwaamheden:
  1. Eerstelijnsopvang
  2. Persoonsgeoriënteerde benadering
  3. Specifieke probleemoplossende vaardigheden
  4. Geïntegreerde aanpak
  5. Bevolkingsoriëntatie
  6. Holistische benadering

- In de praktijkuitoefening zal de huisarts deze essentiële bekwaamheden toepassen op drie onderscheiden gebieden:
  1. De klinische taken
  2. De communicatie met patiënten
  3. Het beheer van de praktijk
  
- Als een persoonsgeoriënteerde wetenschappelijke discipline, moeten er drie achtergrondkenmerken als fundamentele basiselementen beschouwd worden:
  1. Het contextuele: het steeds gebruik maken van de context van de persoon, de familie, de gemeenschap en hun cultuur
  2. De attitude: het gebruiken van de eigen persoonlijke mogelijkheden, waarden en ethische principes als arts
  3. Het wetenschappelijke: een kritische en op research gebaseerde aanpak van de praktijk aannemen en dit onderhouden door levenslang leren en kwaliteitsbevordering.

De intense verwevenheid van de essentiële bekwaamheden, de toepassingsgebieden en de basiselementen karakteriseert de discipline en onderlijnt de complexiteit van de specialiteit.

Het is deze complexe relatie die de onderling verbanden agenda's voor opleiding, research en kwaliteitsbevordering zou moeten bepalen en er in terug gevonden worden.

#### 4.3.2 *Welke diensten moet een huisarts standaard aanbieden aan zijn patiënten?*

In januari 1989 werd een eerste poging ondernomen om een Nederlandse standaard [3] te ontwikkelen om zo een concrete invulling van het vak 'huisarts' te beschrijven. Het resultaat voldeed echter niet aan de verwachtingen.

Om deze verwachtingen in te lossen werd het 'minimaal gegarandeerd dienstenpakket' [4] ontwikkeld. Dit omschreef de taken die minimaal door de huisarts dienden opgenomen te worden, waarbij de huisarts individueel nog extra taken op zich kon nemen naar eigen interesse. Er werd echter duidelijk dat heel wat huisartsen niet alle diensten uit het basispakket verleenden.

In 1998 werd het synthesedocument -Het basistakenpakket voor de huisartsenpraktijk [1] opgesteld. Men wil zo de huisarts een concreet herkenbaar profiel geven tussen de andere hulpverleners. Op die manier kan men met anderen gaan samenwerken en tot werkafspraken komen.

- Het basistakenpakket voor de huisartsgeneeskunde [1]

Een basistakenpakket is het geheel van taken waarvoor huisartsen in Vlaanderen aanspreekbaar zijn door de bevolking. Het basistakenpakket bestaat uit een duidelijke functieomschrijving, concrete taakformuleringen en nodige voorwaarden zonder dewelke de huisarts zijn takenpakket niet kan realiseren.

Het basistakenpakket is het uitgangspunt voor een aangepaste beroepsopleiding tot huisarts, maar ook voor de basisopleiding is het nuttig. Het is het vertrekpunt voor een systeem van kwaliteitsverbetering door permanente vorming. Het is de basis om te komen tot onderhandelingen met de andere hulpverleners over taakafspraken en samenwerkingsakkoorden. Het is een bron van inspiratie voor universitaire centra en wetenschappelijke verenigingen om zinvol wetenschappelijk onderzoek uit te voeren. Het is bruikbaar voor de verzekeraars en mutualiteiten om hun verantwoordelijkheid op te nemen in het aanbieden van aanvullende diensten en zorgpakketten voor hun leden. Het biedt de media een referentiekader aan, waar op zij hun taak in verband met gezondheids promotie beter kunnen afstemmen.

In de internationale huisartsenwereld geldt een algemene consensus dat de huisarts een vijftal functies te vervullen heeft binnen een goed functionerende gezondheidszorg. Deze vijf functies dienen als leidraad voor het formuleren van de concrete taken die de huisarts opneemt en waarvoor hij aanspreekbaar is door de bevolking.

Deze functies zijn:

- De huisarts verleent persoonlijke zorg
- De huisarts verleent integrale zorg
- De huisarts verleent continue zorg
- De huisarts verleent anticiperende zorg
- De huisarts verleent maatschappelijk verantwoorde zorg

Het basistakenpakket is opgebouwd uit twee delen.

Het eerste deel omvat de uitvoerende taken. Dit zijn taken afgeleid van bepaalde categorieën van patiënten. Hierin zitten zeer algemene taken omtrent de hulpverlening bij eender welke klacht die de huisarts aangeboden krijgt:

- Taken afgeleid van bepaalde categorieën: Zuigelingen en peuters, dringende geneeskundige hulpverlening, jeugdgezondheidszorg, zwangerschap en anticonceptie, chronische ziekten, terminale zorg en ouderenzorg.
- Taken afgeleid van het hulpverleningsproces zelf: het consultvoeren, maatschappelijke zorg, continuïteit en integrale zorg, gezins- en levensloopgeneeskunde, anticiperende zorg
- Ondersteunende taken: Samenwerking met andere hulpverleners, de praktijkvoering, navorming en informatiebeheer
- Persoonlijk functioneren: Het persoonlijke functioneren van de huisarts in zijn beroep is het resultaat van drie krachten.
  - De norm die men stelt voor wat een huisarts dient te zijn. Deze norm wordt vooral bepaald door het gezondheidssysteem waarvoor de maatschappij kiest.
  - De invloed van behoeften, gevoelens, ervaringen, waarden en zingevingselementen die bij iedere arts leven.
  - Het grotere maatschappelijke bestel en de culturele context waarbinnen zowel arts als patiënt functioneren. De resultante van deze krachten bepaalt voortdurend het handelen van de arts.

Een vierde factor wordt gevormd door de concrete patiënt in een bepaald arts-patiëntcontact.

Een tweede deel in het basistakenpakket omschrijft de ondersteunende of voorwaardenscheppende taken. Dit zijn ondersteunende taken en taken in verband met persoonlijk functioneren.

- Erkenning door de bevolking
- Erkenning door de andere hulpverleners en partners in de gezondheidszorg
- Informatie aan de bevolking
- Aanbevelingen, concensusstukken en richtlijnen
- Samenwerkingsafspraken
- Praktijkmanagement
- Automatisering
- Organisatie van de huisartsen
- Opleiding en permanente vorming
- Het globaal medisch dossier
- Echelonnering van de gezondheidszorg
- Inschrijving bij de huisartsenpraktijk
- Beleidsondersteuning

#### 4.3.3 *Welke technische prestaties oefenen huisartsen uit?*

In 1999 [5] werd een eerste bevraging gedaan in huisartsenkringen welke taken door hen werden uitgevoerd. Deze taken konden ondergebracht worden in 5 domeinen van de huisartsengeneeskunde: dringende medische hulpverlening, zorg voor zuigelingen en peuters, zwangerschap en anticonceptie, preventie en persoonlijk functioneren van de huisarts. Daaruit blijkt dat er slechts 2 taken zijn die door een ruime meerderheid van de huisartsen nooit of zelden werden uitgevoerd: endotracheaal intuberen en het plaatsen van een spiraaltje. Voor slechts één van de 28 nagevraagde taken bestond geen eenduidigheid: het opvolgen van een hoogrisicozwangerschap in overleg met de gynaecoloog deed 58% nooit of zelden en 42% dikwijls of altijd. Voor de meeste van deze 28 taken ging men akkoord om ze in het takenpakket van de huisarts op te nemen. Betwistbare taken waren zeer duidelijk het endotracheaal intuberen, het in eigen beheer opvolgen van zuigelingen en peuters met gedragsstoornissen, stuipen, orthopedische

problemen, een trauma of met reflux. Voor het opvolgen van hoogrisicozwangerschappen in overleg met de gynaecoloog ging 26% niet akkoord en 11% was er niet mee eens om het opstellen van een risicoprofiel bij alle patiënten in het takenpakket op te nemen.

In een referendum [6] hierop volgend ging 85% van de in groepsverband ondervraagde huisartsen akkoord met het principe van het basistakenpakket en 78% ondersteunde de voorwaarden. Daarnaast waren ook de meeste huisartsen (86%) het eens met de doelstellingen en de inhoud van het basistakenpakket.

Ook uit een telefonenquête [7] blijkt de overgrote meerderheid (92%) zich akkoord te verklaren met het principe van een basistakenpakket.

#### 4.3.4 *Hoe frequent worden technische prestaties uitgeoefend in de praktijk?*

Om hier een correct beeld van te krijgen werd navraag gedaan bij het RIZIV naar het gebruik van nomenclatuurnummers in de huisartsenpraktijk, doch hier werd geen respons op ontvangen. Daarentegen kon via de tarificatiedienst LTD3 wel een lijst (zie tabel 1) verkregen worden met de frequentie van prestaties, aangerekend via de tarificatiedienst, uitgevoerd in de huisartsenpraktijk.

Twee bemerkingen dienen daarbij gemaakt te worden:

- Artsen die weinig frequent technische prestaties doen hebben minder baat bij het gebruik van een tarificatiedienst, en maken hier mogelijk dus geen gebruik van. Dit kan ervoor zorgen dat het beeld dat hier geschetst een vals verhoogd gemiddeld aantal prestaties weergeeft per Vlaamse huisarts.
- Mogelijks rekenen niet alle artsen elke technische prestatie aan via derdebetalersregeling (bijvoorbeeld prestaties met lage kosten zoals urine-onderzoek en uitstrijkje). Wanneer een arts een prestatie slechts occasioneel aanrekent via de tarificatiedienst, kan dit ertoe leiden dat het geschetste beeld een vals verlaagd gemiddeld aantal prestaties weergeeft per Vlaamse huisarts.

