Gynaecologie in de huisartsenpraktijk: ervaringen en uitdagingen

Vermeersch Kimberly, Universiteit Gent

Promotor: professor Stefan Heytens, Universiteit Gent

Co-promotor: dokter Veerle Piessens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2023 – 2024]

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

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

Voorwoord

Deze thesis is geschreven ter afronding van de master na master opleiding huisartsgeneeskunde. Ik moet eerlijk toegeven dat ik het schrijven van een thesis in combinatie met het werk in de huisartsenpraktijk echt had onderschat, wat me op het einde van dit proces de nodige stress door uitstelgedrag gaf.

Eerst wil ik starten met nog een paar mensen te bedanken. Bedankt aan mijn promotor, Stefan Heytens en copromotor, Veerle Piessens om mij altijd van de nuttige feedback te voorzien en me op de juiste weg te helpen.

Verder wil ik ook graag mijn ouders bedanken, die me gesteund hebben tijdens de basis en vervolg opleiding, en altijd een klankbord geboden hebben.

Tot slot nog een grote dank aan mijn partner, Bram, voor de bemoedigende woorden wanneer ik het niet zag zitten en om me te helpen met de transcriptie van de interviews.

Abstract

Aanleiding: Als huisarts in opleiding merk ik bitter weinig gynaecologie op in de praktijk. Dit vind ik zelf heel jammer aangezien het tot mijn interessegebied behoort. Ik vroeg me hieromtrent af wat andere huisartsen hierover vinden, of ze dit jammer vinden en hoe ze staan ten opzichte van de gynaecologische klachten

Achtergrond: De huisarts wordt gezien als het eerste aanspreekpunt van de patiënt voor een medisch probleem (3). Wat gynaecologie betreft, beschikt hij over het juiste materiaal en heeft een heel arsenaal aan richtlijnen om zich op voort te baseren (6,7, 15). Via het Belgische gezondheidssysteem kunnen patiënten echter direct een afspraak maken bij de specialist (21). Zo wordt er opgemerkt dat huisartsen weinig gynaecologische klachten zien in hun praktijk (1, 32). Vooral jonge patiënten, patiënten met hoger inkomen, hogere opleidingsgraad en mannelijke huisarts zouden sneller naar de gynaecoloog gaan (28, 29).

Methode: Er werden diepte-interviews uitgevoerd met 12 mannelijke en vrouwelijke huisartsen van verschillende leeftijdscategorieën uit de provincies Antwerpen en Oost-Vlaanderen. In de interviews werd er onder andere nagevraagd welke gynaecologische klachten ze zagen en of ze de klachten graag behandelden.

Resultaten: De huisartsen beschouwen gynaecologie als een onderdeel van hun praktijk maar geven toe dat het slechts een beperkt deel van hun taken bevat. Over de gynaecologische klachten en handelingen bestaat er een aanzienlijke variatie in hun gevoel van competentie. Dit verschil in competentie komt voort uit variaties in technische vaardigheden, zoals het plaatsen van spiraaltjes en uit verschillen in kennisniveau, wat leidt tot uiteenlopende verwijzingspatronen naar de gynaecoloog. Een grote belemmering om een gynaecologisch onderzoek uit te voeren is het intieme van zo'n onderzoek. Dit wordt voor elke arts anders ingevuld en gaat van een drempel voor het behandelen van patiënten waarmee er een persoonlijke band is tot de schrik voor een aanklacht. Verder vinden de huisartsen het jammer dat het uitstrijkje momenteel vaak bij de gynaecoloog terecht komt.

Conclusie: Door te investeren in opleiding, bewustwording en samenwerking kunnen huisartsen een belangrijkere rol op zich nemen binnen de gynaecologische zorg in België. Vooral voor diegenen die een bijzondere interesse in dit vakgebied hebben, liggen er aanzienlijke mogelijkheden om deze zorg uit te breiden binnen hun praktijk. Dit zal de gezondheidszorg voor vrouwen van alle leeftijden ten goede komen, waarbij de huisarts fungeert als een laagdrempelig eerste aanspreekpunt.

Inhoudstafel

Inhoud

Voorwoord 3

Abstract 4

Inleiding 7

1. Gynaecologische problematiek in de huisartsgeneeskunde 7

1.1. Huisartsgeneeskunde of eerstelijnsgeneeskunde 7

1.2. Gynaecologie in de huisartsgeneeskunde 8

2. Gynaecologie 9

2.1. Wat is gynaecologie 9

2.2. Het gynaecologisch onderzoek 9

3. Organisatie van het gezondheidszorgsysteem: echelonnering of rechtstreeks toegankelijke gynaecologen 10

4. Voorkeur van de vrouw: gynaecoloog of huisarts 10

5. Gynaecologie in de huisartsenpraktijk: dalende of stijgende trend? 11

5.1. Huidige situatie in België 11

5.2. Situatie in andere landen 12

6. Probleemstelling en doelstelling 12

Methodologie 14

1. Studiedesign 14

2. Literatuurstudie 14

3. Onderzoekspopulatie 14

4. Datacollectie 14

5. Data-analyse 15

6. Ethische overwegingen 15

Resultaten 16

1. Beschrijving van de participerende huisartsen 16

2. Gynaecologie in de huisartsenpraktijk 17
2.1 Deel van het takenpakket 17
2.2 Kwaliteitsvolle zorg 19
3. Persoonlijke ervaringen met gynaecologische klachten, onderzoeken 22
3.1 Doet de huisarts graag gynaecologie 22
3.2 Intimiteit van een gynaecologisch onderzoek 22
3.3 Belang van preventie 23
4. Ideeën over de huidige situatie van gynaecologie in de huisartspraktijk 24
4.1 Vervrouwelijking van het huisartsenberoep 24
4.2 Organisatie gezondheidszorg 25
4.3 Financiële aspect 25
4.4 Ideeën over wat patiënten verwachten/ denken 26
5. Ideeën over toekomstige situatie van gynaecologie in de huisartsenpraktijk 27
5.1 Meer preventie in de huisartsenpraktijk 28
Discussie 30
1. Belangrijkste bevindingen van het onderzoek 30
2. Vergelijking van de resultaten met de literatuur 31
3. Aanbevelingen voor in de praktijk 32
4. Sterktes en zwaktes van het onderzoek 33
5. Conclusie 33
Referenties 35
Bijlagen 38
1. Goedgekeurde protocol 39
2. Gunstig advies ethisch comité 41

Inleiding

Ik zag onlangs een 25-jarige patiënte op raadpleging voor de herhaling van haar pilvoorschrift. Omdat ze nu tot de doelgroep voor het cervix uitstrijkje behoort, greep ik deze kans aan om hier wat informatie over te geven. Ze bedankte me voor de info en zei me dat ze hiervoor reeds bij de gynaecoloog geweest was en die een jaar geleden al een uitstrijkje afgenomen had. Uit een eerdere MaNaMa-thesis van Davina Caproni waarbij 6 huisartsen en 3 gynaecologen geïnterviewd worden, komt dat huisartsen een duidelijke daling zien in hun gynaecologische consultaties (1). Ik vind dit als huisarts in opleiding zeer jammer omdat ik hier een sterke persoonlijke interesse in heb en liefst zou ik later in mijn praktijk op regelmatige basis cervixuitstrijkjes afnemen en vrouwen het gevoel willen geven dat ze voor vragen en problemen, die betrekking hebben tot het domein van gynaecologie, altijd bij mij terecht kunnen.

1. Gynaecologische problematiek in de huisartsgeneeskunde

1.1. Huisartsgeneeskunde of eerstelijnsgeneeskunde

World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, vanaf nu WONCA, heeft in 2002 een definitie opgesteld met een aantal specifieke kenmerken van de discipline huisartsgeneeskunde. Volgende 2 kenmerken zijn deel van de definitie (2):

- De huisartsgeneeskunde is normaliter het eerste medische aanspreekpunt binnen het gezondheidszorgsysteem met een vrije en onbegrensde toegang voor haar gebruikers en biedt een eerste opvang voor alle gezondheidsproblemen ongeacht leeftijd, sekse of enig andere eigenschap van de persoon in kwestie.

- Zij stimuleert efficiënt gebruik van de financiële middelen voor de gezondheidszorg door de zorg te coördineren, door met de andere professionals in de eerste lijn samen te werken, door in de relatie met andere specialismen een spilfunctie te vervullen en daarbij, waar nodig, de rol van vertrouwenspersoon voor de patiënt op zich te nemen (2).

De huisarts is met andere woorden een arts, die als eerste aanspreekpunt van de patiënt de patiënt gaat behandelen en opvangen en indien nodig zal doorverwijzen, waarbij hij steeds in contact blijft staan met de doorgewezen arts (3).

Om in Vlaanderen het beroep van huisarts te mogen uitvoeren, moet de bachelor- en masteropleiding geneeskunde doorlopen zijn. In de bacheloropleiding wordt een wetenschappelijke en medische basiskennis gelegd. Hierop wordt in de masteropleiding verder gebouwd door middel van pathologie vakken. Na de basisopleiding tot arts, kan er gestart worden met de Master na Master opleiding huisartsgeneeskunde. Deze bevat onder andere drie jaar voltijds praktijkstage: 30 maanden onder de begeleiding van een erkende én aangestelde huisarts-praktijkopleider en 6 maanden in een ziekenhuisdienst. De huisarts is dus iemand die van alle markten thuis moet zijn (4,5).

1.2. Gynaecologie in de huisartsgeneeskunde

Domus Medica, de Belgische vereniging voor huisartsen, en het Nederlands Huisartsen Genootschap, vanaf nu NHG, hebben een heel arsenaal aan richtlijnen waar de huisarts beroep op kan doen. Wat betreft gynaecologie heeft het NHG een richtlijn over volgende onderwerpen: amenorroe, anticonceptie, borstkanker, fluor vaginalis, miskraam, overgang, pelvic inflammatory disease, preconceptiezorg, seksuele klachten, SOA consult, subfertiliteit, vaginaal bloedverlies en zwangerschap en kraamperiode. Domus medica heeft een richtlijn over zwangerschapsbegeleiding, preconceptie advies, hormonale anticonceptie, vulvovaginale klachten bij vrouwen met vulvovaginitis en vaginose in de reproductieve levensfase, cervixkankerscreening, borstkankerscreening en voor de diagnose, behandeling, opvolging en verwijzing van infecties met chlamydia trachomatis (6,7).

Hierbij een kort overzicht van de in de literatuur onderzochte gynaecologische taken en wie zijn verantwoordelijkheid het is.

1.2.1. Hormonale anticonceptie

Zowel huisarts als gynaecoloog zijn het er over eens dat de bespreking van hormonale anticonceptie een taak van de huisarts is (1).

In 2018 is er een artikel gepubliceerd waarin 79 Oost-Vlaamse huisartsen geïnterviewd werden over hun kennis van langwerkende omkeerbare anticonceptiva zoals het spiraal en het implantatiestaafje. Deze preparaten bieden namelijk een betrouwbare bescherming tegen ongewenste zwangerschappen. Toch is gebleken uit de studie dat de deelnemende huisartsen deze niet routinematig bespraken met adolescenten (8).

De grootste oorzaak die hiervan aan de basis lag, had te maken met de arts en niet met de patiënt. In deze studie gaven namelijk slechts 40% van de huisartsen aan zich bekwaam te voelen om een implantatiestaafje te plaatsen. Voor spiraaltjes lag dit percentage nog lager. Naast het gebrek aan vaardigheid, beschouwt ongeveer 18% hun kennis over deze preparaten als beperkt (8).

1.2.2. Primaire preventie door middel van cervixuitstrijkje

Elke vorm van primaire preventie hoort in principe in de eerste lijn thuis. De afwijkende resultaten zijn voor de specialist, de gynaecoloog in dit geval (1).

In 2013 startte de Vlaamse overheid met het Bevolkingsonderzoek voor cervixkanker. Alle vrouwen tussen 25 en 64 jaar krijgen een uitnodigingsbrief voor het cervix uitstrijkje. In 2021 was 63,6% van de doelgroep in orde met het 3-jaarlijkse uitstrijkje. De leeftijdscategorieën 25-29 jaar (61,1%) en 60-64 jaar (56,1%) waren hier ondervertegenwoordigd (9).

Door het bevolkingsonderzoek kost een uitstrijkje voor de patiënt niets. De huisarts kan hier echter wel een nomenclatuurnummer (114030) voor gebruiken en hier een vergoeding van €5,97 voor krijgen (9,10).

