Waarom kiezen vrouwen voor een gynaecoloog en niet voor hun huisarts voor een cervixuitstrijkje?

Nelly Vandewalle

Promotor: Prof. Dr. S. Willems, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. F. Mertens

Master of Family Medicine 2013

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013

Abstract

Waarom kiezen vrouwen voor een gynaecoloog en niet voor hun huisarts voor een cervixuitstrijkje?

HAIO: Nelly Vandewalle
Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Sara Willems
Co-promotor: Dr. Fien Mertens
Praktijkopleider: Dr. Philippe Charlier

Context:
In België staat het mensen vrij om te kiezen voor de huisarts of voor de 2de lijn. De meeste cervixuitstrijkjes worden uitgevoerd door de gynaecoloog. Weinig onderzoek werd tot op heden gedaan naar hoe het komt dat vrouwen massaal bij de gynaecoloog gaan voor dit preventieve onderzoek.

Onderzoeksvraag:
Met dit onderzoek wensen we te weten hoe de huidige screening verloopt bij vrouwen in deze praktijk en of er statistische verbanden zijn met bepaalde demografische kenmerken. Verder willen we determineren welke elementen de voorkeur determineren voor de tweede lijn in plaats van de eerste lijn voor de afname van een cervixuitstrijkje.

Methode (literatuur & registratiewijze):
Literatuurstudie met belangrijkste sleutelwoorden: baarmoederhalskankerscreening, cervixkankerscreening, eerste lijn, tweede lijn, gynaecologisch onderzoek, gynaecologische zorg, vrouw, keuze, voorkeur, determinanten, verwachtingen, huisarts, gynaecoloog.
Een observationeel prospectief onderzoek. Enerzijds een statistische verwerking van demografische gegevens en verloop van huidige screening. Anderzijds een inventarisatie van de beweegredenen van vrouwen om de gynaecoloog boven de huisarts te verkiezen.

Resultaten:
Er is een statistisch significant verband tussen vrouwen van niet-Belgische origine en het vaker niet op de hoogte zijn van cervixkankerscreening door de huisarts. We vonden niet-significante verbanden tussen andere demografische kenmerken en elementen van het verloop van huidige screening of voorkeur qua onderzoeker.
De frequentst voorkomende argumenten om de voorkeur voor de gynaecoloog te hebben zijn: gewoonte (85%), de gynaecoloog nam het eerste uitstrijkje (69%), de gynaecoloog heeft een beter aangepaste onderzoekskamer (60%) en de gynaecoloog kan afspraken geven na 18u (60%).

Conclusies:
Aan alle patiëntes goede informatie geven over cervixkankerscreening en over de rol van de huisarts in preventieve zorg zijn belangrijk voor de toekomst. Vrouwen aanspreken voor de screeningsleeftijd en het eerste uitstrijkje afnemen, raadplegingen voorzien na 18u en over een goede onderzoekskamer beschikken kunnen ervoor zorgen dat we als huisarts meer uitstrijkjes uitvoeren in de toekomst.

E-mail: nelly.vandewalle@gmail.com

ICPC-code: X/P

Inhoudstafel

1 Inleiding 4
1.1 Keuze van het thema 4
1.2 De onderzoeksvraag 4
2 Literatuur 6
2.1 Zoekstrategie 6
2.2 Resultaten 7
2.2.1 Algemeen: de keuze voor een zorgverlener 7
2.2.2 De keuze voor de tweede lijn 7
2.2.3 Determinanten bij de keuze voor een gynaecologische zorgverlener 9
2.2.4 Verwachtingen ten opzichte van het gynaecologisch onderzoek 10
2.2.5 Cervixkankerscreening in België 10
3 Materiaal en methode 12
3.1 Studiedesign 12
3.2 Setting 12
3.3 Onderzoekspopulatie: selectie, rekrutering en dataverzameling 13
3.4 Data-analyse 14
3.5 Ethische aspecten 15
4 Resultaten 16
4.1 Demografische gegevens 16
4.1.1 Leeftijd 16
4.1.2 Graviditeit 17
4.1.3 Nationaliteit 17
4.1.4 Geboorteland 17
4.1.5 Filosofische overtuiging 18
4.1.6 Opleiding 18
4.2 Verloop van de huidige screening 19
4.3 Statistiek 22
4.3.1 Welke demografische kenmerken bepalen of patiënten zich regelmatig (zijnde minstens 1 keer per 3 jaar, maar kan ook vaker zijn) laten screenen? 22
Geboorteland 22

Hoger onderwijs 23

4.3.2 Welke demografische kenmerken spelen een rol bij het feit of patiënten ooit al een uitstrijkje bij de huisarts kregen? 23

4.3.3 Welke demografische kenmerken bezitten patiënten die er wel of niet van op de hoogte zijn dat uitstrijkjes door de huisarts worden uitgevoerd? 24

4.3.4 Welke demografische kenmerken spelen een rol bij de voorkeur van patiënten voor de gynaecoloog als onderzoeker? 26

4.3.5 Welke demografische kenmerken spelen een rol bij de sterkte van de voorkeur voor de gynaecoloog? 27

4.3.6 Samenvatting 27

4.4 Redenen van voorkeur voor de gynaecoloog 28

5 Discussie 33

5.1 Belangrijkste bevindingen en vergelijking met de literatuur 33

5.2 Zwaktes en sterktes van het onderzoek 34

5.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek 35

5.4 Aanbevelingen voor de praktijk 36

6 Besluit 37

7 Referenties 38

8 Bijlagen 40

Add 1: informatiebrief vrouwen (Nederlandstalig) 40

Add 2: informatiebrief vrouwen (Franstalig) 41

Add 3 : vragenlijst (Nederlandstalig) 42

Add 4: vragenlijst (Franstalig) 44

1 Inleiding

1.1 Keuze van het thema

Ik ben huisarts-in-opleiding(HAIO) in een praktijk met vijf vaste artsen en een HAIO. Ik heb vier vrouwelijke collega's en verwachtte hierdoor relatief meer aanmeldingsklachten van gynaecologische aard te zien. Toch duurde het maanden vooraleer ik het eerste cervixuitstrijkje afnam. Anderzijds zag ik wel verschillende anatomopathologische verslagen verschijnen van vrouwen betreffende hun cervixuitstrijkje, dat zij lieten afnemen bij de gynaecoloog.

In België staat het mensen vrij om te kiezen voor de huisarts of meteen voor de 2de lijn. Zo blijkt dat voor de cervixuitstrijkjes maar liefst 80% van de vrouwen meteen kiest voor de 2de lijn, de gynaecoloog.[1]
Preventie is een kerntaak van de huisarts, dus ook voor wat betreft baarmoederhalskanker. In het syntheserapport van de conferentie voor eerstelijnsgezondheidszorg wordt dit eveneens beschreven. Hierbij kwam men tot gemeenschappelijke aanbevelingen voor de toekomst en pleitte men voor een betere uitklaring en afbakening van de preventieve taken van de zorgverleners, uiteraard, met een adequaat coördinatie-en verwijssysteem tussen de eerstelijnsgezondheidszorg (al of niet als poortwachter) en de tweede en derde lijn.[2]

De gezondheidsenquête in 2008 liet zien dat de cervixkankerscreening niet optimaal verloopt. Twee op de vijf vrouwen tussen 25 en 65 jaar oud namen in de drie jaar voor de enquête geen uitstrijkje om baarmoederhalskanker op te sporen. Drie op vier vrouwen in diezelfde leeftijdscategorie deden dat evenwel jaarlijks of frequenter, wat duidelijk wijst op overscreening. [3]

1.2 De onderzoeksvraag

Met dit onderzoek willen we nagaan hoe op dit moment de screening voor cervixkanker verloopt bij patiëntes in onze praktijk en wordt er getracht statistische verbanden te leggen tussen demografische kenmerken en bepaalde aspecten van de huidige screening.
Verder willen we nagaan welke elementen de voorkeur determineren voor de tweede lijn in plaats van de eerste lijn voor de afname van een cervixuitstrijkje. De resultaten van dit

onderzoek zullen meer duidelijkheid verschaffen over de beweegredenen van vrouwen om de gynaecoloog te raadplegen. Met deze informatie kan er een strategie ontwikkeld worden in de praktijk om deze vrouwen te sensibiliseren en ze te laten kiezen voor de huisarts.

2 Literatuur

2.1 Zoekstrategie

De aanbevelingen van Domus Medica en NHG over baarmoederhalskanker werden gelezen. Vervolgens werden volgende databanken geraadpleegd op de Cebam website (www.cebam.be) : EBM tijdschriften, Tripdatabase, Cochrane en Pubmed. De Nederlandstalige Mesh termen die gebruikt werden zijn: baarmoederhalskankerscreening, cervixkankerscreening, eerste lijn, tweede lijn, gynaecologisch onderzoek, gynaecologische zorg, vrouw, keuze, voorkeur, determinanten, verwachtingen, huisarts, gynaecoloog. De volgende combinaties werden gebruikt: keuze eerste lijn, keuze tweede lijn, keuze gynaecologische zorg, keuze gynaecologisch onderzoek, determinanten keuze eerste lijn, determinanten keuze tweede lijn, eerste lijn versus tweede lijn, determinanten keuze gynaecologische zorg, verwachtingen gynaecologisch onderzoek, verwachtingen gynaecologische zorg, keuze huisarts, keuze gynaecoloog. De Engelstalige Mesh termen die werden gebruikt zijn: Pap smear, cervical smear, screening, cervical cancer, primary health care, general medicine, health services, female care, general practitioner, generalist, gynecologist, gynecological problems, female behavior, care seeking behavior, choice, preferences, preventive medicine, expectations. De volgende combinaties werden ingegeven: cervical cancer screening, choice general practitioner, choice generalist, choice gynecologist, expectations gynecological examination, female care seeking behavior. Enkel in de Pubmed databank werden limits geactiveerd: publicatie laatste 10j, Engelstalige, Duitstalige, Franstalige of Nederlandstalige teksten, vrouwen, 19+. Er werd gekozen voor ‘19+’ gezien dit enige geschikte filter was die in Pubmed kon gekozen worden. Andere leeftijdsfilters waren niet bruikbaar voor dit onderzoek.
Dezelfde Mesh termen werden gebruikt om de tijdschriften ‘Huisarts en Wetenschap’ (www.henw.org) en ‘Huisarts Nu’ (www.domusmedica.be) te doorzoeken. Tot slot werd ook de ‘Icho website’ (www.icho-info.be) geraadpleegd en werden abstracts van gerelateerde masterproeven gelezen. De sneeuwbalmethode werd gebruikt om bijkomende artikels te vinden.
Voor de selectie van artikels werden de abstracts gelezen, indien relevant werd het volledige artikel gelezen. Volgende inclusiecriteria werden gehanteerd: taal: Nederlands, Frans, Duits of Engels geschreven zijn, artikels die handelen over factoren die de patiënt zijn keuze bepalen

binnen de gezondheidszorg, zowel artikels specifiek over de keuze voor een gynaecoloog of een huisarts, maar ook artikels betreffende andere specialismen of andere gezondheidsvoorzieningen binnen de eerste lijn werden geïncludeerd. Artikels uit verschillende gezondheidszorgsystemen werden weerhouden. De exclusiecriteria die werden gehanteerd waren: artikels die dateren van voor 1995 en artikels die louter het verschil in gezondheidszorgsystemen behandelen.