Er mag dus niet blindelings vertrouwd worden op deze gegevens.

4.3.5 *Waarom worden bepaalde (technische) prestaties niet uitgeoefend door huisartsen? [5]*

De belangrijkste redenen om een taak niet uit te voeren of niet te willen opnemen in het takenpakket voor de huisarts waren: het ontbreken van de nodige kennis en vaardigheden, het tekortschieten van de opleiding, de vrije toegang van de patiënt tot de tweede lijn, het ontbreken van materiaal, praktijkbouw of praktijkhulp, de opinies, meningen en gewoonten van patiënten en de bevolking in het algemeen, het ontbreken van afspraken voor samenwerking met de eerste en tweede lijn, de wanverhouding tussen tijdsinvestering en financiële vergoeding.

4.3.6 *Wat is het gedrag van de patiënt? Met welke problemen richt hij zich tot de huisarts, en waarmee gaat hij naar de specialist of een spoeddienst? Waarom verkiest de patiënt om een specialist of spoed te consulteren en niet zijn huisarts?*

Redenen die patiënten opgeven waarom ze rechtstreeks naar de spoeddienst gaan (zelfverwijzing waarbij niet eerst naar de huisartsenwachtpost wordt gegaan) zijn de aanwezigheid van geschikte (diagnostische) apparatuur en de overtuiging dat de spoedarts meest geschikt is om het probleem te behandelen [8]. Zelfverwijzing is frequenter bij traumata, leeftijd tussen 15 en 64 jaar, musculoskeletale, cardiovasculaire en respiratoire problemen en bij een grote afstand tot de huisartsenwachtpost. Daarnaast zullen patiënten die een langere wachttijd en een langere reistijd naar de huisartsenwachtpost verwachten, zich sneller tot de spoeddienst wenden.

Er konden geen studies teruggevonden worden die nagaan waarom patiënten een specialist verkiezen in plaats van hun huisarts.

4.3.7 *Wat zijn de verwachtingen van een patiënt naar zijn huisarts toe?*

Huisartsen zijn zich over het algemeen te weinig bewust van wat hun patiënten verwachten. Nochtans is het inlossen van die verwachtingen belangrijk om tevreden patiënten te hebben en te houden. Er is geen studie teruggevonden die weergeeft met welke problemen patiënten zich tot hun huisarts willen richten, met andere woorden, wat patiënten verwachten dat hun huisarts doet. Wel is er een studie uit 2005 [9] naar



algemene verwachtingen van patiënten naar hun huisarts toe. De belangrijkste verwachtingen zijn de behoefte aan geheimhouding van medische gegevens, de behoefte aan uitleg en voldoende tijd, de mogelijkheid om spoedzorg te bieden en een kritisch gebruik van medicatie.

## **5 Het praktijkproject**

### **5.1 Doel van het praktijkproject**

In dit praktijkproject wordt het profiel van de huisartsen in de gemeente Beveren in beeld gebracht. Welke verrichtingen doet een huisarts in Beveren, en hoe positioneert hij zich tegenover andere Vlaamse huisartsen?

Daarnaast wordt ook gepeild naar het gedrag en de verwachtingen van de patiënten, opdat ook een profiel van de patiëntenbevolking in Beveren kan opgesteld worden.

Om het belang van dit profiel in te schatten moet rekening gehouden worden met een aantal specifieke kenmerken van de gemeente Beveren:

- Er is geen spoeddienst aanwezig in Beveren. De dichtst bijzijnde spoeddiensten bevinden zich in Sint-Niklaas (ongeveer 10 km) en Antwerpen.
- In het lokaal ziekenhuis is een dienst radiologie aanwezig, waar een vlotte dienstverlening is. De huisarts heeft dus de mogelijkheid om zijn patiënten door te sturen voor medische beeldvorming en daarna zelf een beleid op te stellen.
- De aanwezigheid van talrijke specialisten. Een aantal van deze specialisten hebben zich gegroepeerd en vormen MediBe: Het medisch centrum Beveren.

### **5.2 Opstelling van het praktijkproject: Materiaal en methode**

Via mail werden de huisartsen in Beveren geïnformeerd over dit project, met vraag naar hun meewerking. Eén maand later werd een herinneringsmail gestuurd naar de artsen die nog geen antwoord gaven.

Het project bestaat uit 3 grote onderdelen.

### 5.2.1 *Inventarisering van de uitgevoerde verrichtingen per huisarts.*

Elke huisarts kreeg een lijst toegestuurd waarbij gepeild werd welke verrichtingen uitgevoerd werden (zie bijlage 1). Deze verrichtingen kunnen geclasseerd worden in een aantal groepen: pre-operatieve onderzoeken, kleine heelkunde, gynecologie, orthopedie, interne geneeskunde en kindergeneeskunde. Indien een specifieke verrichting niet uitgevoerd werd, werd gepeild naar de reden waarom deze niet uitgevoerd werd.

Deze verrichtingen werden geselecteerd omwille van uiteenlopende redenen:

- Handelingen die overlappen met de spoeddienst (vb. hechtingen, aanleggen gipsverband, behandeling van neusbloedingen)
- Verrichtingen die recent een nomenclatuurnummer hebben gekregen (vb. Diabeteszorgtraject, urinesediment, rookstopbegeleiding)
- Handelingen die dreigen te verdwijnen voor de huisarts (vb. zwangerschapsbegeleiding door het afnemen van het aantal thuisbevallingen, kindervaccinaties door K&G en het CLB)
- Handelingen overlappend met toegankelijke specialisten (zoals gynecologen, pediaters en dermatologen).

Daarnaast werd gepeild of de huisartsen nog andere specifieke verrichtingen deden die niet opgenomen werden in de vragenlijst.

Op basis van deze antwoorden werd per praktijk een affiche opgesteld ter informering van de patiënten. Hierop werd op een overzichtelijke manier weergegeven met welke problemen zij zich tot hun huisarts kunnen richten.

### 5.2.2 *Kwantificering van uitgevoerde verrichtingen per huisarts*

Er werd aan de huisartsen gevraagd om gedurende 4 weken te registreren hoe vaak bepaalde verrichtingen uitgevoerd werden (zie bijlage 2). Deze verrichtingen werden geselecteerd op basis van het bestaan van een nomenclatuurnummer. Deze voorwaarde was noodzakelijk opdat achteraf een vergelijking met de gemiddelde vlaamse huisarts mogelijk zou zijn.

### 5.2.3 *Peiling naar het gedrag en het verwachtingspatroon van de patiënt.*

Aangezien de patiënt in de huisartsgeneeskunde centraal staat, werd ook gepeild naar zijn mening en zijn gedrag, en welke verwachtingen hij stelt naar zijn huisarts toe. Via een vrijblijvende vragenlijst (zie bijlage 3) werd gepeild met welke problemen een patiënt zich richt tot zijn huisarts, en met welke problemen hij zich eerder tot een spoedgevallendienst of specialist richt. Indien een patiënt zich niet tot zijn huisarts richt werd ook gepeild naar de motivatie van de patiënt. Daarnaast werd ook via een open vraagstelling gepolst of patiënten specifieke verwachtingen hebben naar de huisarts toe en specifiek ook met betrekking tot beschikbaarheid.

Deze vragenlijst werd achtergelaten in de verschillende wachtkamers van de huisartsen en kon volledig autonoom door de patiënt ingevuld worden. Via affiches werden de patiënten geïnformeerd naar het doel van de enquêtes en mijn MaNaMa-thesis.

## 5.3 **Resultaten**

Via mail werden in totaal 33 huisartsen (26 huisartsenpraktijken, waaronder zes groepspraktijken) aangeschreven in de gemeente Beveren. Na één maand werd een herinnering gestuurd, waarna finaal een positieve respons gekregen werd van tien artsen. Tijdens het verloop van het project hebben 6 van deze tien huisartsen ergens afgehaakt, zodat slechts vier huisartsen aan alle onderdelen van het project hebben meegewerkt. Aangezien het project uit drie grote onderdelen bestaat, was het mogelijk om ook de gegevens te verwerken van huisartsen die niet aan het volledige project hebben deelgenomen.

Om de resultaten zo overzichtelijk mogelijk te houden werden deze zo veel als mogelijk verwerkt in tabellen. Deze tabellen zijn terug te vinden in de bijlagen.

### 5.3.1 *Inventarisering van de uitgevoerde verrichtingen per huisarts.*

In totaal werden resultaten verkregen van 10 huisartsen. 8 van deze huisartsen werken als solist waaronder in 1 praktijk ook een HAIO werkt. Ook de resultaten van 2

groepspraktijken werden verwerkt waaronder ook 1 met een HAIO. In tabel 2 wordt schematisch weergegeven per verrichting hoeveel huisartsen deze uitvoeren.

Hieruit kan besloten worden dat de meeste huisartsen pre-operatieve onderzoeken, orthopedische handelingen, kleine heilkunde, diabetesopvolging, kindergeneeskunde en rookstopbegeleiding doen. Geen enkele huisarts doet urinesedimenten. Ook spirometrie en aderlatingen worden slechts door een minderheid gedaan. Er zit het meeste variatie in de gynaecologische begeleiding. Waar bijna alle huisartsen anticonceptie en ongewenste zwangerschap bespreken alsook uitstrijkjes en zwangerschapsbegeleiding doen, is er slechts een minderheid van de huisartsen die spiraaltes plaatsen en baarmoederhalsletsels behandelen.

