# Alsmaar meer eerstelijns gynaecologie belandt in tweede lijn, wat is de mening van de huisarts en de gynaecoloog hierover?

Caproni Davina, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof.Dr. Kristin Hendrickx, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Prof Dr. Yves Jacquemyn, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine 2013

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013

# Abstract

## Alsmaar meer eerstelijns gynaecologie belandt in tweede lijn, wat is de menig van de huisarts en de gynaecoloog hierover?

**Context**: In de opleidingspraktijk waar ik werk is er bijzonder weinig gynaecologische pathologie. Vanuit mijn eigen interesse in deze pathologie vroeg ik mij af of dat in andere praktijken ook zo is en wat de huisarts en de gynaecoloog hierover denken.

**Inleiding**: Er is heel wat gynaecologische pathologie die gerust vanuit de eerste lijn benaderd kan worden. Er zijn hiervoor duidelijke richtlijnen van Domus Medica en het Nederlandse huisartsengenootschap. Als je in deze richtlijnen kijkt naar wat er bij de huisarts kan gebeuren dan zien we toch dat veel patiënten deze stap overslaan en rechtstreeks naar de gynaecoloog gaan. Is er een algemene dalende trend in de huisartsenpraktijk? Vind de huisarts dit erg? Doen ze er iets aan om deze pathologie nog naar zich toe te trekken? Merken gynaecologen een stijging van eerstelijns pathologie in hun praktijk? Zijn ze graag bezig met eerstelijnsproblemen of focussen ze zich liever op tweedelijns pathologie? Vertellen ze tegen patiënten met welke problemen deze ook bij de huisarts terecht kunnen. Wat zijn de meningen over een gezondheidssysteem zoals in Nederland?

**Methode**: In een kwalitatief onderzoek werden semigestructureerde interviews afgenomen bij zes huisartsen en drie interviews bij gynaecologen. De artsen kregen dezelfde vragen, soms wat anders geformuleerd. Elk interview werd anoniem verwerkt. De interviews werden integraal uitgetypt en verwerkt volgens cross-case analyse.

**Resultaten**: Alle deelnemende artsen zijn vrij goed op de hoogte van waar de lijn getrokken wordt tussen eerste en tweede lijn. Huisartsen zien een duidelijke daling in hun gynaecologische consultaties, maar gynaecologen zien geen duidelijke stijging in het aantal eerstelijns consultaties. Ze zijn wel een groot deel van hun tijd bezig met eerstelijns pathologie, maar dit was vroeger ook al zo. Huisartsen zouden graag wat meer gynaecologie zien, maar maken dit niet echt kenbaar in hun eigen praktijk. Twee van de drie deelnemende gynaecologen zou zich liever enkel met tweedelijns problematiek bezig houden, maar er is er maar één die hierover met de patiënten praat. Alle artsen vinden een systeem waar je eerst naar de huisarts voor je naar de specialist gaat wel een veel logischer systeem, maar of zoiets haalbaar is in België is de vraag. Misschien is sleutelen aan de terugbetaling al een goed begin.

**Conclusie:** Dit kwalitatief onderzoek geeft ons informatie. Deze informatie geeft ons een idee geven over de attitude en ervaringen van huisartsen en gynaecologen omtrent eerstelijns pathologie. Er is een algemene dalende trend in de huisartsenpraktijk wat betreft de gynaecologische pathologie. Huisartsen willen dit liever niet en gynaecologen willen zich meer focussen op de tweedelijns pathologie. Indien we deze trend willen omkeren zullen we als huisartsen onze patiënten meer moeten informeren over het kunnen van ‘de huisarts’. Ook gynaecologen kunnen hier een rol is spelen door patiënten te informeren over de problemen waarbij niet per se een gynaecoloog aan te pas hoeft komen. Ook de overheid kan hier een rol spelen, door het terugbetalingssyteem eens te bekijken, maar hier is nader onderzoek voor nodig.



Contact: davintje@hotmail.com

# Inhoud


1. Voorwoord ..... 4
2. Inleiding ..... 5
   2.1. Keuze thema ..... 5
   2.2. Onderzoeksvraag ..... 6
3. Doelstelling ..... 7
4. Methodologie ..... 7
   4.1. Literatuurstudie ..... 7
   4.2. Studiegroep ..... 7
   4.3. Dataverzameling ..... 7
      4.3.1 Rekrutering huisartsen ..... 7
      4.3.2 Rekrutering Gynaecologen ..... 8
   4.4 Analyse ..... 8
5 Resultaten ..... 9
   5.1 Resultaten huisartsen ..... 9
      5.1.1 Beschrijving onderzoekspopulatie ..... 9
      5.1.2 Resultaten analyse ..... 9
         5.1.2.1 Vroeger en nu, hoe denkt de huisarts hierover? ..... 9
         5.1.2.2 Wat is eerstelijns gynaecologie? ..... 11
         5.1.2.3 Bekwaamheid van de huisarts in de gynaecologische pathologie?.. .. 13
         5.1.2.4 Bevallingen ..... 14
         5.1.2.5 Patiëntgebonden factoren ..... 15
         5.1.2.6 Gezondheidssysteem ..... 17
   5.2 Resultaten gynaecologen ..... 19
      5.2.1 Beschrijving onderzoekspopulatie ..... 19
      5.2.2 Resultaten analyse ..... 19
         5.2.2.1 Vroeger en nu, hoe denkt de gynaecoloog hierover? ..... 19
         5.2.2.2 Wat is eerstelijns gynaecologie? ..... 20
         5.2.2.3 Gynaecoloog versus huisarts ..... 21
         5.2.2.4 Bevallingen ..... 22
         5.2.2.5 Patiëntgebonden factoren ..... 23
         5.2.2.6 Gezondheidssysteem ..... 24
6 Discussie ..... 26
   6.1 Onderzoekspopulatie ..... 26
   6.2 Bespreking resultaten ..... 26
   6.3 Beperkingen onderzoek ..... 29
   6.4 Implicaties voor verder onderzoek ..... 30
   6.5 Implicaties voor de praktijk ..... 30
7 Besluit ..... 31
8 Referenties ..... 32
9 Bijlagen ..... 34

# 1. Voorwoord

Het schrijven van deze masterthesis was een hele uitdaging.
Het was voor mij een hele opgave en een weg met heel wat obstakels en tegenslagen.

Bij het schrijven van deze masterthesis  hebben heel wat mensen mij geholpen en ondersteund.

Hierbij wil ik mijn promotor Prof. Dr. Kristin Hendrickx bedanken voor het begrip en de ondersteuning bij het maken van mijn masterproef.

Dank aan mijn co-promotor Prof. Dr. Yves Jacquemyn voor de inspiratie en het nalezen van alle deeltaken.

Ik wil ook graag mijn familie en vrienden bedanken. Niet alleen voor hun steun tijdens dit manama project, maar voor hun onvoorwaardelijke steun en motivatie tijdens mijn volledige studies. Ook wil ik in het bijzonder mijn man Ives bedanken die mij gesteund heeft en de zorg voor onze kinderen op zich heeft genomen tijdens mijn bezigheden voor deze masterthesis.

Tot slot zou ik mijn thesis willen opdragen ter nagedachtenis van mijn papa die altijd in mij geloofd heeft, maar eind 2012 overleed en mijn erkenning als huisarts dus niet meer zal kunnen meemaken.

# 2. Inleiding

## 2.1 Keuze van het thema

Gynaecologie is een brede discipline, waarvan heel wat onderzoeken en behandelingen door de eerste lijn kunnen uitgevoerd worden. Om het onderscheid tussen eerste en tweede lijn te maken heb ik mij gebaseerd op de richtlijnen van Domus Medica en de standaarden van het Nederlandse huisartsengenootschap.

Wat is nu juist eerste lijn, wat verstaan wij daaronder?
Eerstelijnsgezondheidszorg in België is dat segment van de gezondheidszorg waar gebruikers beroep op kunnen doen voor een eerste deskundig advies en behandeling[1]. Hierin is niet alleen de huisarts werkzaam, maar ook de apotheker, kinesist, logopedist, tandarts, verpleegkundige…[1-2] De huisarts is normaal het eerste medisch contactpunt binnen de gezondheidszorg, met een open drempelloze toegang [3]. Wanneer we dit toepassen op de gynaecologie dan krijgen we de volgende omschrijving van eerstelijnsgynaecologie. In de eerste lijn kan de vrouw terecht met alle vragen omtrent hormonale anticonceptie [4-5] ,preconceptieadvies [6] en gedeelde begeleiding van de zwangerschap met de gynaecoloog [7]. De eerste lijn heeft ook een centrale rol in preventie, op het vlak van de gynaecologie spreken we dan over cervixkankerscreening [8], Borstkankerscreening [9] en het navragen van het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen [10]. De behandeling van soa's en vaginale infecties kan perfect in eerste lijn gebeuren, indien complicaties verwijst men best door [11]. Bij cyclusstoornissen of vaginaal bloedverlies [12-13] kan de huisarts zeker de anamnese en de eerste onderzoeken doen, net zoals bij subfertiliteit [14]. Postmenopauzale klachten kunnen ook bij de huisarts besproken en behandeld worden [15]. In Nederland neemt men miskraam [16] ook als eerste lijn, maar vermits de meeste Belgische huisartsen geen echografieapparaat hebben, valt dat hier toch onder tweedelijns gynaecologie.

Ik ben haio in een praktijk met een mannelijke praktijkopleider en een vrouwelijke collega. Vanwege mijn eigen interesse in de gynaecologie vond ik het opvallend dat er zo weinig gynaecologische vragen en pathologieën aanwezig zijn in de huisartsgeneeskunde. Ik nam pas na maanden mijn eerste uitstrijkje af, terwijl mijn praktijkopleider er vroeger dagelijks wel eentje had.

In België is men vrij om te kiezen. Men kan met een gezondheidsvraag of probleem eerst naar de huisarts gaan, maar men kan er ook voor kiezen om rechtstreeks naar de specialist te gaan [17]. Het blijkt dat voor een uitstrijkje vrouwen in 80% van de gevallen voor de gynaecoloog kiest terwijl dit ongetwijfeld de taak van de huisarts is [9]. Als me hier de vergelijking maakt met het Nederlands gezondheidssysteem, dan zien we een groot verschil. De tweede lijn is daar enkel toegankelijk na een doorverwijzing door de eerste lijn [18-19]. Toch blijkt dit de patiënten tevredenheid niet danig te beïnvloeden, vermits Nederland in Eurohealth consumer index op de eerste plaats staat en België op de vijfde plaats [20].