2.2 Resultaten

2.2.1 Algemeen: de keuze voor een zorgverlener

Victoor et al. onderzochten in een systematisch literatuuronderzoek wat de keuze bepaalt van patiënten voor een bepaalde zorgverlener. Onderzoeken op eerste lijn, tweede lijn en telkens verschillende disciplines werden geïncludeerd in de review. Zij concludeerden dat de minderheid van patiënten een actieve keuze maakt voor een bepaalde gezondheidsmedewerker. Voorgaande ervaringen zouden bepalend zijn bij de keuze van patiënten voor een bepaalde zorgverlener/gezondheidsmedewerker. Bepaalde groepen gaan frequenter actief een keuze maken zoals hoger opgeleiden, jongere mensen, mensen met een hoger inkomen en diegenen die nog geen voorafgaand contact hadden met een gezondheidsmedewerker. De patiënt maakt ook niet steeds een rationele keuze. Bij een rationele keuze gaan we er namelijk van uit dat de patiënt volledige informatie heeft, voldoende cognitieve mogelijkheden bezit en consistente voorkeuren heeft. Deze condities zijn zelden allemaal vervuld. Dit resulteert in het feit dat de keuze vaker gebaseerd is op irrelevante factoren zoals hun huidige humeur.
Men besloot dat de keuze van de patiënt voor een bepaalde zorgverlener bepaald wordt door een waaier aan structurele, proces- en outcome gebonden factoren die elk in rekening worden gebracht door patiënten. Er zijn **structurele factoren** zoals: beschikbaarheid, toegankelijkheid, type en grootte van de gezondheidsinstelling waar de arts werkt, personeel, organisatie van de gezondheidszorg, kosten en socio-demografische kenmerken van de arts. Daarnaast ook **proces gebonden factoren** zijnde: interpersoonlijke factoren, informatieverstrekking, continuïteit, wachttijd en kwaliteit van de behandeling en tenslotte ook **de outcome**, mortaliteit, die meespeelt.[4]

2.2.2 de keuze voor de tweede lijn

Dr. Dewilde toonde in haar masterthesis aan dat de belangrijkste motivatie voor het consulteren van een specialist is, dat patiënten vinden dat het een specialistisch probleem

betreft en dat hij of zij daar dus meer ervaring mee heeft. Meer specifiek wordt de gynaecoloog vaker geraadpleegd dan de huisarts uit gewoonte. Enkele vrouwen in haar onderzoek vonden het feit dat de gynaecoloog betere apparatuur bezit belangrijk om de gynaecoloog boven de huisarts te verkiezen voor het baarmoederhalsuitstrijkje (zie tabel B). Patiënten gaven de voorkeur aan de gynaecoloog, orthopedist, dermatoloog en de pediater om te consulteren voor specifieke problemen. Over gynaecologische problemen wilden de meeste patiënten liefst met een gynaecoloog spreken met uitzondering van de thema's anticonceptie en ongewenste zwangerschap waarbij ze hun huisarts verkozen (zie tabel A). [5]

Tabel A: Aantal patiënten dat voor een probleem huisarts, specialist of spoed consulteert: procentueel [5]

	huisarts	specialist	spoed	missing
Gynaecologie				
-afname van een uitstrijkje	42	55	0	3
-aanbod en gesprek anticonceptie	65	33	0	2
-plaatsing van een spiraal	35	63	2	0
-zwangerschapsbegeleiding	38	54	0	8
-bespreking ongewenste zwangerschap	49	43	2	6
-behandeling van baarmoederhalsletsels	30	66	1	3

Tabel B: Redenen waarom patiënten een specialist consulteren: absolute aantallen (127 vrouwen vulden de enquête (gedeeltelijk) in, van 46 personen was het geslacht onbekend) [5]

	Specialist: aantal redenen	Doorverwijzing	Gewoonte	In opvolging bij specialist	Apparatuur/RX	Specialistisch probleem	Onaangenaam	Beschikbaarheid/urgentie	Conventie	HA doet dit niet
Gynaecologie										
- 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

Hemminki et al, voerden een studie uit in Finland, waar men een poortwachtsysteem kent. Bevraging door middel van enquêtes toont aan dat 87% van de ondervraagde vrouwen regelmatige controles bij de gynaecoloog als belangrijk beschouwen. Gezondere vrouwen met hogere opleiding raadplegen frequenter de gynaecoloog.[6]

Een studie, uitgevoerd in Oakland, USA, toont aan dat 60,3% van de vrouwen een gynaecoloog verkiest voor hun basis gynaecologische zorg, 12,6% verkiest een praktijkverpleegkundige, 13,3% verkiest haar eigen huisarts en 13,8% heeft geen voorkeur. De sterkst onafhankelijke voorspeller voor het verkiezen van de gynaecoloog is het feit dat de vrouw in kwestie bij haar laatste gynaecologische onderzoek een gynaecoloog als onderzoeker had. Andere onafhankelijke voorspellers om de gynaecoloog als voorkeur te hebben, zijn jongere leeftijd, hogere opleiding, hoger inkomen en een mannelijke huisarts hebben. In dit onderzoek hebben de meeste vrouwen dus de voorkeur voor de gynaecoloog ondanks het feit dat zij een huisarts hebben. Deze studie reflecteert de sterke invloed van voorgaande ervaringen bij patiëntes.[7]

2.2.3 determinanten bij de keuze voor een gynaecologische zorgverlener

Janssen en Largo-Janssen deden een systematische review naar de voorkeuren van patiënten voor hun gynaecoloog en/of verloskundige zorg. In alle geïncludeerde studies vinden zij dat

de meerderheid van de vrouwen een vrouwelijke arts verkiezen. Er is geen duidelijk verband met de leeftijd en de voorkeur voor het vrouwelijke geslacht. Het zijn eerder jongere patiënten die vaker de voorkeur geven aan een vrouwelijke arts. Er is wel een duidelijk verband met niet-blanke vrouwen die frequenter dan blanke vrouwen iemand verkiezen van hun eigen geslacht.
Andere factoren die eveneens een rol spelen bij de keuze zijn: technische vaardigheden, ervaring, communicatieve vaardigheden en klinisch competentie.[8]

2.2.4 verwachtingen ten opzichte van het gynaecologisch onderzoek

Janssen en Largo-Janssen vinden in hun onderzoek dat de belangrijkste determinant voor de tevredenheid van een patiënt is; een patiënt-georiënteerde communicatiestijl. Dit omvat een waaier aan communicatieve technieken met als doel de patiënt zijn of haar verwachtingen en ervaringen te exploreren. Men kon aantonen dat vrouwelijke gynaecologen of verloskundigen meer deze communicatiestijl gebruiken.[8]

Yanikkerem E et al. onderzochten de verwachtingen van vrouwen ten opzichte van het gynaecologisch onderzoek door de gynaecoloog en/of de verpleegsters. De meeste vrouwen verwachten dat de arts hen na het onderzoek uitlegt wat de bevindingen zijn over de gezondheidstoestand. Een minderheid verwacht uitleg tijdens of voor het onderzoek. De meerderheid van de vrouwen verwacht dat de arts een zachtaardig en begripvol gedrag vertoont.[9]

Steward R. onderzocht meer specifiek wat patiënten verwachten van een cervixuitstrijkje en eventuele geassocieerde zorg. Alle vrouwen in haar onderzoek lieten steeds hun cervixuitstrijkje nemen bij de huisarts. De verwachtingen met betrekking tot wat hoort bij een cervixuitstrijkje variëren in dit onderzoek. De verwachtingen lopen van louter het uitstrijkje tot eveneens borstonderzoek, onderzoek van het kleine bekken en bespreking van contraceptie. Algemeen vindt men het aangenamer om telkens dezelfde arts te zien te krijgen voor dit screeningsonderzoek. In deze studie verkiest men om een vrouw te hebben als arts.[10]

2.2.5 Cervixkankerscreening in België

63% van de vrouwen van 15 jaar en ouder geven aan, in de drie jaar voor de uitgevoerde Belgische nationale gezondheidsenquête in 2008, een uitstrijkje te hebben laten uitvoeren. Dit percentage bedraagt 71% als we enkel de doelgroep beschouwen (vrouwen van 25 tot 64 jaar). Het percentage vrouwen van de doelgroep dat een uitstrijkje liet uitvoeren neemt toe

naargelang het opleidingsniveau stijgt, van 50% bij vrouwen met hoogstens een diploma lager onderwijs tot 79% bij de hoogst opgeleiden. Het percentage vrouwen van de doelgroep dat een uitstrijkje liet uitvoeren varieert ook in functie van de urbanisatiegraad. Het percentage bedraagt 72% in de steden, 65% in de halfstedelijke gemeenten en 75% in landelijke gemeenten. De screeningsgraad varieert in de verschillende gewesten en is hoger in Wallonië (76%) dan in Brussel (73%) en Vlaanderen (68%). [3]

De cervixuitstrijkjes worden meest frequent door gynaecologen uitgevoerd en slechts in 12,5% van de gevallen door de huisarts. In Wallonië is het aandeel door de huisarts uitgevoerd lager dan in Vlaanderen. De Vlaamse huisartsen nemen zo een 20% van de uitstrijkjes af. De meerderheid van de protocols van uitstrijkjes geraken zelfs niet in het dossier van de (GMD-beherende) huisarts.[3]
Wat betreft ambulante raadplegingen bij de gynaecoloog, consulteren hoogopgeleide vrouwen vaker een gynaecoloog dan laagopgeleide vrouwen. Dit gebeurt vaker op verwijzing van een andere specialist en minder vaak op verwijzing van de huisarts. In het algemeen raadplegen vrouwen vaker een specialist zonder dat er een specifieke klacht of gezondheidsprobleem is. Men weet echter niet of dit nu wijst op overgebruik van specialistische zorg door de hoogopgeleiden of op ondergebruik door laagopgeleiden. Bij vrouwen betreffen 1 op de 4 specialistische contacten raadplegingen bij een gynaecoloog. Bij één op de vijf raadplegingen met de gynaecoloog is er geen klacht of gezondheidsprobleem, maar wordt de gynaecoloog voor een andere reden geraadpleegd. In 58% van die gevallen gaat het om een preventief onderzoek. [3]

3 Materiaal en methode

3.1 Studiedesign

Dit is een observationeel prospectief onderzoek waarbij de gegevensverzameling gebeurde aan de hand van vragenlijsten die uitgedeeld werden. Het gaat om een kwantitatief onderzoek waarbij ik enerzijds de redenen inventariseer om de gynaecoloog boven de huisarts te verkiezen voor het verrichten van een baarmoederhalsuitstrijkje. Anderzijds bevraag ik ook de socio-demografische kenmerken en hoe de huidige screening verloopt om eventuele statistische verbanden hiertussen te vinden.