Indien de artsen ook andere verrichtingen uitvoerden die niet nagevraagd werden in de enquête, werd hen gevraagd om deze ook te vernoemen. Hierbij is duidelijk dat huisartsen een ruim aanbod in diagnostiek en behandeling bieden aan hun patiënten: Ook laserbehandeling, psychotherapie, RX van perifere ledematen, echografie en rectoscopie werd aangeboden door huisartsen.

Wanneer een verrichting niet werd uitgeoefend werd tevens gevraagd naar de reden daarvoor. Artsen konden deze reden vrijblijvend invullen. (zie tabel 3). Meest opvallende resultaten zijn daarbij het urinesediment dat niet wordt uitgeoefend aangezien het labo als alternatief wordt genomen of een urinestick wordt gebruikt. Voor de plaatsing van een spiraal voelen huisartsen zich onervaren, vinden dit specialistisch of hebben geen aanbod in de praktijk.

### 5.3.2 *Kwantificering van uitgevoerde verrichtingen per huisarts*

In totaal werden hierbij resultaten verkregen van 5 huisartsenpraktijken. Gedurende 1 maand registreerden zij hoe frequent een technische prestatie werd uitgevoerd. (tabel 4). Daarbij hebben 2 huisartsen spontaan ook andere (niet nagevraagde) uitgevoerde technische prestaties geregistreerd. Ter volledigheid zijn deze ook weergegeven. Hieruit blijkt dat de afname van een ECG globaal de meest uitgevoerde technische prestatie is onder de huisartsen. Kleine ingrepen alsook rookstopbegeleiding werden

door de meeste huisartsen wel een aantal keer verricht in een maand tijd, waarbij geen duidelijke verschillen aanwezig waren tussen de verschillende huisartsen.

Duidelijkere verschillen waren wel aanwezig voor afname van uitstrijkjes (0x per maand versus 7x per maand) en aanleggen van gipsverbanden (0 versus 8x per maand).

Enkele prestaties, zoals plaatsing van een spiraal, aderlatingen en spirometrie, werden weinig frequent uitgevoerd, zodat hierover geen uitspraak kan gedaan worden.

Bij de andere verrichtingen die huisartsen spontaan opgaven valt op dat gewrichtspuncties en infiltraties zeer frequent worden uitgevoerd (tot 9x in de loop van 1 maand). Ook valt op dat de extra verrichtingen genoemd door huisarts 3 vooral orthopedische problematiek omvatten. Dit is te verklaren doordat deze huisarts ook als sportarts werkzaam is.

### 5.3.3 *Peiling naar het gedrag en het verwachtingspatroon van de patiënt*

- Het gedrag van de patiënt

Dit is het meest omvangrijke deel van het project. Er werden in totaal 219 patiënten en enquêtes verwerkt van 4 verschillende praktijken. Het aantal enquêtes per praktijk varieerde tussen minimaal 8 en maximaal 114.

In Tabel 5 wordt weergegeven per item hoeveel patiënten zich richten tot respectievelijk huisarts, specialist en spoed, percentueel uitgedrukt.

Er dienen hierbij twee opmerkingen gemaakt worden.

Ten eerste werden niet steeds alle vragen van de enquête ingevuld. Elk item werd gemiddeld door 202 patiënten ingevuld. Het minst ingevulde item is rookstopbegeleiding wat slechts door 175 patiënten werd ingevuld. Mogelijks valt dit te verklaren doordat dit niet van toepassing is bij patiënten die dit item niet invulden en aldus het betreffende veld leeglieten. Bij verwerking van de resultaten en berekening van de percentages werden de niet-ingevulde velden alsook het antwoord -niet van toepassing- niet mee in rekening gebracht.

Ten tweede vulden een aantal patiënten meerdere antwoorden in bij één item. Gemiddeld gebeurde dit bij 1% van de patiënten per item met een maximum van 8% bij het item zwangerschapsbegeleiding. Aangezien dit steeds om kleine aantallen ging, worden deze

niet weergegeven in de tabel. Dit verklaart waarom de som van alle percentages niet steeds 100 is.

Wanneer we de gegevens van tabel 5 bekijken zien we de volgende resultaten:

Voor pre-operatieve onderzoeken zullen de meeste patiënten hun huisarts consulteren, doch voor de afname van een ECG verkiest 37% van de patiënten om een cardioloog te consulteren.

Ook voor kleine ingrepen zal het merendeel van de patiënten hun huisarts consulteren, hoewel hier 3 uitzonderingen genoteerd kunnen worden: Verwijdering van oppervlakkige cysten (25% naar de specialist), wondhechtingen (22% naar de specialist) en nog meer uitgesproken voor beoordeling en biopsiename van geboorteplekken waarbij de helft van de patiënten (48%) een dermatoloog consulteert.

Voor gynaecologische problemen hebben vrouwen een duidelijke voorkeur om de gynaecoloog te consulteren. Enkel voor bespreking van anticonceptie (65%) en bespreking van een ongewenste zwangerschap (49%) zullen vrouwen eerder hun huisarts consulteren.

Ook voor orthopedische problemen worden huisartsen minder frequent geconsulteerd. Dit is meest opvallend voor het aanleggen van gipsverbanden waar 24% zich tot een orthopedist wendt en 20% zich naar de spoedgevallen begeeft.

Bekijken we de internistische problemen, dan geeft 33% van de patiënten aan een endocrinoloog te consulteren voor diabetesbegeleiding en 58% van de patiënten een specialist te consulteren voor een aderlating.

Voor vaccinaties gaan patiënten naar hun huisarts doch 18% verkiest om bij ziekte van het kind om naar de pediater te gaan.

Bijna alle patiënten (98%) laten zich voor rookstop begeleiden door hun huisarts.

De enquête werd ingevuld door 127 vrouwen (58%) en 47 mannen (21%). Van 46 patiënten (21%) is het geslacht ongekend. In tabel 6 wordt een onderscheid gemaakt op basis van het geslacht van de patiënt. Daaruit kan besloten worden dat de keuze voor de huisarts voor beide geslachten meestal gelijklopend is. Uitzondering hierop zijn verwijderen van cysten en aderlatingen, waarbij mannen frequenter hun huisarts consulteren, en vaccinaties en rookstopbegeleiding, waarbij vrouwen frequenter hun huisarts consulteren.

In totaal vulden 160 patiënten hun leeftijd in, variërend tussen 18 en 76 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 44 jaar. Hierbij ligt de gemiddelde leeftijd van de mannen (47 jaar) iets hoger dan bij de vrouwen (42 jaar). In tabel 7 wordt een onderscheid gemaakt op basis van de leeftijd van de patiënt, ingedeeld in een aantal groepen.

Als we kijken naar de pre-operatieve onderzoeken is het zeer opvallend dat 23% van de jongeren (<30 jaar) hun huisarts consulteert in tegenstelling tot 50-plussers die in >70% van de gevallen hun huisarts consulteren. Voor bloedafnames en het invullen van pre-operatieve vragenlijsten zijn geen opmerkelijke verschillen aanwezig tussen de verschillende leeftijdscategorieën.

Bij de kleine ingrepen is er een opvallende trend aanwezig: De zestigers gaan minst frequent naar hun huisarts, waar de 70-plussers globaal gezien meest frequent hun huisarts consulteren. Uitzonderingen hierop zijn behandeling van abcessen en wondhechtingen, waar vooral twintigers spoed of een specialist consulteren.

Voor gynaecologische problemen zijn de meningen zeer uiteenlopend. Waar 70-plussers hun huisarts meest frequent consulteren voor uitstrijkjes, spiraaltjes en behandeling van baarmoederhalsletsels, zijn zij de leeftijdsgroep die hun huisarts minst frequent consulteert voor bespreking van anticonceptie en ongewenste zwangerschappen. Voor zwangerschapsbegeleiding is een duidelijke evolutie zichtbaar in functie van de leeftijd: hoe ouder de patiënt, hoe groter de kans dat de huisarts geconsulteerd wordt.

Als we dan kijken naar de orthopedische problemen consulteren twintigers en dertigers minst frequent hun huisarts, in tegenstelling tot vijftigers en zestigers die meer frequent hun huisarts consulteren.

Voor interne geneeskunde is duidelijk dat jongere patiënten minst frequent hun huisarts consulteren, in tegenstelling tot de 70-plussers die bijna steeds hun huisarts consulteren.

Voor kindergeneeskunde zullen alle 70-plussers hun huisarts consulteren, waar de zestigers minst frequent hun huisarts consulteren.

Voor rookstopbegeleiding zijn het enkel jongere patiënten (twintigers) die terughoudend zijn om hun huisarts te consulteren.

Drie mannelijke en één vrouwelijke huisarts namen deel aan het project. In tabel 8 wordt een onderscheid gemaakt op basis van het geslacht van de arts. De vrouwelijke huisarts werd frequenter geconsulteerd voor gynaecologische problemen dan haar mannelijke collega's. Ook voor het verwijderen van oppervlakkige cysten, behandeling van wratten en molusca, wondhechtingen en ingegroeide teennagels werd zij frequenter geconsulteerd dan haar mannelijke collega's. Mannelijke huisartsen worden daarentegen voor geen enkel van de nagevraagde problemen meer geconsulteerd dan hun vrouwelijke collega.