Volgens de literatuur zijn volgende factoren verantwoordelijk voor een lagere screenings ratio: (kans)armoede, laag opleidingsniveau, nullipara, geen partner hebben, oudere leeftijd, postmenopauzale status, het hebben van een beperking (11,12).

Uit een studie uit Frankrijk van 2014 werd geconcludeerd dat de participatiegraad van vrouwen hoger was wanneer de huisarts uitstrijkjes maakte. De omvang van deze stijging is echter onvoldoende om de verwachte participatiegraad van het bevolkingsonderzoek te halen (13).

2. Gynaecologie

2.1. Wat is gynaecologie

Gynaecologie en verloskunde is een tak van de geneeskunde, specifiek gericht op het onderzoeken van de vrouw. Verloskunde spitst zich toe op de zwangerschap en bijbehorende problemen. Gynaecologie omvat problemen met betrekking tot de cyclus, aandoeningen van vulva, vagina, cervix, uterus en adnexen. Verder behandelt het gynaecologische infecties, endometriose, bekkenbodemproblematiek, seksualiteit bij de vrouw, senologie, anticonceptie, menopauze klachten en fertiliteitsproblemen (14).

Een gynaecologisch consult begint met een anamnese. Hierna wordt er overgegaan naar het gynaecologisch onderzoek (borstonderzoek, genitaal onderzoek (uitwendige inspectie, speculumonderzoek, bimanueel inwendig onderzoek)) (14). Volgend materiaal is voor een goed gynaecologisch onderzoek essentieel: handschoenen, goede lichtbron, onderzoekstafel, eventueel met beensteunen, speculum, glijmiddel, materiaal voor cervixuitstrijkje of voor microbiologisch onderzoek (15). Deze materialen zijn bij de meeste huisartsenpraktijken ook aanwezig. Aanvullend aan het gynaecologisch onderzoek kan de gynaecoloog een echo doen met abdominale of transvaginale sonde. Weinig huisartsen hebben een echotoestel in de praktijk (16). Een gynaecoloog voert nog een paar specifieke onderzoeken uit: colposcopie (= een binoculaire lens waarmee de lagere genitale tractus onderzocht wordt), hysteroscopie (= endoscopisch onderzoek van het cavum uteri) en laparoscopie (= kijkoperatie) (14).

2.2. Het gynaecologisch onderzoek

Aangezien het gynaecologisch onderzoek gepaard gaat met het blootstellen van de intieme delen van het lichaam in een kwetsbare situatie met verlies van controle, kan het voor vrouwen negatieve gevoelens oproepen (17). Tijdens een gynaecologisch onderzoek ervaren sommige vrouwen gevoelens zoals schaamte bij het uitkleden, zorgen over netheid, twijfels over vaginale geur, angst dat de gynaecoloog iets zou ontdekken over hun seksleven, angst voor het ontdekken van een pathologische aandoening en angst om pijn te ervaren (18).Extra factoren die het voor vrouwen onaangenaam maken zijn: koude instrumenten, gebrek aan informatie over de procedure en gebrek aan zachtheid van de onderzoeker. Ook is er een significant verband tussen het ervaren van schaamte en leeftijd. Er werd een vergelijking gedaan bij patiënten ≤25 jaar in vergelijking met patiënten >25 jaar. Er werd een tendens naar verminderde schaamte gevonden met toenemende leeftijd (19).De onwil van vrouwen om een gynaecologisch onderzoek te ondergaan, vanwege de

aard van het onderzoek, angst of bezorgdheid over de houding van de gynaecoloog, kan leiden tot uitstel of vermijding van onderzoek met potentieel schadelijke gevolgen voor de gezondheid (19).

Sommige artsen hebben ook schrik om een gynaecologisch onderzoek uit te voeren. Ze hebben namelijk geen vertrouwen in hun eigen kunnen en angst dat ze beschuldigd zullen worden voor de uitvoering ervan. Vaak leggen artsen de schuld bij de vrouw om zelf geen gynaecologisch onderzoek uit te voeren. Ze zeggen namelijk dat 'vrouwen er niet van houden' (20).

3. Organisatie van het gezondheidszorgsysteem: echelonnering of rechtstreeks toegankelijke gynaecologen

In Europa bestaan er ruwweg twee modellen voor de organisatie van toegang tot zorg voor de patiënt.

Het eerste systeem dat onder andere gehanteerd wordt in Nederland, Noorwegen, Groot-Brittannië, Spanje en Frankrijk heet het poortwachtersysteem. In dit model kan de patiënt altijd een afspraak maken bij de huisarts. De huisarts zal doorverwijzen naar de desbetreffende specialist indien hij dit nodig acht (21). In Noorwegen merkt men echter wel dat de kwaliteit van de zorg geboden door huisartsen zeer onderhevig is aan variatie in de praktijk. Er zijn huisartsen die alle gynaecologische patiënten doorverwijzen waardoor de alomvattendheid van de huisarts kan dalen (22). In Nederland kunnen patiënten ook rechtstreeks terecht bij de specialist. Er is echter enkel met een verwijsbrief van de huisarts een terugbetaling (23, 24, 25). In Frankrijk is er ook een poortwachtersysteem maar zoals in Nederland kan een patiënt ook rechtstreeks de specialist raadplegen onder verminderde terugbetaling. In het Franse systeem geldt het poortwachtersysteem echter niet voor raadpleging van een gynaecoloog (26).

Bij het tweede model zijn specialisten rechtstreeks toegankelijk zonder verwijsbrief. Dit systeem is er in België (21). Wel is het in België éénmaal per jaar goedkoper indien de patiënt de specialist bezoekt na doorverwijzing door zijn Globaal Medisch Dossier-houdende huisarts (27).

4. Voorkeur van de vrouw: gynaecoloog of huisarts

Uit de literatuur blijkt dat de meeste vrouwen voor een gynaecologisch onderzoek naar de gynaecoloog gaan. In een cross-sectionele enquête studie uit 1999, uitgevoerd in de VS met 6187 participerende vrouwen had 60,3% de voorkeur voor een gynaecoloog, 13,3% voor de huisarts. Hieruit is vooral gebleken dat patiënten vaker langs gingen voor het gynaecologisch onderzoek bij de zorgverstrekker waar ze het laatst nog geweest waren. Patiënten met jonge leeftijd, hoger inkomen, hogere opleidingsgraad en een mannelijke huisarts gingen in dit onderzoek sneller naar de gynaecoloog (28).

De voorkeur voor een vrouwelijke arts komt in de literatuur vaak naar boven. In diezelfde studie uit de VS had 52,5 % voorkeur voor een vrouw en 42% had geen voorkeur. De patiënten die wel voorkeur hadden, waren degene met laag inkomen, hoge educatie, mannelijke huisarts en een niet wit ras (28). In een andere studie gaven vrouwen <25 jaar de voorkeur aan een vrouwelijke arts (29).

Een studie uit Brazilië, uitgevoerd in 2020, toonde aan dat de meeste patiënten in het algemeen geen voorkeur hebben wat betreft de genderkeuze van hun arts (30).

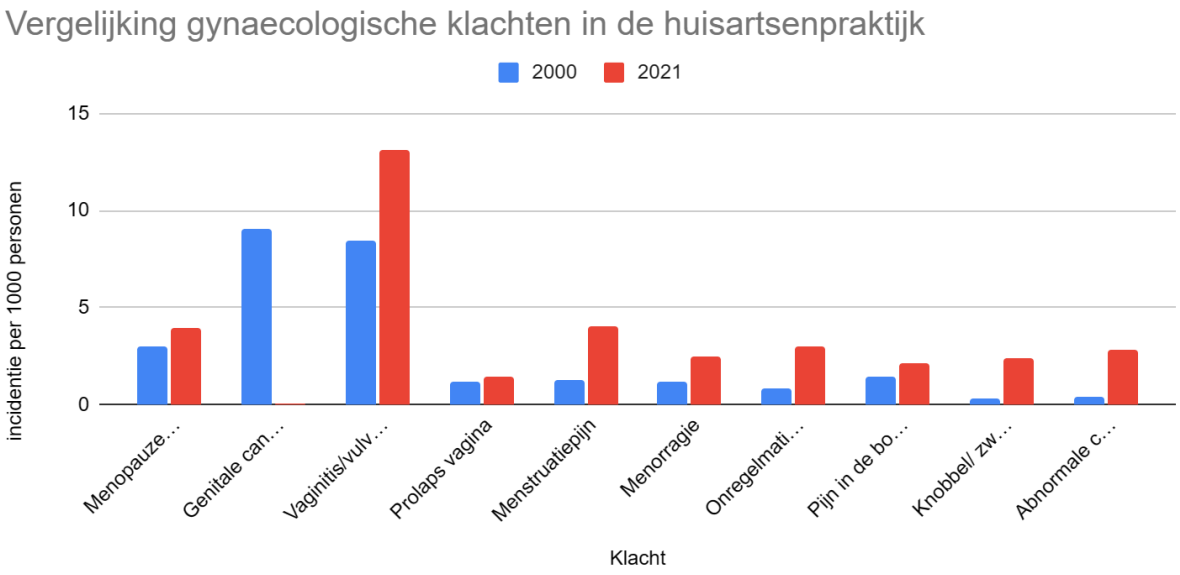
Ook een studie uit Duitsland meldt dat vrouwen vaker de gynaecoloog bezoeken op jongere leeftijd. In de leeftijdscategorie 40-49 jaar bezoekt 75% van de vrouwen jaarlijks hun gynaecoloog. Na de leeftijd van 50 jaar daalt het aantal vrouwen dat de gynaecoloog bezoekt. In de leeftijdscategorie van 70-79 jaar was dit slechts minder dan 45%. Anderzijds bezoekt 80% van de patiënten uit deze studie in de leeftijdscategorie >50 jaar de huisarts (31).

5. Gynaecologie in de huisartsenpraktijk: dalende of stijgende trend?

5.1. Huidige situatie in België

Via Intego, een project gestart in het Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde van de KULeuven, is er gekeken naar de incidentie van gynaecologische problematiek in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Door middel van de International Classification of Primary Care (ICPC-codes) worden symptomen en klachten in de huisartsenpraktijk gecodeerd. Intego gebruikt deze codes.

In het jaar 2000 hadden de volgende klachten de hoogste incidentie/1000 inwoners: menopauze klachten, genitale candida, vaginitis/vulvitis, prolaps vagina. In 2021 was dit menstruatiepijn, menorragie, onregelmatige of frequente menstruatie, menopauze klachten, pijn in de borsten, knobbel/ zwelling borst, vaginitis/vulvitis en abnormale cervixuitstrijkje. Onderstaande figuur illustreert de verschillen in incidentie. Een kleine kanttekening bij deze cijfers is dat ze vroeger op een andere manier bekomen werden. Sinds 2018 worden deze cijfers automatisch getrokken uit het software programma CareConnect (32). Hierdoor kunnen er geen echte conclusies uit getrokken worden maar van een daling blijkt geen sprake te zijn. Nochtans blijkt uit de thesis van Davina Caproni waarbij 6 huisartsen geïnterviewd werden in 2013 dat er een daling in de gynaecologische consultaties is ten opzichte van 10-20 jaar geleden. Dit is natuurlijk een subjectieve mening en een kleinschalig onderzoek (1).



Figuur 1: vergelijking gynaecologische klachten in de huisartsenpraktijk

5.2. Situatie in andere landen

In 2005 werd een vragenlijst met 44 gesloten vragen doorgestuurd naar een steekproef van 300 huisartsen in Bretagne. Het resultaat was dat de gynaecologische activiteit van de respondenten van deze enquête als zeer bescheiden omschreven werd. Voor de meest actieve onder hen op dit gebied (1 op 3) vertegenwoordigde gynaecologie ongeveer 10% van al hun acties. Er waren echter grote verschillen van arts tot arts (33).

In Nederland bestaat er een gelijkaardige website als Intego met incidenties per ICPC code. In 2021 was de incidentie per 1000 inwoners in Nederland het hoogste voor pijnlijke menstruatie (4,3), amenorroe/ hypomenorroe/oligomenorroe (3,1), menorragie (7,2), onregelmatige/ frequente menstruatie (6,6), uitstel van de menstruatie (5,7), vaginale afscheiding (11,2), symptomen/ klachten vulva (8,3), pijn in de borsten (8,2), knobbel/ zwelling borst (13,3), candidiasis urogenitale vrouw (21,3).