Het is de bedoeling dat de patiënt bij een gezondheidsvraag zich prioritair richt tot de eerste lijn en zo nodig verder wordt verwezen indien het probleem niet in de eerste lijn opgelost kan worden [2]. Het is de taak van de overheid om hier een belangrijke sturende en ondersteunende rol te spelen, en hierdoor een betere afstemming te krijgen in de gezondheidszorg met een goede samenwerking tussen de verschillende disciplines [2].

In een verkennend literatuuronderzoek vond ik enkel studies omtrent de tevredenheid, de verwachtingen en de meningen van patiënten. Er werd nergens gepeild naar de mening en de gedachten van de artsen. Vaak ging het ook om studies die een deeltopic behandelen of de globale eerste lijn, maar niet over de eerstelijns gynaecologie.

## 2.2 Onderzoeksvraag

In de literatuur blijkt dat er al meerdere onderzoeken gedaan zijn naar de mening van patiënten omtrent de keuze tussen huisarts en gynaecoloog, maar nergens werd de mening van de artsen zelf gevraagd.

Vanuit deze ondervinding ontstond het opzet van dit onderzoek met als titel:

Alsmaar meer eerstelijns gynaecologie belandt in tweede lijn, wat is de mening van de huisarts en de gynaecoloog hierover?

# 3. Doelstelling

Met dit onderzoek wil ik peilen naar twee dingen. Ten eerste wil ik nagaan of het verdwijnen van de gynaecologische pathologie een algemene trend is of niet? Merken gynaecologen dit ook?

# 4. Methodologie

Om een inzicht te krijgen in de denkwijze van huisartsen en gynaecologen omtrent dit onderwerp heb ik gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign. De studie werd vooraf goedgekeurd door de commissie voor ethiek van het Universitair ziekenhuis Antwerpen. Alle deelnemers ontvingen duidelijke informatie over het onderzoeksproject. (Bijlage 1 en 2).

## 4.1 Literatuurstudie.

Voor het literatuuronderzoek maakt ik gebruik van de elektronische bibliotheek Cebam. Ik maakte gebruik van de pubmed en ovid databanken. De search verdeelde ik over verschillende thema's zoals eerste lijn, tweede lijn, gynaecologie, gezondheidssysteem, primary care, gynaecologist, specialist, general practictioner, mening, opinion…. Daarnaast bezocht ik de websites van de Belgische en Nederlandse overheid. Ik zocht ook op de website van het interuniversitair centrum voor huisartsenopleiding naar Masterproeven die een toevoeging konden zijn aan mijn literatuurstudie.

## 4.2 Studiegroep

De studiegroep bestaat uit huisartsen en gynaecologen uit de omgeving van de groepspraktijk waar ik werk. Er werd gekozen om evenveel vrouwen als mannen te interviewen en de leeftijd te spreiden.

## 4.3 Dataverzameling

Hiervoor werd gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview. Dit interview bestond uit 10 vragen die ontstaan zijn uit brainstorming. Zowel de huisartsen als gynaecologen kregen dezelfde vragen, sommige vragen werden anders geformuleerd in functie van de arts. (bijlage 3 en 4)

Er werd gekozen om 6 huisartsen en 6 gynaecologen te interviewen.

### 4.3.1 Rekrutering huisartsen

Uit de lijst van de wachtdienst WDwiek werden huisartsen geselecteerd afhankelijk van geslacht en leeftijd. Er werden acht huisartsen gecontacteerd om tot de 6 interviews te komen. De huisartsen werden via mail gecontacteerd. In een eerste mail werd kort het

studieconcept uitgelegd en gevraagd of men wilde deelnemen. In een tweede mail werd een herinnering gestuurd indien er na de eerste mail geen respons kwam.

### 4.3.2 Rekrutering Gynaecologen

Voor de rekrutering van de gynaecologen contacteerde ik gynaecologen uit 4 ziekenhuizen.

Ziekenhuis 1: Hier werd eveneens een mail gestuurd met de korte inhoud van de studie en de vraag of men wilde deelnemen. Daarna werd een herinneringsmail gestuurd indien er geen respons kwam op de eerste mail.

Ziekenhuis 2: Hier werd 1 van de gynaecologen telefonisch gecontacteerd met een korte uitleg over de studie en de vraag naar de eventuele emailadressen. Daarna werd de procedure van ziekenhuis 1 herhaald.

Ziekenhuis 3 en 4: Hier werden de emailadressen van de gynaecologen via de secretaresse verkregen en werd de procedure van ziekenhuis 1 herhaald.

Bij het afnemen van een interview in ziekenhuis 4 werden nog 2 artsen bereid gevonden om deel te nemen, zij werden op vraag een derde keer gemaild voor het maken van een afspraak.

De interviews werden allemaal door de onderzoeker zelf afgenomen. Ze werden op band opgenomen en nadien zorgvuldig uitgetypt.

### 4.3.3 Analyse

De interviews werden verwerkt via cross case analyse.

De analyse bestond uit verschillende fases.

Fase 1: Open coderen (= uiteenrafelen) [21-22]
De interviews werden zorgvuldig gelezen en de belangrijke punten werden aangeduid. Als een idee of mening belangrijk werd geacht voor de onderzoekvraag werd dit fragment gelabeld met een code. Codes zijn een samenvattende notatie voor een tekstfragment, waarin de betekenis van dit fragment wordt uitgedrukt. Het resultaat van open coderen is een codelijst. De codering van het eerste interview gebeurde door de onderzoeker zelf en werd nagelezen door de twee begeleiders. De volgende interviews werden volgens dezelfde codes geanalyseerd, wanneer nog een nieuw fenomeen opdook werd een nieuwe code aan de oorspronkelijke lijst toegevoegd. Zo werden twee afzonderlijke codelijsten geformuleerd. Eén voor de huisartsen en één voor de gynaecologen.

Fase 2: Axiaal coderen [21-22]

Bij axiaal coderen gaan we de codelijst ordenen. Rekening houdend met de onderzoeksvraag werden de codes gegroepeerd. Door de codes te groeperen komt men tot een codeboom. Ook hier is er een afzonderlijke codeboom voor de huisartsen en één voor de gynaecologen.

Fase 3: Selectief coderen [21-22]

Bij selectief coderen staan structuren op de voorgrond. Dit wil zeggen dat er verbanden worden gezocht tussen de hoofdcodes. Er komen een aantal thema's naar voor en de hypotheses worden gerangschikt.

# 5. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de resultaten verkregen door het afnemen van de interviews. De resultaten van de interviews worden in twee delen verdeeld. In een eerste deel worden de resultaten van de huisartsen besproken en in een tweede deel die van de gynaecologen.

## 5.1 Resultaten huisartsen

### 5.1.1 Beschrijving onderzoekspopulatie.

Er werden in totaal 8 huisartsen gecontacteerd om tot de 6 gewenste interviews te komen. Twee huisartsen reageerden niet op de uitnodiging. Er deden drie vrouwen en drie mannen mee. De leeftijd is gespreid tussen 30 en 60 jaar.

### 5.1.2 Resultaten analyse

Na het uitvoeren van fase 1 van de analyse werden 27 codes verkregen (bijlage 5). In fase 2 werden deze 27 codes gerangschikt onder 5 overkoepelende hoofdcodes. Dit noemen we dan een codeboom (bijlage 6). Daarna werd fase 3 uitgevoerd en bekwamen we de volgende resultaten.

#### 5.1.2.1 Vroeger en nu, hoe denkt de huisarts hierover?

a) Aantal gynaecologische consultaties vroeger

Alle huisartsen zijn ervan overtuigd dat ze vroeger veel meer gynaecologische problemen zagen dan nu, in cijfers uitgedrukt , toch een 3 tot 4 keer meer dan nu. Eén huisarts maakt nog een nuance en zegt dat hij vroeger wekelijks enkele uitstrijkjes afnam.

b) Aantal gynaecologische consultaties nu.

De gemiddelde huisarts heeft minder dan 10 gynaecologische problemen per week. Als je het pilvoorschrift ervantussen laat komen ze aan amper 1 à 2 consultaties per week. Dit is amper 1% van hun totale aantal consultaties. Ook hier maakt dezelfde huisarts een nuance en zegt dat hij nu nog amper 10-20 uitstrijkjes per jaar afneemt.

c) Evolutie gynaecologische pathologie

Er is een algemene dalende trend. Twee huisartsen halen aan dat het vooral de jonge vrouwen zijn die direct naar de gynaecoloog gaan. Eén huisarts spreekt over een hype:

> HA 2: *Er is een groot verschil met vroeger, nu ben je in als je direct naar de gynaecoloog gaat… '*

Eén huisarts haalt aan dat de pathologie ook veel simpeler is geworden.

HA 5*: 'Vroeger gingen mensen met ernstige zaken ook naar de huisarts, nu denken ze dat die dat niet meer kan.'*

d) Evolutie huisartsenpraktijk?

Er is één huisarts die een veralgemening maakt.

HA 1: ' *Ik vind dat er een algemene verschraling is van de huisartsgeneeskunde, dit wel het meest op vlak van pediatrie, dermatologie en gynaecologie. Ons werk wordt hierdoor veel monotoner en we gaan naar de chronische patiënt bij de huisarts . Vroeger was ons werk veel gevarieerder en veel acuter'*

e) Meer gynaecologie in de huisartsenpraktijk?

Vijf van de zes huisartsen zeggen hier duidelijk ja op, twee ervan zijn duidelijk geïnteresseerd in de gynaecologische pathologie. Eén is van mening dat de eerste lijn in de eerste lijn moet blijven. De huisarts die aanhaalt dat hij het niet erg vindt dat hij niet veel gynaecologie ziet, zegt dat dit een persoonlijke mening is. Het is te tijdrovend en het boeit hem niet.

5.1.2.2 <u>Wat is 1e lijns gynaecologie?</u>

Wat is nu eerste lijns gynaecologie, wat verstaan huisartsen hieronder?

HA 5: *'Alle problemen waarmee patiënten kunnen komen zijn eigenlijk eerste lijn. Al komen ze maar enkel bij jouw om ze in de juiste richting te sturen in de tweede lijn'*

a) Anticonceptie

Het opstarten van een pil en de pilcontrole worden als een taak van de huisarts aanzien. Eén huisarts vind zelf dat een vervolgvoorschrift van de pil meer 0de lijn is en ook door de praktijkassistente kan gegeven worden. Geen enkele huisarts haalt een ander anticonceptiemiddel aan.

b) Vaginale infecties

Hier wordt onder verstaan alle banale infecties zoals vaginitis, zowel bacterieel als niet bacterieel. Vaginale schimmelinfecties. Soa's. Dyspareunie met of zonder aanwezigheid van

een infectie.  Van het moment dat er complicaties aan te pas komen wordt er vlot naar de tweede lijn doorverwezen.

c) Cervixkankerscreening

Routine-uitstrijkjes behoren zeker tot het takenpakket van de huisarts, ook al denken sommige patiënten dat dit enkel bij de gynaecoloog kan. De communicatie bij de huisarts hieromtrent is ook veel beter. Patiënten kunnen hun huisarts opbellen voor het resultaat. Bij de gynaecoloog is het goed als ze niets horen… Er is één huisarts die geen uitstrijkjes afneemt.

> HA 4:' *Ik doe bijna nooit uitstrijkjes, ik heb liever dat de gynaecoloog dat doet, zo kan er  ineens een echo genomen worden.'*

d) Zwangerschapsbegeleiding

Zwangerschapsbegeleiding is zeker een gedeelde taak, waarbij de drie grote echografieën zeker door de gynaecoloog dienen te gebeuren. Dit zou medico-legaal niet te verantwoorden zijn als je dit al huisarts zelf zou doen. Toch worden huisartsen nog steeds te weinig betrokken bij de zwangerschap van hun patiënten. Eén huisarts heeft ook zelf een echotoestel.

e) Borstkankerscreening

Borstkankerscreening wordt door de overheid georganiseerd, maar wordt door de huisartsen gekoppeld aan een klinisch onderzoek. Ook gaat men op zoek naar de vrouwen die eerder gescreend moeten worden door familiale risicofactoren. Als de aanmeldingsklacht een knobbeltje is, kunnen de eerste diagnostische tests door de huisarts gedaan worden. Eén huisarts vindt dat dit eigenlijk in geen enkele lijn thuishoort.

> HA 3*: 'Borstkankerscreening wordt door de overheid georganiseerd, dus dat valt zowel buiten  de eerste als buiten de tweede lijn, wel merk ik dat patiënten steeds eerst naar ons komen als ze iets voelen in de borst.'*

*f)* Postmenopauzale klachten

Patiënten kunnen zeker terecht bij de huisarts met postmenopauzale klachten. Al worden ze niet steeds behandeld. Huisartsen geven vooral voldoende informatie over de waargenomen klachten. Indien nadien nog steeds behandeling gewenst is, starten ze de behandeling meestal zelf. Eén huisarts vind dit topic moeilijk en laat het liever aan de gynaecoloog over.

HA 3:' *De overgang van de pil naar postmenopauzale klachten, vind ik soms toch wat moeilijk. Wanneer patiënten gewoon zijn van naar de gynaecoloog te gaan, dan laat ik dat toch liever aan de gynaecoloog over'*

*g)* Vaginaal bloedverlies/ bloedingsstoornissen

Hier wordt de brede zin van het woord onder verstaan, dit gaat van doorbraakbloedingen, tussentijds bloedverlies en post-coïtaal bloedverlies tot amenorroe. Al deze problemen kunnen in eerste instantie door de huisarts aangepakt worden. Wanneer deze vastzit of een ernstige pathologie zoals een carcinoom ontdekt zal hij doorverwijzen. Eén huisarts zegt hier bijna altijd door te verwijzen.

HA 4: 'Vaginaal bloedverlies ga ik bijna altijd doorverwijzen naar de gynaecoloog. Soms ga ik bij tussentijds bloedverlies wel eerst een aanpassing van de anticonceptie proberen, maar een vaginaal onderzoek zal ik meestal niet doen'

h) Subfertiliteit

Er is slechts één arts die dit onderwerp aanhaalt.

HA 2*: 'Bij subfertiliteit start ik zelf met een anamnese, een bloedafname en een zaadanalyse, de behandeling laat ik wel aan de tweede lijn over'*

5.2.1.3 <u>Bekwaamheid van de huisarts in de gynaecologische pathologie</u>

a) Algemene gynaecologische kennis

De kennis op gynaecologisch vlak is nog voldoende, maar toch wordt er regelmatig iets opgezocht. Dit mede door het minder voorkomen van de pathologie. Toch proberen ze de kennis bij te houden om zo minder snel te moeten doorsturen.

HA 3*: 'Ik probeer mijn kennis steeds bij te schaven door bij patiënten na te lezen welke therapie de gynaecoloog heeft voorgeschreven om zo in de toekomst minder te moeten doorverwijzen'*

*a)* Competentie gynaecologisch onderzoek

Door de jarenlange ervaring is het gynaecologisch onderzoek iets wat in de vingers zit

HA 2: 'Vroeger had ik vooral problemen met het positioneren van de baarmoederhals, over de jaren heen verbetert dit, maar moest er meer routine zijn zou je het veel sneller in je vingers hebben'

Toch heerst er een gevoel dat jonge collega's niet de kans krijgen om hier bedreven in te worden.

> HA 1: *'Jonge collega's krijgen niet altijd de kans om hier bedreven genoeg in te geraken, en dan voel je aan dat ze onzeker zijn. Goed gynaecologisch onderzoek moet je aanleren, volgens mij zorgt deze onzekerheid voor een sneller verwijzen naar de gynaecoloog'*

Eén huisarts voelt zich zeer onzeker door het ontbreken van een echografietoestel.

*b)* Competentie afnemen uitstrijkje

Eens je weet hoe je een uitstrijkje moet afnemen kan je het volgens de deelnemers niet meer verleren, toch is er één huisarts die van mening is dat de kwaliteit beter is indien je er meer zou afnemen.

> HA 2*: 'Door weinig routine heb je soms minder grondige uitstrijkjes en mis je de endocervicale cellen'*

c) Competentie herkennen en behandelen vaginale infecties.

Er is één huisarts die hier specifiek over vertelt. Hij is van mening dat als je een goed anamnese hebt en weet welke vaginale wisser je wanneer gebruikt, je vaginale infecties perfect in eigen beheer kan behandelen.

#### 5.2.1.4 Bevallingen

a) Bevallingen in het ziekenhuis

Indien je als huisarts genoeg ervaring hebt en genoeg bevallingen per jaar doet moet dit zeker kunnen. Geen enkele huisarts is ertegen.

> HA 6: *'Vroeger was dat de regel en hadden we nog veel ervaring, nu vind ik niet dat het nog van deze tijd is omdat huisartsen niet genoeg bevallingen meer doen en daardoor geen expertise genoeg hebben en het is toch een risicovolle bedoening. Indien je er genoeg kan doen en ondersteund door een gynaecoloog zou ik het wel als eerste lijn beschouwen'*

Twee huisartsen zouden het wel nooit meer zelf doen omdat ze er de continue permanentie niet voor over hebben.

HA 5*: 'Bevallingen komen ook op de meest ongepaste uren, als je met een volle wachtzaal zit of 's nachts. Het is een serieuze verantwoordelijkheid. Ik zou adviseren doe dat niet, maar met een echte interesse kan je u binnen de huisartsgeneeskunde specialiseren hierin. Maar dan moet je u behoorlijk bijscholen. Soms ben je dan een halve gynaecoloog zonder de chirurgische vaardigheden'*

*b)* Thuisbevallingen

Thuisbevallingen kunnen niet, ze zijn te risicovol en niet genoeg omkaderd.

c) Bekwaamheid in het doen van bevallingen

Geen enkele huisarts voelt zich nog bekwaam om bevallingen te doen. Dit omdat er een gebrek is aan ervaring. Eén huisarts heeft zelf nog nooit een bevalling gezien. Door het gebrek aan ervaring is het dan ook niet verantwoord om zelf nog bevallingen uit te voeren.

d) Samenwerking met de gynaecoloog

Indien je als huisarts nog bevallingen doet, heb je een goede gynaecoloog nodig die achter je staat. Zodanig dat deze de bevalling kan overnemen indien er iets misloopt of indien er nood is aan een keizersnede. De deelnemers zijn er wel niet van overtuigd dat de gynaecologen van deze tijd nog staan te springen om met de huisarts samen te werken.

HA 1: *'We waren vroeger welgekomen in de ziekenhuizen en die samenwerking verliep vlot. Ik heb een paar keer gehad dat er alarmsymptomen waren en dat ik dan vlot de gynaecoloog kon opbellen. Ik vermoed dat gynaecologen nu te weinig werk zouden hebben moest dit terug meer en meer het geval zijn en ik denk dat de gynaecologen niet staan te wachten op huisartsen die dit gaan overnemen'*

HA 5: '*Je moet een goede backing hebben van een gynaecoloog. Vroeger was dit meer, ik heb de indruk dat dit nu niet meer zo is. We zijn volgens mij niet meer welkom in de ziekenhuizen'*

5.2.1.5 <u>Patiëntgebonden factoren</u>

a) Patiënten kennis over de mogelijkheden van de huisarts

Er is één huisarts die een affiche heeft hangen in de wachtzaal.

HA1: *'Ik heb een echografie, ik vind dit een gemakkelijke toegangspoort naar de gynaecologie en er hangt en affiche in de wachtzaal, jonge vrouwen zijn soms verwonderd als ik zeg dat ik dat ook kan'*

Eén huisarts gaat ervanuit dat patiënten het wel weten en gaat het zeker niet verkondigen. Twee huisartsen zijn van mening dat er nog veel meer campagne gevoerd moet worden en dat we patiënten nog veel meer moeten stimuleren om voor gynaecologische zaken eerst naar de huisarts te komen.

HA 2: *'Nog veel meer op de hoogte stellen. We moeten zelf meer moeite doen! Campagne voeren. Als je het zegt tegen de patiënt antwoorden ze vaak, kan je dat ook? Vooral op uitstrijkjes probeer ik dat wel te doen'*

De overige twee huisartsen zeggen er niks over en doen dat ook heel bewust. De ene voelt zich te onzeker en de andere is absoluut niet geïnteresseerd in de gynaecologische pathologie.

b) Effect van patiënten educatie

De meningen zijn verdeeld twee huisartsen denken dat dit absoluut geen verschil zal maken.

HA 4: *'Ik denk dat dat niet zo veel verschil zou maken, denk dat dat van die hypes zijn die nu bij de mensen leven. Gynaecoloog is in… Denk niet dat wij nog zoveel invloed hebben op de mensen. Patiënten denken ook dat wij dat niet meer kunnen'*

De vier overige zijn er van overtuigd dat we met de juiste informatie wel een verschil kunnen maken en patiënten wel kunnen overtuigen om terug meer naar de huisarts te komen. Eén huisarts is er wel niet van overtuigd of dit een blijvende verschuiving zou geven.

HA 6: *'Ik denk wel dat dit een terugvloei kan veroorzaken, maar ben er niet van overtuigd dat dit blijvend zal zijn. Er is een overaanbod aan gynaecologen en er zitten een heel deel eigenlijk eerstelijns artsen tussen de specialisten als je hun beroepsbezigheden bekijkt'*

5.2.1.6 Gezondheidssysteem

a) Nederlands gezondheidssysteem

Het Nederlands systeem is een veel meer gestructureerd. Met de huisarts als het centrale aanspreekpunt. Er zou veel minder banale pathologie bij de gynaecoloog terechtkomen. Het zou ook besparend werken. Een consultatie aan de huisarts kost minder dan een consultatie aan de gynaecoloog.

> HA 5*: 'Dat zou een enorme besparing opleveren, een heel deel specialisten doen nu huisartsen en verpleegsterwerk. De huisarts heeft daar een meer centrale functie als eerste aanspreekpunt, veel logischer dan hier'*

Misschien is België wat te soepel en Nederland wat te streng en zou iets tussenin ideaal kunnen zijn. Eén huisarts stelt zich wel de vraag of het voor de huisarts zelf zoveel beter is?

> HA 1*: 'Ik vind dit een veel logischer systeem. Waarschijnlijk zelf een beter systeem, maar ik weet niet of dat voor de huisarts beter zou zijn. Uit verhalen blijkt dat dit een hoop administratie oplevert, als iedereen langst u moet passeren en dan komen ze gewoon voor een briefje voor een doorverwijzing'*

b) Invoerbaarheid van dergelijk systeem in België

Alle huisartsen zijn te vinden voor een systeem waar de patiënt eerst langst de huisarts moet passeren, vooral wat de uitstrijkjes betreft vinden ze dat dit wel verplicht bij de huisarts zou mogen zijn. Ze denken wel allemaal dat zo'n systeem in België nogal moeilijk invoerbaar zou zijn omdat dit ten eerste door de lobby van gynaecologen zou worden tegengehouden en ten tweede dat patiënten hier zodanig verwend zijn en als het ware shoppers zijn die zelf willen beslissen naar welke arts ze gaan.

> HA 2*: 'Ik zou voorstander zijn, preventieonderzoek zou verplicht in eerste lijn moeten zijn. Ik denk dat het wel moeilijk door te voeren valt, de specialisten zullen hun inkomen zien dalen, het is ook meer dan de helft van hun werk… Zie het niet gebeuren, jammer genoeg'*

c) Echelonering

Een Nederlands systeem is dan misschien niet haalbaar in België maar een duidelijke echelonering zou een mogelijkheid zijn. Een groter verschil in terugbetaling als je naar de gynaecoloog gaat met een verwijsbriefje van de huisarts. Een tweede mogelijkheid is routine uitstrijkjes en consultaties voor vaginale infecties niet meer terugbetalen bij de gynaecoloog.

HA 1*: 'Ik ben voor een duidelijk echelonering. Consultatie bij de gynaecoloog wel terugbetaald via doorverwijzing van de huisarts, maar niet voor mensen die voor alles tot bij de gynaecoloog lopen. Volgens mij is dit een systeem dat in België gemakkelijk invoerbaar is, de portemonnee is de patiënt zijn gevoeligste plek. Niet meer terugbetalen van uitstrijkjes bij de gynaecoloog is ook een mogelijkheid'*

d) Taak overheid

Het is de taak van de overheid om orde te scheppen in het financiële luik van de consultaties bij de gynaecoloog. Zo zouden ze al een hele besparing teweeg kunnen brengen.

HA 6*: 'Ik vind dat de overheid eerst en vooral eens aan de terugbetaling moet sleutelen en dan niet zoals enkele jaren geleden dat je 1 euro meer terugkreeg na doorverwijzing, maar duidelijke verschillen in remgeld'*

## 5.2 Resultaten Gynaecologen.

### 5.2.1 Beschrijving onderzoekspopulatie

Er werden 2 mannelijke en 1 vrouwelijk gynaecoloog geïnterviewd. De leeftijd lag tussen de 50 en de 60 jaar. In totaal werden er 21 gynaecologen gecontacteerd. Er waren er 3 bereid om mee te werken. De twee gynaecologen die een derde keer gecontacteerd werden omdat ze bereid waren deel te nemen, hebben uiteindelijk toch niet deelgenomen.

### 5.2.2 Resultaten analyse

Na het uitvoeren van fase 1 van de analyse werden 24 codes verkregen (bijlage 7). In fase 2 werden deze 24 codes gerangschikt onder 5 overkoepelende hoofdcodes. Dit noemen we dan een codeboom (bijlage 8). Daarna werd fase 3 uitgevoerd en bekwamen we de volgende resultaten.

#### 5.2.2.1 Vroeger en nu, hoe denkt de gynaecoloog hierover?

a) Aanwezigheid van eerste lijn in de praktijk?

Er is toch heel wat eerste lijn aanwezig in de tweede lijn, veel van de geziene problematiek bij de gynaecoloog kan ook gerust door de huisarts opgelost worden. Eén van de gynaecologen zegt zelf ongeveer 80-90% van de tijd bezig te zijn met eerste lijns problematiek.

b) Uitstrijkjes bij de gynaecoloog

Er zijn zeer veel preventieve consultaties bij de gynaecoloog, veel te veel eigenlijk.

c) Evolutie over de jaren

Eigenlijk ziet geen enkele van de gynaecologen een verschil. Het was vroeger ook al zo dat ze veel eerstelijns problemen moesten oplossen. Er zit geen evolutie in.

> GYN 2*: 'Ik zie hier geen evolutie in, vroeger was dat ook zo. Het is iets verminderd doordat uitstrijkjes maar om de drie jaar zijn en mammografie om de twee jaar door de overheid wordt georganiseerd. Toch zijn er nog veel mensen die staan op een jaarlijks onderzoek, gewoon met echo ter geruststelling, maar eigenlijk is dat niet echt nodig...'*

d) Meer patiënten terug naar de huisarts?

Twee van de drie gynaecologen zouden zich veel liever bezig houden met tweede lijns problematiek en de eerste lijn aan de huisarts over laten. Eén van deze twee gynaecologen vreest wel dat ze dan veel te veel gynaecologen zullen hebben.

> GYN 3: *'Op zich vind ik dat niet erg, maar nu opereer ik één dag en doe ik vier dagen consultatie, ik zou natuurlijk liever vier dagen opereren en één dag raadplegingen doen, maar dan zitten we met een plethora aan gynaecologen en zouden we zonder werk vallen. Als je hele dagen bezig bent met preventieve geneeskunde dan ben je dat op de duur ook beu. Het zou ook wel veel aangenamer zijn als je enkel de pathologie zou zien.'*

De derde gynaecoloog zit er niets mee in dat patiënten direct naar hem toe komen.

> GYN 2: *'Voor mij maakt dat niet zoveel uit. Ik vind dat ze mogen komen ,das gemakkelijk werk. Ik promoot het niet of trek het niet aan, maar als ze komen, mogen ze zeker komen.'*

#### 5.2.2.2 Wat is 1e lijns gynaecologie?

Wat is nu eerste lijns gynaecologie, wat verstaan gynaecologen hieronder?

a) Zwangerschapsbegeleiding

Een zwangerschap is iets waarin gynaecologen en huisartsen in kunnen samenwerken. De drie grote echo's dienen door een gynaecoloog gedaan te worden, maar de tussentijdse controles kunnen gerust door de huisarts. Er is een goede richtlijn van domus medica die gemakkelijk te volgen is.

> GYN 3*:' Veel van de consultaties tijdens de zwangerschap kunnen gerust door de huisarts gedaan worden, al die echo's die nu tussendoor gebeuren puur principieel is dat niet echt nodig. Alhoewel sommige mensen denken dat huisartsen dit niet kunnen.'*

b) Cervixkankerscreening

Het afnemen van uitstrijkjes kan gerust door de huisarts gedaan worden. Eigenlijk is dat ook de taak van de huisarts en niet die van de gynaecoloog.

> GYN 1*: 'Uitstrijkje horen niet thuis in de tweede lijn, wij moeten de abnormale behandelen, daar zijn we voor opgeleid. Ik vind het ook niet normaal als huisartsen naar mij verwijzen om een uitstrijkje af te nemen.'*

c) Borstkankerscreening

Het borstonderzoek en de opvolging van het bevolkingsonderzoek is zeker een taak voor de huisarts. Eigenlijk zijn alle vormen van gynaecologische preventie voor de huisarts.

d) Vaginaal bloedverlies/ bloedingsstoornissen

Een patiënt kan met de klachten van vaginaal bloedverlies of amenorroe zeker eerst naar de huisarts. Deze kan al beginnen met enkele onderzoeken of van anticonceptie veranderen indien het om doorbraakbloedingen gaat. Ook bij post-coïtaal bloedverlies of postmenopauzaal bloedverlies kan de huisarts al beginnen met onder andere het doen van een gynaecologisch onderzoek en het afnemen van een uitstrijkje.

GYN 1*:' Ik vind alle soorten van bloedingsstoornissen oorspronkelijk 1e lijn, maar indien diagnostische tests nodig zijn wordt dit wel tweede lijn.'*

e) Anticonceptie

Het opstarten van de pil en de pilcontrole is iets wat eigenlijk niet zou mogen voorkomen als consultatie bij de gynaecoloog. Sommige patiënten denken onterecht dat ze dan ook steeds een gynaecologisch onderzoek dienen te laten uitvoeren. Geen enkele gynaecoloog haalt een ander anticonceptiemiddel aan.

f) Vaginale infecties/soa's

Als de huisarts een goede opleiding gehad heeft en de verschillende infecties kent, weet hoe hij ze moet diagnosticeren en weet hoe hij ze moet behandelen dan is deze taak zeker voor hem weggelegd.

GYN 1: 'V*aginitis, vaginale infecties, soa's mogen zeker door de huisarts behandeld worden, ik zie niet in waarom wij dit beter zouden kunnen.'*

5.2.2.3 Gynaecoloog versus huisarts.

a) Functie van de gynaecoloog

Een gynaecoloog dient eigenlijk voor de meer gecompliceerde problematiek. De pathologieën die door de huisarts niet opgelost kunnen worden door een gebrek aan de juiste opleiding en middelen.

GYN 1: '*Wij dienen eigenlijk voor de abnormale uitstrijkjes, de colposcopieën en de behandeling, niet voor het afnemen van de uitstrijkjes.'*

GYN3: *'Gecompliceerde pathologie en operaties zijn tweede lijn, niet de preventieve en de andere consultaties'*

b) Bekwaamheid van de huisarts

Gynaecologen schatten de bekwaamheid van de huisarts goed in. Ze vinden dat ze zeker bekwaam genoeg zijn voor alle eerste lijns gynaecologie. Wel benadrukken ze dat de juiste opleiding er moet zijn en een goed gynaecologisch onderzoek steeds dient uitgevoerd te worden.

GYN2: '*Goh ja, dat wel, ik heb daar geen klagen van, als er een doorverwijzing is, dan is het altijd met een hele goede reden en zijn ze mooi geselecteerd, de juiste onderzoeken zijn meestal al uitgevoerd.'*

GYN 3: '*Ja, alles wat eerste lijn is en als ze goed geschoold zijn, want wat ik soms wel zie bij vaginitis, dat veel huisartsen niet eens meer kijken en vaak te snel gyno-daktarin geven.'*

5.2.2.4 Bevallingen

a) Bevallingen door huisartsen in het ziekenhuis?

Dat huisartsen bevallingen in het ziekenhuis doen zie je minder en minder, maar dat wil niet zeggen dat als een huisarts er zich op toelicht dit te doen dat het niet kan. De geïnterviewde gynaecologen zijn zeker niet tegen bevallingen door huisartsen, wel vinden ze dat de huisarts er genoeg per jaar moet uitvoeren om het veilig te kunnen doen.

GYN2*: 'Ik ben te vinden voor bevallingen als huisarts, maar je moet er wel ervaring hebben en er minstens 20-30 per jaar doen. Als je er maar 1-2 per jaar doet, dan heb je het niet.'*

b) Thuisbevallingen

Twee van de drie gynaecologen zijn hier tegen omdat ze vinden dat een thuisbevalling te risicovol is. Indien er iets verkeerd zou lopen heb je daar niet de middelen om het op te lossen. De derde gynaecoloog maakt eigenlijk geen verschil en vind dat dit ook moet kunnen.

GYN 2:*' Ik maak geen verschil tussen bevallingen in het ziekenhuis en thuisbevallingen. Zelf doe ik geen thuisbevallingen, want ik vind dat dat het domein van de huisarts is. Gewone ongecompliceerde zwangeren en als er een goed omkadering is, waarom niet?*'

c) Waarom doen huisartsen nog weinig bevallingen?

Er zijn twee punten die ervoor kunnen zorgen dat huisartsen weinig gemotiveerd zijn om nog bevallingen te doen. Ten eerste zijn de verzekeringspremies even hoog als deze van de gynaecoloog. Dus je moet er als huisarts al een heel deel doen, voor je je verzekering eruit haalt. Een tweede punt is de beschikbaarheid. Willen huisartsen wel continu beschikbaar zijn voor hun zwangere patiënten?

GYN 3:*' Ik denk dat de prijs voor verzekering te hoog is, je moet er al veel doen om het eruit te halen. Ook de beschikbaarheid, als huisarts zijn er niet zoveel die dat praktisch haalbaar zien. Ik denk dat het ook moeilijk organiseerbaar is. Stel je bent als huisarts op huisbezoeken en opeens belt de materniteit, ja u patiënt is binnen kom maar kijken…'*

d) Gynaecoloog als back-up voor de huisarts?

Als je als huisarts bevallingen doet heb je nood aan een gynaecoloog die achter je staat. Zodat je deze kan opbellen indien er iets verkeerd loopt. De geïnterviewde gynaecologen staan zeker open voor zulke samenwerking.

GYN 2*: 'Ik vind het niet erg om de back-up te zijn van de huisarts, ik geef ze de mogelijk de bevalling zelf te doen, indien er iets misloopt dan is de bevalling en het honorarium voor mij. Bij vlotte inducties laat ik de bevalling ook over aan de huisarts.'*

5.2.2.5 Patiëntgebonden factoren

a) Informeren patiënten

Eén gynaecologe zegt regelmatig tegen haar patiënten dat ze met die problemen ook bij de huisarts terecht kunnen. De twee andere zeggen het eigenlijk bijna nooit.

GYN 3*: 'Nee, ik zeg dat niet echt, patiënten aanvaarden dat ook niet echt. Sommige patiënten komen ook eens graag naar de gynaecoloog omdat ze dan nog eens hun verhaal kunnen doen. Ook vinden sommige het raar om het door hun huisarts te laten doen.'*

b) Informeren in verband met zwangerschapsopvolging

Eén gynaecoloog maakt de nuance hoe ze het doet met de zwangerschapsopvolging

GYN 1: *'Ik probeer dat gedeeld te doen met de huisarts en volg hier de richtlijn van Domus Medica. Bij zwangerschappen zegt de secretaresse dat ze voor de eerste bloedafname al naar de huisarts kunnen gaan en soms is dit is eigenlijk al een probleem. Ik zie ze dan op 8-9 weken en maak dan een aantal afspraken bij mij en bij de huisartsen, hierin volgen we de richtlijnen van het kenniscentrum. Zo proberen we de huisarts hierbij te betrekken, we hebben hiervoor een werkdocument opgesteld samen met de huisartsen, zodat we voor heel Brugge hetzelfde doen. Ik ben daar al bijna 20 jaar mee bezig. Maar heel weinig huisartsen hebben het zwangerschapsboekje in de praktijk en daar verschiet ik van.'*

c) Afspraak uitstrijkje

Eén gynaecoloog zegt een standaardwachttijd van drie maanden in te lassen als patiënten dit per se bij de gynaecoloog willen doen en één gynaecoloog zegt enkel bij te lange wachttijden te verwijzen naar de huisarts.

d) Patiënteneducatie

Hier zijn de meningen verdeeld. Eén gynaecoloog is ervan overtuigd dat dit absoluut geen verschil zou maken, eentje weet het niet goed. Hij denkt dat patiënten er wel voor openstaan maar weet niet of het tot een gedragsverandering zou leiden. En de derde gynaecoloog is ervan overtuigd dat dit een groot verschil zou maken

GYN 1:*' Ik ben er van overtuigd dat dit een groot verschil zou maken. Volgens mij is het ook aan de huisartsen om dit terug naar zich toe te trekken, er is ook veel mond aan mond reclame. Ze zeggen dan van ja maar ik doe dat bij mij huisarts ze die kan dat ook. En die zal wel doorverwijzen als er iets is. De communicatie is ook beter bij de huisarts, mensen bellen voor de resultaten, terwijl wij zeggen, als je van ons niets hoort is het in orde. Volgens mij moet het echt van de huisarts uit mee gedragen worden met de boodschap van wij kunnen dat hier ook!'*

e) Ondersteund door de huisarts

Indien we als gynaecologen moeite zouden doen om dit terug meer in de handen van de huisarts te duwen, dan moet dit absoluut ook ondersteund worden door de huisarts en zal deze ook moeite moeten doen en campagne moeten voeren. Anders zou dit niet lukken en heeft het geen zin om er tijd in te steken.

5.2.2.6 Gezondheidssysteem

a) Gezondheidssysteem Nederland

Op zich is het idee achter eerst naar de huisarts gaan en dan naar de specialist wel een veel logischer systeem. Wel zijn ze er niet van overtuigd of dit dan een zoveel beter systeem is. Er zijn ook veel te veel specialisten in België om zo te werken.

GYN1*: 'Het idee erachter is goed en veel logischer, maar ik vind dit ook geen goed systeem. Voor de patiëntenzorg is het hier beter, het is daar veel onpersoonlijker, wij voelen dat ook als we Nederlanders over de vloer krijgen, ze zijn wantrouwiger en hebben niet altijd goed contact met de huisarts, want ze mogen die ook niet kiezen. Er is daar ook geen informatieplicht, eerste trimesterscreening, wij zeggen dit aan iedereen, daar moet je er als patiënt achter vragen. Kosten-baten zal het waarschijnlijk wel beter zijn. Op zich is het*

*idee achter eerst naar de huisarts gaan om een doorverwijzing voor je naar de specialist kan wel een goed systeem.'*

GYN 3:' *Het is een veel logischer systeem, dat wel. Ik weet niet of het zo'n ideaal systeem is en heb ook geen idee van de kosten-baten verhouding.'*

b) Invoerbaarheid van dergelijk systeem in België?

Een systeem waarin je naar de specialist kan na doorverwijzing moet kunnen. Twee van de drie gynaecologen vermelden er wel bij dat er dan beduidend minder gynaecologen opgeleid mogen worden. En dan de doorverwijzing evenredig naar alle gynaecologen hoort te gebeuren.

GYN 1*: 'Ik denk dat dat wel kan. Zeker voor eerste consult zwangerschap en het uitstrijkje. Hier is het niet verplicht om het bij de huisarts te doen, het uitstrijkje en er is ook geen controle of het dan ook uitgevoerd is. En je kan het ook niet blijven vragen aan uw patiënt of ze het nu wel of niet uitgevoerd hebben. Patiënten vinden dit niet altijd aangenaam.*'

GYN 3:*' Ik denk het wel, maar dan moeten er toch beduidend minder gynaecologen zijn.'*

c) Financiële maatregelen

Een eerste stap in de goede richting was meer terugbetaling na doorverwijzing door de huisarts, maar dit werd niet voldoende gepromoot en sommige specialisten kregen amper tien van deze briefjes te zien. Een andere mogelijkheid is bepaalde consultaties bij de gynaecoloog niet meer terugbetalen.

# 6. Discussie

In dit kwalitatief onderzoek probeerde ik door middel van interviews een antwoord te vinden op de volgende onderzoeksvraag: ‘ Alsmaar eerstelijns gynaecologie belandt in tweede lijn, wat is de mening van de huisarts en de gynaecoloog hierover?

## 6.1 Onderzoekspopulatie

Bij de huisartsen was er een vrij goede respons. Ik schreef 8 huisartsen aan om de gewenste 6 interviews te bekomen. Dit geeft een responsrate van 75%. Er was een goede man/vrouw verhouding, namelijk 1/1.

Bij de gynaecologen was er een slechte respons. Ik schreef in totaal 21 gynaecologen aan, waarvan er slechts drie wilden meewerken. Dit geeft een responsrate van amper 15%. Hierdoor bekwam ik slecht een kleine steekproef van drie interviews. De man/vrouw verhouding was 2/1.

## 6.2 Bespreking resultaten

Dat ik in de praktijk merkte dat er zeer weinig gynaecologische pathologie te bemerken was in vergelijking met vroeger werd bevestigd door alle huisartsen. Ze halen allemaal aan dat er een serieuze daling voelbaar is ten opzichte van 10-20 jaar geleden. Het is niet dat de huisartsen dit niet meer kunnen of niet meer willen doen, maar patiënten verkiezen specialisten boven huisartsen omdat het zogezegd ‘in’ is om direct naar de gynaecoloog te gaan. Van de huisartsen zou 5/6 toch liever hebben dat patiënten eerst hun zouden contacteren. De overige huisarts is niet geïnteresseerd in de gynaecologische pathologie en vind dit dan ook niet echt nodig.

Gynaecologen zien beduidend veel eerstelijns gynaecologie in hun praktijk, soms meer dan dat ze zelf zouden willen. Soms wel 80 – 90% van hun bezigheden. Opmerkelijk is dat zij niet merken dan het nu meer zou zijn dan vroeger, terwijl de huisartsen wel een duidelijke daling zien. Van de gynaecologen zou toch 2/3 willen dat er een duidelijke scheiding zou komen tussen eerste lijn en tweede lijn, maar zouden er dan niet te veel gynaecologen komen? En is het aantal gynaecologen misschien ook niet de reden dat ze geen verschil zien ten opzichte van vroeger? Het zou interessant zijn om in een later onderzoek deze cijfers eens te objectiveren met cijfers van het riziv om te kijken of het ook effectief zo is.

Als we gaan kijken wat nu juist eerste en tweedelijns gynaecologie is voor huisartsen en gynaecologen dan komen we tot de volgende items: Wat hormonale anticonceptie betreft zijn zowel huisartsen als gynaecologen het erover eens dat een consultatie bij de gynaecoloog eigenlijk een beetje overbodig is. Dit is in overeenkomst met de literatuur [23]. Wat opvallend is, is dat zowel de huisartsen als de gynaecologen het enkel over de pil hebben wanneer er over dit onderwerp gesproken wordt. Terwijl er in de standaarden toch ook gesproken wordt over de prikpil, de vaginale ring, de hormonenpleister, het

hormoonspiraal en het koperspiraaltje.  Ging dit aan hun gedachten voorbij of worden bepaalde producten toch onder tweede lijn geplaatst?

Vaginale infecties kunnen gerust bij de huisarts behandeld worden, wel wordt er door de gynaecologen aangehaald dat de huisarts dan wel een goed klinisch onderzoek moet uitvoeren en niet zomaar blind met medicatie mogen starten. Doen huisartsen dit dan zo vaak? Waarom doen ze dit? Denken ze bij jeuk direct aan een candida infectie en lijkt een klinisch onderzoek dan overbodig?

Elke vorm van primaire preventie en screening hoort in principe in eerste lijn thuis. Dit is voor de gynaecologie niet anders. Cervixkankerscreening, borstkankerscreening en het inschatten van de risico's op soa's is zeker een taak die weggelegd is voor de huisarts. Gynaecologen horen de afwijkende resultaten te behandelen. Opvallend is hier dat zowel de huisartsen als de gynaecologen aanhalen dat ze vinden dat de communicatie omtrent de resultaten veel beter is bij de huisartsen. Bij de huisarts kan je opbellen voor het resultaat en bij de gynaecoloog is het goed als je niets hoort. Maar hoelang moeten patiënten dan wachten tot ze niks horen? Is dit enkel op lokaal niveau zo? Of kan men die lijn doortrekken voor heel Vlaanderen?

Bij vaginaal bloedverlies of andere bloedingsstoornissen kan de patiënt steeds eerst naar de huisarts en indien die de diagnose niet vindt of een afwijking vind die door de gynaecoloog dient behandeld te worden dan kan hij doorverwijzen naar tweede lijn.

Postmenopauzale klachten worden enkel door de huisartsen aangehaald als eerste lijn, de drie gynaecologen hebben hier niet over gesproken. Vinden ze dan dat dit tweede lijn is?

Over het topic subfertiliteit dan volgens de NHG standaarden[14] tot de eerste lijn gerekend wordt is er heel weinig gesproken, slechts één huisarts vindt dat het opstarten van de diagnostiek voor de huisarts is weggelegd. De overige vijf huisartsen halen dit onderwerp niet aan. Evenals de drie gynaecologen. Kan men dit nog als eerste lijn beschouwen? Kunnen huisartsen dit nog?

Over zwangerschapsbegeleiding is er een grote overeenkomst, zowel gynaecologen als huisartsen zijn ervan overtuigd dat dit eigenlijk een gedeelde taak hoort te zijn en dat er een overaanbod van consultaties bij de gynaecoloog is tijdens de zwangerschap. Voor deze opvolging is er een goede richtlijn van Domus Medica die gemakkelijk te volgen is [8] . Er staat duidelijk in welke consultaties nodig zijn bij de gynaecoloog. Toch worden huisartsen hier te weinig bij betrokken. Alhoewel sommige gynaecologen hier echt wel moeite voor doen en ze vinden dat huisartsen dan ook wat meer moeite moeten doen en al zeker het zwangerschapsmapje in huis moeten halen. Wel moeten we hier opmerken dat het de bedoeling is dat de gynaecoloog dit mapje mee dient te gebruiken, vermits sommige punten voor huisartsen moeilijk te evalueren zijn, zoals bijvoorbeeld de counseling rond down-screening.

Na de zwangerschap komt uiteraard de bevalling. Zowel huisartsen als gynaecologen vinden dat dit mag en kan gedaan worden door huisartsen. Ze benadrukken beiden wel dat er dan een goede bijscholing nodig is en voldoende ervaring, indien je maar 1 of 2 bevallingen per jaar zou doen, dan kan je er beter niet mee beginnen. Alle huisartsen en twee van de drie gynaecologen vinden dat dit dan wel in een goede ondersteunde omkadering dient te gebeuren, dus in het ziekenhuis. Thuisbevallingen vinden ze te risicovol. Indien je als huisarts dan bevallingen doet heb je een goede ondersteuning nodig van een gynaecoloog die het van je kan overnemen indien er iets fout loopt. De huisartsen hebben de indruk dat gynaecologen hier niet staan voor te springen en dat ze eigenlijk niet meer welkom zijn in de ziekenhuizen, terwijl de gynaecologen laten blijken dat ze er wel achter staan dat huisartsen nog bevallingen doen. Vanwaar dit verschil? Is er een gebrek aan goede communicatie? Zijn het enkel de gynaecologen die positief ten opzichte van huisartsen staan die hebben deelgenomen aan de studie? Er is geen enkele huisarts die zich nog bekwaam voelt om bevallingen te doen. Zowel gynaecologen als huisartsen halen aan dat de verzekeringspremies wel een factor kunnen zijn die huisartsen tegenhoud om bevallingen te doen. Alsook de continue permanentie. Dit is volgens de literatuur is de continue permanentie vooral een factor die vrouwelijk huisartsen tegenhoudt [24]. In de literatuur worden ook de medico-legale gevolgen en de wens van de patiënt aangehaald als redenen om als huisarts geen bevallingen meer te doen [25-26]. Alsook het te kleine aantal van bevallingen [27].

Wat de kennis betreft zijn de ervaren huisartsen ervan overtuigd dat ze die nog genoeg hebben ook de algemene gynaecologische vaardigheden en het afnemen van de uitstrijkjes zit in de vingers, maar dit door de jarenlange ervaring. Toch is er één huisarts die betwijfeld of de kwaliteit niet mee verminderd met het dalend aantal gynaecologische patiënten. Voor jonge huisartsen daarentegen vreest men wel dat ze de kans niet krijgen om het in de vingers te krijgen. De opleiding biedt hier niet altijd genoeg kansen. Is dit zo? En als dit zo is zou men daar dan in de opleiding geen rekening moeten mee houden? Eén huisarts voelt zich absoluut niet bekwaam in het uitvoeren van een gynaecologisch onderzoek omdat ze het niet kan combineren met een echo. Laat ons hier wel benadrukken dat een goed gynaecologisch onderzoek geen echo vereist!
De deelnemende gynaecologen daarentegen hebben het volste vertrouwen in de huisarts en zijn van mening dat ze zeker bekwaam genoeg zijn. Twee van de drie gynaecologen vinden ook dat de eerste lijn de taak is van de huisarts en dat het hun werk is om de problemen op te lossen waar de huisarts niet uit geraakt of waar de huisarts de nodige apparatuur niet voor heeft. Ook voor het behandelen van pathologie die in eerste lijn ontdekt kan worden, zoals het cervixcarcinoom.

Weten patiënten eigenlijk wel met welke problemen ze naar wie moeten gaan. Van de zes huisartsen is er slechts een die dit te kennen geeft. Hij heeft zelf een echoapparaat en er hangt een affiche in de wachtzaal. De andere gaan het niet standaard verkondigen, maar zijn er wel van overtuigd dat we dit beter zouden doen. Eén huisarts wil absoluut liever geen

gynaecologie zien en een andere is onzeker, maar zij zou met de juiste bijscholingen dit zeker wel kunnen doen. Van de gynaecologen is er slechts één die de mogelijkheid aanbiedt van gedeelde zwangerschapszorg en soms ook patiënten terug verwijst naar de huisarts. Zit hier dan niet de grootste oorzaak van het feit dat de eerste lijn in de tweede lijn belandt? Doen de huisartsen niet te weinig moeite om het bij hen te houden en maken gynaecologen niet te weinig duidelijk dat die specifieke onderzoeken niet per se bij hen dienen te gebeuren? Of het al dan niet een verschil zou maken, daar zijn de meningen verdeeld. Vier van de zes huisartsen denken van wel en één gynaecoloog deelt deze mening. De overige twee huisartsen en één gynaecoloog zijn ervan overtuigd dat dit absoluut geen verschil zou maken. Wel zullen beide partijen er moeten achter staan anders heeft campagne voeren geen zin.

In Nederland is er een heel ander systeem. Uitstrijkjes zijn verplicht bij de huisarts, consultatie bij de gynaecoloog kan enkel na doorverwijzing door de huisarts. Zowel huisartsen als gynaecologen vinden het idee achter eerst naar de huisarts gaan voor je naar de specialist kan wel een veel logischer systeem. De huisarts is dan als het ware het centrale aanspreekpunt van de patiënt en stuurt zo de patiënt in de juiste richting indien een doorverwijzing vereist is. Of het volledige Nederlands gezondheidssysteem zoveel beter is daar zijn ze wel niet van overtuigd. Alle huisartsen en twee van de drie gynaecologen zijn wel te vinden voor de invoering van een systeem waar er eerst een doorverwijzing nodig is, nochtans zien ze het in België niet direct gebeuren. Enerzijds is er de vraag of patiënten dit wel zullen toelaten en anderzijds of de gynaecologen dit niet zullen tegenhouden. Ook al waren er twee van de drie voor te vinden, we kunnen hier niet oordelen of de globale gynaecoloog deze mening deelt. Zullen er ook niet te veel specialisten zijn als dergelijk systeem ingevoerd zou worden?

Zowel de huisartsen als de gynaecologen spreken over een systeem met een duidelijke echelonnering. Financiële maatregelen zijn al een eerste aanzet naar een beter systeem. Zo zou men bijvoorbeeld het uitstrijkje enkel kunnen terugbetalen bij de huisarts of een groter verschil in terugbetaling na doorverwijzing en dan niet die ene euro. Daar gaan patiënten niet naar kijken, maar naar een groter verschil misschien wel. Maar dit is de taak van de overheid om hierin te snoeien en te kijken of dit ook geen enorme kostenbesparing zou zijn.

## 6.3 Beperkingen en sterktes van dit onderzoek

Door middel van interviews werd geprobeerd om een zo breed mogelijk zicht te krijgen op de mening van de deelnemende artsen. Het betreft een kwalitatief onderzoek. Het was de bedoeling om zoveel mogelijk gegevens te verzamelen rond het onderwerp. Bij dit soort onderzoek kunnen hypotheses gegenereerd worden, maar niet bewezen worden. Deze hypotheses kunnen wel aan de basis liggen van verder onderzoek.

Er zijn zeker een aantal beperkingen aan het onderzoek.

Het betreft een kleine steekproef. Door de lage respons bij de gynaecologen is hier zeker een te kleine steekproef om veel aan te tonen. Ook kan er sprake zijn van een selectiebias. Zijn het niet alleen de gynaecologen die positief staan ten opzichte van huisartsen die hier hebben deelgenomen. Zou ik geen heel andere resultaten bekomen zijn indien ik meer gynaecologen had? De huisartsen kwamen uit dezelfde wachtkring en de gynaecologen alle uit de regio Oostende-Brugge. Zijn er lokale verschillen? En zouden de resultaten niet heel anders zijn als ze landelijk uitgevoerd waren?

Alle interviews werden door mezelf afgenomen. Aan alle deelnemers werd uitgelegd dat alle antwoorden anoniem verwerkt zouden worden. Toch kunnen we hier niet uitsluiten dat de antwoorden van de deelnemers onbewust beïnvloed werden door de aanwezigheid van de interviewer, het zogenaamde intervieweer effect.

## 6.4 Implicaties voor verder onderzoek

De resultaten doen toch heel wat vragen oplichten waar eventueel nog verder onderzoek naar gedaan kan worden. Komt gynaecologie nog genoeg aan bod tijdens de opleiding tot huisarts? Waar zouden we huisartsen kunnen bijscholen? Kan je met campagnes patiënten overtuigen om terug naar de huisarts te gaan?

Er kan kwantitatief eens nagegaan worden wat voor een besparing het zou opleveren moesten alleen alle uitstrijkjes eens bij de huisarts afgenomen werden. Verder onderzoek naar een verandering in de terugbetaling kan ook nuttig zijn.

## 6.5 Implicaties voor de praktijk

Als je als huisarts graag meer gynaecologische pathologie zou zien kan je al beginnen met op eigen praktijkniveau te werken met brochures en informatiefolders. Maak ook mondeling duidelijk voor welke zaken patiënten bij je terecht kunnen.

# 7. Besluit

Uit de data verkregen aan de hand van dit kwalitatief onderzoek kon ik een overzicht maken over de inhoud van de eerste lijn, wat betreft de gynaecologie. Wat hieronder valt voor de huisarts en wat de gynaecoloog hieronder verstaat.
Algemeen kan men zeggen dat er een dalende trend is in de huisartsenpraktijk, maar geen stijgende in de gynaecologische praktijk. We kunnen ons hier afvragen hoe dat komt? Huisartsen voelen zich vertrouwd met de gynaecologische problematiek en zouden liever terug een stijgende trend zien. Toch zien we dat patiënten niet genoeg geïnformeerd worden over wat wel en niet bij de huisarts kan. De gynaecologen willen zich meer focussen op de tweedelijns problematiek, maar laten ook niet altijd weten aan patiënten dat ze voor bepaalde zaken ook bij de huisarts terecht kunnen. Ze hebben ook vertrouwen in de expertise van de huisarts. Indien we deze trend willen omkeren zullen we als huisartsen onze patiënten meer moeten informeren over het kunnen van 'de huisarts'. Er is ook de vraag of jonge huisartsen nog genoeg expertise kunnen krijgen tijdens de opleiding en of het gebrek aan expertise niet tot een sneller doorverwijzen zal leiden? Het is ook de taak van de overheid om hier een sturende rol in te spelen en eens te kijken naar ons gezondheidssysteem of naar het terugbetalingssysteem. Dit zijn echter wel hypotheses, de onderzoekspopulatie is te klein om echte besluiten te kunnen trekken.

# 8. Referenties


1. Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders Datum 03/03/2004. Bron: www.juriwel.be

2. Nuyens Y. Meer lijn in de eerste lijn. Syntheserapport. Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg. Dec 2010

3. WONCA EUROPE. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Wonca Europe 2005

4. L. Peremans, E. Van Leeuwen, N. Delvaux, K. Keppens, H. Yikilkan, Hormonale anticonceptie Huisarts Nu 2012; 41, S1-S32

5. NHG-Standaard Anticonceptie, Anke Brand, Anita Bruinsma, Kitty van Groeningen, Sandra Kalmijn, et al. Huisarts en Wetenschap, jaargang 2011, nummer 12:652-677

6. Emmanuel Samyn, Hilde Bastiaens, An De Sutter, Paul Van Royen. Preconceptieadvies, Huisarts Nu 2008; 37(5): 240-252, opvolgrapport 2011

7. Seuntjens L, Neirinckx J, Van Mackelenbergh A, Van Royen P, Vervaeck N, Jacquemyn Yet al. Zwangerschapsbegeleiding. Huisarts Nu 2006;35(5): 261-298.

8. F. Smeets, V. Verhoeven, M. Baay, S. Weyers, C. Colpaert, F. Govaerts. Cervixkankerscreening. Huisarts Nu 2011; 40(1): S64-S88

9. Bart Garmyn, Frans Govaerts, Nathalie Van de Vyver, Stefan Teughels, Wiebren Tjalma et al. Borstkankerscreening. Huisarts Nu 2008; 37(1): 2-27

10. Veronique Verhoeven, Dirk Avonts, Lieve Peremans, Margaretha Ieven, Samuel Coenen. Actieve opsporing van chlamydia trachomatis in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu 2004; 33(4): 182-198, opvolgrapport 2011.

11. Jan Vandevoorde, Paul Van Royen, Hilde Loeters, Joke De Backer, Jan Michels, An De Sutter. Vaginitis en vaginose. Huisarts Nu 2002; 2-22, opvolgrapport 2009

12. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies . Huisarts en Wetenschap, jaargang 2008, nummer 3:128-137

13. Leusink GL, Oltheten JMT, Brugemann LEM, Belgraver A, Geertman JMA, Van Balen JAM. NHG-Standaard Amenorroe . Huisarts en Wetenschap, jaargang 2007, nummer 4:159-167

14. Van Asselt KM, Hinloopen RJ, Silvius AM, Van der Linden PJQ, Van Oppen CCAN, Van Balen JAM. NHG-Standaard Subfertiliteit. Huisarts en Wetenschap, jaargang 2010, nummer 4:203-214

15. Jantje Bouma, Marion de Jonge, Erik de Laat, Harriet Eekhof, Henriëtte Engel, et al. NHG-Standaard De overgang . Huisarts en Wetenschap, jaargang 2012, nummer 4:168-172

16. NHG-Standaard Miskraam . Huisarts en Wetenschap, jaargang 2004, nummer 3:147-155

17. KCE Reports 138A. Het Belgisch gezondheidssysteem in 2010

18. www.rivm.nl, laatst geraadpleegd op 07/07/2013

19. www.gezondheidszorgbalans.nl, laatst geraadpleegd op 07/07/2013

20. Eurohealth consumer index 2012. Bron: www.healthpowerhouse.com/ehci2012

21. Dierckx De Casterlé B, Gastmans C, Bryon E et al. QUAGOL: A guide for Qualitative Data analysis. Int J of Nurs Stud2012; 49: 360-371

22. Hennie Boeije. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Boom onderwijs. Bijlage p 1-11

23. Gossett DR, Kiley JW, Hammond C. Contraception is a fundamental primary care service. Department of Obstetrics and Gynecology, Northwestern University Feinberg School of Medicine

24. Woodward CA,Carroll JC, Ryan G, Reid AJ, Permaul-Woods JA, Arbitman S, et al.Maternity care and maternal serum screening. Do male and female family physicians care for women differently? Can Fam Physician 1997;43:1078-1084.

25. Jewell D. Jumping (or being pushed) from maternity care. Br J Gen Pract 2010;60(580):799–800

26. Royal College of General Practitioners. Report of the RCGP Maternity Care Group. The Role of General Practice in Maternity Care. Occas Pap R Coll Gen Pract 1995;(72):1-14.

27. Wiegers TA. Steeds minder huisartsen verloskundig actief. Huisarts Wet 2003;46(8):432-434

# 9. Bijlagen

## 9.1 Informatiebrochure

# Studie-informatie

Alsmaar meer eerstelijns gynaecologie belandt in tweede lijn, wat is de mening van de huisarts en de gynaecoloog hierover.

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een klinische studie in het kader van een masterthesis. Vooraleer u toestemt om aan deze studie deel te nemen is het belangrijk dat u dit formulier leest. In dit informatie en toestemmingsformulier worden het doel, de onderzoekswijze en de mogelijkheid om op elk ogenblik uit de studie te stappen beschreven.

Er kan op voorhand niet besproken worden wat de resultaten zullen zijn. U hebt het recht om op elk ogenblik vragen te stellen over de inhoud van de studie.

**Doel en beschrijving van de studie**

Het is een medisch- wetenschappelijke studie waaraan naar verwachting ongeveer een 12-tal artsen zullen deelnemen. .

In de dagelijkse huisartsenpraktijk is er alsmaar minder gynaecologische pathologie te bespeuren.

Met dit onderzoek wil ik peilen naar de mening van de huisarts en de gynaecoloog over de verschuiving van de eerste lijns pathologie naar de tweede lijn. Leeft dit probleem onder de artsen? Denken beide groepen hetzelfde? …

**Opdrachtgever van de studie**

De opdrachtgever van de studie is Universiteit Antwerpen.

**Duur van de studie**

U zal gevraagd worden om 1-malig een interview te laten afnemen. Dit interview neemt ongeveer 30-45 minuten in beslag.

**Vrijwillige deelname**

U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht te weigeren eraan deel te nemen.

Indien u aanvaardt om deel te nemen, zal u deze informatiefolder krijgen om te bewaren en zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

U hebt het recht om uw deelname aan de studie op elk moment stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier getekend hebt. U hoeft geen reden te geven voor het intrekken van u toestemming voor deelname.

**Voordelen**

Wij kunnen u niet bevestigen dat, indien u toestemt om aan deze studie deel te nemen, u persoonlijk enig rechtstreeks voordeel zal halen uit uw deelname.

**Bescherming van de persoonlijke leefsfeer**

Uw identiteit en uw deelname aan deze studie worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zult niet bij naam of op een andere herkenbare wijze geïdentificeerd worden in resultaten of publicaties.

In overeenstemming met de richtlijnen van een goede klinische praktijk zal uw dossier ingezien worden door vertegenwoordigers van de opdrachtgever. Uw identiteit blijft hierbij geheim.

De informatie over u wordt mogelijks overgemaakt aan de regelgevende overheden, aan de commissie voor ethiek of aan andere artsen die samenwerken met de opdrachtgever.

De informatie over u zal elektronisch verwerkt en geanalyseerd worden. U hebt het recht aan de studiearts te vragen welke gegevens er gebruikt worden voor de studie. U hebt ook het recht aan de studiearts te vragen u inzage te verlenen in uw persoonlijke informatie en er eventueel de nodige verbeteringen in aanbrengen. De bescherming van de persoonlijke gegevens is bepaald door de wet van 8 december 1992 betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Indien u toestemt in deelname aan dit onderzoek, betekent dit dat u ook toestemming geeft voor het gebruik van u gecodeerde gegevens voor de hierboven beschreven doelen en het overmaken aan de bovenvermelde personen.

**Commissie voor ethiek**

Deze klinische studie is beoordeeld door een onafhankelijke commissie, voor ethiek, nl de commissie voor ethiek van de Universiteit Antwerpen, die een gunstig advies heeft gegeven op 15/10/2012.

**Contactpersonen in geval van vragen in verband met de studie**.

Indien u vragen hebt over het onderzoek of over u rechten als deelnemer, nu of na u deelname, dan kan u contact opnemen met

Studiearts: Dr. Davina Caproni

Telefoon: 0498/479429

## 9.2 Informed consent

# Toestemmingsformulier

Alsmaar meer eerstelijns gynaecologie belandt in tweede lijn, wat is de mening van de huisarts en de gynaecoloog hierover?

Hierbij bevestig ik, ondergetekende (naam & voornaam) _____

Dat ik over de studie ben ingelicht en een kopie van de "Studie-informatie" en het "toestemmingsformulier" ontvangen heb. Ik heb de informatie gelezen en begrepen. De arts heeft mij voldoende informatie gegeven met betrekking tot de voorwaarden en de duur van de studie. Bovendien werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik bevredigende antwoorden gekregen heb.

- Ik heb begrepen dat ik mijn deelname aan deze studie op elk ogenblik kan stopzetten.
- Ik ga akkoord met de verzameling en de verwerking van mijn gegevens zoals beschreven in het informatieformulier.
- Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan deze studie

Datum:

Handtekening

Ik ondergetekende, Caproni Davina bevestig hierbij dat ik _____

Heb ingelicht en dat hij ( zij) zijn (haar) toestemming gegeven heeft om deel te nemen aan de studie.

Datum

Handtekening.

## 9.3 Interview huisartsen

1) Ziet u veel gynaecologie in uw praktijk?

2) Wat is voor u eerste lijns gynaecologie?

3) Gaan patiënten meer en meer rechtstreeks naar de gynaecoloog ipv eerst de huisarts te passeren?

4) Zou u graag meer gynaecologie zien in u praktijk?

5) Voelt u zich bedreven genoeg in de gynaecologie?

6) Zou u als huisarts bevallingen in het ziekenhuis doen, moest dit meer mogelijk zijn?

Voelt u zich bekwaam genoeg?

7) Weten uw patiënten dat ze met deze problemen bij u terecht kunnen?

8) Denkt u dat met voldoende informatie patiënten terug meer naar de huisarts zouden gaan?

9) Wat vind u van het systeem in Nederland? Hier mogen patiënten enkel naar de specialist na een doorverwijzing van de huisarts.

10) Denkt u dat dergelijk systeem in België ook toepasbaar is? Of enkel bepaalde topics?

Bvb oproepingsbrieven voor een uitstrijkje bij de huisarts?

## 9.4 Interview gynaecologen

1) Ziet u veel eerstelijns gynaecologie in uw praktijk

2) Wat is voor u eerstelijns gynaecologie?

3) Gaan patiënten meer en meer rechtstreeks naar de gynaecoloog ipv eerst de huisarts te passeren?

4) Zou u graag hebben dat meer patiënten eerste langst de huisarts zouden gaan?

5) Denkt u dat huisartsen bepaalde problemen even goed kunnen aanpakken? Welke ?

6) Denkt u dat bevallingen veilig door huisartsen in het ziekenhuis uitgevoerd kunnen worden?

7) Zegt u soms tegen patiënten dat ze met dergelijke problemen ook naar de huisarts kunnen?

8) Denkt u dat met voldoende informatie patiënten terug meer naar de huisarts zouden gaan?

9) Wat vind u van het systeem in Nederland? Hier mogen patiënten enkel naar de specialist na een doorverwijzing van de huisarts.

10) Denkt u dat dergelijk systeem in België ook toepasbaar is? Of enkel bepaalde topics?

Bvb oproepingsbrieven voor een uitstrijkje bij de huisarts?

## Codelijst huisartsen

1) Aantal gynaecologische consultaties/week nu
2) Aantal gynaecologische consultaties/week vroeger
3) Evolutie gynaecologische pathologie
4) Anticonceptie
5) Vaginale infecties
6) Cervixkankerscreening
7) Zwangerschapsbegeleiding
8) Borstkankerscreening
9) Postmenopauzale klachten
10) Vaginaal bloedverlies/bloedingsstoornissen
11) Subfertiliteit
12) Meer gynaecologie in de HA praktijk?
13) Evolutie HA praktijk?
14) Algemene kennis gynaecologie
15) Competentie Gynaecologisch onderzoek
16) Competentie afnemen uitstrijkje
17) Competentie herkennen en behandelen van vaginale infecties
18) Bevallingen in het ziekenhuis
19) Thuisbevallingen
20) Bekwaamheid in het doen van bevallingen
21) Samenwerking Gynaecoloog
22) Patiëntenkennis over de mogelijkheden van de huisarts
23) Effect van patiënteneducatie
24) Nederlands gezondheidssysteem
25) Invoerbaarheid van dergelijk systeem in België
26) Echelonering
27) Taak overheid

## 9.5 Codeboom huisartsen

1. Vroeger en nu, hoe denkt de huisarts hierover
   a) aantal gynaecologische consultaties vroeger
   b) aantal gynaecologische consultaties nu
   c) evolutie gynaecologische pathologie
   d) evolutie huisartsenpraktijk?
   e) meer gynaecologie in de huisartsenpraktijk?
2 Wat is 1e lijns gynaecologie
   a) Anticonceptie
   b) Vaginale infecties
   c) Cervixkankerscreening
   d) Zwangerschapsbegeleiding
   e) Borstkankerscreening
   f) Postmenopauzale klachten
   g) Vaginaal bloedverlies/ bloedingsstoornissen
   h) Subfertiliteit
3 Bekwaamheid van de huisarts in de gynaecologische pathologie
   a) Algemene gynaecologische kennis
   b) Competentie gynaecologisch onderzoek
   c) Competentie afnemen uitstrijkje
   d) Competentie herkennen en behandelen vaginale infecties
4 Bevallingen
   a) Bevallingen in het ziekenhuis
   b) Thuisbevallingen
   c) Bekwaamheid in het doen van bevallingen
   d) Samenwerking met de gynaecoloog
5 Patiëntgebonden factoren
   a) Patiënten kennis over de mogelijkheden van de huisarts
   b) Effect van patiënten educatie
6 Gezondheidssysteem
   a) Nederlands gezondheidssysteem
   b) Invoerbaarheid van dergelijk systeem in België
   c) Echelonering
   d) Taak overheid

## 9.6 Codelijst Gynaecologen

1) Aanwezigheid eerste lijn in de praktijk
2) Uitstrijkjes bij de gynaecoloog
3) Zwangerschapsbegeleiding
4) Cervixkankerscreening
5) Borstkankerscreening
6) Vaginaal bloedverlies/bloedingsstoornissen
7) Anticonceptie
8) Vaginale infecties/Soa's
9) Evolutie over de jaren
10) Meer patiënten terug naar de huisarts?
11) Functie gynaecoloog
12) Bekwaamheid huisarts
13) Bevallingen door huisartsen in het ziekenhuis
14) Thuisbevallingen
15) Invloeden op het al dan niet uitvoeren van bevallingen door de huisarts
16) Gynaecoloog als back-up voor de huisarts
17) Informeren patiënten
18) Informeren in verband met zwangerschapsopvolging
19) Afspraken voor uitstrijkjes
20) Ondersteunt door de huisarts
21) Patiënteneducatie
22) Gezondheidssysteem Nederland
23) Toepasbaarheid België
24) Financiële maatregelen

## 9.7 Codeboom Gynaecologen

1) Vroeger en nu, hoe denkt de gynaecoloog hierover?
    a) Aanwezigheid eerste lijn in de praktijk
    b) Uitstrijkjes bij de gynaecoloog
    c) Evolutie over de jaren
    d) Meer patiënten terug naar de huisarts?
2) Wat is eerste lijns gynaecologie?
    a) Zwangerschapsbegeleiding
    b) Cervixkankerscreening
    c) Borstkankerscreening
    d) Vaginaal bloedverlies/bloedingsstoornissen
    e) Anticonceptie
    f) Vaginale infecties/Soa's
3) Gynaecoloog versus huisarts
    a) Functie gynaecoloog
    b) Bekwaamheid huisarts
4) Bevallingen
    a) Bevallingen door huisartsen in het ziekenhuis
    b) Thuisbevallingen
    c) Waarom doen huisartsen nog weinig bevallingen?
    d) Gynaecoloog back-up voor de huisarts?
5) Patiëntgebonden factoren
    a) Informeren patiënten
    b) Informeren in verband met zwangerschapsopvolging
    c) Afspraken voor uitstrijkjes
    d) Patiënteneducatie
    e) Ondersteunt door de huisarts
6) Gezondheidssysteem
    a) Gezondheidssysteem Nederland
    b) Invoerbaarheid van dergelijk systeem in België
    c) Financiële maatregelen