Twee van de vier deelnemende praktijken fungeren als opleidingspraktijk waar een HAIO werkzaam is. Onderscheid maken op basis van de aan- of afwezigheid van een HAIO geeft hier een vertekend beeld doordat het in de ene praktijk om een vrouwelijke PO gaat waar nog maar recent een HAIO werkzaam is en een groot aantal enquêtes verzameld werd. In de andere praktijk daarentegen gaat het om een mannelijke PO waar reeds langer een HAIO werkzaam is, maar in deze praktijk werden slechts een beperkt aantal enquêtes ingevuld. Wanneer we de vergelijking dus zouden opstellen krijgen we een beeld dat eerder de invloed van het geslacht van de arts weergeeft dan de invloed van de aanwezigheid van een HAIO.

- Redenen waarom een patiënt een specialist of de spoeddienst verkiest

Wanneer een patiënt zich niet tot de huisarts wendt, werd tevens nagevraagd wat de reden was waarom een patiënt eerder spoed of specialist verkoos. Patiënten konden deze reden vrij opgeven, er werden geen keuzemogelijkheden gegeven.



In tabel 9 worden de redenen weergegeven waarom patiënten eerder een specialist consulteren.

Een frequent aangehaalde reden waarom patiënten de specialist consulteren is dat zij denken dat het om specialistische problemen gaat. Dit denken zij over de afname van een ECG, kleine ingrepen (meest opvallend bij biopsienames van geboorteplekken), gynaecologische problemen, orthopedische problemen en internistische problemen.

Daarnaast denken patiënten dat hun huisarts niet over de geschikte apparatuur beschikt voor de afname van een ECG of voor de behandeling van orthopedische problemen.

Daarintegen worden de gynaecoloog en pediaters dikwijls geconsulteerd uit gewoonte.

In tabel 10 worden de redenen weergegeven waarom patiënten zich tot de spoeddienst wenden. Voor een wondhechting wordt de spoeddienst geconsulteerd omwille van beschikbaarheid, kennis van de spoedarts en ernst van het probleem en omwille van de urgentie van het probleem. Voor het aanleggen van een gipsverband beschikt de spoeddienst over betere apparatuur en ook de kennis van de spoedarts en de ernst van het probleem zorgen ervoor dat de patiënt de spoeddienst consulteert.

- Verwachtingen van de patiënt naar zijn huisarts toe

Wat betreft het verwachtingspatroon vulden in totaal 32 patiënten een vrije tekst in met opmerkingen in verband met hun verwachtingen naar de huisarts toe. De belangrijkste verwachtingen zijn een luisterend oor en begrip (7 patiënten), een correcte doorverwijzing zo nodig (6 patiënten), de huisarts moet genoeg tijd hebben (4 patiënten) en zorgen voor een goede begeleiding en advies geven (4 patiënten), en daarnaast ook een vertrouwenspersoon zijn (3 patiënten).

- Specifieke verwachtingen over beschikbaarheid en bereikbaarheid

Specifieke verwachtingen over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisarts werden ingevuld door 20 patiënten. Opvallend daarbij is dat patiënten het belangrijk vinden dat ze niet lang moeten wachten (6 patiënten vragen naar een afsprakensysteem, al dan niet via internet, en een korte wachttijd). Indien patiënten dan toch moeten wachten in de wachtzaal, verlangen 6 patiënten expliciet naar een comfortabele wachttijd met TV, frisse lucht en comfortabele zetels in de wachtzaal. Vier patiënten verwachten ook een

goede beschikbaarheid van hun huisarts maar omschrijven hierbij geen specifieke vraagstelling.

## **5.4 Discussie**

In deze bespreking worden de resultaten van de 3 grote onderdelen op een andere manier bekeken. Hierbij wens ik vooral te kijken of de verschillende onderdelen elkaar aanvullen en in elkaar passen, met andere woorden: Zijn artsen en patiënten op elkaar afgestemd voor de nagevraagde items, en worden de verwachtingen van patiënten ingelost, of loopt de zorgverlening toch nog niet helemaal op wieltjes?

Daarnaast maak ik ook een vergelijking met andere Vlaamse huisartsen. Deze cijfergegevens werden verkregen vanuit de tarificatiedienst LTD3 (Tabel 1).

### *5.4.1 Beperkingen van het project.*

- Slechts een beperkt aantal artsen werkten mee aan het project. Waar 26 huisartsenpraktijken werden aangeschreven, werkten slechts vier huisartsen aan het volledige project mee in al zijn fasen. De resultaten die worden weergegeven zijn dus resultaten van vier gemotiveerde artsen. We mogen er dus niet van uitgaan dat dit een volledig correct beeld geeft van alle huisartsen in de gemeente Beveren.
- De patiëntenenquête konden vrijblijvend ingevuld worden in de wachtzaal van deze vier artsen. Ook hier mag men dus niet veralgemenen naar een algemeen beeld van de Beverse bevolking:
  - Er is reeds een voorselectie: enkel patiënten die naar de huisarts gaan krijgen de gelegenheid om de vragenlijst in te vullen. Patiënten die rechtstreeks naar een spoeddienst of specialist gaan en hun huisarts niet consulteren krijgen dus niet de gelegenheid om de vragenlijst in te vullen. We krijgen dus een selectie van patiënten die een huisarts hebben en deze consulteren.

- De patiënten konden de enquête vrijblijvend invullen. Ook hier is dus reeds een soort selectie van patiënten die gemotiveerd zijn om de enquête in te vullen.
- De scholingsgraad van patiënten werd niet nagevraagd. Er is dan ook geen controle of de vragenlijst ook verstaanbaar genoeg werd opgesteld voor laaggeschoolden. Het is dus ook mogelijk dat ook op dit vlak reeds een selectie gebeurde waarbij laaggeschoolden ondervertegenwoordigd zijn.

#### 5.4.2 *Bespreking resultaten van het project*

- Pre-operatieve onderzoeken

Afname van een ECG.

Alle huisartsen nemen ECG ø af, doch valt op dat slechts 60% van de patiënten voor de afname van een ECG zijn huisarts consulteert. Eén van de redenen hiervoor is dat patiënten opgevolgd worden voor hun probleem bij de cardioloog of doorverwezen worden door de huisarts. Echter meerdere patiënten denken dat hun huisarts niet over de juiste apparatuur beschikt, dat hun huisarts dit niet doet of dat dit te specialistisch is voor een huisarts. Een duidelijke informering van de patiënten zou er dus mogelijks voor kunnen zorgen dat op dit vlak een verschuiving komt van de specialist naar de huisarts toe.

Tijdens de registratieperiode van één maand valt op dat afname van een ECG de meest uitgevoerde verrichting is (6-10 keer per maand). Dit is ook gebleken uit cijfergegevens van de tarificatiedienst LTD3 waarbij in de loop van 2010 13.467 ECGø werden afgenomen door 630 artsen, wat neerkomt op 21 ECGø per huisarts per jaar of ongeveer 1.8 ECGø per maand [9]. De huisartsen in Beveren nemen dus duidelijk frequenter ECGø af dan de gemiddelde vlaamse huisarts.

Bloedafname en invullen van pre-operatieve vragenlijsten

Bloedafnames werden door alle huisartsen gedaan alsook het invullen van pre-operatieve vragenlijsten. Patiënten zijn hier ook goed van op de hoogte en consulteren hiervoor preferentieel hun huisarts.

## Urinesediment

Geen enkele van de deelnemende huisartsen doet urinesedimenten, omdat de voorkeur uitgaat naar labo-onderzoek en urinestick. Dit aspect werd niet specifiek nagevraagd bij patiënten. Microscopisch urine-onderzoek wordt door een beperkt aantal vlaamse artsen uitgevoerd, doch artsen die dit doen, doen dit op regelmatige basis (gemiddeld 59 keer per jaar). Dit is dan ook de vierde meest frequent uitgevoerde technische prestatie door huisartsen [9].

- Kleine ingrepen

Voor de meeste nagevraagde kleine ingrepen (behandeling van wratten, verwijderen van vreemde voorwerpen, wondhechtingen, behandeling van ingegroeide teennagels en abcessen, cryotherapie en behandeling van neusbloedingen) ging de meerderheid (>80%) van de patiënten naar hun huisarts. Deze kleine ingrepen werden ook door meer dan 80% van de huisartsen aangeboden. Er is dus een goede concordantie.

Voor verwijderen van oppervlakkige cysten en behandeling van hemorroiden daarentegen gaat ongeveer een kwart van de patiënten naar de specialist, en voor beoordeling en biopsiename van geboorteplekken loopt dit zelfs op tot de helft van de patiënten. De voornaamste reden is dat patiënten denken dat het hier om specialistische problemen gaat, ook al wordt dit door 70% of meer van de huisartsen gedaan. Er is dus een informering van de patiënten noodzakelijk. Slechts één huisarts geeft aan dat hij beoordeling van geboorteplekken specialistisch vindt.

- Gynaecologie

Op vlak van gynaecologie is het duidelijk dat de patiënten een voorkeur hebben om naar de gynaecoloog te gaan. Enkel voor anticonceptie en bespreking van een ongewenste zwangerschap zal de huisarts frequenter geconsulteerd worden dan de gynaecoloog. Vrouwen vinden dat het ook hier weer gaat om specialistische problemen of gaan eerder uit gewoonte naar de gynaecoloog. Daarentegen willen huisartsen daarnaast ook uitstrijkjes doen (90% van de huisartsen) en zwangerschappen begeleiden (70% van de huisartsen). Het is dus weerom belangrijk om in vraag te stellen waarom vrouwen denken dat het hier om specialistische problemen gaat.