6. Probleemstelling en doelstelling

Een huisarts is voor een patiënt een vertrouwenspersoon die als spilfunctie kan dienen in het contact met de specialist maar zelf ook een heel arsenaal aan taken op zich kan nemen (2, 3). Wat betreft het gynaecologisch onderzoek is al het materiaal in het huisartsen kabinet aanwezig en zijn er ook voldoende richtlijnen waarop hij zich kan beroepen (6, 7, 15). Een studie concludeert dat er een hogere participatiegraad is voor het bevolkingsonderzoek voor cervixkanker indien de huisarts dit routinematig uitvoert. Zeker omdat de lagere screenings ratio's gezien worden bij kwetsbare vrouwen (28). Toch wordt er gemerkt dat vrouwen een voorkeur hebben voor een gynaecoloog wat betreft basis gynaecologie (28, 31). De factoren die maken dat de patiënt liever naar een gynaecoloog gaat, zijn reeds uitvoerig onderzocht en hebben voornamelijk te maken met het

geslacht van de huisarts en persoonlijke kenmerken van de patiënt (28-31). Wat echter nog niet onderzocht is, is wat huisartsen zelf denken over gynaecologische pathologie in hun eigen praktijk. Is het iets wat ze graag doen of vinden ze het prima dat deze taak vooral uitgevoerd wordt door de gynaecoloog?

Methodologie

1. Studiedesign

Omdat er in deze studie gepeild wordt naar het idee van huisartsen over wat de mening is over gynaecologie in de huisartsenpraktijk, werd er gekozen voor een kwalitatieve studie via diepte interviews. De onderzoeksgroep bestaat uit één huisarts in opleiding, dokter Kimberly Vermeersch, onder leiding van professor Stefan Heytens en dokter Veerle Piessens.

2. Literatuurstudie

Eerst werd er gezocht op de ICHO site naar bestaande masterthesissen met dezelfde opzet. Over gynaecologie in de huisartsenpraktijk bestaan er reeds veel thesissen. Vooral over het cervix uitstrijkje. Nog niemand onderzocht hoe de huisarts zich voelde met betrekking tot gynaecologische klachten. Er is één bestaande thesis met een gelijkaardige onderzoeksvraag, maar toch licht anders opgesteld van Davina Caproni met als titel ‘Alsmaar meer eerstelijns gynaecologie belandt in tweede lijn, wat is de mening van de huisarts en de gynaecoloog hierover?’

Vervolgens werd een literatuuronderzoek gedaan via Pubmed door middel van de zoektermen ‘gynaecology’ AND ‘general practitioner': hier kwamen 421 interessante, nog recente onderzoeken uit over specifieke gynaecologische pathologie (bv endometriose, fertiliteit, endometriose, preconceptiezorg) in de huisartsenpraktijken in andere landen. Eerst werden de titels gescreend om te kijken of het artikel een aanvulling kon zijn met betrekking tot de onderzoeksvraag.

3. Onderzoekspopulatie

Er werden 12 huisartsen geïnterviewd. Deze werden gerekruteerd uit de omgeving waar de onderzoeker werkt of heeft gewerkt als huisarts in opleiding en uit de kenniskring van de huisarts in opleiding. De geïnterviewden zijn werkzaam in de provincies Antwerpen en Oost-Vlaanderen. Er werd getracht om een variatie te vinden in soort praktijk, geslacht en leeftijd onder de respondenten.

4. Datacollectie

Deze studie werd gedaan door middel van diepte-interviews of semi-gestructureerde diepte interviews. De interviews werden opgenomen op de smartphone van de ondervrager. Ze vonden plaats tussen april 2022 en maart 2024. De gemiddelde duur van een interview was 27.5 minuten. In de interviews werd onder andere nagevraagd of ze graag gynaecologische klachten behandelden en welke klachten ze allemaal zagen in hun praktijk.

5. Data-analyse

Nadat het interview was vervolledigd, kon het getranscribeerd en gecodeerd worden. De transcriptie gebeurde via Whisper. De codering gebeurde via een gids voor de analyse van kwalitatieve data, opgesteld door de KULeuven. Eerst werd het interview nog eens grondig gelezen waarna er een narratief en conceptueel verslag van gemaakt werd. Zo konden er verbanden gelegd worden tussen de verschillende interviews.

6. Ethische overwegingen

Er werd een gunstig advies gegeven door het ethisch comité omtrent deze masterproef op 21/03/2023. Het referentienummer voor deze aanvraag was THE-2023-0095

Resultaten

1. Beschrijving van de participerende huisartsen

Tabel 1 Beschrijving van de participerende huisartsen

	Leeftijd	Geslacht	Praktijkgrootte	Landelijk vs stedelijk	Multidisciplinair
Huisarts 1	40-45	Vrouw	1 huisartsen en HAIO	Landelijk	verpleegkundige
Huisarts 2	60-65	Man	2 huisartsen en 1 HAIO	Landelijk	-
Huisarts 3	30-35	Man	3 huisartsen	Stedelijk	-
Huisarts 4	60-65	Vrouw	4 huisartsen en 1 HAIO	Stedelijk	-
Huisarts 5	25-30	Vrouw	1 huisarts	Landelijk	zeer multidisciplinair met verpleegkundige, psychologe, chiropractor
Huisarts 6	55-60	Vrouw	4 huisartsen	Landelijk	-
Huisarts 7	45-50	Vrouw	4 huisartsen	Landelijk	-
Huisarts 8	45-50	Vrouw	4 huisartsen	Landelijk	-
Huisarts 9	50-55	Man	3 huisartsen en 2 HAIO's	Stedelijk	1 psychologen en 1 diëtiste
Huisarts 10	65-70	Man	4 huisartsen en 1 HAIO	Stedelijk	-
Huisarts 11	45-50	Man	2 huisartsen	Landelijk	-

Huisarts 12	45-50	Vrouw	2 huisartsen en 1 HAIO	Landelijk	verpleegkundige

2. Gynaecologie in de huisartsenpraktijk

2.1 Deel van het takenpakket

Volgens de geïnterviewde huisartsen is gynaecologie een onderdeel van het takenpakket van de huisarts. De huisartsen beschouwen zichzelf als de ingangspoort tot gezondheidszorg voor patiënten, ook voor gynaecologie.

Alle geïnterviewde huisartsen hebben in meerdere of mindere mate nog een deel gynaecologie in hun praktijk, namelijk consulten omwille van gynaecologische klachten, vrouwen begeleiden met anticonceptie en afnemen van baarmoederhalsuitstrijkjes in kader van het bevolkingsonderzoek. Sommige huisartsen doen ook zwangerschapsbegeleidingen.

Ondanks de integratie van gynaecologische zorg binnen de huisartsenpraktijk, geven de geïnterviewde huisartsen aan dat gynaecologie slechts een beperkt deel van hun dagelijkse praktijk uitmaakt. De frequentie van uitgevoerde baarmoederhalsuitstrijkjes varieert sterk onder de respondenten, van zo weinig als één uitstrijkje per twee jaar tot maximaal tien per maand. Consultaties specifiek voor gynaecologische problemen vormen ook slechts een klein percentage van de totale consultaties. Desondanks behandelen huisartsen regelmatig patiënten voor het starten of verlengen van anticonceptie, wat wijst op een consistente vraag naar sommige aspecten van gynaecologische zorg binnen de huisartsenpraktijk.

2.1.1 Anticonceptie

Alle huisartsen zien vrouwen met een vraag tot anticonceptie: dit gaat zowel over een opstart als over een verlenging. Ze starten in eigen beheer op met de combinatiepil, minipil, hormoonpleisters, vaginale ring en prikpil. Slechts één van de geïnterviewde huisartsen plaatst momenteel spiraaltjes. Hij leerde deze vaardigheid toen hij in Afrika werkte alwaar hij dagelijks 20 tot 30 spiraaltjes moest plaatsen. Een andere huisarts plaatste vroeger wel nog spiraaltjes, maar is hier mee gestopt omdat hij niet veel gynaecologie meer doet.

De andere huisartsen verschillen van mening of spiraaltjes plaatsen al dan niet thuis hoort in de eerste lijn: voor sommigen behoort dit wel degelijk tot het takenpakket van de huisarts omdat alle anticonceptie laagdrempelig aangeboden moet worden in de eerste lijn. Anderen betwijfelen of huisartsen hierin genoeg ervaring kunnen opbouwen of hebben schrik voor complicaties zoals een uterusperforatie. Ze delen wel allemaal de mening dat om spiraaltjes te kunnen plaatsen in de huisartspraktijk er ook een echotoestel met vaginale sonde aanwezig moet zijn.

'Ik vind een spiraal plaatsen, dat kan er best heftig aan toe gaan vind ik. Ik vind dat niet niets. Ik heb het een keer bij de vorige praktijk gezien, de ervaren collega en dat gaat amai ja, dat zag er wel iets uit waar dat ge echt wel ervaring voor moet hebben.' (huisarts 3)

'Nee spiraal, dat doe ik niet. Ik heb dat gezien. Nee, dat doe ik niet. Dat vind ik eigenlijk ook niet echt huisartsgewijs. Allez respect als je dat doet. Ik zou mijn eigen spiraal bij de gynaecoloog laten zetten.' (huisarts 5)

Niet alle huisartsen plaatsen hormoonstaafjes. Dit is vooral omdat ze er geen vraag naar krijgen, maar ook vanwege eerdere slechte ervaringen bij het verwijderen van het staafje of vanwege de frequente bijwerkingen.

2.1.2 Gynaecologische klachten

Al de huisartsen zien vrouwen met gynaecologische routine klachten. Wanneer hen tijdens de interviews gevraagd wordt welke klachten ze allemaal afgelopen weken gezien hebben, vermelden ze onder andere menopauze (zowel diagnosestelling als behandeling van klachten), bloedverlies (zowel pre als postmenopauzaal), pilproblemen, pijnlijke menses, behandeling van infecties, vulvapijn, borstklachten, pijn bij seksueel contact.

2.1.3 Preventie

Onder preventie verstaan de huisartsen voornamelijk het cervix uitstrijkje. Al de huisartsen vinden dat dit volledig thuis hoort in de eerste lijn en het hun taak is om de patiënten aan te spreken over wanneer het laatste uitstrijkje was.

'Terwijl dat eigenlijk het maken van uitstrijkjes en puur preventie gericht is eigenlijk eerstelijns geneeskunde en geen tweede lijns geneeskunde. Vroeger was dat anders, preventie was eerste lijns geneeskunde en nu gaat de gynaecoloog zich meer profileren als eerstelijns geneeskunde.' (huisarts 2)

2.1.4 Zwangerschapsopvolging

Voor de meeste huisartsen is zwangerschapsopvolging beperkt tot de diagnosestelling door middel van een bloedafname, het toedienen van het kinkhoest vaccin en eventueel opvangen van klachten als de patiënt niet direct bij de gynaecoloog terecht kan. De rest van de opvolging gebeurt bij de gynaecoloog. Eén van de geïnterviewde huisartsen heeft, tot grote tevredenheid, een samenwerking met de gynaecologen van een naburig ziekenhuis voor een gedeelde zwangerschapsopvolging. Hierover hebben ze enkele jaren geleden concrete afspraken gemaakt. De zwangere vrouw komt dan alternerend bij huisarts en gynaecoloog. Voor onderlinge communicatie werken de artsen met het zwangerschapsboekje.
Sommige huisartsen hadden dit wel graag anders gezien. Zo kocht één huisarts bij opstart van de praktijk een doppler aan om een goede zwangerschapsbegeleiding te kunnen bieden, maar uiteindelijk blijkt er niet veel gelegenheid om dit toestel te gebruiken. Deze huisartsen denken dat hun patiënten moeilijk te overtuigen zijn voor een gedeelde zwangerschapsopvolging, onder andere omdat ze menen dat zwangere vrouwen erg gehecht zijn aan de echo-controles.

> *'Ja als die echo in het vooruitzicht of als die consultatie bij de gynaecoloog in het vooruitzicht komt, of dat nu om de twee weken is of om de twee maanden, je wilt dat kind zien, hè. Dat is, ja… Voor gerust te zijn. En uiteindelijk is dat… misschien niet zo nuttig.'* (huisarts 7)

Slechts één van de geïnterviewde huisartsen heeft vroeger nog bevallingen gedaan. Hij deed er toen 1-2 per maand, ongeveer 15 per jaar. Hij is hier 20 jaar geleden mee gestopt om verschillende redenen. De voornaamste reden was omdat hij merkte dat er een slechte omkadering was voor thuisbevallingen. Daarnaast werd de beroepsaansprakelijkheidsverzekering te hoog. Hij vindt de medicalisering van zwangerschappen en bevallingen jammer.