3.2 Setting

De vragenlijsten werden uitgedeeld aan vrouwen die op raadpleging kwamen in de huisartsenpraktijk “De Klaproos,” te Ronse. Consultaties gebeuren steeds op afspraak. Er is fulltime ondersteuning door verpleegkundigen. Zij doen secretariaatswerk en zij ondersteunen de artsen ook tijdens de raadplegingen. Patiënten kunnen telefonisch en via de website afspraken maken. Huisbezoeken worden voorbehouden voor mensen die zich niet naar de praktijk kunnen verplaatsen.
In 2012 was er een patiëntenbestand van 7586 patiënten, waaronder 3153 met een globaal medisch dossier. 4013 van de 7586 patiënten zijn vrouwelijk. De afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis bedraagt slechts 3km. Er is een georganiseerde wachtdienst onder de lokale huisartsen.

In onderstaande tabel worden cijfergegevens uit de stad Ronse vergeleken met cijfers uit het Vlaamse Gewest.
Ronse is een stad met relatief gezien hoge werkloosheidsgraad, lage scholingsgraad en hoog aantal leefloontrekkenden. De werkloosheidsgraad bij vrouwen ligt nog hoger dan bij de mannen. Er zijn ook relatief veel alleenwonende vrouwen.

Tabel: Cijfergegevens stad Ronse

Bron: Gemeentelijke profielschetsen 2012. http://aps.vlaanderen.be/lokaal/pdf/gemeente-2012/Ronse.pdf, http//aps.vlaanderen.be/lokaal/pdf/gemeente-2012/Gent.pdf

		Ronse	Vlaams Gewest
Aantal inwoners	2010	25 146	6 251 983
Gemiddeld inkomen per inwoner	2009	€ 13 426	€ 16 620
vreemdelingen	2010	6,07%	6,39%
leefloontrekkenden	2010	5,2%	4,1%
Aantal alleenwonende vrouwen	2009	7,86%	6,68%
Werkloosheidsgraad vrouwen	2009	13,25%	7,06%
Totale werkloosheidsgraad	2009	12,64%	6,65%
Onderwijs: Aandeel leerlingen in het secundair onderwijs t.o.v. totaal aantal kinderen tussen 12 en 17j	2010	66,5%	98,2%
Aantal personen met voorkeursregeling bij de ziekteverzekering	2011	14,55%	9,42%

3.3 Onderzoekspopulatie: selectie, rekrutering en dataverzameling

Gedurende een periode van vijf weken werden alle vrouwen tussen 25 en 65 jaar, bij aanmelding aan het secretariaat, door de verpleegkundigen aangesproken over het onderzoek. Toestemming werd gevraagd voor het invullen van een vragenlijst. Zij hadden steeds de mogelijkheid om een aanvullende informatiebrief te lezen. Gedurende de onderzoeksperiode

werd eveneens in de wachtzaal een powerpoint voorstelling gedraaid met dezelfde informatie over het onderzoek. Het opzet hiervan was om patiënten die toch zonder aanmelden in de wachtzaal gingen zitten, alsnog te bereiken.
De vragenlijsten, de informatiebrief en de powerpoint voorstelling waren in het Nederlands en het Frans beschikbaar. De vragenlijsten waren anoniem. Aan de patiënten werd gevraagd om hun vragenlijst nadien in een box in de wachtzaal te deponeren. (zie bijlagen)

3.4 Data-analyse

Er werd gebruik gemaakt van het statistisch programma SPSS 19. Dit is een softwareprogramma voor de kwantitatieve, statistische verwerking van data. Verder werden ook de programma's Excel en Word gebruikt om tabellen en diagrammen te maken.

Beschrijvende statistiek werd toegepast op de socio-demografische kenmerken van patiënten en op de vragen over het huidige verloop van de screening met daarbij de voorkeur voor de huisarts of de gynaecoloog. In tweede instantie werd er gezocht naar correlaties tussen socio-demografische kenmerken en het huidige verloop van de screening en correlaties tussen socio-demografische kenmerken en de voorkeur qua onderzoeker. Niet alle socio-demografische kenmerken werden gebruikt wegens te kleine populaties. Niet alle socio-demografische kenmerken werden in verband gebracht met alle kenmerken van het huidige verloop van screening omdat bepaalde correlaties niet betekenisvol waren voor dit onderzoek. Tenslotte werd aan de patiënten met een voorkeur voor de gynaecoloog gevraagd om te motiveren welke hun redenen hiervoor waren. Aan de hand van vooropgestelde opties kon men aangeven welke redenen al dan niet van belang waren en ook de mate van belang. Er was vrije ruimte voor het invullen van eventuele andere redenen.

Het elektronisch medisch dossier, softwareprogramma Health One, werd gebruikt om cijfermateriaal te verkrijgen, nodig om de resultaten uit de vragenlijsten te interpreteren. Hieruit leidden we af hoeveel vrouwen, in de te onderzoeken leeftijdscategorie, raadpleegden gedurende de onderzoeksperiode en hoeveel procent dit aantal dan was ten opzichte van de totale vrouwelijke populatie in onze praktijk. Verder kon ook afgeleid worden hoeveel vrouwen raadpleegden, in de onderzoeksperiode, met het omniostatuut. Om te bekomen hoeveel vrouwen raadpleegden uit een ander geboorteland dan België, gebruikte ik onder andere het EMD.

De geboorteplaats wordt helaas niet systematisch genoeg ingevuld in de basisgegevens van de patiënten. In een tweede tijd raadpleegde collega's om informatie over de geboorteplaats te weten te komen (indien die niet bekend was in het EMD). Van een klein aantal vrouwen was hierna nog onduidelijkheid omtrent hun geboorteplaats. Zij werden telefonisch gecontacteerd, louter met de vraag naar hun geboorteplaats. Om de anonimiteit te garanderen dienden zij niet te vermelden of ze al dan niet deelnamen aan het onderzoek.

3.5 Ethische aspecten

Dit onderzoek werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van UZ Gent. Zowel het studieopzet, de informatiebrieven voor vrouwen en de vragenlijsten werden goedgekeurd

4 Resultaten

4.1 Demografische gegevens

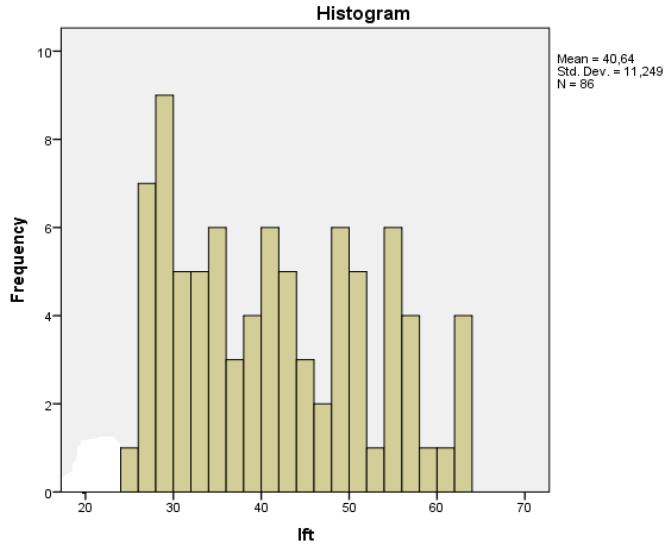
Via het elektronisch medisch dossier werd gevonden dat gedurende vijf weken 315 vrouwen tussen 25 en 26 jaar oud hebben geraadpleegd (= 14,34% van de totale vrouwelijk populatie in de praktijk in deze leeftijdscategorie). Hiervan namen 86 vrouwen deel aan de studie (= 3.92% van de vrouwelijke patiënten in deze leeftijdscategorie in de praktijk).

Gedurende de vijf weken waarin het onderzoek liep, zijn er 52 vrouwen met code gerechtigde xx1 en xx1 die geraadpleegd hebben. Dit is 16,51% van de 315 bevraagde patiëntes. Het valt niet af te leiden welke vrouwen en hoeveel het omniostatuut hadden en ook de vragenlijsten invulden.

Gedurende de onderzoeksperiode hebben 40 vrouwen geraadpleegd die niet in België geboren werden. Dat is 12,70% van de 315 vrouwen die in de onderzoeksperiode raadpleegden. Echter, slechts 6 van de vrouwen uit een ander geboorteland vulden de vragenlijst in. Ik bereikte dus relatief gezien minder vrouwen uit een vreemd geboorteland.

4.1.1 Leeftijd

We zien dat de bevraagde populatie alle leeftijden hebben tussen 25 en 65 jaar hebben. Meest frequent werden vrouwen bevraagd rond de leeftijd van 30. De gemiddelde leeftijd is 40 jaar.



4.1.2 Graviditeit

69,8% van de bevraagde vrouwen was ooit al zwanger.

	Aantal	Percentage
0= Nog nooit zwanger geweest	23	26,7
1= Ooit al zwanger geweest	60	69,8
Totaal	83	96,5
Missing	3	3,5
Totaal	86	100,0

4.1.3 Nationaliteit

97.7% van de vrouwen die de enquête invulden, bleken de Belgische nationaliteit te hebben. Gezien het kleine aantal niet-Belgische vrouwen die de vragenlijst invulden, werd beslist om deze variabele niet verder te gebruiken in de statistische verwerking. De opmerking dient gemaakt te worden dat uit cijfers van de gemeentelijke profielschetsen uit 2012 bleek dat er toch ongeveer 6% vreemdelingen wonen te Ronse. In dit onderzoek blijkt dat er slechts 2,3% vreemdelingen werden bevraagd. Het is dus mogelijk dat allochtonen relatief gezien minder talrijk de vragenlijsten invulden en dus niet goed werden bereikt met dit onderzoek

	Aantal	Percentage
0= Andere nationaliteit	2	2,3
1= België	84	97,7
Totaal	86	100,0

4.1.4 Geboorteland

Slechts 7% of 6 van de 86 bevraagde vrouwen werden niet in België geboren. Het blijkt dat we met de vragenlijsten relatief gezien minder vrouwen bereikten die niet in België werden geboren. Dit kon achteraf afgeleid worden. Gedurende de onderzoeksperiode raadpleegden toch 12.70% vrouwen die niet in België waren geboren. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat zij nog een andere taal spraken dan het Frans of het Nederlands waardoor zij niet goed geïnformeerd geraakten. Ondanks de lage aantallen werd beslist toch statistiek uit te voeren. Resultaten kunnen hierdoor mogelijks opnieuw beïnvloed zijn.

	Aantal	Percentage
0= Ander geboorteland	6	7,0
1= België	80	93,0
Totaal	86	100,0

4.1.5 Filosofische overtuiging

De meeste vrouwen hebben een christelijke geloofsovertuiging of zijn atheïstisch. Slechts kleine aantallen patiënten hebben de Islam of het Hindoeïsme als geloofsovertuiging. Gezien de kleine aantallen in de verschillende categorieën, werd hier beslist geen verdere statistische analyses mee te doen. Het is opnieuw mogelijk dat we relatief gezien minder mensen bereikten met de islam of andere geloofsovertuigingen.

	Aantal	Percentage
Atheïst	21	24,4
Christen	52	60,5
Hindoe	1	1,2
Moslim	4	4,7
Missing	8	9,3
Totaal	86	100,0

4.1.6 Opleiding

60,5% van de bevraagde vrouwen volgden hogere studies. Dit is betrekkelijk hoog. Cijfers van de Vlaamse overheid tonen dat iets meer dan 30% van de Vlaamse personen tussen 25 en 64 jaar een diploma hoger onderwijs behalen.[11] In onze bevraagde populatie is dit het dubbele. We kunnen hieruit concluderen dat voornamelijk hoger opgeleide vrouwen werden bereikt met de vragenlijsten.

	Frequentie	Percentage
0= Secundair onderwijs of lager	33	38,4
1= Hoger onderwijs (bachelor, master of meer)	52	60,5
Missing	1	1,2
Totaal	86	100,0

4.2 Verloop van de huidige screening

In dit onderzoek kregen de bevraagde patiënten tussen 25 en 65jaar bijna allen ooit een uitstrijkje. Slechts 2 vrouwen van de 86 kregen nog nooit een onderzoek. Eén dame antwoordde niet op deze vraag. Gezien het zeer kleine aantal dat nog nooit een screeningsonderzoek kreeg, wordt deze variabele niet verder gebruikt in statistische analyses. Het blijkt dat de meeste vrouwen in dit onderzoek zich op regelmatige basis laten screenen. In de vragenlijst werd vermeld dat dit minstens 1 keer per 3 jaar is, maar het kan ook vaker zijn. 19.8% slechts laat zich niet regelmatig (zoals hierboven vermeld) screenen.
Verder blijkt dat 65,1% van de bevraagde vrouwen nog nooit een uitstrijkje bij de huisarts liet nemen. 34,9% liet wel ooit een uitstrijkje bij de huisarts uitvoeren.
Verrassend is dat toch 60.5% van de bevraagde vrouwen weten dat een uitstrijkje bij de huisarts kan gebeuren. 37,7% van de vrouwen antwoordden dat ze niet wisten dat een uitstrijkje mogelijk is bij hun huisarts. Van die vrouwen zou 40,6% toch overwegen om nu bij de huisarts te gaan voor hun screening.
64% van de 86 bevraagde vrouwen heeft een voorkeur voor de gynaecoloog om hun uitstrijkje te laten afnemen, 23,3% vrouwen heeft geen voorkeur en slechts 12,8% vrouwen geven de voorkeur aan de huisarts voor hun screening.
De meeste vrouwen hebben een matig tot sterke voorkeur voor de gynaecoloog. 16.4% van de bevraagde vrouwen zou uitsluitend bij de gynaecoloog gaan voor het uitstrijkje. (zie tabellen 1 t.e.m.7)

Tabel 1: Heeft patiënte ooit al een uitstrijkje gehad?

	Aantal	Percentage
0= Nog nooit een uitstrijkje gehad	2	2,3
1= Ooit al een uitstrijkje gehad	83	96,5
Missing	1	1,2
Totaal	86	100,0

Tabel 2: Heeft patiënte haar uitstrijkjes op regelmatige basis

	Aantal	Percentage
Ja	69	80,2
Nee	17	19,8
Totaal	86	100,0

Tabel 3: Liet patiënte ooit al eens een uitstrijkje door de huisarts uitvoeren?

	Aantal	Percentage
Ja	30	34,9
Nee	56	65,1
Totaal	86	100,0

Tabel 4: Heeft patiënte kennis van het feit dat de huisarts ook uitstrijkjes afneemt?

	Aantal	Percentage
Ja	52	60,5
Nee	32	37,2
Missing	2	2,3
Totaal	86	100,0

Tabel 5: Indien patiënte nog niet wist dat de huisarts ook uitstrijkjes afneemt, zou zij nu overwegen om haar uitstrijkje bij de huisarts te laten nemen?

	Aantal	Percentage
Ja	13	40,6
Nee	16	50,0
Missing	3	9,4
Totaal	32	100,0

tabel 6: Welke voorkeur heeft patiënte qua onderzoeker?

	Aantal	Percentage
Geen voorkeur	20	23,3
Gynaecoloog	55	64,0
Huisarts	11	12,8
Totaal	86	100,0

Tabel 7: Hoe sterk is de voorkeur voor de gynaecoloog?

	Aantal	Percentage
1= Zeer lichte voorkeur	5	9,1
2= Lichte voorkeur	2	3,6
3= Matige voorkeur	11	20,0
4= Sterke voorkeur	26	47,3
5= Uitsluitend de gynaecoloog	9	16,4
Missing	2	3,6
Totaal	55	100,0



4.3 Statistiek

4.3.1 Welke demografische kenmerken bepalen of patiënten zich regelmatig (zijnde minstens 1 keer per 3 jaar, maar kan ook vaker zijn) laten screenen?

Geen enkele van de bevraagde demografische kenmerken bleek statistisch significant te zijn met betrekking tot het zich al dan niet regelmatig laten screenen. Noch leeftijd, zwangerschap, geboorteland of hogere opleiding toonde een statistisch verband in dit onderzoek.
De resultaten in dit onderzoek werden mogelijks beïnvloed door het lage aantal patiënten uit een niet-Belgisch geboorteland die de vragenlijst invulden. Ook werden relatief gezien meer vrouwen met een hogere opleiding bereikt en werd in deze studie mogelijks de groep met een lager opleidingsniveau ondervertegenwoordigd. (zie tabellen)

Leeftijd

	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B) lower	upper
Step 1[a] lft	**1,001(n.s.)**	0,955	1,05

zwangerschap

		zwangerschap nee	ja	totaal
Regelmatige screening	Ja	18	49	67
	Nee	5	11	16
	Totaal	23	60	83

	value	Exact Sig. (2-sided)
Pearson chi square	0,124	
Fisher's Exact Test		**0.760 (n.s.)**

Geboorteland

		geboorteland nee	ja	totaal
Regelmatige screening	Ja	4	65	69
	Nee	2	15	17
	Totaal	6	80	86

	value	Exact Sig. (2-sided)
Pearson chi square	0,748	
Fisher's Exact Test		**0,339 (n.s.)**

hoger onderwijs

		Hoger onderwijs		totaal
		nee	ja	
Regelmatige screening	Ja	24	44	68
	Nee	9	8	17
	totaal	33	52	85

	value	Exact Sig. (2-sided)
Pearson chi square	1,783	
Fisher's Exact Test		**0,266 (n.s.)**

4.3.2 Welke demografische kenmerken spelen een rol bij het feit of patiënten ooit al een uitstrijkje bij de huisarts kregen?

Er werd geen enkel statistisch verband gevonden tussen de bevraagde demografische kenmerken en het verrichten van een uitstrijkje bij de huisarts. Noch leeftijd, geboorteland of hogere opleiding konden een significant verschil tonen. Opnieuw kan het meespelen dat we weinig niet-in-België geboren vrouwen bereikten en dat er relatief gezien meer vrouwen met een hogere opleiding deelnamen. (zie tabellen)

leeftijd

	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
		lower	upper
Step 1[a] lft	**0,986(n.s.)**	0,948	1,027

geboorteland

		geboorteland		totaal
		nee	ja	
Ooit al een uitstrijkje bij de HA?	Ja	3	27	30
	Nee	3	53	56
	Totaal	6	80	86

	value	Exact Sig. (2-sided)
Pearson chi square	0,649	
Fisher's Exact Test		**0,416 (n.s.)**

hoger onderwijs

		Hoger onderwijs		totaal
		nee	ja	
Ooit al een uitstrijkje bij de HA?	Ja	15	14	29
	Nee	18	38	56
	totaal	33	52	85

	value	Exact Sig. (2-sided)
Pearson chi square	3,084	
Fisher's Exact Test		**0,102 (n.s.)**

4.3.3 Welke demografische kenmerken bezitten patiënten die er wel of niet van op de hoogte zijn dat uitstrijkjes door de huisarts worden uitgevoerd?

In dit onderzoek blijkt dat vrouwen die niet in België geboren werden minder op de hoogte zijn van het feit dat de huisarts ook cervixuitstrijkjes afneemt.

Andere demografische kenmerken zoals de leeftijd en een hogere opleiding toonden geen statistisch verschil.

Opnieuw dient aangehaald te worden dat er weinig vrouwen uit een andere geboorteland de vragenlijst invulden en dat er relatief gezien meer vrouwen met een hoge opleiding deelnamen. (zie tabellen)

Leeftijd

	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B) lower	upper
Step 1[a] lft	**1,007(n.s.)**	0,968	1,0247

Geboorteland

		geboorteland nee	ja	totaal
Kennis over uitstrijkje bij de HA?	Ja	1	51	52
	Nee	5	27	32
	Totaal	6	78	84

	value	Exact Sig. (2-sided)
Pearson chi square	5,607	
Fisher's Exact Test		**0,028 (signif.)**

Hoger onderwijs

		Hoger onderwijs nee	ja	totaal
Kennis over uitstrijkje bij de HA?	Ja	23	28	51
	Nee	8	24	32
	Totaal	31	52	83

	value	Exact Sig. (2-sided)
Pearson chi square	3,394	
Fisher's Exact Test		**0,102 (signif.)**

4.3.4 Welke demografische kenmerken spelen een rol bij de voorkeur van patiënten voor de gynaecoloog als onderzoeker?

Geen enkele van de bevraagde demografische kenmerken toont een statistisch verschil in de voorkeur voor de gynaecoloog; noch leeftijd, zwangerschap, geboorteland of hogere opleiding. (zie tabellen)

leeftijd

	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B) lower	upper
Step 1[a] lft	**0,970(n.s.)**	0,932	1,010

zwangerschap

		zwangerschap nee	ja	totaal
Voorkeur	HA/geen voorkeur	11	18	29
	Gynaecoloog	12	42	54
	Totaal	23	60	83

	value	Exact Sig. (2-sided)
Pearson chi square	2,324	
Fisher's Exact Test		**0,198 (n.s.)**

geboorteland

		Geboorteland nee	ja	totaal
Voorkeur	HA/geen voorkeur	4	27	31
	Gynaecoloog	2	53	55
	Totaal	6	80	86

	value	Exact Sig. (2-sided)
Pearson chi square	2,623	
Fisher's Exact Test		**0,182 (n.s.)**

hoger onderwijs

		Hoger onderwijs		totaal
		nee	ja	
Voorkeur	HA/geen voorkeur	14	17	31
	Gynaecoloog	19	35	54
	Totaal	33	52	85

	value	Exact Sig. (2-sided)
Pearson chi square	0,825	
Fisher's Exact Test		**0,488(n.s.)**

4.3.5 Welke demografische kenmerken spelen een rol bij de sterkte van de voorkeur voor de gynaecoloog?

Geen enkele van de demografische kenmerken toonden een significant verschil in de sterkte van de voorkeur voor de gynaecoloog; noch zwangerschap, geboorteland of hogere opleiding.

4.3.6 Samenvatting

	leeftijd	zwangerschap	geboorteland	hoger onderwijs
regelmatige screening	n.s. verband	n.s. verband	n.s. verband	n.s. verband
ooit al een uitstrijkje bij de HA	n.s. verband	n.s. verband	n.s. verband	n.s. verband
op de hoogte dat HA uitstrijkjes neemt	n.s. verband	n.s. verband	**statistisch verband**	n.s. verband
voorkeur voor gynaecoloog	n.s. verband	n.s. verband	n.s. verband	n.s. verband
sterkte voorkeur voor gynaecoloog	n.s. verband	n.s. verband	n.s. verband	n.s. verband

4.4 Redenen van voorkeur voor de gynaecoloog

Volgens de meeste vrouwen speelt het feit dat hun **moeders, zussen en/of vriendinnen** ook een gynaecoloog raadplegen voor het baarmoederhalsuitstrijkje geen rol (figuur 1). Wel is het voor het grootste deel van de patiëntes van belang dat de gynaecoloog hun **eerste uitstrijkje afnam** en ze daardoor ook de voorkeur geven aan de gynaecoloog om verder bij die persoon te gaan (figuur 4). Voor vele vrouwen is het een **gewoonte** om hun uitstrijkjes bij de gynaecoloog te laten nemen en geven zij onder andere daarvoor aan de gynaecoloog de voorkeur (figuur 2).

Dat het **resultaat van het uitstrijkje** enkel bij de gynaecoloog toekomt, speelt voor de meeste vrouwen geen rol in hun voorkeur voor de gynaecoloog (figuur 3). Dit zou verschillende redenen kunnen hebben, onder andere dat ze bijvoorbeeld ook weten dat de huisarts het resultaat ontvangt. In deze praktijk wordt het elektronisch medisch dossier goed bijgehouden en specialisten in de nabije omgeving versturen bijna steeds hun verslagen via het medium 'Medibridge.'

Dat de gynaecoloog steeds **een datum voor het volgende onderzoek meegeeft** is een factor die meestal geen rol speelt in de voorkeur voor de gynaecoloog (figuur 5). Dit kan opnieuw verschillende oorzaken hebben, onder andere dat de gynaecoloog dat bijvoorbeeld niet systematisch doet.

Een meerderheid van de patiëntes geven onder andere de voorkeur aan de gynaecoloog omdat ze vinden dat **de onderzoekskamer** van de gynaecoloog beter is aangepast aan het gynaecologisch onderzoek (figuur 6).

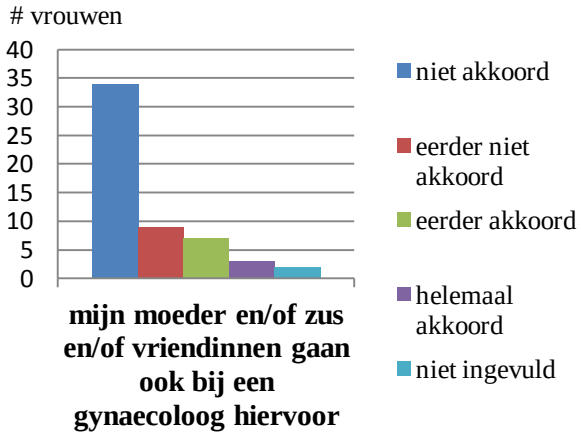
Een meerderheid van de vrouwen vindt dat het een rol speelt dat ze bij de gynaecoloog **na 18u** terecht kunnen voor een afspraak. Het speelt meestal geen rol dat ze eventueel in **het weekend** terecht kunnen bij de gynaecoloog (figuur 7).

Voor het grootste deel van de vrouwen speelt het **geslacht** van de gynaecoloog geen rol bij het bepalen van een voorkeur (figuur 8). Het is ook zo dat in deze huisartsenpraktijk hoofdzakelijk vrouwen werken, waardoor mogelijks dit argument, specifiek in deze praktijk, minder meespeelt.

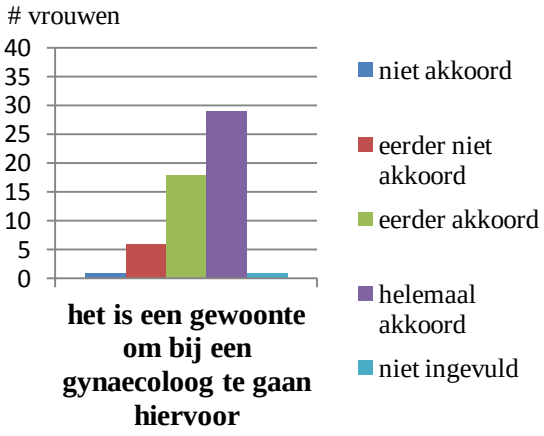
De meningen zijn verdeeld over het feit dat **de band met de huisarts** te hecht zou zijn om gynaecoloog te verkiezen voor een baarmoederhalsuitstrijkje (figuur 9).

Vrouwen hebben nog andere redenen(figuur 10). Hierbij vermelden zij onder andere dat de gynaecoloog een **uitgebreider onderzoek** kan doen en dat lijkt voor enkele vrouwen belangrijk.

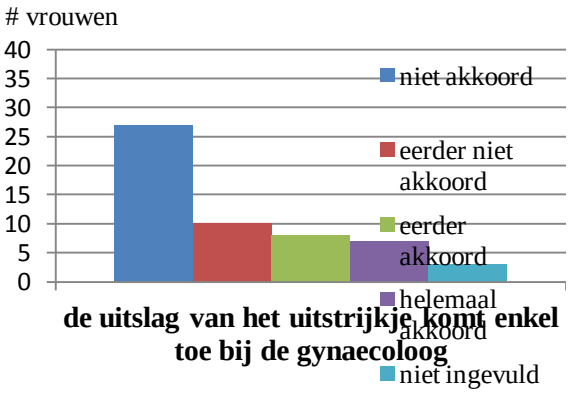
Figuur 1



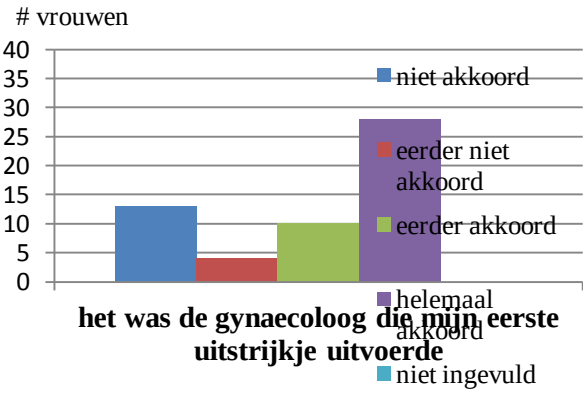
Figuur 2



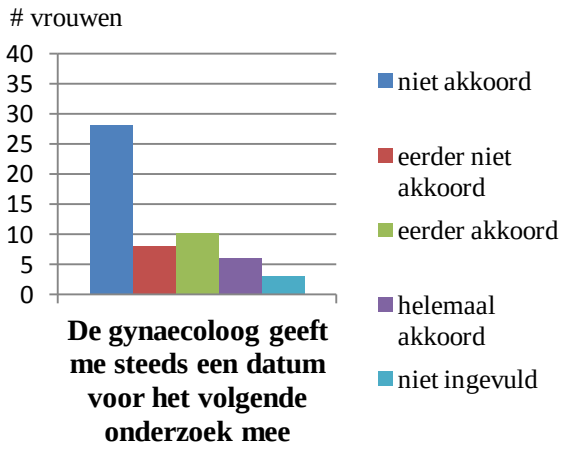
Figuur 3



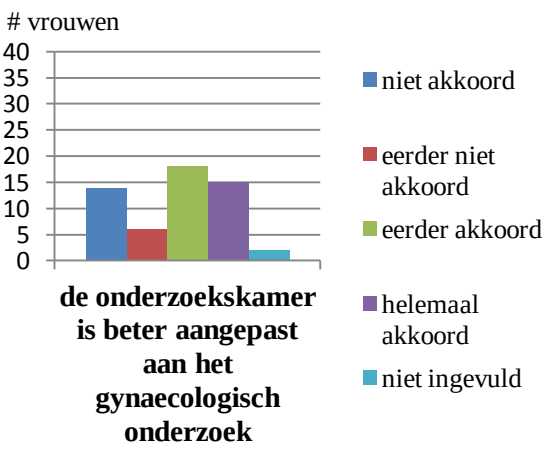
Figuur 4



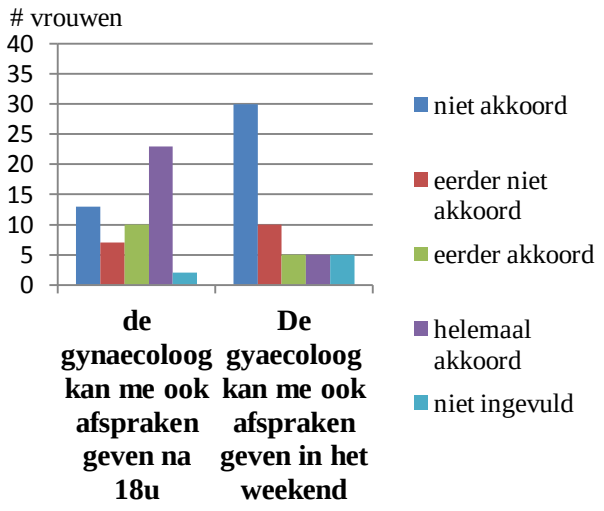
Figuur 5



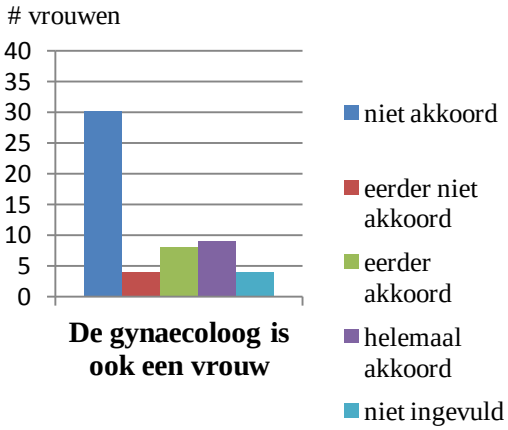
figuur 6



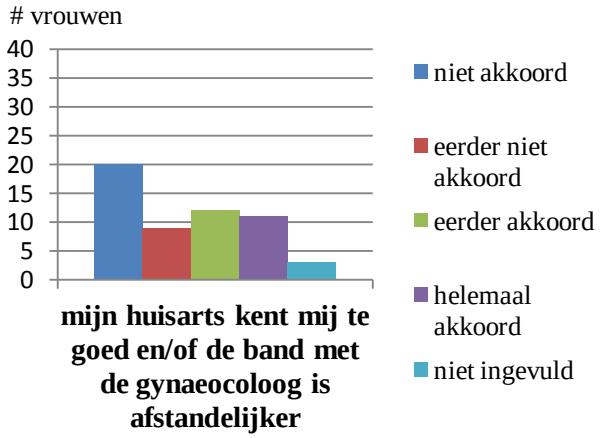
Figuur 7



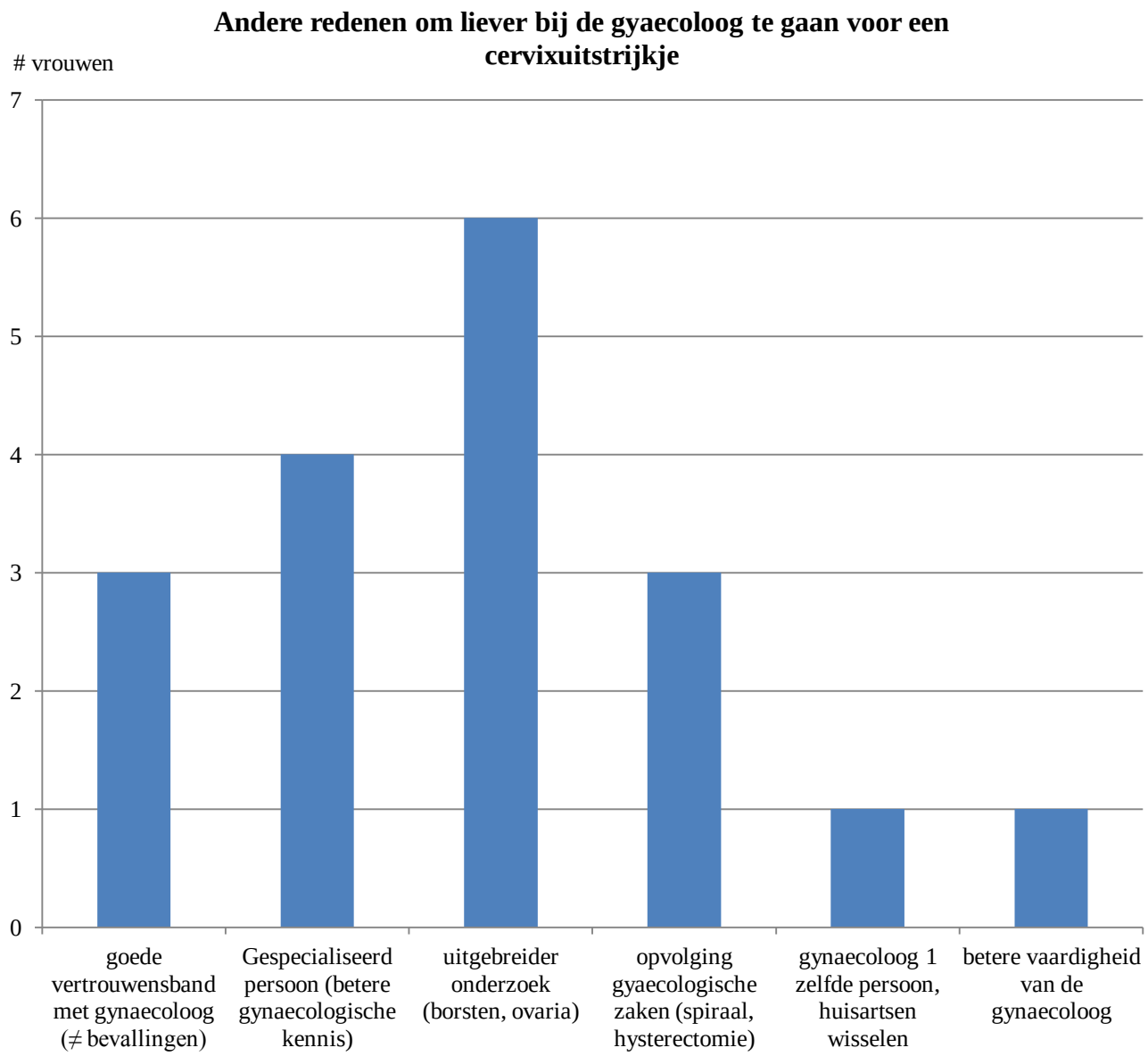
figuur 8



Figuur 9



Figuur 10


Andere redenen om liever bij de gyaecoloog te gaan voor een cervixuitstrijkje
vrouwen
7
6
5
4
3
2
1
0
goede vertrouwensband met gynaecoloog (≠ bevallingen)
Gespecialiseerd persoon (betere gynaecologische kennis)
uitgebreider onderzoek (borsten, ovaria)
opvolging gyaecologische zaken (spiraal, hysterectomie)
gynaecoloog 1 zelfde persoon, huisartsen wisselen
betere vaardigheid van de gynaecoloog

Samenvatting

	(eerder) niet akkoord (x/55*)	%	(eerder) akkoord (x/55*)	%	niet ingevuld	x/55*
moeder en/of zussen bij gynaecoloog	43	78	10	18	2	
gewoonte	7	13	47	85	0	
resultaat komt toe bij gynaecoloog	37	67	15	27	3	
gynaecoloog nam eerste uitstrijkje	17	31	38	69	0	
gynaecoloog geeft steeds vervolgafspraak	36	65	16	29	3	
beter aangepaste onderzoekskamer	20	36	33	60	2	
beter geschikte afspraken na 18u	20	36	33	60	2	
beter geschikte afspraken in het weekend	40	73	10	18	5	
gynaecoloog is een vrouw	34	62	17	31	4	
te dichte band met HA	29	53	23	42	3	
goede vertrouwensband door bevallingen						3
gespecialiseerd persoon						4
uitgebreider onderzoek (ovaria en borsten)						6
opvolging andere gynaecologische zaken						3
gynaecoloog 1zelfde persoon, HA wisselt						1
betere vaardigheid van de gynaecoloog						1

* 55= het aantal vrouwen die de voorkeur voor de gynaecoloog hadden

5 Discussie

5.1 Belangrijkste bevindingen en vergelijking met de literatuur

Uit dit onderzoek blijkt dat de vrouwen die de vragenlijst invulden, bijna allen ooit een uitstrijkje lieten nemen en dat ze dat ook bijna allemaal op regelmatige basis lieten doen. Dit komt niet overeen met Belgische cijfers. Volgens de aanbeveling Cervixkankerscreening van Domus Medica zouden in België toch 1.1miljoen vrouwen zich niet of niet recent laten screenen. [1] Volgens de gezondheidsenquête in 2008 zouden 2 op de 5 vrouwen zich niet hebben laten screenen en 3 op 4 vrouwen in de screeningsleeftijd lieten zich jaarlijks of zelfs frequenter screenen in de 3 jaar voordat de enquête werd uitgevoerd.[3] We kunnen vermoeden dat de deelnemende vrouwen in dit onderzoek beter bekend zijn met het onderwerp en dat de resultaten hierdoor mogelijks werden beïnvloed. Verder zou er ook overscreening kunnen zijn in deze praktijk. Het is onze taak als huisarts om elke vrouw de nodige uitleg te geven over baarmoederhalskankerscreening. Zowel de voordelen als de nadelen behoren tot de informatie die dient verschaft te worden. De geschikte frequentie voor het zich laten screenen is een aandachtspunt gezien de voordelen bij overscreening mogelijks niet opwegen tegenover de nadelen.

Zoals blijkt uit dit onderzoek is 60,5% van de vrouwen er van op de hoogte dat de huisarts uitstrijkjes afneemt. Een kleine 40% is hiervan dus niet op de hoogte, ondanks het feit dat we voornamelijk vrouwen met een hogere opleiding bevraagden. Het blijkt dat allochtone vrouwen nog minder vaak op de hoogte zijn. 40% van de vrouwen die niet op de hoogte waren voor het onderzoek, zouden nu wel willen bij de huisarts gaan voor een uitstrijkje. Dat de huisarts eveneens is opgeleid om baarmoederhalsuitstrijkjes af te nemen, dient aan vrouwen in deze praktijk en meer specifiek aan allochtone vrouwen goed gecommuniceerd te worden.

In deze praktijk heeft 64% van de bevraagde vrouwen de voorkeur voor de gynaecoloog, 23,3% heeft geen voorkeur en 12,8% geven de voorkeur aan hun huisarts voor cervixkankerscreening. De meeste vrouwen hebben een matige tot sterke voorkeur voor de gynaecoloog. Bij vergelijking met de literatuur stellen we vast dat, met betrekking tot gynaecologische zaken, vrouwen eveneens hoofdzakelijk de voorkeur aan de gynaecoloog geven boven andere gezondheidsmedewerkers, zoals huisartsen of verpleegkundigen. In de literatuur vinden we terug dat het voornamelijk hoger opgeleide en jongere vrouwen zijn die

vaker de voorkeur voor de gynaecoloog hebben. Dit kon niet aangetoond worden in dit onderzoek.De overheid deed al een inspanning om screening door de huisarts te laten beheren door de invoering van het GMD+, doch patiënten dienen duidelijk nog beter geïnformeerd te worden over de plaats van de huisarts in deze preventieve zorg. Als huisarts zouden we zelf informatie kunnen verschaffen aan patiëntes, tegelijkertijd kan de overheid hier eveneens meer werk van maken.
Opvallend is dat in deze praktijk vrouwen eerder niet vinden dat het een rol speelt dat hun gynaecoloog een vrouw is. Dit zou kunnen verklaard worden door het feit dat in deze huisartsenpraktijk hoofdzakelijk vrouwelijke artsen werken, ofwel speelt het geslacht van de onderzoeker voor de vrouwen in deze praktijk effectief minder een rol, wat dan in tegenstelling is tot wat vorig onderzoek kon aantonen.

In dit onderzoek zijn de meest voorkomende redenen die vrouwen aangeven voor het verkiezen van de gynaecoloog boven de huisarts voor hun cervixuitstrijkje: gewoonte, de gynaecoloog die het eerste uitstrijkje afnam, een betere onderzoekskamer en het kunnen verkrijgen van afspraken na 18u. Deze argumenten komen deels overeen met voorgaand onderzoek betreffende voorkeur qua zorgverlener voor gynaecologische onderwerpen. De argumenten gewoonte, voorgaande ervaring met de gynaecoloog, naast betere apparatuur en het feit dat het een specialistisch probleem betreft worden in voorgaand onderzoek beschreven. Aan het frequentst gegeven argument ‘gewoonte,’ kunnen opnieuw wij zelf als huisarts, maar ook onze overheid, iets doen. Door betere communicatie zouden we onder vrouwen meer bekend kunnen maken dat uitstrijkjes evengoed bij de huisarts kunnen gebeuren. Door beleidsmatige veranderingen zou de overheid hier een rol kunnen in spelen.

5.2 Zwaktes en sterktes van het onderzoek

Het betreft een observationeel prospectief onderzoek. Dit type onderzoek kan aanleiding geven tot hypotheses, maar is onvoldoende krachtig om bepaalde hypotheses aan te tonen of te verwerpen. Gezien het gaat om een kleinschalig onderzoek in één huisartsenpraktijk, kunnen geen definitieve conclusies getrokken worden. De hypotheses in dit onderzoek kunnen echter wel de basis zijn voor verder onderzoek.

Alle bevraagde patiëntes werden geselecteerd uit één huisartsenpraktijk. Het betreft een stedelijke praktijk met op 3km afstand het dichtstbijzijnde ziekenhuis. De specifieke setting van deze huisartsenpraktijk zorgt ervoor dat deze resultaten niet kunnen veralgemeend

worden naar volledig Vlaanderen. Bij eenzelfde onderzoek in een landelijke omgeving kunnen mogelijks andere resultaten bekomen worden.

Dit onderzoek werd gedaan bij patiëntes in een huisartsenpraktijk, ondanks het benadrukken van anonimiteit, valt het niet uit te sluiten dat in zekere mate sociaal wenselijke antwoorden gegeven werden.

Uit de demografische gegevens van dit onderzoek kon worden afgeleid dat we bepaalde groepen uit de bevolking minder goed bereikten. De vrouwen met een niet Belgische nationaliteit of de vrouwen uit een ander geboorteland waren ondervertegenwoordigd. Een mogelijke oorzaak kan zijn dat allochtone vrouwen geen van beide talen waarin de powerpointvoorstelling, de informatiebrief en de vragenlijsten werden opgesteld, goed beheersten en hierdoor niet deelnamen. Het bleek eveneens zo te zijn dat hoofdzakelijk vrouwen met een christelijke geloofsovertuiging of atheïsten de vragenlijst beantwoordden. Verder had 60% van de bevraagde vrouwen een diploma hoger onderwijs. Dit is dubbel zo veel als het gemiddelde in Vlaanderen. Slechts 30% van de Vlamingen zou een diploma hoger onderwijs behalen.[11] Dit zou kunnen betekenen dat we met dit onderzoek relatief gezien minder lager opgeleide vrouwen bereikten. Een hogere opleidingsgraad leidt tot een hogere socio-economische status. Het is dus mogelijk dat vooral vrouwen werden bevraagd met een hogere socio-economische status. Doordat overwegend autochtone, hoger opgeleide vrouwen de vragenlijsten beantwoordden, kan het zijn dat de resultaten in dit onderzoek beïnvloed werden. Verder konden we een aantal vooraf gestelde hypotheses niet toetsen doordat de groepen te klein waren voor het uitvoeren van statistiek.

5.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Aangezien dit onderzoek plaats vond in een specifieke setting, kan aanvullend onderzoek, naar de redenen om de gynaecoloog te verkiezen, zich verderzetten in andere settings. De bevraging van patiëntes in de wachtkamer van de gynaecoloog en eventuele vergelijking met de patiëntes van bij de huisarts, kan tot verder onderzoek dienen. Het bestuderen van demografische kenmerken die een invloed hebben op het verloop van baarmoederhalskankerscreening kan eveneens een onderwerp zijn voor een vervolgonderzoek. Bij verder onderzoek is het van belang om aandacht te hebben voor het

bereiken van patiëntes met een lagere socio-economische status en allochtone vrouwen.

5.4 Aanbevelingen voor de praktijk

Vrouwen dienen voldoende geïnformeerd te worden over baarmoederhalskankerscreening. De voordelen ervan moeten aan bod komen, maar eveneens de nadelen. De screeningsfrequentie is een aandachtspunt gezien die een rol speelt in het al dan niet zinvol zijn van screening. Het moet beter bekend gemaakt worden onder patiëntes en zeker onder allochtone patiëntes dat de huisartsen eveneens uitstrijkjes afnemen en indien nodig dat zij zullen verwezen worden naar de gynaecoloog in een tweede tijd.
Concreet zou er systematisch bij elke nieuwe patiënte kunnen gevraagd worden naar het verloop van de huidige screening, indien die er is. Eventueel kan gedurende een bepaalde periode systematisch elke vrouw in de screeningsleeftijd aangesproken worden over haar huidige, eventuele screening.
Het blijkt van belang om het eerste uitstrijkje af te nemen bij jonge vrouwen, gezien dit een rol speelt in hun verdere voorkeur qua zorgverlener. Baarmoederhalskankerscreening wordt dus best ter sprake gebracht nog voor de screeningsleeftijd. Een eerste pilconsult kan bijvoorbeeld een goed moment zijn.
Vrouwen geven aan dat de onderzoekskamer beter geschikt is bij de gynaecoloog. Dit werd niet verder gespecifieerd. In deze praktijk zou een goede onderzoekstafel, niet gericht naar de deuropening, met een afgeschermde zone waar men zich kan uitkleden een verbetering kunnen zijn.
Raadplegingen voorzien na 18u zou er eveneens kunnen voor zorgen dat meer vrouwen in de huisartsenpraktijk hun uitstrijkje laten nemen.

6 Besluit

Met dit onderzoek kwamen we te weten welke argumenten patiëntes hebben om de voorkeur voor de gynaecoloog te hebben. De volgende veronderstellingen werden bevestigd: dat het voor vele vrouwen een gewoonte is om bij de gynaecoloog te gaan, dat de gynaecoloog vaak de eerste persoon is die het uitstrijkje uitvoerde, dat de onderzoekskamer beter is aangepast en dat men na 18u terecht kan voor een afspraak. Verschillende hypotheses werden in dit onderzoek niet bevestigd: dat het een rol speelt dat vrouwen in hun omgeving ook bij de gynaecoloog gaan, dat het resultaat van het onderzoek enkel bij de gynaecoloog toekomt, dat men afspraken in het weekend kan krijgen, dat er steeds er vervolgafspraak wordt meegegeven en zelfs het feit dat hun gynaecoloog een vrouw is, speelt vaak niet mee. De meningen zijn evenredig verdeeld over het argument dat de band met de huisarts te dicht is.

We kwamen te weten dat bijna alle bevraagde vrouwen zich regelmatig laten screenen. Toch weet een groot deel van de patiëntes niet dat screening voor baarmoederhalskanker ook bij de huisarts kan. We zagen een statistisch significant verband tussen vrouwen van niet-Belgische afkomst en het vaker niet op de hoogte zijn van screening bij de huisarts. Verder waren er niet-significante verbanden tussen andere demografische kenmerken en het verloop van de huidige screening.

Voor de toekomst is het van belang om goede informatie te geven aan patiëntes over cervixkankerscreening met als aandachtspunten de screeningsfrequentie en de rol van de huisarts in deze preventieve zorg. Vrouwen hierover aanspreken nog voor de screeningsleeftijd, raadplegingen voorzien na 18u en een goede onderzoekskamer ter beschikking hebben kunnen elementen zijn die ervoor zorgen dat we als huisarts meer uitstrijkjes uitvoeren. Communicatieve inspanningen van de huisarts en beleidsmatige veranderingen door de overheid kunnen ervoor zorgen dat de gewoonte om bij de gynaecoloog te gaan voor een uitstrijkje doorbroken wordt.

7 Referenties

1. Smeets F., Verhoeven V., Baay M. Weyers S., Colpaert C., Govaerts F. Cervixkankerscreening. Domus Medica. 2011

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

3. Gezondheidsenquête 2008. Beschikbaar via: http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/table08.htm. Geraadpleegd 2013 januari 06

4. Victoor A, Denoij D, Friele ,. Rademakers J. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. BMC Health Services Research 2012. 12: 272

5. De Wilde Anke. De taak en functie van de huisarts: wat patiënten denken en huisartsen doen. 2011

6. Hemminike E., Sihvo S., Forsass E,Koponnen P, Kosunen E, Perälä Ml. The role of gynaecologists in women's health care-women's vieuws. Int J Qual Health Care. 1998. Feb; 10(1):59-64

7. Schmittdiel J, Selby JV, Grumbach K, Quesenberry CP Jr. Women's provider preferences for basic gynecology care in a large health maintenance organization. J Womens Health Gend Based Med. 1999 Jul-Aug; 8(6): 825-53

8. Janssen SM, Largo-Janssen A. Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: a systematic review. Patient Education and Counseling. 2012. 89: 221-226

9. Yanikkerem E, Ozdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. Midwifery 2009. Oct; 25(5): 500-8

10. Steward R. Pap tests. What do women expect? Australian Family Physician. 2010. Vol 39, n°10.

11. Diensten voor het Algemeen Regeringsbeleid. Studiedienst van de Vlaamse Overheid. Sociaal – economisch actieplan voor Vlaanderen. Vlaanderen vergeleken. 2006

8 Bijlagen

Add 1: informatiebrief vrouwen (Nederlandstalig)

Beste,

Ik ben Dr. Nelly Vandewalle, huisarts in opleiding in de praktijk waar u patiënt bent. In het kader van mijn opleiding werk ik aan een thesis. Het onderwerp van dit werk is “waarom raadplegen vrouwen eerder een gynaecoloog en niet de huisarts voor hun baarmoederhalsuitstrijkje”. De promotor van dit project is Prof. Dr. Sara Willems, verbonden aan de Vakgroep huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent. Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van het UZ Gent.

In België staat het vrouwen vrij om te kiezen voor de huisarts of de gynaecoloog voor hun uitstrijkje ter opsporing van baarmoederhalskanker. Meer dan 80% van de Belgische vrouwen kiest ervoor om het onderzoek door de gynaecoloog te laten uitvoeren. Tot nu toe bestaat er geen wetenschappelijk onderzoek naar de redenen waarom vrouwen eerder bij de gynaecoloog gaan dan bij de huisarts voor het uitstrijkje. Met dit onderzoek wil ik graag antwoorden vinden op die vraag.

Het onderzoek bestaat uit een vragenlijst die u zelfstandig kunt invullen en nadien kunt deponeren in een box vooraan aan het secretariaat. De vragenlijst bestaat uit drie delen. Het eerste deel zijn vragen betreffende administratieve gegevens, het tweede deel zijn vragen over de manier waarop u zich al dan niet op dit moment laat onderzoeken voor baarmoederhalskanker. Het derde deel zal niet door iedereen ingevuld moeten worden en zijn vragen over de redenen waarom u eventueel een voorkeur voor de gynaecoloog heeft.

Indien u vragen heeft met betrekking tot het onderzoek, ben ik aanwezig om die te beantwoorden.

Belangrijk:

- uw naam dient niet ingevuld te worden op de vragenlijst, het onderzoek verloopt dus volledig anoniem en de reslutaten dienen louter voor dit onderzoek in het kader van mijn huisartsenopleiding.
- Er bestaat geen enkele verplichting om deel te nemen aan dit onderzoek.
- Het al dan niet deelnemen aan het onderzoek zal de relatie tussen u en uw huisarts in geen geval beïnvloeden.
- Deelname aan deze studie is uiteraard gratis.
- Het invullen van de vragenlijsten wordt echter niet vergoed, maar ik ben u alvast uitermate dankbaar voor uw medewerking.
-

Ik dank u alvast voor uw medewerking.

Dr. Nelly Vandewalle
Mede in naam van Dr. Philippe Charlier, huisarts en mijn opleider
Mede in naam van Prof dr. Sara Willems
Mede in naam van co-promotor Dr. Fien Mertens

Add 2: informatiebrief vrouwen (Franstalig)

Chère Madame,

Je me présente: je suis le Dr. Nelly Vandewalle, médecin généraliste en formation dans la pratique dans laquelle vous vous trouvez. Dans le cadre de ma formation je travaille à un travail de fin d'étude en vue de l'obtention du degré de Master. Le sujet de ce travail est « pourquoi les femmes consultent-elles plutôt un gynécologue qu'un médecin généraliste pour leur examen de frottis de dépistage du cancer du col de la matrice ». Le promoteur de ce projet est le Prof. Sara Willems, attachée au Service de Médecine Générale et de Soins de Santé Primaires. Ce travail de recherche a été approuvé par la Commission d'Ethique de l'hôpital universitaire de Gand (UZ Gent).

En Belgique les femmes sont libres de choisir soit le médecin généraliste, soit le gynécologue pour le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus. Plus de 80% des femmes Belges choisissent de faire le dépistage par le gynécologue. A l'heure actuelle il n'existe pas d'étude scientifique à propos des raisons pour lesquelles les femmes vont plutôt chez le gynécologue que chez le généraliste pour cet examen. Par cette étude-ci j'aimerais trouver une réponse à cette question.

L'étude consiste en un questionnaire auquel vous pouvez répondre de manière indépendante, et que vous pouvez ensuite déposer dans une urne au sécrétariat. Le questionnaire se divise en trois parties. La première partie concerne des données administratives, la deuxième partie concerne la manière dont vous vous faites examiner actuellement pour le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus. La troisième partie ne devra pas être complétée par tout le monde, et concerne les questions autour de la préférence pour l'examen par le gynécologue.
Si vous avez des questions à propos de cette étude, je serai présente pour vous y répondre.

Important:
* Votre nom ne figure pas sur les questionnaire, l'étude se déroule donc de façon anonyme et les résultats de cette étude servent uniquement à cette étude dans le cadre de ma formation spécifique en médecine générale.
* Il n'y a aucune obligation à participer à cette étude.
* Votre participation ou non à cette étude n'influencera en rien la relation entre vous et votre médecin généraliste.
* La participation à cette étude est évidemment gratuite.
* Il n'y a aucune rémunération prévue, mais je vous suis très reconnaissante pour votre participation.

Je vous remercie d'ores et déjà pour votre collaboration,

Dr. Nelly Vandewalle.

Également au nom du Dr Philippe Charlier, médecin généraliste et maître de stage
et au nom du Prof. Dr. Sara Willems
et au nom du Dr. Fien Mertens (copromoteur)

Add 3 : vragenlijst (Nederlandstalig)

Vragenlijst: Welke redenen spelen een rol bij de keuze van een vrouw voor het laten afnemen van haar uitstrijkje door de GYNAECOLOOG ter vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker?

Deel 1: demografische kenmerken en persoonlijke gegevens. (omcirkel wat past per regel)

1	Wat is uw leeftijd?	....				
2	Hoeveel keer was u al zwanger?	....				
3	Wat is uw nationaliteit?	Belg		andere		
4	Wat is uw geboorteland?	België		andere		
5	Wat is uw filosofische overtuiging?	Christen	moslim	atheïst	hindoe	Jood
6	Wat is uw hoogst behaalde diploma?	Lager onderwijs	Lager secundair onderwijs	Hoger secundair onderwijs	Hoger onder-wijs	

Deel 2: hoe verloopt de huidige screening? (omcirkel wat past per regel. Lees ook steeds wat na de vraag staat en volg de instructies.)

1	Hoeveel uitstrijkjes heeft u in uw leven al gehad?	0		≥ 1		
2	Laat u op regelmatige basis een uitstrijkje afnemen? (minstens 1 keer om de 3 jaar, maar dat kan ook frequenter zijn)	Ja		Nee		
3	Liet u ooit al eens een uitstrijkje nemen bij een huisarts?	Ja		Nee		
4	Wist u dat u uw uitstrijkje door de huisarts kan laten uitvoeren?	Ja		Nee		
	⅄ Indien "*ja"* ga dan meteen verder met de volgende vraag ⅄ Indien "*nee": "*Nu ik u hiervan op de hoogte bracht, overweegt u dan om uw uitstrijkje bij uw huisarts te laten uitvoeren?"	Ja		Nee		
5	Naar wie gaat uw voorkeur uit voor het afnemen van uw uitstrijkje?	huisarts	gynaeco-loog	geen voor		
	⅄ Indien *"huisarts"* of *"geen voorkeur"* dan mag u hier de vragenlijst STOPPEN, bedankt.					
6	Hoe sterk is uw voorkeur voor de gynaecoloog op een schaal van 1 tot 5 (1= zeer lichte voorkeur, 2= lichte voorkeur, 3=matige voorkeur, 4=sterke voorkeur, 5= uitsluitend door die persoon zou ik het laten doen)	1	2	3	4	5

Deel 3: U heeft dus een voorkeur voor een gynaecoloog voor het afnemen van uw uitstrijkje. Welke redenen spelen voor u een rol in die voorkeur voor een gynaecoloog? Geef een score van 1 tot 4 (1= niet akkoord, 2= eerder niet akkoord, 3= eerder akkoord, 4= helemaal akkoord)

""IK VERKIES MIJN UISTRIJKJE DOOR EEN GYNAECOLOOG TE LATEN NEMEN AANGEZIEN:"					
1	mijn moeder en/of zus en/of vriendinnen ook bij een gynaecoloog gaan hiervoor.	1	2	3	4
2	het een gewoonte is om bij de gynaecoloog te gaan hiervoor.	1	2	3	4
3	de gynaecoloog de arts was die mijn allereerste uitstrijkje uitvoerde.	1	2	3	4

4	de uitslag over het uitstrijkje alleen toekomt bij de gynaecoloog.	1	2	3	4
5	de gynaecoloog me steeds een datum voor een volgend uitstrijkje meegeeft.	1	2	3	4
6	de onderzoekskamer beter is aangepast aan het gynaecologisch onderzoek.	1	2	3	4
7	de gynaecoloog ook afspraken na 18u kan geven.	1	2	3	4
8	de gynaecoloog ook afspraken in het weekend kan geven.	1	2	3	4
9	de gynaecoloog ook een vrouw is.	1	2	3	4
10	mijn huisarts mij te goed kent en/of de band met de gynaecoloog afstandelijker is.	1	2	3	4
11	andere reden(en) die hierboven niet vermeld staan:				

Add 4: vragenlijst (Franstalig)

Questionnaire: Quels raisons jouent un rôle dans le choix d'une femme de faire prendre le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus par le gynécologue ?

Partie 1: données démographiques et personnelles (entourer la réponse qui convient)

1	Quel âge avez-vous?	....				
2	Avez-vous déjà vécu une grossesse ?	Oui		Non		
3	Quelle est votre nationalité?	Belge		autre		
4	Quel est votre pays de naissance?	Belgique		autre		
5	Quelle est votre conviction philosophique?	Chrétienne	islam	athée	Indoue	juive
6	Quel diplôme avez –vous obtenu (le plus élevé)	Des études primaires	Secondaires inférieures	Secondaires supérieures	des études supérieures	

Partie 2: Comment le dépistage s'effectue-t-il actuellement? (entourer d'un cercle la réponse qui convient par ligne. Lisez également ce qui se trouve après la question et suivez les instructions)

1	Combien de frottis avez-vous déjà eu?	0		≥ 1		
2	Faites-vous faire à intervalles réguliers un frottis? (au moins tous les trois ans, mais peut-être aussi plus fréquemment)	Oui		Non		
3	Avez-vous déjà un jour fait faire un frottis chez un médecin généraliste?	Oui		Non		
4	Etes-vous au courant que le frottis peut aussi être effectué chez votre médecin généraliste?	Oui		Non		
	⅄ Si la réponse est « *oui* », continuez avec la question suivante ⅄ Si la réponse est « *non* », Maintenant que vous le savez, envisagez-vous de laisser faire le frottis de dépistage chez votre généraliste	Oui		Non		
5	Vous préférez que le frottis soit effectué par:	Généra-liste	Gynéco-logue	Sans avis		
	⅄ Si votre réponse est « *généraliste* » ou « *sans avis* », le questionnaire **s'arrête** ici, je vous remercie.					
6	Indiquez la force de votre préférence pour le gynécologue sur une échelle de 1 à 5 (1= très lègère préférence, 2= légère préférence, 3=préférence moyenne, 4=nette préférence, 5= ce n'est que par cette personne que je laisserais faire le frottis)	1	2	3	4	5

Partie 3: Vous avez donc une préférence pour que ce soit le gynécologue qui prenne votre frottis. Quels raisons jouent un rôle pour vous dans cette préférence pour un gynécologue? Geef een score van 1 tot 4 (1= pas d'accord, 2= plutôt pas d'accord, 3= plutôt d'accord, 4= tout à fait d'accord)

"JE CHOISIS DE FAIRE FAIRE MON FROTTIS PAR UN GYNECOLOGUE PARCE QUE:"					
1	ma mère et/ou ma soeur et/ou mes amies vont aussi chez le gynécologue pour cela.	1	2	3	4
2	c'est une habitude d'aller chez le gynécologue pour cela.	1	2	3	4

3	le tout premier frottis chez moi a été fait par le gynécologue.	1	2	3	4
4	le résultat du frottis n'arrive que chez le gynécologue.	1	2	3	4
5	le gynécologue me donne chaque fois un rendez-vous pour le prochain frottis.	1	2	3	4
6	le cabinet médical est mieux adapté à l'examen gynécologique.	1	2	3	4
7	le gynécologue peut aussi donner des rendez-vous après 18h.	1	2	3	4
8	le gynécologue peut aussi donner des rendez-vous pendant le week-end.	1	2	3	4
9	la gynécologue est aussi une femme.	1	2	3	4
10	mon généraliste me connaît trop bien, et le lien avec le gynécologue est plus distant.	1	2	3	4
11	autres raisons, qui ne sont pas déjà notées:				