- Orthopedie

Op vlak van orthopedie bieden bijna alle huisartsen de nagevraagde diensten aan, doch patiënten consulteren in een kwart tot de helft van de gevallen de orthopedist (aangezien het volgens de patiënt om specialistische problemen gaat of ze denken dat de arts niet over geschikte apparatuur beschikt) en voor gipsen gaat 20% naar de spoedafdeling (omwille van de ernst van het probleem, de kennis van de spoedarts en de huisarts niet over de geschikte apparatuur zou beschikken).

Patiënten verwachten dat bij traumata radiologische beeldvorming gebeurt aangezien ze denken dat dit steeds noodzakelijk is om te besluiten of gipsen al dan niet nodig is.

- Interne geneeskunde

Hoewel minder bekend, zowel bij huisartsen als bij patiënten, werden aderlatingen specifiek nagevraagd. Patiënten geven hierbij de voorkeur om naar de specialist te gaan, en ook huisartsen vinden dit specialistisch of hebben geen aanbod. Waar echter niet wordt bij stilgestaan is dat men voor een aderlating niet méér ervaring moet hebben dan voor een bloedname, waarbij gebruik gemaakt wordt van een dikke naald en een bloedzakje.

Voor diabetesopvolging geeft een derde van de patiënten er de voorkeur aan om de endocrinoloog te consulteren, doch alle huisartsen begeleiden patiënten met diabetes. Sinds het gebruik van de diabetespas en de start van het diabeteszorgtraject wordt de huisarts zelf aanzien als de hoofdbegeleider van diabetespatiënten zo lang zij maximaal 2 insuline-inspuitingen per dag krijgen. Patiënten moeten dus duidelijker geïnformeerd worden dat ook hun huisarts geschikt is om hun hierbij te begeleiden, en dat dit ook financiële voordelen met zich meebrengt.

- Kindergeneeskunde

Pediateren worden in België dikwijls ook als eerstelijnsartsen aanzien waar de drempel om naar de pediater te gaan en niet naar de huisarts relatief laag ligt. Toch zal in Beveren 74% van de patiënten met hun kind naar de huisarts gaan. Alle huisartsen geven ook aan dat ze kinderziekten behandelen. Ook voor vaccinaties vullen huisartsen en patiënten elkaar aan.

- Rookstopbegeleiding

Voor rookstopbegeleiding zitten patiënten en huisartsen op eenzelfde lijn: patiënten wensen hun huisarts te consulteren en huisartsen bieden dit ook aan aan hun patiënten.

#### 5.4.3 *Evaluatie*

Zoals ook reeds gebleken is uit recente studies trekken patiënten te vaak en dikwijls onterecht naar de specialist [10] en de spoeddienst [11].

Uit de nationale gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat 49% van de nieuwe specialisten contacten gebeurde op initiatief van de patiënt en 35% van de patiënten werd verwezen door de huisarts. Het is de taak van de huisarts om een continue zorg te bieden aan zijn patiënten. Wanneer patiënten op eigen initiatief specialisten consulteren kan de huisarts niet garant staan voor continuïteit in deze zorg.

Rekening houdend met de resultaten verkregen uit deze studie is het duidelijk dat patiënten beter geïnformeerd dienen te worden over de dienstverlening in de huisartsenpraktijk. Dikwijls denken patiënten dat het om specialistische problemen gaat, hoewel het gaat om problemen die ook door de huisarts kunnen behandeld worden.

Het is ook belangrijk om even stil te staan bij de rol van de gynaecoloog.

Veel vrouwen gaan uit gewoonte naar de gynaecoloog. De vraag stelt zich dan ook hoe deze gewoonte ontstaan is, kan deze gewoonte niet omgezet worden de gewoonte om naar de huisarts te gaan? Gynaecologen worden in België dikwijls door patiënten als eerstelijns geneesheren aanzien, waarbij de drempel om naar de gynaecoloog te gaan voor veel vrouwen laag ligt. Er moet dan ook meer duidelijkheid gecreëerd worden wat de plaats van de gynaecoloog in ons gezondheidszorgsysteem is.

Sinds de start van het GMD+ krijgt de huisarts ook de taak om verschillende preventieve acties te coördineren (zoals PAP-smear en borstonderzoek). Hiervoor dient hij over een duidelijk overzicht te beschikken van de gebeurde onderzoeken, echter uit ervaring blijkt dat de communicatie van de gynaecoloog naar de huisarts dikwijls stroef verloopt. Op dit

vlak zou het dan ook beter zijn dat preventief gynaecologisch onderzoek door de huisarts zou gebeuren.

Deze gegevens geven ook stof tot nadenken over de huidige huisartsenopleiding. Als student leer je de vaardigheid om een spiraal te plaatsen. Wat is het nut om dit aan te leren wanneer patiënten hiervoor hun huisarts niet wensen te consulteren? En wanneer er geen aanbod is kan de huisarts geen ervaring opdoen. Zo ontstaat een vicieuze cirkel waarbij ook de stageair dikwijls geen ervaring kan opdoen tijdens stages gynaecologie en huisartsgeneeskunde.

Patiënten trekken ook te vaak en onterecht naar de spoeddienst [11]. Uit een analyse van de gegevens van 2008 blijkt dat 56% van de bezoeken aan de spoed ÷ongerechtvaardigd÷ is, 44% ÷gerechtvaardigd÷. Slechts 28% werd doorverwezen door de huisarts of werd binnengebracht via de ambulance. Uit bovenstaande resultaten blijkt dat patiënten voornamelijk voor traumata naar de spoeddienst gaan aangezien ze medische beeldvorming noodzakelijk achten. We kunnen ons daarbij afvragen wat dan het nut is van een goed klinisch onderzoek en waarom we nog klinische regels leren zoals de Ottawa-rules, als radiologie door de patiënt en dikwijls ook door spoedartsen als de gouden standaard wordt gezien?

Redenen die hier opgegeven worden om de spoeddienst te consulteren zijn onder andere de ervaring en de kennis van de spoedarts. Waar patiënten echter niet bij stilstaan is dat vele spoeddiensten ook bevolkt worden door stageairs (spoeddiensten zijn de ideale plek om te leren hechten). Ervaring en kennis zijn dan ook niet steeds de juiste motivatie om naar de spoeddienst te gaan. Ook zijn veel spoedartsen van opleiding huisarts: De kennis is dan ook vergelijkbaar met de ÷gewone÷ huisarts.

Los daarvan wil ik ook even reflecteren over de ervaring die spoedartsen hebben. Wanneer patiënten zich voor mineure traumata steeds tot de spoeddienst wenden, aangezien de huisarts in hun ogen hier geen ervaring mee heeft, krijgt hij ook niet de kans om ervaring op te bouwen. Dit is dus een vicieuze cirkel!

We kunnen dan ook concluderen dat patiënten niet steeds correct inschatten met welke problemen zij zich tot hun huisarts kunnen wenden. Er moet dan ook duidelijkheid gecreëerd worden in de taakverdeling: Welke problemen behandelt de huisarts en wat is voor de specialist of spoed. In Nederland tracht men reeds aan taakherschikking te doen, waarbij blijkt dat taakherschikking positief is voor de kwaliteit van zorg [12]. Hoewel orthopedisten, pediaters, gynaecologen en dermatologen tweedelijngeneesheren zijn, worden zij door patiënten dikwijls als eerstelijng geconsulteerd. Eén van de oorzaken is het ontbreken van echelonnering in België. Patiënten kunnen op eigen initiatief tweedelijngeneesheren consulteren, waar dit in andere landen meestal niet mogelijk is. Het is dan ook belangrijk om duidelijkheid te creëren wat de positie van huisartsen en specialisten is in ons gezondheidszorgsysteem [13].

Vanuit de WVVH (Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen) werd reeds een campagne opgezet om patiënten te informeren naar de diensten die aangeboden worden in de huisartsenpraktijk. Zij ontwikkelden 3 posters voor specifieke doelgroepen: Als vrouw naar je huisarts, met spoed naar je huisarts en met je kind naar je huisarts. Per poster werd weergegeven met welke problemen de patiënt zich tot zijn huisarts kan richten. Echter deze posters bevonden zich enkel bij huisartsen. Zo werden patiënten die zich rechtstreeks tot een specialist of de spoeddienst wendden niet bereikt.

Wanneer informeringscampagnes zoals deze niet effectief blijken te zijn, hoe kunnen we de patiënt dan wel op een juiste manier informeren en motiveren om zijn huisarts te consulteren?

Ten eerste denk ik dat het belangrijk is dat huisartsen duidelijk maken welke basisverrichtingen door elke huisarts worden uitgeoefend, maar ook dat elke huisarts individueel aangeeft welke extra diensten hij daarboven kan aanbieden. De lijst van basisverrichtingen kan dan via de media verspreid worden onder patiënten, en niet enkel bij huisartsen kenbaar gemaakt worden.

Als we uit gaan van een reeks basisverrichtingen moet natuurlijk stilgestaan worden bij de opleiding die hieraan vooraf gaat. Moet iedereen wel leren hoe een spiraal te plaatsen



en hoe een urinesediment te doen, als achteraf blijkt dat slechts een minderheid van de huisartsen dit in de praktijk doet? Behoren deze acties tot de basisverrichtingen? En wat dan met het ECG, dat niet als basis wordt aangeboden in de opleiding, maar wel de meest frequent uitgevoerde technische prestatie is bij huisartsen? Het kan dan ook belangrijk zijn om de huidige eindtermen huisartsgeneeskunde te herzien.