> *'ik vind het ook spijtig dat dat ook zo gemedicaliseerd wordt. Als ge ziet in Nederland waar 80% thuis bevalt. Meestal ook door een vroedvrouw. Ook weer hier medicalisering van iets wat normaal is. Dat vind ik spijtig. Nu is het te duur. Ik heb de handigheid niet meer en ik heb de tijd niet meer.'* (huisarts 2)

2.2 Kwaliteitsvolle zorg

De geïnterviewde huisartsen geven op verschillende manieren aan dat ze het belangrijk vinden dat de gynaecologische zorg die in de huisartspraktijk aangeboden wordt kwaliteitsvol moet zijn. Dit blijkt onder andere uit:

- Het belang van voldoende ervaring te hebben om competentie op te bouwen en te behouden.
- Voldoende tijd kunnen nemen.
- Noodzakelijke materiaal in huis hebben
- Belang kennis
- Ervaring van de vrouw

2.2.1 Ervaring en competentie

Genoeg ervaring hebben bij het afnemen van uitstrijkjes vertaalt zich voor de huisartsen automatisch in competentie. Een paar huisartsen hadden het gevoel vroeger te weinig ervaring te hebben. Ze vonden namelijk niet altijd de cervix waardoor een uitstrijkje afnemen vaak met stress gepaard ging en ze het uit de weg gingen. Een jonge mannelijke huisarts beschouwt zichzelf momenteel als te onervaren om uitstrijkjes af te nemen. Sinds kort is er in zijn praktijk een vrouwelijke collega gestart waardoor hij zelf minder uitstrijkjes afneemt. Hierdoor vertrouwt hij minder op zichzelf. Indien een vrouw enkel voor het uitstrijkjes bij hem komt, zal hij het wel doen, anders verwijst hij de vrouw liever door naar zijn vrouwelijke collega.

De huisartsen die momenteel weinig uitstrijkjes doen vinden dat de ervaring die ze vroeger hebben opgebouwd wel nog telt en ze de handeling niet verleerd zijn. Ze geven wel toe dat het iets vlotter

zou kunnen. Ook wordt tijdens de interviews een paar keer geopperd dat er toch een minimum aantal per jaar moet uitgevoerd worden om ze kwaliteitsvol te houden. Eén van hen noemt zelfs 15-20 per jaar.

> *'Dat is geen handeling om maar eens te proberen. Eens één keer op het jaar, denk ik. Ja. Daar vind ik ook wel dat je eerlijk moet zijn naar je patiënt. Als je het niet vaak doet. Dat je niemand gaat pijn doen….Het blijft toch een delicaat onderzoek. Ik hoop dat iedere arts zoveel zelfkennis heeft. Om een beetje te zeggen. Oké, ik doe er genoeg. Dan kan ik het doen. Ik doe er niet genoeg om het niet te doen.'* (huisarts 5)

Naast het uitstrijkje zijn er nog andere takken van gynaecologische zorg waarbij ervaring en competentie in 1 zin gebruikt worden. Bij zwangerschapsopvolging sturen de artsen vaak de zwangere patiënten met klachten veiligheidshalve door omdat ze zoals hoger vermeld weinig zwangere vrouwen zien.

> *Als huisarts nu, tegenwoordig, … Je wilt ook niks meer missen, hè. Als je met een boreling… Het gebeurt toch soms dat er een probleem is. Dat dan op een echo gemist wordt. Dat is toch allemaal dramatisch, vind ik. (huisarts 6)*

De meeste huisartsen voelen zich competent genoeg om gynaecologische klachten te behandelen en gynaecologische onderzoeken uit te voeren. Ze vinden dat de vaardigheden die hiervoor nodig zijn technisch niet heel moeilijk zijn.

De ene huisarts voelt zich meer competent dan de andere huisarts. Dit uit zich in het doorverwijsgedrag. Er zijn huisartsen die enkel doorverwijzen naar de gynaecoloog bij problemen waarbij zij de echo als meerwaarde zien en zich overig competent genoeg voelen om alles zelf te behandelen. Zo geeft één huisarts als voorbeeld dat hij bij het vermoeden van borstkanker in eigen beheer echografie en mammografie plant om bij een tentatieve diagnose pas door te sturen. Er zijn echter andere artsen die naar de gynaecoloog doorsturen omdat ze niet altijd volledig vertrouwen op hun eigen kennis.

> *'Het is soms iets waar ik onwenniger mee ben. Als het gewoon de routine-dingen zijn, is dat wel oké. Vaginale jeuk, candida infectie, gewoon uitstrijkje ofzo… Als er zo herhaaldelijk een uitstrijkje is, van herhaal om de zes maanden ofzo, dan denk ik van… Weet ge misschien moet ge de volgende keer gewoon bij de gynaecoloog een uitstrijkje laten doen zodanig dat ze eventueel als het nodig is de volgende keer een colposcopie kunnen doen of… Dus routine-dingen doe ik wel. (huisarts 8)*

2.2.2 Tijdsaspect

Het is zeer belangrijk dat de vrouw zich comfortabel voelt tijdens een uitstrijkje en er genoeg tijd voor kan genomen worden. Als de patiënt een afspraak maakt zonder dat ze erbij zet dat de afspraak voor een uitstrijkje is, vindt de huisarts dit ongemakkelijk omdat er liefst wat meer tijd voorzien zou kunnen worden. Eén huisarts plant daarom een half uur per patiënt voor een uitstrijkje. Patiënten dienen altijd op voorhand aan te geven waarom ze op consultatie komen.

‘Ja. En je moet ook realistisch zijn. Ik boek een half uur voor een uitstrijkje. Dat duurt geen half uur. Als je de cervix direct ziet. Uiteindelijk je stoel rap omgebouwd… Ik heb nog nooit gehad dat dat een half uur heeft geduurd. Of meer. Vaak duurt dat zelfs maar tien minuutjes of zo. Dus misschien kan ik dat ook wel op een kwartier zetten. Maar ik doe dat gewoon niet uit principe. Omdat ik gewoon echt mijn tijd wil nemen. Stel dat je eens niet direct je cervix ziet. Of een vrouw vindt het moeilijk om te ontspannen. Of het doet toch wat pijn dat je ook gewoon de marge hebt. Om even tot rust te laten komen. Om even uitleg te geven. Om daar meer op in te spelen. Om eventueel nog eens te proberen. Maar eigenlijk, realistisch gewijs. Duurt dat geen half uur an sich gewoon. Dat duurt twee minuten.’ (huisarts 5)

2.2.3 Materiaal

Wat materiaal betreft is het grote verschil tussen de huisarts en de gynaecoloog het echografietoestel. Geen enkele van de geïnterviewde huisartsen heeft een echografietoestel. Eén van hen zou er op termijn wel één willen kopen. Dit zou hij voornamelijk gebruiken om spiraaltjes te steken. De gynaecoloog controleert immers altijd met het echografietoestel of de spiraaltjes goed zitten en hoewel hij niet zeker is of dit een gouden standaard is, is hij van mening dat dat zorgvuldig is.

De andere huisartsen willen op termijn geen echografietoestel omdat ze het gevoel hebben dat hier veel ervaring, kennis en een goede opleiding voor nodig is voor iets dat ze maar sporadisch zullen gebruiken.

'Uiteindelijk, als je zo’n dingen doet, wil je ook wel zeker zijn dat je het heel goed doet. En als je daar niet genoeg ervaring mee hebt, dan denk ik niet dat je dat goed doet. En dan is het maar... Voor de show ga ik het niet zeggen, maar aleja… Je moet echt wel dingen kunnen uitsluiten of kunnen aantonen als je zulke dingen doet. Dus ik denk met efkes een opleiding. Als je dat niet dagdagelijks doet.’ (huisarts 8)

Naast het echotoestel vinden de huisartsen dat ze niet veel materiaal nodig hebben om gynaecologische klachten te behandelen. Het voornaamste dat genoemd wordt is een goede onderzoekstafel, die snel omgebouwd kan worden naar een gynaecologische tafel. Verder worden ook nog specula en een goede lichtbron genoemd.

2.2.4 Belang van kennis

Als de artsen het gevoel hebben over te weinig kennis te beschikken, zullen ze de patiënt doorsturen of meer over het onderwerp proberen te weten te komen. Het onderwerp menopauze wordt door twee artsen benoemd als iets waarbij een bijscholing hun handelen veranderd heeft. Vooral dan over de opstart van hormoontherapie. Eén van de twee heeft hiervoor ooit eens gebeld naar een assistent gynaecologie. Het antwoord op haar vraag neemt ze mee als kennis.

‘En ik heb overlaatst advies gevraagd bij een dame die echt menopauzale klachten had en die nog een spiraal had zitten. Wat ik daar hormonaal moest doen. Of dat die spiraal mocht blijven zitten. Of dat ik daar enkel oestrogeen moest bijgeven. Dat wist ik gewoon niet zo

goed vanuit mijn opleiding. En dan heb ik gewoon advies gekregen. En die vrouw is daar nu goed mee. En die is niet naar de gynaecoloog gemoeten. En dat neem ik mee voor later he. Uiteindelijk moet ik dat geen tweede keer vragen.' (huisarts 5)

Verder volgen de huisartsen jaarlijks veel verplichte bijscholingen. Welke ze gaan volgen, selecteren ze vooral op basis van hun beschikbaarheid en de plaats. Ze gaan niet specifiek op zoek naar bijscholingen over gynaecologische onderwerpen omdat er veel interessante dingen zijn, waarover ze meer kennis willen vergaren.

2.2.5 Ervaring van de vrouw

In de interviews wordt meerdere keren gerefereerd naar het belang van de ervaring van de vrouw. De huisartsen vinden het belangrijk dat de gynaecologische onderzoeken voor de vrouw als aangenaam beschouwd worden.

'Dat moet echt een aangename ervaring zijn. Want het is al zo een drempel. Je gaat mensen verliezen als het pijn doet.' (huisarts 5)

3. Persoonlijke ervaringen met gynaecologische klachten, onderzoeken

3.1 Doet de huisarts graag gynaecologie

De geïnterviewde huisartsen blijken sterk te verschillen in de mate waarin ze graag gynaecologische klachten behandelen.

Slechts één huisarts behandelt deze klachten uitgesproken graag en zou het niet erg vinden mochten alle vrouwen naar haar komen met gynaecologische aanmeldingsklachten. Ze heeft ooit nog getwijfeld om gynaecologie te kiezen als specialisatie. Omdat het tot haar interessegebied behoort, is ze een paar jaar geleden ook lid geweest van een werkgroep over de verkorte ligduur op de materniteit.

De andere huisartsen zijn iets minder enthousiast over de klachten en vormen een neutrale mening. Ze beschouwen gynaecologie als één van de takken die bij het huisartsenberoep horen.

Enkele mannelijke huisartsen geven toe dat het minder hun interessegebied is. De technische handelingen die erbij horen doen ze wel graag.

3.2 Intimiteit van een gynaecologisch onderzoek

Een gynaecologisch onderzoek is een intiem onderzoek voor de vrouw waardoor er soms wat schroom mee gepaard gaat. Door sommige vrouwelijke artsen wordt de schroom genormaliseerd.

'En ook te zeggen dat dat niet mijn favoriete onderzoek is, maar dat uiteindelijk, als dat correct gebeurt, duurt dat ook niet zo lang, doet dat ook geen pijn en is dat ook rap van de baan.' (huisarts 5)

Sommige mannelijke artsen hebben het daar soms moeilijker mee. Eén mannelijke arts geeft als voorbeeld dat hij het als ongemakkelijk ervaart als een jonge vrouw, die nieuw is in de praktijk voor een gynaecologisch onderzoek bij hem een afspraak maakt.

Verder heeft deze zelfde arts soms schrik om achteraf beschuldigd te worden van grensoverschrijdend gedrag, dus zorgt hij dat er in dat geval iemand bij is.

'Het is wel zo dat als ik echt bijvoorbeeld zo'n patiënten zou hebben die jong is en die ik niet goed ken, dan ga ik een chaperonne vragen, dan ga ik er iemand bij vragen… Dat heb ik niet zo graag. Dat doe ik ook om mezelf te beschermen, zeg maar. Dat niemand achteraf gaat zeggen, ja seg dat ging zus of zo, dan zou ik er liever iemand bij vragen. Maar hey komt niet vaak voor, maar ik denk dat het wel verstandig is om dat te doen.' (huisarts 9)

Deze schrik voor een aanklacht wordt slechts één maal expliciet gemeld.

'Ik zorgde er ook altijd voor dat vrouwen niet per se helemaal naakt moesten zijn. Dus ofwel had ik hun onderkant nodig ofwel hun bovenkant. En dan mochten ze de andere kant aanhouden. En voor een gynaecologisch onderzoek moet die rok ook voor niks uit. Onderbroek is goed genoeg. En dat maakt het, denk ik, ook minder bedreigend. Omdat dan heel duidelijk is wat dat waarvoor bloot was.' (huisarts 10)

De intimiteit is voor veel artsen ook een belemmering om gynaecologische klachten te behandelen bij patiënten die ze goed kennen. Hiermee kan de persoonlijke band bedoeld worden zoals bij moeders van vrienden van hun kinderen ofwel een zeer intense arts-patiëntrelatie.

'Als ze een klein beetje twijfelen, ga ik ze niet overtuigen als ik ze te goed ken. Ja, als dat zo mama's van mijn kinderen hun vriendjes of zo zijn, dan ga ik dat niet per sé pushen om te doen.' (huisarts 7)

'Ik volg ook mensen met psychologische en psychiatrische problemen en daar geef ik consultaties aan van een uur en dat doe ik niet. Daar doe ik geen gynaecologische onderzoeken bij. Tenzij als ze het vragen, als ze zeggen van ik heb echt veel liever dat jij het doet, dan is dat voor mij geen probleem. Maar anders vind ik dat twee keer te intiem. Terwijl als ik ze al heel lang ken, maar dat zijn altijd lichamelijke klachten en zo van tijd tot tijd een heel klein beetje psychologie, dan denk ik niet dat dat een probleem is. Allez dan voel ik dat niet aan als een probleem.' (huisarts 10)

3.3 Belang van preventie

De huisartsen merken dat het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker momenteel vooral bij de gynaecoloog gebeurt. Dit betreuren ze omdat dit voor hen thuis hoort in de eerste lijn. Anderzijds vinden ze het een zeer belangrijk onderzoek waarbij het voornaamste doel is het

vroegtijdig opsporen van een cervixcarcinoom. Spijtig genoeg zijn er dan ook vrouwen die noch bij de huisarts, noch bij de gynaecoloog gaan.

Eén van de huisartsen heeft een patiënt met een uitgezaaid cervixcarcinoom, die nooit uitstrijkjes heeft laten afnemen, waardoor ze de meerwaarde ervan des te harder inziet.

4. Ideeën over de huidige situatie van gynaecologie in de huisartspraktijk

4.1 Vervrouwelijking van het huisartsenberoep

De vrouwelijke artsen zijn ervan overtuigd dat zij meer gynaecologische klachten zien dan hun mannelijke collega's omdat vrouwen nu eenmaal liever bij hetzelfde geslacht gaan zoals mannen liever bij een mannelijke uroloog gaan. Verder brengen vrouwelijke artsen de gynaecologie en het bevolkingsonderzoek vaak proactief ter sprake. Bij 2 vrouwelijke huisartsen is het opmerkelijk dat er vrouwen komen voor gynaecologische klachten of onderzoeken die eigenlijk een andere mannelijke huisarts als GMD-houdende arts hebben.

> *'Ik heb er ook echt eentje die specifiek... allez die man is hier wel patiënt, die vrouw in sé niet, maar die dan wel echt speciaal naar hier is gekomen, puur voor een uitstrijkje, omdat ik een vrouw ben. En ze bij de gynaecoloog pas superlaat terecht kon.*' (huisarts 5)

De mannelijke huisartsen merken op dat vrouwen automatisch een afspraak maken bij hun vrouwelijke collega's. Bij één mannelijke huisarts die samenwerkt met een secretariaat, wordt er opgemerkt dat het secretariaat de vrouwen ook vaak in de richting duwt van de vrouwelijke artsen omdat het meer hun interessegebied is. De geïnterviewde mannelijke huisartsen werkten vroeger als solo-arts of als arts in een groepspraktijk met enkel mannen en zien een duidelijk verschil ten opzichte van vroeger.

> *'Voordat zij er bijkwam pakweg dat er 1 keer in de maand ofzo iemand kwam met de vraag voor een uitstrijkje en nu heb ik er het laatste half jaar misschien 1 gedaan, echt veel minder'* (huisarts 3)

> *'Ik heb bijvoorbeeld wel dames die al heel lang bij mij hun gynaecologisch onderzoek doen of hun uitstrijkje. Ja, die blijven gewoon bij mij komen. Die zijn dat gewend, maar de instroom dat nieuwe dames dat vragen, dat is er nog. Want je hebt ook altijd dames bij wie dat helemaal niks uitmaakt. Die zoiets hebben van, ja… '* (Huisarts 9)

Ook zullen er bij de mannelijke geïnterviewde huisartsen wel patiënten komen voor een pilvoorschrift of een vraag omtrent fertiliteit omdat ze vermoeden dat er dan geen gynaecologisch onderzoek moet plaatsvinden. Bij dringende klachten waarbij er geen plaats is bij de vrouwelijke collega of bij de gynaecoloog zullen de vrouwen ook hun weg vinden naar de mannelijke huisartsen.

> *'Eigenlijk doe ik alleen nog maar gynaecologische onderzoeken als de mensen denken dat het een blaasprobleem was en ze vergissen zich, dat ik denk van ik ga hier efkes een toucher*

moeten doen want volgens mij is het een baarmoederprobleem en dan doe ik een gynaecologisch onderzoek' (huisarts 10)

4.2 Organisatie gezondheidszorg

4.2.1 Gynaecologische zorg in België

De geïnterviewde huisartsen hebben specifieke bedenkingen bij de organisatie van de gezondheidszorg, met name betreffende de gynaecologische zorg. Door het, volgens hen, historisch gezien overaanbod aan gynaecologen trekt de gynaecoloog veel van de eerstelijnszorg naar zich toe. Dit wordt volgens de huisartsen onder andere gedaan door de patiënten frequenter te laten terugkomen dan medisch noodzakelijk, het standaardiseren van onnodige onderzoeken zoals gynaecologische echo's en de patiënten al vaak een volgende afspraak mee te geven zodat de gynaecoloog de zorg kan blijven garanderen.

Eén van de geïnterviewde huisartsen heeft nog in Nederland gewerkt en heeft tijdens het interview verteld over hoe de zorg in Nederland georganiseerd wordt. Hier worden uitstrijkjes altijd in de huisartsenpraktijk gedaan, vaak uitgevoerd door de praktijkassistent.

4.2.2 Omgekeerde echelonnering en de gevolgen daarvan

De traditionele echelonnering in de gezondheidszorg, waarbij zorg eerst via de minder gespecialiseerde niveaus verloopt, lijkt in het geval van gynaecologie omgekeerd te worden. Huisartsen geven aan dat veel van de eerstelijns gynaecologische zorg direct naar gynaecologen gaat. Dit leidt niet alleen tot onderbenutting van huisartsen in deze rol, maar ook tot een gevoel van onderwaardering binnen de beroepsgroep. Het artsentekort en de hoge administratieve belasting versterken dit probleem waardoor huisartsen momenteel weinig ruimte zien om deze trend te veranderen. Ze staan echter open voor herstructurering van de gynaecologische zorg, mits deze geleidelijk en met de nodige juridische ondersteuning wordt uitgevoerd.

'20 jaar geleden vond ik dat een beetje jammer maar daar blijft het dan ook bij. Dan maakte ik wel reclame als ik dan zei dat er een gynaecologisch onderzoekje moest gebeuren dan zei ik er ook iedere keer bij en dat kan even goed bij de huisarts als bij de gynaecoloog en dan was het aan hun om te beslissen wat ze gaan doen.' (huisarts 10)

4.3 Financiële aspect

Financiële factoren worden weinig aangehaald door deze huisartsen. Slechts één huisarts geeft aan dat de verloning te laag is.

'Gynaecologisch onderzoek, … de verloning daarvoor, voor die extra tijd dat je er in steekt, is niet de moeite, vind ik ook. Dan bedoel ik over de uitstrijkjes he.' (huisarts 11)

Wel merken sommige huisartsen op dat patiënten die normaal altijd bij de gynaecoloog gingen, nu wegens het te hoge remgeld terug bij de huisarts komen. Tot slot wordt aangestipt dat onnuttige overmatige handelingen duur zijn voor de maatschappij.

4.4 Ideeën over wat patiënten verwachten/ denken

De huisartsen blijken in hun verklaringen over de huidige toestand van de gynaecologie in de huisartspraktijk een aantal veronderstellingen te hebben over wat hun patiënten denken of verwachten.

- Een gynaecologisch onderzoek kan niet bij de huisarts

Sommige artsen merken op dat patiënten ook niet altijd weten dat ze voor gynaecologische klachten en preventieve onderzoeken terecht kunnen in de huisartsenpraktijk. De ene huisarts merkt dat ze dit vooral opvallend vindt bij oudere patiënten en een andere huisarts bij patiënten die nieuw zijn in de praktijk.

> *'Er zijn wel mensen die nieuw zijn bij ons in de praktijk. Oh, kan dat ook hier gebeuren? Of dat ze inderdaad verhuizen naar de stad en dat ze zeggen, ja ik moet nog een uitstrijkje doen. Heb je geen adres van de gynaecoloog? En dan, aleja in dat opzicht... Maar dat is heel af en toe.'* (huisarts 4)

> *'De meeste weten het zo niet, hè. Dat is inderdaad iets dat zo heel hard gecommuniceerd wordt dat de gynaecoloog dat doet. Maar... Ja. Als ze het willen en er is niet te veel drempel, dan komen ze ook wel. Als je zo zegt, kijk het is meer dan drie jaar geleden of oei het was afwijkend, we moeten dat nog wel eens doen euhm dan komen ze wel. Zeker omdat de gynaecoloog heel lang wachten is tegenwoordig voor je preventief onderzoek ja'* (huisarts 5)

- Vrouwen verkiezen een vrouwelijke arts voor gynaecologische klachten

- Vlaamse vrouwen hebben allemaal een gynaecoloog en gaan rechtstreeks naar de gynaecoloog

Sommige huisartsen geven aan dat patiënten sneller naar de gynaecoloog gaan met klachten als ze de gewoonte hebben om naar de gynaecoloog te gaan. Ze denken dat die het probleem sneller kan oplossen. Ook gaan ze ervan uit dat bij elk preventief onderzoek een echo moet gebeuren en zouden ze zich mogelijks minder onderzocht voelen, mocht er geen echo gebeuren.

- Een patiënt met een andere culturele achtergrond heeft andere gewoonten met betrekking tot de zorg voor gynaecologische klachten

Verschillende huisartsen geven aan een multiculturele populatie te hebben. Zij merken allen op dat er tussen de verschillende culturen een andere perceptie is van huisartsgeneeskunde en preventie. Sommige culturen zullen volgens hen altijd eerst via de eerste lijn passeren met een probleem zoals de Indische en Afrikaanse populatie. De Arabische populatie heeft een voorkeur voor een vrouw waardoor ze ofwel bij de vrouwelijke huisarts ofwel bij de gynaecoloog gaan.

Eén huisarts zegt over zijn Joodse bevolking, dat het vrouwen zijn die typisch veel kinderen krijgen waardoor ze vaak bij de gynaecoloog gaan voor de zwangerschappen en voor de opvolging ook vaak bij de gynaecoloog blijven.

> *'Zeker Indische populatie komt eerst tot bij ons, dat is zeker zo. De Joodse bevolking, ja dat zijn vrouwen die heel veel kinderen krijgen. Die eigenlijk vanaf dat ze trouwen eerste zwangerschap, ja bij de gynaecoloog opgevolgd worden dus daar zien we wel meer consulten die rechtstreeks naar de gynaecoloog gaan. Die vrouwen zie je eigenlijk inderdaad ook niet voor opvolging want dat duurt meestal geen 3 jaar voor die hun 2de kind hebben en een derde en een 4de dus de uitstrijkjes die worden eigenlijk gewoon elke keer bij de postpartumcontrole bij de gynaecoloog gedaan.'* (huisarts 4)

> *'Ik denk dat Marokkanen gemakkelijker naar een huisdokter gaan dan naar een specialist. En met Turken ligt het anders. In Turkije bestaan bijna geen huisartsen. Maar sommige Turken gaan dan heel graag hier naar hun huisarts omdat hij vertrouwd is. Liever dan naar een specialist die ze niet kennen. En andere Turken, die gaan dan liever ineens naar een specialist.'* (huisarts 10)

Andere artsen vragen zich af of het enkel de cultuur is die meespeelt waarom we patiënten van een andere cultuur niet zoveel zien voor een uitstrijkje. De taalbarrière zou ook wel eens een rol kunnen spelen.

> *'Er zit daar wel wat taalbarrière. Je wordt dan wel uitgenodigd per brief. Mensen snappen dat niet. Mensen staan daar wat weigerachtig tegenover. En je bereikt daar gewoon minder de populatie om zoiets preventiefs te laten doen. Waar toch nog altijd een beetje een taboe aan hangt. Je laat dat niet voor je plezier doen. Als je dan niet de echte waarde erachter kent, dan laat ge dat rap vallen, denk ik.'* (huisarts 5)

- Hoger opgeleide vrouwen gaan sneller naar de specialist dan lager opgeleiden

De huisartsen weten zelf niet waarom dit is

- De vertrouwensband met de huisarts is een belemmering om naar de huisarts te gaan met gynaecologische klachten

De huisartsen denken dat de vrouw niet graag bij hen komt wegens de vertrouwensband en dat ze teveel schroom hebben om een onderzoek te laten uitvoeren bij iemand die ze al goed kennen.

5. Ideeën over toekomstige situatie van gynaecologie in de huisartsenpraktijk

De huisartsen vinden het vooral zeer jammer dat ze merken dat preventie vooral bij de gynaecoloog terecht komt. Ze hebben vanwege de wachtlijsten bij de gynaecoloog, wel nog de indruk dat ze voldoende routine klachten zien.

5.1 Meer preventie in de huisartsenpraktijk

Tegenwoordig wordt er door de huisartsen meer belang gehecht aan preventie. Zoals eerder vermeld gaan de meeste patiënten hiervoor naar de gynaecoloog, maar er is ook een deel dat nergens gaat. De huisartsen vinden het zeer verwarrend dat ze niet weten bij wie de patiënt nu gaat en beseffen dat degenen die het nodig hebben en waarbij het lang geleden is er niet over zullen beginnen.

5.1.1 wanneer patiënt erop aanspreken

Tot voor kort spraken de meeste huisartsen de patiënten hier wel over aan naar aanleiding van een pilvoorschrift of een SOA consult. De ene huisarts is hier strenger in dan de andere huisarts.

> *'Iedereen die bij mij 25 wordt, die wordt geïnformeerd, dus maar dat is wel meestal aan de hand van, of ter gelegenheid van, een pil consult of een SOA-consult of zoiets, dat je zegt van, 'Kijk, zij wordt nu 25. Het is de leeftijd waarop een eerste uitstrijkje moet gebeuren.' En dan krijgen ze die informatie. De vrouwen tussen de 25 en zeker de 60 ga ik daar regelmatig over informeren of kijken van wanneer is het laatste uitstrijkje of dergelijke.'* (huisarts 4)

Bij één van de mannelijke huisartsen gebeurt de verlenging van een pilvoorschrift voornamelijk via mail waardoor er geen aandacht gegeven wordt aan de bevolkingsonderzoeken. Bij de andere huisartsen gebeurt dit wel op afspraak.

5.1.2 Rol van software programma

11 van de 12 geïnterviewde huisartsen werken met het softwareprogramma CareConnect. Deze huisartsen merken op dat ze sinds kort meldingen krijgen over wanneer het laatste uitstrijkje was. Sindsdien is het voor hen makkelijker om dit te bevragen tijdens de consultaties indien het lang geleden is.

> *'Vroeger zou je dat niet lukraak bij wijze van spreken bij een bovenste luchtweginfectie op het einde gaan informeren van 'Zeg, hoe zit het met uw uitstrijkje.' Maar als je dat kunt koppelen aan. Zeg, ik heb hier een berichtje gekregen dat het precies al wat langer geleden is. Dan is dat een mooi opstapje om dat in gesprek te gaan. Maar ge hebt ook gewoon echt mensen die zelf zeggen van 'ja hoe lang is dat eigenlijk geleden?' Kun je dat eens nakijken? En is dat niet eens weer tijd?' Dus je hebt ook wel dames die dat zelf mee bewaken. Of die de uitnodiging hebben gekregen en daar dan mee bij u komen.'* (huisarts 9)

2 van de huisartsen zetten de meldingen die ze binnenkrijgen ook in de planningsfunctie waardoor hun oog er direct op valt als ze het dossier van een patiënt aanklikken.

Als de huisartsen dit ter sprake brengen, krijgen ze hier nooit negatieve reacties op. Het is soms drempelverlagend om het ter sprake te brengen.

Er is 1 huisarts die werkt met Daktari waar er tot op heden geen meldingen gestuurd worden over het laatste uitstrijkje. Voor hem is dit wel een gemis.

5.1.3 Patiënten actief oproepen

Sommige huisartsen zijn van plan om op termijn actief patiënten op te roepen indien het laatste uitstrijkje al even geleden is. Dit is natuurlijk zeer arbeidsintensief voor de huisarts zelf.

In 3 huisartsenpraktijken werken momenteel verpleegkundigen. Bij 2 van hen doen de verpleegkundigen vooral technische handelingen waaronder in 1 praktijk ook uitstrijkjes. Het is echter onduidelijk onder de artsen of dit momenteel wettelijk mag. Wel zijn sommige artsen er van overtuigd dat dit op termijn gedelegeerd kan worden naar een verpleegkundige maar dat dit traag en voorzichtig aangepakt moet worden en er een wettelijk kader en een draagvlak onder de bevolking nodig is.

> *'Maar dus als dat uiteindelijk een structurele taak in een huisartsenpraktijk zou worden, dan is dat een van de zaken die, mits goed aangeleerd kan gedelegeerd worden in mijn ogen, maar dan zal er ook wel weer draagvlak voor moeten zijn. Zowel bij de wetgevende machtheid, dat dat ook echt wel mag, als bij uw patiëntenpubliek, die dat misschien vreemd zullen vinden. Die stap kan al groot zijn van de gynaecoloog doet het niet meer, dan in 1 keer, naar de praktijkverpleegkundige van de huisarts, zijn er wel een paar stappen die ze dan in een keer moeten zetten.'* (huisarts 9)

In 1 praktijk zal de verpleegkunde zich vooral focussen op administratieve handelingen. Zij zet de uitstrijkjes in de planning en nodigt de patiënten waarbij het lang geleden is uit

Discussie

1. Belangrijkste bevindingen van het onderzoek

Uit de interviews met huisartsen blijkt dat gynaecologische zorg als een essentieel onderdeel van het takenpakket van de huisarts wordt gezien. De mate waarin deze zorg wordt aangeboden varieert sterk. Het voorschrijven van en informeren over anticonceptie, het uitvoeren van cervix uitstrijkjes en de behandeling van alledaagse gynaecologische klachten worden als basis gynaecologische zorg beschouwd en komen in elke geïnterviewde praktijk aan bod. Desondanks vormt gynaecologie slechts een beperkt deel van de dagelijkse praktijk voor vele huisartsen.

De vaardigheden en competenties in gynaecologische handelingen variëren eveneens onder huisartsen. Sommige artsen voelen zich minder bekwaam in meer gespecialiseerde procedures zoals het plaatsen van spiraaltjes, wat leidt tot doorverwijzingen naar gynaecologen. Routinematige gynaecologische zorg zoals uitstrijkjes wordt over het algemeen als een basisvaardigheid van huisartsen beschouwd, alhoewel de frequentie van deze handelingen sterk varieert.

Er zijn enkele belemmeringen die huisartsen ervaren bij het behandelen van gynaecologische klachten. Een daarvan is de intimiteit van een gynaecologisch onderzoek. Omwille van deze reden zullen de artsen niet graag gynaecologische onderzoeken doen bij patiënten waarmee ze een persoonlijke band hebben. Anderzijds gaat dit voor mannelijke artsen nog wat verder en hebben zij omwille van deze reden zelfs angst voor een aanklacht. Eén arts heeft daarom de voorkeur aan de aanwezigheid van een chaperonne bij het onderzoek van een jonge vrouw.

Wat betreft de toegankelijkheid en patiëntenvoorkeur, blijkt uit de interviews dat vrouwen vaak een voorkeur hebben voor vrouwelijke artsen voor hun gynaecologische zorg, wat de taakverdeling binnen gemengde praktijken beïnvloedt. Daarnaast hebben huisartsen gemerkt dat patiënten vaak rechtstreeks een gynaecoloog raadplegen voor gynaecologische zorgen, wat de beperkte rol van huisartsen in gynaecologische zorg verklaart.

De rol van preventie en bevolkingsonderzoek is een ander belangrijk aspect. De meeste huisartsen erkennen het belang van preventieve zorg zoals cervixscreening en zijn van mening dat deze idealiter binnen de eerstelijnszorg aangeboden wordt. Er is consensus dat de participatie in preventieve programma's zoals het bevolkingsonderzoek naar cervixkanker verbeterd kan worden door een actievere rol van de huisarts.

Tot slot is er een duidelijke wens onder huisartsen om de gynaecologische zorg binnen de eerstelijnszorg te versterken. Dit kan worden bereikt door verbeterde training, betere integratie van gynaecologische zorg in de huisartsenopleiding, en door het bevorderen van samenwerkingsverbanden met verpleegkundigen. Dit kan bijdragen aan een verlaagde drempel en verbeterde toegang tot zorg.

2. Vergelijking van de resultaten met de literatuur

Hieronder zijn een paar van de belangrijkste bevindingen van mijn masterthesis die vergeleken worden met de literatuur.

- Voorkeur van patiënten voor gespecialiseerde zorg

In deze masterthesis komt naar voren dat vrouwen een voorkeur hebben voor de specialist in kader van gynaecologische klachten. Dit blijkt ook uit het literatuuronderzoek: uit de studie van Schmittdiel et al. (1999) en de scriptie van Caproni, blijkt dat patiënten over het algemeen een sterke neiging vertonen om specialistische zorg te verkiezen boven eerstelijnszorg, voornamelijk vanwege de perceptie dat de specialist meer kennis heeft over het onderwerp en ze zo beter geholpen zullen worden (1, 28). Ook in onze buurlanden komt er soms weinig gynaecologische zorg bij de huisarts terecht. Zo illustreert een studie van Maj et al. (2019) uit Frankrijk dat ongeveer 35% van de huisartsen nooit cervicale screenings uitvoert, dit vooral in gebieden met betere toegang tot gynaecologen (35).

- Bekwaamheid van huisartsen

Uit de interviews kwam een variabiliteit in hoe bekwaam huisartsen zich voelden met betrekking tot het behandelen van gynaecologische klachten, resulterend in variërend gedrag om patiënten door te verwijzen naar specialisten. Dit ondersteunt de bevindingen uit bestaande literatuur, die een vergelijkbare trend van onzekerheid en variabiliteit in de bekwaamheid van huisartsen in verschillende aspecten van gynaecologische zorg belicht.

De studie van Maes et al. (2018) uit Oost-Vlaanderen biedt inzicht in hoe huisartsen langwerkende anticonceptiemethoden bespreken. De enquête onder 79 huisartsen onthulde dat veel huisartsen hun kennis over dergelijke methoden, zoals implantatiestaafjes en spiraaltjes (zowel hormonale als koperen), als beperkt beschouwen. Slechts een kwart van de respondenten voert zelf spiraal-plaatsingen uit en 36.1% voelt zich bekwaam genoeg om implantatiestaafjes te plaatsen. De studie wijst ook op een aarzeling onder huisartsen om bepaalde methoden aan te bevelen of uit te voeren, mede door onzekerheid over technische vaardigheden en de noodzaak om naar een specialist te verwijzen voor de plaatsing en verwijdering van deze anticonceptiemiddelen (8). Een recente studie van McDonald et al. (2023) in het Verenigd Koninkrijk benadrukte de noodzaak voor verbeterde training en betere communicatie tussen de verschillende zorgniveaus om de postnatale zorg te optimaliseren. Dit onderzoek stelt dat heldere richtlijnen voor de inhoud en timing van postnatale controles kunnen bijdragen aan een samenhangende zorgervaring voor nieuwe moeders (36).