De sterkte van de huisarts in tegenstelling tot de specialist is dat hij beschikt over een basiskennis van de verschillende mogelijke pathologiën. Wanneer gynaecologie, dermatologie en orthopedie als specialistisch zouden beschouwd worden, leidt dit tot een afstomping van ons beroep als huisarts. Deze vaardigheden dienen dan ook behouden te worden in de eindtermen huisartsgeneeskunde. Een mogelijke oplossing is het aanbieden van keuzetopics of verdiepingsmomenten (voor bijvoorbeeld het urinesediment en het spiraaltje), waarin de geïnteresseerde en gemotiveerde huisartsstudent zich kan verdiepen. Op deze manier kan de student de extra prestaties die hij wenst toe te passen in de praktijk specifieker en meer doelgericht inoefenen.

Ten tweede moet er tijdens weekends en avonddiensten een meer gelijkaardig betalingssysteem ontwikkeld worden voor huisartsen en spoeddiensten. Wanneer de huisarts  $\emptyset$  nachts op huisbezoek komt, betaalt de patiënt onmiddellijk  $\text{p}79.38$ , waarvan hij na tussenkomst van de mutualiteit zelf slechts  $\text{p}26.65$  remgeld betaalt. Daarentegen wanneer de patiënt  $\emptyset$  nachts naar de spoeddienst gaat betaalt hij op dat moment niets. Wanneer hij dan een aantal weken later de ziekenhuisrekening gepresenteerd krijgt, wordt enkel het remgeld gevraagd. Dit geeft voor patiënten dikwijls een foutief beeld dat de huisarts van wacht duur is in vergelijking met de spoeddienst. Een mogelijke oplossing hiervoor is een uitbreiding van het derdebetalerssysteem voor huisartsen of het afschaffen van remgelden bij dringend beroep op de huisarts.

Ten derde is het belangrijk om een goede communicatie, tussen huisartsen en specialisten te verkrijgen. Heden beperkt deze communicatie dikwijls tot casusbesprekingen. Via nieuwsbrieven en lokale overlegmomenten kunnen huisartsen en specialisten op de hoogte gebracht worden van elkaars werkwijze en kunnen behoeften zo op elkaar afgestemd worden. Als positieve voorbeelden hiervan in het waasland kan de

samenwerking met de endocrinologen in het kader van het diabetes zorgtraject en de vlotte samenwerking met de gastro-enterologen (met informering via nieuwsbrieven en eenvoudige aanvraag van coloscopies door de huisarts) aangehaald worden.

## **6 Besluit**

Hoewel er wel een aantal definities zijn voor huisartsgeneeskunde, geeft dit geen concrete duidelijkheid welke diensten een huisarts verricht. Uit deze studie blijkt dat bijna alle nagevraagde prestaties uitgeoefend worden door een meerderheid van de huisartsen. Enige uitzondering hierop vormen de plaatsing van een spiraal en de behandeling van baarmoederhalsletsels. Daarnaast wordt het urinesediment door geen enkele arts uitgevoerd door het alternatief van labo-onderzoek of urinestick.

Bij bevraging van de patiënten blijkt dat zij niet steeds op de hoogte zijn met welke problemen zij zich tot hun huisarts kunnen richten. Voor bloedafnames, pre-operatieve vragenlijsten, kleine heelkundige ingrepen, vaccinaties en rookstopbegeleiding zal een meerderheid van de patiënten zich tot hun huisarts richten.

Daarentegen geven de meeste patiënten voorkeur aan consultatie van de gynecoloog, orthopedist, pediater of dermatoloog voor specifieke problemen. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat de patiënt denkt dat het om een specialistisch probleem gaat en de veronderstelling dat specifieke apparatuur noodzakelijk is. Daarnaast wordt de gynecoloog dikwijls uit gewoonte geconsulteerd.

De spoedafdeling wordt vooral voor orthopedische problemen (traumata) geconsulteerd. De voornaamste redenen hiervoor zijn de ernstinschatting van patiënten, de ervaring die spoedartsen hebben en de veronderstelling dat specifieke apparatuur noodzakelijk is (radiologie). Het is dan ook belangrijk om meer duidelijkheid te creëren voor patiënten maar ook voor zorgverleners onderling: Wat is de plaats van huisartsen, specialisten en spoedafdeling. Op welke manier kan de efficiëntie in ons gezondheidszorgsysteem verhoogd worden, of eenvoudig gezegd: Artsen en patiënten dienen beter op elkaar afgesteld te worden.

## 7 Tabellen

**7.1 Tabel 1: Top 20 technische prestaties huisartsen (LTD3 ó 2010: cijfers op totaal van 1876 huisartsen aangesloten bij LTD3)**

			Aantal	# per uitvoerende HA per jaar
1	475075	ECG met protocol	13,467	21
2	353231	Wegnemen van oppervlakkige tumoren van huid of slijmvliezen	7,268	14
3	353194	Cryotherapie wegens huid- of slijmvliesletsel (per verrichting)	5,131	14
4	114111	Microscopisch urine-onderzoek met telkamer	4,754	59
5	114133	Spirometrie met protocol, flow-volume, tijd-volume	2,483	17
6	114030	Cervicaal uitstrijkje	1,664	7
7	148094	Hechten met draad van andere wonden dan aan het gelaat	1,228	4
8	145316	Taping van de enkel	818	6
9	114015	Aantonen circulatieverschijnselen op basis van dopplereffect	800	21
10	148013	Hechten met draad van wonden aan het gelaat	784	3
11	144712	Verwijderen van niet ingesloten vreemde lichamen pharyx/externe gehoorgang	745	6
12	355530	Slagaderpunctie voor afname, inspuiting, inbrengen katheter	737	246
13	145530	Wegnemen ingegroeide nagel	687	4
14	114155	Spirometrie met bepaling reversibiliteit van luchtwegenobstructie	652	9
15	353216	Cryotherapie wegens huid- of slijmvliesletsel (per volledige behandeling)	531	7
16	145574	Insnijden oppervlakkige phlegmone of anthrax	509	3
17	145272	Ingewikkeld dermatologisch verband voor uitgebreide letsels	502	9
18	297150	Gipstoestel van de onderarm	416	3
19	145250	Dringend voorlopig aanleggen contentietoestel bij fracturen of luxaties	317	4
20	114170	Cervicaal uitstrijkje voor diagnostische of therapeutische follow-up	316	7

**7.2 Tabel 2: Percentage huisartsen dat een verrichting uitvoert (op een totaal van 10 HA)**

<b><u>Verrichtingen</u></b>	<b><u>Percentage uitvoerende huisartsen</u></b>
<b>Pre-operatieve onderzoeken en labo</b>	
Afname van een ECG	100
Bloedafname	100
Urinesediment	0
Invullen pre-operatieve vragenlijst	100
<b>Kleine ingrepen</b>	
Verwijderen van oppervlakkige cysten	100
Behandeling van wratten en mollusca	100
Verwijderen van vreemde voorwerpen	100
Behandeling van hemorroïden	70
Wondhechtingen	100
Behandeling van ingegroeide teennagels	80
Behandeling van een abces	100
Bevriezing van oppervlakkige huidletsels	90
Beoordeling en biopsiename van geboorteplekken	70
Behandeling van neusbloedingen	80
<b>Gynaecologie</b>	
Afname van een uitstrijkje	90
Aanbod en gesprek anticonceptie	100
Plaatsing van een spiraal	30
Zwangerschapsbegeleiding	70
Bespreking ongewenste zwangerschap	100
Behandeling van baarmoederhalsletsels	40
<b>Orthopedie</b>	
Aanleggen van gipsverband	80
Behandeling van peesonstekingen	100
Infiltraties van schouder en knie	100
<b>Interne geneeskunde</b>	
Aderlatingen	50
Diabetesopvolging	100
Spirometrie	20
<b>Kindergeneeskunde</b>	
Vaccinaties	90
Behandeling kinderziekten	100
<b>Begeleiding rookstop</b>	100

**7.3 Tabel 3: Aantal huisartsen dat een specifieke reden opgeeft waarom een verrichting niet wordt uitgevoerd in de praktijk**

	labo	Onervaren	geen aanbod	geen uitrusting	stick	gratis alternatief	Specialistisch	tijdsduur
Urinesediment	5	-	-	-	3	-	-	-
Behandeling van hemorroïden	-	-	-	-	-	-	1	-
Behandeling van ingegroeide teennagels	-	-	-	-	-	-	-	1
Bevriezing van oppervlakkige huidletsels	-	-	-	1	-	-	-	-
Beoordeling en biopsiename van geboorteplekken	-	-	-	-	-	-	1	-
Behandeling van neusbloedingen	-	1	-	-	-	-	-	-
Afname van een uitstrijkje	-	-	1	-	-	-	-	-
Plaatsing van een spiraal	-	2	1	-	-	-	1	-
Zwangerschapsbegeleiding	-	-	1	-	-	-	-	-
Behandeling van baarmoederhalsletsels	-	-	1	-	-	-	1	-
Aanleggen van gipsverband	-	1	-	-	-	-	1	-
Aderlatingen	-	1	2	-	-	1	1	-
Diabetesopvolging	-	-	-	-	-	-	-	-
Spirometrie	-	-	-	1	-	-	-	-
Vaccinaties	-	-	1	-	-	-	-	-

7.4 **Tabel 4: Aantal verrichtingen uitgevoerd in de loop van 1 maand tijd**

	HA 1	HA 2	HA 3	HA 4	HA 5
<b>Pre-operatieve onderzoeken en labo</b>					
Afname van een ECG	7	7	6	10	6
<b>Kleine ingrepen</b>					
Verwijderen van oppervlakkige cysten	5	3	2	2	1
Behandeling van wratten en mollusca	5	2	1	3	-
Verwijderen van vreemde voorwerpen	1	2	-	1	2
Behandeling van hemorroïden	5	2	-	-	-
Wondhechtingen	2	5	-	4	2
Behandeling van ingegroeide teennagels	2	1	-	1	1
Behandeling van een abces	1	2	-	-	1
Bevriezing van oppervlakkige huidletsels	4	4	1	5	-
Behandeling van neusbloedingen	-	1	-	-	-
<b>Gynaecologie</b>					
Afname van een uitstrijkje	7	4	-	2	-
Plaatsing van een spiraal	1	-	-	-	-
<b>Orthopedie</b>					
Aanleggen van gipsverband	1	4	8	-	-
<b>Interne geneeskunde</b>					
Aderlatingen	1	3	-	-	-
Spirometrie	-	-	-	2	-
<b>Begeleiding rookstop</b>	1	3	1	-	1
<b>Andere verrichtingen</b>					
Gewrichtspunctie/infiltratie	-	-	7	9	-
RX perifere gewrichten	-	-	3	-	-
Echo spieren/pezen	-	-	8	-	-
doppler OLM	-	-	1	-	-
Taping	-	-	2	2	-
Verwijderen van oppervlakkige tumoren	-	-	-	5	-
Dichtkleven wonden	-	-	-	2	-
Fluoroscopie	-	-	-	2	-

**7.5 Tabel 5: Aantal patiënten dat voor een probleem huisarts-specialist of spoed consulteert, percentueel uitgedrukt**

	Huisarts	Specialist	spoed
<u>Pre-operatieve onderzoeken</u>			
- Afname van een ECG	60	37	1
- Bloedafname	99	1	0
- Invullen pre-operatieve vragenlijst	85	12	1
<u>Kleine ingrepen</u>			
- Verwijderen van oppervlakkige cysten	73	25	1
- Behandeling van wratten en mollusca	84	14	0
- Verwijderen van vreemde voorwerpen	96	2	1
- Behandeling van hemorrhoiden	77	22	0
- Wondhechtingen	81	2	8
- Behandeling van ingegroeide teennagels	82	15	1
- Behandeling van een abces	87	10	1
- Bevriezing van oppervlakkige huidletsels	80	18	1
- Beoordeling en biopsiename van geboorteplekken	49	48	0
- Behandeling van neusbloedingen	95	3	1
<u>Gynaecologie</u>			
- Afname van een uitstrijkje	42	55	0
- Aanbod en gesprek anticonceptie	65	33	0
- Plaatsing van een spiraal	35	63	2
- Zwangerschapsbegeleiding	38	54	0
- Bespreking ongewenste zwangerschap	49	43	2
- Behandeling van baarmoederhalsletsels	30	66	1
<u>Orthopedie</u>			
- Aanleggen van gipsverband	43	24	20
- Behandeling van peesonstekingen	73	22	1
- Infiltraties van schouder en knie	47	43	1
<u>Interne geneeskunde</u>			
- Aderlatingen	41	58	0
- Diabetesopvolging	61	33	0
<u>Kindergeneeskunde</u>			
- Vaccinaties	84	13	1
- Behandeling kinderziekten	74	18	1
<u>Begeleiding rookstop</u>	94	2	2

**7.6 Tabel 6: Invloed van het geslacht van de patiënt: Aantal patiënten dat zijn huisarts consulteert, percentueel uitgedrukt**

	M	V
<u>Pre-operatieve onderzoeken</u>		
- Afname van een ECG	61	60
- Bloedafname	98	99
- Invullen pre-operatieve vragenlijst	81	87
<u>Kleine ingrepen</u>		
- Verwijderen van oppervlakkige cysten	82	71
- Behandeling van wratten en mollusca	86	83
- Verwijderen van vreemde voorwerpen	98	95
- Behandeling van hemorroïden	77	77
- Wondhechtingen	84	80
- Behandeling van ingegroeide teennagels	86	80
- Behandeling van een abces	90	87
- Bevriezing van oppervlakkige huidletsels	82	80
- Beoordeling en biopsiename van geboorteplekken	48	49
- Behandeling van neusbloedingen	97	94
<u>Orthopedie</u>		
- Aanleggen van gipsverband	38	44
- Behandeling van peesonstekingen	71	73
- Infiltraties van schouder en knie	48	46
<u>Interne geneeskunde</u>		
- Aderlatingen	55	37
- Diabetesopvolging	55	63
<u>Kindergeneeskunde</u>		
- Vaccinaties	72	87
- Behandeling kinderziekten	68	75
<u>Begeleiding rookstop</u>	80	98
Aantal ingevulde formulieren	47	171



**7.7 Tabel 7: Invloed van de leeftijd van de patiënt: Aantal patiënten dat zijn huisarts consulteert, percentueel uitgedrukt**

	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70
<u>Pre-operatieve onderzoeken</u>						
- Afname van een ECG	23	58	52	81	88	71
- Bloedafname	97	100	100	100	94	100
- Invullen pre-operatieve vragenlijst	88	84	83	82	93	100
<u>Kleine ingrepen</u>						
- Verwijderen van oppervlakkige cysten	74	71	77	75	64	100
- Behandeling van wratten en mollusca	88	85	82	76	71	100
- Verwijderen van vreemde voorwerpen	100	97	97	96	92	100
- Behandeling van hemorrhoiden	88	89	87	52	50	100
- Wondhechtingen	56	86	91	81	94	100
- Behandeling van ingegroeide teennagels	84	86	81	80	57	86
- Behandeling van een abces	73	97	75	91	100	100
- Bevriezing van oppervlakkige huidletsels	77	90	76	80	73	88
- Beoordeling en biopsiename van geboorteplekken	42	43	55	39	36	71
- Behandeling van neusbloedingen	91	93	97	96	100	86
<u>Gynaecologie</u>						
- Afname van een uitstrijkje	44	45	44	39	22	80
- Aanbod en gesprek anticonceptie	74	57	68	79	67	50
- Plaatsing van een spiraal	33	38	47	25	33	50
- Zwangerschapsbegeleiding	24	36	35	50	67	50
- Bespreking ongewenste zwangerschap	42	39	67	50	50	50
- Behandeling van baarmoederhalsletsels	24	29	53	23	22	67
<u>Orthopedie</u>						
- Aanleggen van gipsverband	30	48	38	58	54	43
- Behandeling van peesonstekingen	60	68	89	73	87	83
- Infiltraties van schouder en knie	36	27	59	64	36	50
<u>Interne geneeskunde</u>						
- Aderlatingen	21	44	63	45	44	75
- Diabetesopvolging	44	60	55	67	73	100
<u>Kindergeneeskunde</u>						
- Vaccinaties	85	94	81	76	63	100
- Behandeling kinderziekten	67	88	81	57	29	100
<u>Begeleiding rookstop</u>	71	100	100	88	100	-
Aantal ingevulde formulieren	32	37	38	29	16	8

**7.8 Tabel 8: Invloed van het geslacht van de arts: Aantal patiënten dat zijn huisarts consulteert, percentueel uitgedrukt**

	Vrouw	Man
<u>Pre-operatieve onderzoeken</u>		
- Afname van een ECG	62	60
- Bloedafname	100	97
- Invullen pre-operatieve vragenlijst	87	80
<u>Kleine ingrepen</u>		
- Verwijderen van oppervlakkige cysten	83	64
- Behandeling van wratten en mollusca	93	73
- Verwijderen van vreemde voorwerpen	97	95
- Behandeling van hemorroiden	79	72
- Wondhechtingen	87	77
- Behandeling van ingegroeide teennagels	87	75
- Behandeling van een abces	88	85
- Bevriezing van oppervlakkige huidletsels	85	77
- Beoordeling en biopsiename van geboorteplekken	53	45
- Behandeling van neusbloedingen	95	96
<u>Gynaecologie</u>		
- Afname van een uitstrijkje	59	22
- Aanbod en gesprek anticonceptie	80	49
- Plaatsing van een spiraal	52	17
- Zwangerschapsbegeleiding	46	30
- Bespreking ongewenste zwangerschap	55	43
- Behandeling van baarmoederhalsletsels	38	22
<u>Orthopedie</u>		
- Aanleggen van gipsverband	44	45
- Behandeling van peesonstekingen	75	71
- Infiltraties van schouder en knie	47	48
<u>Interne geneeskunde</u>		
- Aderlatingen	42	40
- Diabetesopvolging	64	59
<u>Kindergeneeskunde</u>		
- Vaccinaties	84	84
- Behandeling kinderziekten	78	71
<u>Begeleiding rookstop</u>	92	97
Aantal ingevulde formulieren	114	101