De Amerikaanse studie van Abigail Prentice et al. (2019) richt zich op de bekwaamheid van huisartsen in het behandelen van bekkenbodemproblematiek. Het onderzoek onthulde hiaten in de kennis onder huisartsen over de beschikbare niet-invasieve therapie-opties. Bovendien suggereert de studie dat huisartsen geneigd zijn om patiënten sneller door te verwijzen naar specialistische zorg vergeleken met specialisten, gezien de kortere gemiddelde duur van de aandoening vóór doorverwijzing (37).

Deze bevindingen uit de literatuur ondersteunen de gegevens van mijn eigen onderzoek en benadrukken de noodzaak voor een voortdurende professionele ontwikkeling en ondersteuning voor huisartsen. Door de bekwaamheid van huisartsen in gespecialiseerde zorgaspecten te verhogen, kunnen we mogelijk de afhankelijkheid van specialistische verwijzingen verminderen en de toegankelijkheid en continuïteit van zorg voor patiënten verbeteren.

- Intimiteit

Verschillende artsen gaven aan moeite te hebben met de intimiteit die bij een gynaecologisch onderzoek komt kijken. Bij één arts ging dit zo ver dat hij tijdens het gynaecologisch onderzoek van een jonge vrouw de voorkeur geeft aan het gebruik van een chaperonne. Uit verschillende onderzoeken uit het Verenigd Koninkrijk van eind jaren 90, begin jaren 2000 blijkt dat de aanwezigheid van chaperonnes bij een urogynaecologisch onderzoek toen een gangbare praktijk was. Vooral bij het onderzoeken van vrouwen door mannelijke artsen (20, 38). De functie van de chaperonnes was zorgen voor comfort en geruststelling van de patiënt en bescherming voor de arts tegen mogelijke beschuldigingen van ongepast gedrag of seksueel misbruik. De onderzoeken werden toen vooral uitgevoerd in de ziekenhuiscontext. Alhoewel deze onderzoeken sterk verouderd zijn en dat de medische protocollen sindsdien sterk zijn geëvolueerd, blijkt dat basisbehoeften zoals professionele bescherming nog steeds zeer relevant is.

- Rol van huisartsen bij preventie

De huisartsen vinden preventie zeer belangrijk en merken dat er nog te veel mensen zijn die naar de gynaecoloog, noch naar de huisarts gaan voor het cervixuitstrijkje. Dit vinden de huisartsen jammer en ze zijn ervan overtuigd dat dit beter kan door een hogere betrokkenheid van de huisarts.

Volgens de literatuur zorgt een hoge betrokkenheid van de huisarts ook voor betere cervix kanker screening. Een Canadese studie van Datta et al. (2018) concludeert dat een lager opleidingsniveau en niet beschikken over een huisarts sterke voorspellers waren voor het nooit deelgenomen hebben van screening (39). Volgens de website van het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker zal er in 2024 een verandering zijn met betrekking tot het bevolkingsonderzoek: voor vrouwen vanaf 30 jaar zal er in het labo eerst getest worden op het Humaan Papillomavirus, vanaf nu HPV. Als dit positief is, wordt het verder beoordeeld op afwijkende cellen. Voorlopig zouden de cellen wel nog afgenomen worden door middel van een cervixuitstrijkje (40). In de literatuur worden de voordelen hiervan aangestipt. Zo'n afname is namelijk meer sensitief en minder afhankelijk van de afname procedure waardoor er ook getest kan worden op basis van vaginaal afgenomen stalen en de vrouwen dit in de toekomst zelf kunnen afnemen (41, 42). Hierdoor zou op termijn de participatie van de vrouw gestimuleerd kunnen worden (43).

3. Aanbevelingen voor in de praktijk

Naar de toekomst toe kan gynaecologie weldegelijk een prominentere plaats aannemen in de huisartsenpraktijk indien de huisartsen dit willen. Ik denk dat dit vooral het geval zal zijn bij

huisartsen die de gynaecologische klachten meer als hun interessegebied beschouwen. Dit kan door onder andere:

- Implementatie van ondersteunende systemen: Zoals sommige huisartsen in de studie hebben opgemerkt, kan de implementatie van software die automatisch meldingen stuurt over preventieve onderzoeken zoals cervixuitstrijkjes, bijdragen aan een hogere deelname aan dergelijke programma's en het gemakkelijker maken voor de huisartsen om dit pro-actief te bespreken.
- Bevorderen van publieke bewustwording: Het publiek moet beter geïnformeerd worden over de gynaecologische diensten die door huisartsen aangeboden kunnen worden. Dit kan door middel van voorlichtingscampagnes die de toegankelijkheid en capaciteiten van huisartsen op dit gebied benadrukken.
- Samenwerking tussen disciplines: zowel tussen huisarts en gynaecoloog als tussen huisarts en verpleegkundige

4. Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Om deze thesis tot stand te brengen, zijn er 12 diepte-interviews afgenomen bij 12 verschillende artsen. De sterkte van een diepte-interview is dat er meer in detail gegaan kan worden over het onderwerp en er nieuwe inzichten kunnen worden verworven. Tijdens de interviews is getracht om open vragen te stellen waardoor er ruimte kon worden gelaten aan de geïnterviewden om zelf dingen aan te brengen. De zwakte van een diepte-interview is een selectiebias. De deelnemers zijn op een niet-willekeurige manier gekozen waardoor ze niet representatief zijn voor de volledige bevolking. Er wordt bijvoorbeeld niemand geïnterviewd uit West-Vlaanderen. Verder is er wel getracht om een goede verdeling van geslacht, leeftijd en type praktijk te kunnen bekomen. Wat ook een grote zwakte kan zijn voor een diepte-interview is de herinneringsbias waarbij respondenten zich dingen verkeerd herinneren en zo de betrouwbaarheid beïnvloeden.

5. Conclusie

Ik heb dit onderwerp voor mijn thesis gekozen omdat ik het jammer vind dat veel gynaecologische basiszorg bij de gynaecoloog terecht komt in plaats van bij de huisarts. Door middel van 12 diepte interviews af te nemen bij verschillende huisartsen trachtte ik meer inzicht te verkrijgen in de ervaringen en uitdagingen van gynaecologie in de huisartsenpraktijk. Hieruit kwam voort dat gynaecologie voor de huisartsen als essentieel onderdeel van hun praktijk beschouwd werd, doch varieerde de mate waarin deze zorg en hoe deze zorg wordt aanboden aanzienlijk.
Huisartsen erkennen het belang van basis gynaecologische zorg zoals het bespreken van de anticonceptie mogelijkheden, cervix uitstrijkjes en de behandeling van algemene gynaecologische klachten. Echter, de frequentie en diepte van deze zorg zijn beperkt door verschillende factoren, waaronder een gebrek aan gespecialiseerde training, gevoelens van onvoldoende bekwaamheid voor bepaalde procedures, en de intieme aard van gynaecologische onderzoeken die soms ongemak veroorzaken, zowel voor mannelijke artsen als voor hun patiënten. Hierdoor werd door mannelijke huisartsen vaker aangegeven dat de gynaecologie niet tot hun interessegebied behoort.

Wat de huisartsen zeer jammer vinden is dat de preventie en met name het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker vooral terecht komt in de tweede lijn. De meeste proberen sinds de komst van de meldingen via hun software programma er wel alerter op te zijn en het pro-actief te bespreken.
Samenvattend benadrukt deze masterthesis dat er door te investeren in opleiding, bewustwording en samenwerking een belangrijke rol kan ingenomen worden door binnen de gynaecologische zorg in België. Vooral voor diegenen die een bijzondere interesse in dit vakgebied hebben, liggen er aanzienlijke mogelijkheden om deze zorg uit te breiden binnen hun praktijk. Dit zal de gezondheidszorg voor vrouwen van alle leeftijden ten goede komen, waarbij de huisarts fungeert als een laagdrempelig eerste aanspreekpunt.

Referenties

1. *Caproni D. Alsmaar meer eerstelijns gynaecologie belandt in tweede lijn, wat is de mening van de huisarts en de gynaecoloog hierover (Masterproef). (Antwerpen): UAntwerpen; 2013. 33p. Beschikbaar via https://www.icho-info.be/application/content/thesislist*

2. *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Huisartsgeneeskunde: de Europese definitie. 2002 (geraadpleegd op 20 november 2022). Beschikbaar via https://www.woncaeurope.org/file/ae18f09e-d730-42d5-a924-5ba1d32e1a22/WONCA%20definition%20Dutch%20version.pdf*

3. *Benjamin T.B. Chan. The declining comprehensiveness of primary care. CMAIJ. 19 februari 2002;166 (4) 429-434;*

4. *Ugent. Master of Medicine in de huisartsgeneeskunde. Gent: Universiteit Gent. Geraadpleegd op 1 december 2022. Beschikbaar via https://studiekiezer.ugent.be/master-of-medicine-in-de-huisartsgeneeskunde-DNHUGE/2023*

5. *ICHO. Hoe ziet de opleiding van de haio eruit. ICHO. Geraadpleegd op 1 december 2022. Beschikbaar via https://www.icho-info.be/application/content/content/page/153*

6. *Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG richtlijnen. Geraadpleegd op 28/04/2024. Beschikbaar via https://richtlijnen.nhg.org*

7. *Domus Medica. Richtlijnen. Antwerpen. Geraadpleegd op 28/04/2024. Beschikbaar via https://www.domusmedica.be/richtlijnen*

8. *Maes I, Van Braeckel D, Michielsen K. Knowledge, attitudes and practices of East Flemish general practitioners towards subscribing LARCs for adolescents. Facts Views Vis Obgyn. 2018;10(1):39-44.WHO*

9. *Bevolkingsonderzoek.be. Jaarrapport 2022. Geraadpleegd op 28 december 2022. Beschikbaar via https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl*

10. *RIZIV. Honoraria, prijzen en vergoedingen. Geraadpleegd op 28 april 2024. Beschikbaar via https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraires/Paginas/default.aspx*

11. *Leinonen MK, Campbell S, Klungsøyr O, Lönnberg S, Hansen BT, Nygård M. Personal and provider level factors influence participation to cervical cancer screening: A retrospective register-based study of 1.3 million women in Norway. Preventive medicine. 2017;94:31-9.*

12. *Quersin F, Serman F, Favre J, Rochoy M, Descamps A, Gers E, et al. Participation rate in cervical cancer screening in general practice related to the proximity of gynecology care facilities: A 3 year follow-up cohort study. Front Public Health. 2022;10:955559.*

13. *Favre J, Rochoy M, Raginel T, Pelletier M, Messaadi N, Deken-Delannoy V, et al. The Effect of Cervical Smears Performed by General Practitioners on the Cervical Cancer Screening Rate of their Female Patients: A Claim Database Analysis and Cross-Sectional Survey. J Womens Health (Larchmt). 2018;27(7):933-8.*

14. *Depypere H. De Sutter P. Jacquemyn Y. Vergote I. Handboek Gynaecologie. Eerste uitgave. Leuven: Acco; 2017. 298p.*

15. *NHG. Protocol gynaecologisch onderzoek. 11 februari 2016. Geraadpleegd op 28 mei 2022. Beschikbaar via https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/protocol_gynaecologisch_onderzoek_160211.pdf*

16. *Dauwe K. Echografie door de huisarts: feit of fictie? (Masterproef). (Leuven): KULeuven; 2016. 25p. Beschikbaar op https://www.icho-info.be/application/content/thesislist*

17. *Hurd WW, Barhan SM, Rogers RE. Obstetrician-gynecologist as primary care provider. Am J Manag Care. 2001;7 Spec No:Sp19-24.*

18. *Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998;77(4):422-8.*

19. *Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003;82(11):1030-6.*

20. *Torrance CJ, Das R, Allison MC. Use of chaperones in clinics for genitourinary medicine: survey of consultants. BMJ (Clinical research ed). 1999;319(7203):159-60.*

21. *Kroneman MW, Maarse JAM, van der Zee J. Rechtstreekse toegankelijkheid in de gezondheidszorg in relatie tot patiënttevredenheid: een Europees onderzoek. H&W. 10 mei 2006;5:248-253*

22. *Hjörleifsson S, Bjorvatn B, Meland E, The when and how of the gynaecological examination: A survey among Norwegian general practitioners: Scand J Prim Health Care, 2019; 37; 264-70*

23. *Rijksoverheid. Wanneer heb ik een verwijsbrief van de huisarts nodig. Rijksoverheid; (geraadpleegd op 17 december 2022). Beschikbaar via https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-een-verwijsbrief-van-mijn-huisarts-nodig-en-wanneer-mag-hij-deze-weigeren*

24. *Robertson C, Van den Akker M, Van Hanegem N, Mieke Maaskant M. Verwijzen naar de gynaecoloog. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0221-9.*

25. *Patiëntenfederatie Nederland. Verwijzing. (geraadpleegd op 17 december 2022). Beschikbaar via https://www.patientenfederatie.nl/extra/vragen-over-de-huisarts/verwijzing*

26. *Raginel, T.; Grandazzi, G.; Launoy, G.; Trocmé, M.; Christophe, V.; Berchi, C.; Guittet, L. Social inequalities in cervical cancer screening: A discrete choice experiment among French general practitioners and gynaecologists. BMC Health Serv. Res. 2020, 20, 693.*

27. *RIZIV. Goedkoper raadplegen van bepaalde specialisten als een huisarts u doorverwijst. RIZIV; 15 juli 2022 (geraadpleegd op 17 december 2022). Beschikbaar via https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/goedkoper-raadplegen-bepaalde-specialisten-huisarts-u-doorverwijst.aspx*

28. *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;8(6):825-33.*

29. *Rochoy M, Raginel T, Favre J, Soueres E, Messaadi N, Deken V, et al.. Factors associated with the achievement of cervical smears by general practitioners. BMC Res Notes. (2017) 10:723. 10.1186/s13104-017-2999-5*

30. *Dagostini CM, Bicca YA, Ramos MB, Busnello S, Gionedis MC, Contini N, et al. Patients' preferences regarding physicians' gender: a clinical center cross-sectional study. Sao Paulo Med J. 2022;140(1):134-43.*

31. *Trusch B, Heintze C, Petelos E, Dini L. Collaboration amongst general practitioners and gynaecologists working in primary health care in Germany: a cross-sectional study. Prim Health Care Res Dev. 2021;22:e42.*

32. *Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KULeuven. Intego (databank). Leuven: Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KULeuven; 2000-2021 (Geraadpleegd op 24 december 2022). Beschikbaar via https://www.intego.be/over-intego*

33. *Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Bretagne Santé Publique. 2005; 17(1):109-119*

34. *Nivel. Jaarlijkse aandoeningen- Huisartsenregistraties. Nivel; 2021 (Geraadpleegd op 30 december 2022). Beschikbaar via https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/jaarcijfers-aandoeningen-huisartsenregistraties*

35. *Maj C, Poncet L, Panjo H, Gautier A, Chauvin P, Menvielle G, et al. General practitioners who never perform pap smear: the medical offer and the socio-economic context around their office could limit their involvement in cervical cancer screening. BMC Fam Pract. 2019;20(1):114.*

36. *Macdonald C, MacGregor B, Hillman S, et alQualitative systematic review of general practitioners' (GPs') views and experiences of providing postnatal careBMJ Open 2023;13:e070005. doi: 10.1136/bmjopen-2022-070005*

37. *Prentice A, Bazzi AA, Aslam MF. Treatment patterns of primary care physicians vs specialists prior to subspecialty urogynaecology referral for women suffering from pelvic floor disorders. World J Methodol. 2019;9(2):26. doi: 10.5662/wjm.v9.i2.26.*

38. *Price DH, Tracy CS, Upshur RE. Chaperone use during intimate examinations in primary care: postal survey of family physicians. BMC Fam Pract. 2005;6:52.*

39. *Datta GD, Blair A, Sylvestre MP, Gauvin L, Drouin M, Mayrand MH. Cervical cancer screening in Montreal: building evidence to support primary care and policy interventions. Prev Med. 2018;111:265–71. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.02.037.*

40. *Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Geraadpleegd op 30 april 2024. Beschikbaar via https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl*

41. *Serrano B, Ibáñez R, Robles C, Peremiquel-Trillas P, de Sanjosé S, Bruni L. Worldwide use of HPV self-sampling for cervical cancer screening. Preventive Medicine. 2022;154:106900. doi: 10.1016/j.ypmed.2021.106900*

42. *G. Ronco, J. Dillner, K.M. Elfström, S. Tunesi, P.J.F. Snijders, M. Arbyn, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials Lancet., 383 (9916) (2014 Feb 8), pp. 524-532*

Bijlagen

1. Goedgekeurde protocol

Protocol thesis

Korte Samenvatting: Een huisarts is voor een patiënt een vertrouwenspersoon die als spilfunctie kan dienen in het contact met de specialist maar zelf ook een heel arsenaal aan taken op zich kan opnemen. De huisarts kan een groot deel van de gynaecologische taken ook op zich nemen. Toch merken huisartsen dat vrouwen meer en meer voor eerstelijnsgynaecologie naar de gynaecoloog gaan. In dit onderzoek zal door middel van diepte interviews met Vlaamse huisartsen worden uitgezocht of huisartsen graag gynaecologische pathologie en handelingen doen in de praktijk of dat ze het niet erg vinden dat veel vrouwen hiervoor naar de gynaecoloog gaan.

Methode: De deelnemers zullen gecontacteerd worden via mail.

Er zullen 10-15 huisartsen geïnterviewd worden.

Er wordt beoogd een variatie van geslacht, leeftijd, soort praktijk (solopraktijk, groepspraktijk) en afstand tot een grote stad te bekomen. De helft van de geïnterviewde huisartsen moet van zichzelf op voorhand al zeggen dat ze veel gynaecologische pathologie uitoefenen. Dit zal bekeken worden indien ze op hun site uitdrukkelijk zeggen dat ze hier een sterke interesse in hebben.

Interviewguide:

1. Welke gynaecologische vragen krijg je zoal?? (Vb…. om het denken te vergemakkelijken … als je terug zou kijken naar de voorbije maand, welke vragen zijn er geweest?

2. Schat je in dat je meer of minder dan gemiddeld gynaecologische vragen krijgt, vergeleken met andere huisartsen? Wat denk je dat hiervoor de verklaring zou kunnen zijn?”

3. Zou je graag wat meer gynaecologie doen

4. Heb je graag dat vrouwen jou consulteren owv gynaecologische problemen of vermijd je dit liever?”

5. Is er een gynaecoloog waarmee je samenwerkt

6. Volg je frequent bijscholingen met betrekking tot gynaecologie

7. Deed je vroeger meer gynaecologie, zie je een verandering

8. Zie je een trend in de populatie die komt voor gynaecologische klachten

9. Indien je graag gynaecologische pathologie behandelt, wat doe je om dit aan te trekken

10. Indien een vrouw jou consulteert met een gynaecologische klacht, wanneer zou je haar doorverwijzen naar de gynaecoloog en wanneer behandel je deze klacht zelf?

2. Gunstig advies ethisch comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Stefan Heytens
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Universiteit Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Kimberly VERMEERSCH	21/03/2023	1/6

Onze referentie:	EudraCT-nr:	Belg. Regnr:
THE-2023-0095	nvt	B6702023000193

Betreft:
Hoe omschrijft de huisarts zelf zijn rol bij de gynaecologische pathologie in de huisartsenpraktijk. Scriptie: Kimberly VERMEERSCH

Positief advies volgens de wet van 7 mei 2004

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.
De CME geeft op 21/03/2023 een gunstig advies over deze studie.

De Commissie voor Medische Ethiek beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat de Commissie voor Medische Ethiek de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.
De promotor en de hoofdonderzoeker dragen de verantwoordelijkheid voor het correcte ethische en wettelijke verloop van het onderzoek.

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

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Pelemans

INGANG 75
ROUTE 7522

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

Unofficial translation in English:

Positive advice

The Ethics committee (EC) of University Ghent (Ugent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined the above mentioned dossier.

EC gives on 21/03/2023 a favourable opinion on this study

EC emphasizes that a favorable opinion does not mean that the Medical Ethics Committee assumes responsibility for the investigation.
The promoter and the principal investigator are responsible for the correct ethical and legal conduct of the research

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

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

Bijlage 1: Documenten

Categorie: CV
- CV student, versie 3 dd. 01/10/2022 (NL)
- CV hoofdonderzoeker, versie 1 dd. 16/01/2023 (EN)

Categorie: GCP certificaat
- GCP certificaat professor Heytens, versie 1 dd. 22/09/2020 (EN)

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- GDPR record, versie 1 dd. 29/01/2023 (EN)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- Informed consent, versie 1 dd. 22/11/2022 (NL)

Categorie: Interview Guide
- Interview guide, versie 1 dd. 22/12/2022 (NL)

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

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZ GENT – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. dr. S. ROTTEY (UZ GENT – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UGENT - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UGENT - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZ GENT – kindercardioloog, ♀)	Prof. dr. P. SCHELSTRAETE (UZ GENT – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof. dr. W. NOTEBAERT (UGENT – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZ GENT – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZ GENT – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZ GENT – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZ GENT – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZ GENT – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZ GENT – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZ GENT – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZ GENT - moraaltheoloog, ♂)	Prof. dr. S. STERCKX (UGENT - moraalfilosoof, ♀)
Prof. Dr. T. GOFFIN (UGENT - jurist, ♂)	
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZ GENT – chirurg, ♂)	Prof. dr. W. CEELEN (UZ GENT – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZ GENT - internist/pneumoloog, ♂)	Prof. dr. H. VERSTRAELEN (UZ GENT – Vulva-arts, ♂)
Prof. dr. J. DECRUYENAERE (UZ GENT – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZ GENT – fertiliteitsarts, ♀)
Prof. dr. R. RUBENS (UZ GENT – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof. dr. W. VAN BIESEN (UZ GENT – nefroloog, ♂)
Prof. dr. M. De MUYNCK (UZ GENT – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZ GENT – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZ GENT – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZ GENT – neonatoloog, ♀)

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

Appendix 3a: Aandachtspunten (indien van toepassing)

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de PI/promotor van dit onderzoek met betrekking tot de privacy van de persoons-/patiëntgegevens in contact met patiënten, of bij de toegang tot patiëntgegevens, inclusief de juiste implementatie hiervan door collega's en studenten.

De CME verlangt dat het hoofd/personeel van de klinische afdeling geïnformeerd wordt over en akkoord gaat met dit onderzoek; dit is de verantwoordelijkheid van de PI.

De PI/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet op de patiëntenrechten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

De CME verwijst naar de ICH/GCP-richtlijnen op haar website en bevestigt dat van elke onderzoeker een GCP-training vereist is. Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker dat elk lid van het onderzoeksteam een geldig GCP-certificaat heeft.

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de nieuwste versie van de Verklaring van Helsinki, het Oviedo-verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde en toepasselijke wet- en regelgeving.

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

De conformiteit van vertaalde documenten ten opzichte van de Nederlandse documenten is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever.

Mits er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie pas starten wanneer de Clinical Trial Agreement werd goedgekeurd en ondertekend door de CEO van het UZ Gent (en/of door een gemachtigde vertegenwoordiger van de UGent).

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer en de reglementen van de wet van 19 december 2008.

Dit advies van De CME houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor het geplande onderzoek op zich neemt. U blijft verantwoordelijk voor het onderzoek. Daarnaast dient u ervoor te zorgen dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid etc. die het resultaat zijn van dit onderzoek.

De CME-goedkeuring die voor een specifiek project wordt gegeven, is één jaar geldig. Wij verzoeken u ons te informeren als het onderzoek niet wordt gestart of als het onderzoek niet binnen 1 jaar na goedkeuring start.

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

Appendix 3b: Points of concern (if applicable)

The EC emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the person/patient data in contact with patients, or when accessing patient data, including the correct implementation thereof by coworkers and students.

The EC requires that the head/staff of the clinical department are informed about and concur with this study; this is the PI's responsibility.

The PI/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on patients' rights of 22/8/2002, and the policy of the institution where the research will be carried out.

The EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is required from each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

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

The EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor.

Provided that there is a Clinical Trial Agreement, the study can only start when the Clinical Trial Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Gent (and/or by an authorized representative of UGent).

Please take into account the regulations of the hospital concerning tissue management and the regulations of the law of December 19, 2008.

This advice of the EC does not imply that it will assume responsibility for the planned study. You will remain responsible for the study. In addition, you should ensure that your opinion as an involved researcher is reproduced in publications, reports for the government, etc. which are the result of this study.

The EC approval given for a specific project, is valid for one year. We request you to inform us if the study will not be initiated or if the study does not start within 1 year after approval.

EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

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