**7.9 Tabel 9: Redenen waarom patiënten een specialist consulteren: Absolute aantallen**

	Specialist: aantal redenen	Doorverwijzing	Gewoonte	In opvolging bij specialist	Apparatuur/RX	Specialistisch probleem	Onaangenaam	Beschikbaarheid/urgentie	Conventie	HA doet dit niet
<b>Pre-operatieve onderzoeken</b>										
- Afname van een ECG	11	1	-	3	2	3	-	-	-	2
- Bloedafname	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Invullen pre-operatieve vragenlijst	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-
<b>Kleine ingrepen</b>										
- Verwijderen van oppervlakkige cysten	6	1	1	-	1	3	-	-	-	-
- Behandeling van wratten en mollusca	7	1	-	-	3	2	-	-	-	1
- Verwijderen van vreemde voorwerpen	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
- Behandeling van hemorroïden	8	2	-	-	1	4	1	-	-	-
- Wondhechtingen	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-
- Behandeling van ingegroeide teennagels	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
- Behandeling van een abces	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-
- Bevriezing van oppervlakkige huidletsels	7	1	1	-	1	4	-	-	-	-
- Beoordeling en biopsiename van geboorteplekken	21	4	1	1	3	12	-	-	-	-
- Behandeling van neusbloedingen	5	1	-	-	1	3	-	-	-	-
<b>Gynaecologie</b>										
- Afname van een uitstrijkje	22	-	10	-	2	10	-	-	-	-
- Aanbod en gesprek anticonceptie	15	-	6	-	2	7	-	-	-	-
- Plaatsing van een spiraal	17	-	6	-	2	9	-	-	-	-
- Zwangerschapsbegeleiding	19	1	7	-	2	9	-	-	-	-
- Bespreking ongewenste zwangerschap	11	-	4	-	1	6	-	-	-	-
- Behandeling van baarmoederhalsletsels	23	2	6	-	2	12	-	-	-	1

7.10 Tabel 10: Redenen waarom patiënten een specialist consulteren:

Absolute aantallen (vervolg)

	Aantal redenen opgegeven	Doorverwijzing	Gewoonte	In opvolging bij specialist	Apparatuur/RX	Specialistisch probleem	Onaangenaam	Beschikbaarheid/urgentie	Conventie	HA doet dit niet
<b>Orthopedie</b>										
- Aanleggen van gipsverband	17	2	-	-	4	9	-	1	-	1
- Behandeling van peesonstekingen	10	2	-	1	3	4	-	-	-	-
- Infiltraties van schouder en knie	13	3	-	-	3	7	-	-	-	-
<b>Interne geneeskunde</b>										
- Aderlatingen	5	-	-	-	1	4	-	-	-	-
- Diabetesopvolging	7	-	-	2	1	3	-	-	1	-
<b>Kindergeneeskunde</b>										
- Vaccinaties	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
- Behandeling kinderziekten	3	-	2	-	-	1	-	-	-	-
<b>Begeleiding Rookstop</b>	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-

7.11 Tabel 11: Redenen waarom patiënten spoed consulteren: Absolute aantallen

	Spoed: Aantal redenen	Tijdstip en Beschikbaarheid	HA doet dit niet	Apparatuur	Kennis en Ernst	hulpverlening	Dringendheid/Snellere hulpverlening	doorverwijzing door HA
<u>Kleine ingrepen</u>								
- Wondhechtingen	12	5	-	-	4	3	-	-
- Behandeling van neusbloedingen	1	1	-	-	-	-	-	-
<u>Orthopedie</u>								
- Aanleggen van gipsverband	21	2	1	10	5	2	1	1

## 8 Referenties

- 1 TAAKGROEP TAAK EN FUNCTIE AFDELING  
KWALITEITSBEVORDERING, WVVH: Het basistakenpakket voor de  
huisartsenpraktijk. *Berchem*, 2001
- 2 WONCA EUROPE. The European Definition of General Practice/Family  
Medicine. *Wonca Europe* 2005
- 3 TIELENS VCL. Standaarden: Het gezicht van de huisarts. *Huisarts Wet*  
1989;32:3
- 4 DE MAESENEER J. Minimaal gegarandeerd dienstenpakket. Taakopvatting van  
huisartsen, een verkennend onderzoek. *Huisarts Nu* 1989;18:255-9
- 5 ADAM L. Voorlopige resultaten basistakenpakket voor de huisarts: bevraging  
van kringen. *UHAK Mededelingen* 1999 (juli/augustus 1999):32-
- 6 Referendum in groepsverband: de UHAK-enquête
- 7 Bevraging van individuele huisartsen: telefoonenquête
- 8 MOLL VAN CHARANTE E., TER RIET G., BINDELS P. Self-referrals to the  
A&E department during out-of-hours: Patientsømotives and characteristics
- 9 DE LEPELEIRE J., CREEMERS M., VAN TICHELT K., VAN LOON H.  
Verwachtingen van patiënten over huisartsengeneeskunde. *Huisarts Nu* februari  
2005;34(1)
- 10 Nationale gezondheidsenquête 2008
- 11 De standaard (04/04/2011): Studie van de socialistische mutualiteit (2008)
- 12 STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID, INSPECTIE VOOR DE  
GEZONDHEIDSZORG: Staat van de gezondheidszorg 2007. Taakherschikking  
blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. *December 2007*
- 13 Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg 11 december 2010

## 9 Bijlagen

### 9.1 Bijlage 1: Vragenlijst huisartsen

Naam Huisarts:  
Solo/Duo/groepspraktijk

Voert u volgende verrichtingen uit en indien neen, waarom niet?

Ja      Neen      Reden

#### Pre-operatieve onderzoeken en labo

	<u>Ja</u>	<u>Neen</u>	<u>Reden</u>
- Afname van een ECG			
- Bloedafname			
- Urinesediment			
- Invullen pre-operatieve vragenlijst			

#### Kleine ingrepen

	<u>Ja</u>	<u>Neen</u>	<u>Reden</u>
- Verwijderen van oppervlakkige cysten			
- Behandeling van wratten en mollusca (waterwratjes)			
- Verwijderen van vreemde voorwerpen (splinters, ijzerschilfers, í )			
- Behandeling van hemorrhoiden			
- Wondhechtingen			
- Behandeling van ingegroeide teennagels			
- Behandeling van een abces			
- Bevriezing van oppervlakkige huidletsels			
- Beoordeling en biopsiename van geboorteplekken			
- Behandeling van neusbloedingen			

### Gynaecologie

- Afname van een uitstrijkje			
- Aanbod en gesprek anticonceptie			
- Plaatsing van een spiraal			
- Zwangerschapsbegeleiding			
- Bespreking ongewenste zwangerschap			
- Behandeling van baarmoederhalsletsels			

### Orthopedie

- Aanleggen van gipsverband			
- Behandeling van peesonstekingen			
- Infiltraties van schouder en knie			

### Interne geneeskunde

- Aderlatingen			
- Diabetesopvolging			

### Kindergeneeskunde

- Vaccinaties			
- Behandeling kinderziekten			

### Begeleiding rookstop

--	--	--	--

Andere uitgevoerde verrichtingen :

Opmerkingen :



## 9.2 Bijlage 2: Vragenlijst patiënten

**Naam Huisarts:**

**Uw gegevens:**

Geslacht

Leeftijd

**Tot wie richt u zich bij volgende problemen? Plaats een kruisje in de gekozen kolom**

Huisarts Specialist Spoed Niet van toepassing Waarom consulteert u specialist of spoed?

Pre-operatieve onderzoeken

- Afnames van een ECG (filmpje van het hart)					
- Bloedafname					
- Invullen pre-operatieve vragenlijst					

Kleine ingrepen

- Verwijderen van oppervlakkige cysten					
- Behandeling van wratten en mollusca (waterwratjes)					
- Verwijderen van vreemde voorwerpen (splinters, í )					
- Behandeling van hemorroïden (aambeien, speen)					
- Wondhechtingen					
- Behandeling van ingegroeide teennagels					
- Behandeling van een abces					
- Bevriezing van oppervlakkige huidletsels					
- Beoordeling en biopsiename van geboorteplekken					
- Behandeling van neusbloedingen					

Gynaecologie

- Afname van een uitstrijkje					
- Aanbod en gesprek anticonceptie					
- Plaatsing van een spiraal					
- Zwangerschapsbegeleiding					
- Bespreking ongewenste zwangerschap					
- Behandeling van baarmoederhalsletsels					

Orthopedie

- Aanleggen van gipsverband					
- Behandeling van peesonstekingen					
- Infiltraties van schouder en knie					

Interne geneeskunde

- Aderlatingen					
- Diabetesopvolging					

Kindergeneeskunde

- Vaccinaties					
- Behandeling kinderziekten					

Begeleiding rookstop

--	--	--	--	--	--

Heeft u nog specifieke verwachtingen naar uw huisarts toe?

Heeft u nog specifieke vragen of verwachtingen met betrekking tot de beschikbaarheid/bereikbaarheid van uw huisarts?

Opmerkingen/Vragen :

### 9.3 Bijlage 3 ó Registratie prestaties gedurende 1 maand

Naam Huisarts:

Registratieperiode (4 weken):

<u>Pre-operatieve onderzoeken</u>	<b>Aantal (Turven)</b>	<b>verrichtingen</b>
- Afname van een ECG		

#### Kleine ingrepen

- Verwijderen van oppervlakkige cysten		
- Behandeling van wratten en mollusca (waterwratjes)		
- Verwijderen van vreemde voorwerpen (splinters, í )		
- Behandeling van hemorroïden (aambeien, speen)		
- Wondhechtingen		
- Behandeling van ingegroeide teennagels		
- Behandeling van een abces		
- Bevriezing van oppervlakkige huidletsels		
- Behandeling van neusbloedingen		

#### Gynaecologie

- Afname van een uitstrijkje		
- Plaatsing van een spiraal		

#### Orthopedie

- Aanleggen van gipsverband		
-----------------------------	--	--

#### Interne geneeskunde

- Aderlatingen		
- Spirometrie		

<u>Begeleiding rookstop</u>		
-----------------------------	--	--

Opmerkingen/Vragen: