Vaginale fluorklachten bespreekbaar maken in de huisartsenpraktijk: verwachtingen, barrières en facilitatoren bij patiënten en artsen

Joke Mertens en Enja Van Deuren, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Veronique Verhoeven, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2026

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

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

Voorwoord

Voor u ligt onze scriptie tot het behalen van het diploma met titel Master-na-Master (MANAMA) in de Huisartsgeneeskunde. Dit werk markeert het einde van een bijzonder en intensief leerrijk traject waarin we de kans kregen om een relevant doch onderbelicht onderwerp binnen de huisartsgeneeskunde onder de loep te nemen.

Ten eerste willen we graag onze promotor Prof. Dr. Veronique Verhoeven bedanken voor haar deskundige begeleiding, waardevolle inzichten en leerrijke feedback gedurende het ganse onderzoeksproces. De laagdrempelige beschikbaarheid en haar kritische opmerkingen hebben in belangrijke mate bijgedragen aan de kwaliteit en diepgang van dit eindwerk.

Vervolgens bedanken wij graag alle artsen en patiënten die deelnamen aan ons onderzoeksproject, alsook alle andere personen die op eender welke wijze een bijdrage leverden aan dit werk. We dragen ook graag een woord van dank uit naar onze ouders, partners en vrienden voor hun onvoorwaardelijke steun en aanmoedigende woorden de afgelopen drie jaren.

Tot slot willen we ook elkaar bedanken voor de fijne samenwerking en de hechtere vriendschap die hieruit voortgevloeid is.

Joke Mertens en Enja Van Deuren, Antwerpen, 28/03/2026

Abstract

Context

Een huisarts ziet gemiddeld één tot tweemaal per week een vrouwelijke patiënt met vaginale klachten op raadpleging. Ondanks duidelijke richtlijnen over dit onderwerp worden deze klachten toch vaak foutief gediagnosticeerd en/of behandeld, vaak tot ongenoegen van zowel patiënt als arts. Eerdere studies tonen aan dat patiënten drempels ervaren bij consultaties over vaginale fluorklachten en dat hun verwachtingen onderling variëren. Dit kan leiden tot discrepanties tussen het perspectief van de patiënt en de arts met mogelijke gevolgen voor de praktijkvoering.

Doelstelling

Dit onderzoek heeft tot doel inzichten te verkrijgen in de verwachtingen, barrières en facilitatoren die spelen bij zowel arts als patiënt aangaande het bespreekbaar maken van vaginale fluorklachten in de huisartsenpraktijk. Hierdoor kan er toekomstgericht een betere praktijkvoering worden gecreëerd, afgestemd op de verwachtingen en ideeën van zowel de arts als patiënt.

Methode

Een literatuurstudie werd uitgevoerd in PubMed, aangevuld met nationale richtlijnen, relevante artikels en masterproeven. Voor ons onderzoek werden vragenlijsten afgenomen bij 116 patiënten (vrouwen van 15-55 jaar) en 40 huisartsen. De rekrutering vond plaats via twee Vlaamse huisartsenpraktijken en via sociale media. Data werd verzameld via het digitale enquêteprogramma *Qualtrics*, verwerkt in *Excel* en beveiligd opgeslagen voor de komende 20 jaar.

Resultaten

Patiënten verwachten tijdens een consultatie over vaginale fluorklachten voornamelijk een vertrouwelijk gesprek, voorlichting en advies. Het bespreekbaar maken van deze klachten wordt gefaciliteerd door een open en normaliserende houding van de arts, een vertrouwelijke omgeving en het actief initiëren van het gesprek door de arts. De belangrijkste drempel is schaamte, ongeacht de leeftijd van de patiënt.

De meeste huisartsen schatten in dat patiënten zelf het gesprek over hun vaginale klacht zullen openen. Facilitatoren die worden aangehaald door artsen zijn meer informatiemateriaal in de wachtzaal en duidelijkere richtlijnen. De helft van de artsen ervaart geen drempels; mannelijke artsen noemen vaker een geslachtsverschil tussen arts en patiënt als barrière.

Conclusie

Deze studie laat zien dat discrepanties tussen verwachtingen van patiënten en artsen, gecombineerd met schaamte en terughoudendheid, ertoe kunnen leiden dat vaginale fluorklachten onbesproken blijven in de huisartsenpraktijk. Een proactieve normaliserende benadering door de huisarts kan deze drempels verlagen en de afstemming verbeteren, wat bijdraagt aan meer patiëntgerichte zorg.

Inhoudsopgave

1. Introductie 1
   1.1. Algemene informatie 1
   1.2. Samenvatting literatuurstudie 2
   1.3. Relevantie 2
2. Methodologie 3
   2.1. Methode literatuurstudie 3
   2.2. Keuze van een onderwerp 3
   2.3. Doel 4
   2.4. Onderzoeksvragen 4
   2.5. Studie-opzet 4
3. Resultaten patiënten 6
   3.1. Inclusie 6
   3.2. Algemene informatie over de deelnemers 6
   3.3. Voorkeur initiatiefnemer: arts of patiënt 7
   3.4. Frequentie vaginale fluorklachten 7
   3.5. Onderscheid tussen normale en abnormale vaginale afscheiding 8
   3.6. Voorkeur type zorgverlener voor het bespreken van vaginale fluorklachten 8
   3.7. Verwachtingen van een consult met betrekking tot vaginale fluorklachten 10
   3.8. Facilitatoren met betrekking tot consultatie over vaginale fluorklachten 10
   3.9. Drempels die patiënten ervaren met betrekking tot communicatie over vaginale klachten . 11
4. Resultaten artsen 12
   4.1. Inclusie 12
   4.2. Algemene informatie 12
   4.3. Frequentie van consultaties met betrekking tot vaginale fluorklachten 12
   4.4. Verwachtingen met betrekking tot het openen van het gesprek over vaginale fluorklachten 13
   4.5. Facilitatoren met betrekking tot communicatie over vaginale fluorklachten 13
   4.6. Drempels die huisartsen ervaren bij het bespreken van vaginale fluorklachten 14
   4.7. Hoe comfortabel voelt de arts zich tijdens een consultatie over vaginale fluorklachten? 14
   4.8. Merkt de arts een oncomfortabele patiënt op tijdens een consultatie over vaginale fluorklachten? 15
   4.9. Doorverwijzing naar een vrouwelijke arts 15
   4.10. Inschatting van artsen over verwachtingen van patiënten 15
   4.11. Inschatting van artsen over barrières bij patiënten 15
5. Discussie 16
6. Conclusie 18
7. Reflectie 19

7.1. Reflectie Joke 19
7.2. Reflectie Enja 20
8. Referenties 22
9. Bijlages 23
9.1. Bijlage 1: vragenlijst patiënten 23
9.2. Bijlage 2: vragenlijst artsen 27

1. Introductie

1.1. Algemene informatie

Een biologisch fenomeen dat optreedt bij vrouwen vanaf de menarche en aanhoudt gedurende hun vruchtbare levensperiode is vaginale afscheiding. Deze afscheiding varieert in samenstelling en hoeveelheid naargelang de periode in de menstruele cyclus. Vaginale klachten zijn bijgevolg een veelvoorkomende aanmeldingsklacht binnen de huisartsenpraktijk. Gemiddeld ziet een huisarts één- tot tweemaal per week een vrouw met vaginale klachten op de raadpleging. Uit gegevens van de INTEGO-databank blijken dit zo'n 19 gevallen per 1000 vrouwen per jaar te zijn (1).

Elke niet-bloederige vaginale afscheiding die volgens de patiënte afwijkt van wat voor haar gebruikelijk is wat betreft hoeveelheid, kleur of geur van de afscheiding classificeert men onder de term vaginale fluor. Deze verandering kan gepaard gaan met jeuk, irritatie, dysurie en/of pijn ter hoogte van de vrouwelijke genitale zone (1).

Vaginale fluor kan verschillende oorzaken hebben, gaande van infecties tot hormonale veranderingen. Vulvocandidiasis is de meest voorkomende infectie (25-44%), gevolgd door bacteriële vaginose (18-37%). Bij een minderheid van de vrouwelijke patiënten met vaginale fluorklachten vindt men *Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae of herpes genitalis* terug (1-3). Echter zijn niet alle vaginale klachten te verklaren door een infectieuze oorzaak. Chemische of mechanische irritaties zijn eveneens een gekende oorzaak van veranderde vaginale afscheiding (2). Het regelmatig gebruik maken van menstruatiemateriaal is hier een voorbeeld van. Bij een minderheid van de vrouwen met klachten van vaginale fluor vindt men geen afwijkingen, noch met klinisch onderzoek noch met aanvullend (technisch) onderzoek (1).

Over de diagnosestelling en de behandeling van oorzaken van vaginale fluor is reeds veel geweten en beschreven in verscheidene recent geüpdatete richtlijnen (1). Ondanks de duidelijk opgestelde richtlijnen omtrent vaginale klachten worden deze toch vaak foutief gediagnosticeerd en/of behandeld in de huisartsenpraktijk, vaak tot ongenoegen van zowel patiënt als arts (4). De diagnostiek van vaginale fluor bestaat uit een grondige anamnese, gericht klinisch onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek. Anamnestische gegevens hebben zowel afzonderlijk als gecombineerd een zeer beperkte diagnostische waarde. Klinisch onderzoek daarentegen is dan weer nuttig om enkele diagnoses, zoals herpes genitalis of opstijgende (seksueel overdraagbare) infecties uit te sluiten. De aantonende waarde van klinisch onderzoek is net zoals de anamnese beperkt. Wanneer men met zekerheid een specifieke diagnose wenst te stellen bij vaginale fluorklachten is technisch onderzoek vaak aangewezen, denk hierbij aan direct microscopisch onderzoek op een vaginaal uitstrijkje, meting van de vaginale pH of een aminetest. Op heden wordt op regelmatige basis tevens een PCR-testing ingezet om de diagnose met zekerheid te kunnen stellen (1).

De behandeling is afhankelijk van welke diagnose er gesteld wordt. Het is belangrijk te erkennen dat behandeling vaak alleen nodig is bij hinderlijke klachten. In samenspraak met de patiënte wordt, indien mogelijk, gekozen voor een lokale of orale behandeling. De richtlijnen omtrent behandeling van vaginale fluorklachten van specifieke etiologische aard zijn eenvoudig terug te vinden. Zowel de niet-medicamenteuze adviezen alsook de medicamenteuze behandelingen van vulvovaginitis, bacteriële vaginose, trichomonas vaginalis worden beschreven in de nieuwste WOREL-richtlijn (1).

1.2. Samenvatting literatuurstudie

Uit een Deens onderzoek uit 1993 over vaginale afscheiding blijkt dat maar liefst 58% van de geïnterviewde vrouwen naar de huisarts gaat omwille van angst voor een seksueel overdraagbare aandoening of ernstige ziekte. Alle geïnterviewde vrouwen hadden een specifieke verwachting van de consultatie bij de huisarts, gaande van een behandeling tot uitleg over de oorzaak. Het is hierbij van belang te benadrukken dat de drempel die bepaalt of een vrouw haar vaginale afscheiding normaal of abnormaal vindt, kan wijzigen door een bezoek aan de huisarts. Deze laatste echter baseert zich bij anamnese en klinisch onderzoek vaak op zijn gemiddelde ervaring met vaginale fluorklachten om een verder advies te vormen (5).

Een Britse studie uit 1996 peilde door middel van vragenlijsten naar vrouwen hun verwachtingen van een consult bij de huisarts over vaginale klachten. Een paar opmerkelijke resultaten kwamen naar voren: 75% verwachtte een gynaecologisch onderzoek en maar 57% hiervan kreeg uiteindelijk een vaginaal onderzoek. Bij de 25% van de vrouwen die geen gynaecologisch onderzoek verwachtten, bleek deze verwachting gebaseerd op eerdere ervaringen. 28% van de vrouwen gaf aan liever een vrouwelijke dokter te consulteren in verband met vaginale klachten (6).

De drempel om de huisarts te raadplegen bij storende vaginale klachten blijkt dus, gebaseerd op eerder onderzoek, afhankelijk van verschillende factoren. Enerzijds is er de inschatting van de etiologie en ernst van de klacht door de patiënt, anderzijds een eerdere behandeling van gelijkaardige klachten in het verleden (5). Uit eerder onderzoek in andere landen blijkt dat vrouwen een doktersbezoek wegens vaginale fluor vaak uitstellen uit schaamte, bijvoorbeeld voor een seksueel overdraagbare aandoening. Alsook is er vanuit artsenperspectief vaak onvoldoende tijd en kennis betreffende het topic, waardoor een gynaecologisch onderzoek of een vaginale wisser achterwege gelaten worden en er op basis van de symptomen relatief snel naar de diagnose en behandeling van een vermoedelijke ‘vulvovaginale candidiasis’ wordt overgegaan (6).

1.3. Relevantie

De maatschappelijke relevantie van een onderzoek naar vaginale fluorklachten in de huisartsenpraktijk is groot. Enerzijds blijkt uit eerder onderzoek dat er momenteel grote verschillen heersen tussen het klinisch en/of technisch onderzoek en het aansluitend beleid dat artsen voeren bij klachten van vaginale fluor bij patiënten. Anderzijds bestaat er een discrepantie in de visie van de patiënt en de huisarts betreffende dit onderwerp en het ter sprake brengen ervan tijdens een consultatie in de praktijk. Vaginale fluorklachten worden niet, onvoldoende of verkeerdelijk bevraagd tijdens consultaties in de eerste lijn. Indien er meer kennis zou zijn over wat zowel patiënten als artsen verwachten van een consult betreffende vaginale fluorklachten en wat de barrières en facilitatoren hierbij zijn om deze klachten ter sprake te brengen, kan dit voor een meer uniforme aanpak zorgen in de huisartsenpraktijk.

Toekomstgericht creëert men dus een betere praktijkvoering van artsen wat betreft vaginale fluorklachten wanneer men een juiste diagnosestelling en correct beleid hanteert, afgestemd op de verwachtingen en ideeën van de patiënt.

2. Methodologie

2.1. Methode literatuurstudie

De literatuurstudie werd gestart binnen de databank van PubMed via de geavanceerde zoekmethode, waarbij gebruik werd gemaakt van MESH-termen. Er werden daarnaast enkele filters gehanteerd om de meest relevante wetenschappelijke artikels te kunnen selecteren, namelijk: *Engels*, *Nederlands*, *Vrouw*, *Mens*, *Publicatiedata 2014-2024*. De artikels werden eerst gescreend op basis van titel om interessante en relevante artikels voor onze studie te selecteren, waarna hiervan de abstracts gelezen werden door beide onderzoekers om tot een consensus te komen. Enkel artikels die door beiden werden goedgekeurd, werden meegenomen in de verdere literatuurstudie. Wegens weinig recent gepubliceerde studies over het onderwerp bij bepaalde zoekopdrachten, breidden we de publicatiedata uit naar maximaal 1993-2024. De gebruikte MESH-termen en bijhorende resultaten waren als volgt: *vaginal discharge* AND *health knowledge, attitudes and practices* (4 resultaten, 2 interessant bij uitbreiding publicatiedata 1993-2024); *vaginal discharge* AND *family practice* (10 resultaten, 1 interessant bij uitbreiding publicatiedata 1998-2024); *vaginal discharge* AND *cultural competence* (1 resultaat, 1 interessant artikel); *vaginal discharge* AND *communication** (geen interessante artikels); *vaginal discharge* AND *culture** (12 resultaten, 1 interessant bij uitbreiding publicatiedata 2001-2024); *vaginal discharge* AND *expectation** (4 resultaten, 1 interessant bij uitbreiding publicatiedata 1993-2024); *vaginal discharge* AND *physician-patient-relations** (4 resultaten, 1 interessant bij uitbreiding publicatiedata 1999-2024); *vaginal discharge* AND *attitude to health* (41 resultaten, 4 interessant bij uitbreiding publicatiedata 2000-2024); *vaginal discharge* AND *psychology* (10 resultaten, 1 interessant bij uitbreiding publicatiedata 1993-2024). Via vergelijkbare studies verkregen we door middel van het sneeuwbaleffect nog drie interessante studies.

Naast de internationale wetenschappelijke inzichten via databanken zoals PubMed, werden ook de Nederlandse en Belgische richtlijnen bekeken. We gebruikten de Nederlandse NHG-richtlijn *'Fluor Vaginalis'* (laatste update 01/2024) en de Belgische WOREL EBPracticenet Richtlijn *'Vulvovaginale klachten bij vrouwen met vulvovaginitis en vaginose in de reproductieve levensfase'* (laatste update 10/2016) (1). Bij Huisarts & Wetenschap vonden we aansluitend nog drie interessante artikels: *'Fluor Vaginalis'* (7), *'Vaginale klachten'* (2) en *'Vaginale afscheiding: wat zeggen vrouwen er zelf over?' (8)*.

Op de ICHO-website werd binnen de databank met zoekmotor masterproeven gezocht naar gerelateerde MANAMA-scripties ter inspiratie. Hierbij werden drie werken weerhouden wegens relevant voor onze studie, namelijk *"Microscopie van dichtbij bekeken: het onderzoek van vaginale fluor in de huisartspraktijk"* (Vanhee Hanne), "*Sexual history taking among GPs and GP trainees*" (Hamici Saliha) en *"Vaginale afscheiding: zorgt een minimale interventie om tot uniform beleid te komen binnen de artsen van de groepspraktijk*" (Al-Hafidh Haffsa).

2.2. Keuze van een onderwerp

Als vrouwelijke huisartsen-in-opleiding merken we sinds ons eerste opleidingsjaar dat er grote verschillen bestaan in het ter sprake brengen en de aanpak van vaginale fluorklachten in de praktijk. Bij artsen zien we vaak dat er geen uniforme aanpak is en wat terughoudendheid bestaat om actief te vragen naar vaginale fluorklachten bij vrouwen, dit ondanks de aanwezigheid van duidelijke richtlijnen in de literatuur. Bij patiënten zien we tevens een breed spectrum aan verwachtingen en barrières om vaginale

fluorklachten te bespreken tijdens een consultatie bij de huisarts. Gezien het zeer regelmatig voorkomen van vaginale fluorklachten bij vrouwen, het nut van het ter sprake brengen en een correcte aanpak hiervan in de huisartsenpraktijk, was dit onderwerp voor ons interessant genoeg om verder uit te diepen in een MANAMA-thesis.

2.3. Doel

Deze studie had tot doel inzichten te verkrijgen in de verwachtingen, barrières en facilitatoren bij zowel arts als patiënt aangaande het bespreekbaar maken van vaginale fluorklachten in de huisartsenpraktijk.

2.4. Onderzoeksvragen

2.4.1. Onderzoeksvraag 1

Wat zijn de verwachtingen, barrières en facilitatoren bij vrouwen tussen 15 en 55 jaar om vaginale fluorklachten bespreekbaar te maken tijdens een consultatie in de huisartsenpraktijk?

- Patiënten: vrouwen tussen 15-55 jaar
- Exposure: vaginale fluorklachten
- Outcome: identificeren van verwachtingen, barrières en facilitatoren om vaginale fluorklachten bespreekbaar te maken

2.4.2. Onderzoeksvraag 2

Wat zijn de verwachtingen, barrières en facilitatoren bij huisartsen om vaginale fluorklachten bespreekbaar te maken tijdens een consultatie bij een vrouw tussen 15 en 55 jaar?

- Patiënten: huisartsen
- Exposure: consultatie met vrouw tussen 15-55 jaar
- Outcome: identificeren van verwachtingen, barrières en facilitatoren om vaginale fluorklachten bespreekbaar te maken

2.5. Studie-opzet

2.5.1. Onderzoeksvraag patiënten

Het gemengd kwantitatief-kwalitatief prospectief onderzoek naar vaginale fluorklachten in de huisartsenpraktijk vond plaats in de periode januari 2025 tot en met oktober 2025 in de twee huisartsenpraktijken waar we de eerste 18 maanden van onze huisartsenopleiding volbrachten, respectievelijk in Mol en Leopoldsburg. De afzonderlijke kenmerken van deze huisartsenpraktijken staan vermeld in tabel 1.

Om een valabel onderzoek te voeren werd gebruik gemaakt van vragenlijsten opgesteld binnen de digitale toepassing *Qualtrics.* De vragenlijst voor patiënten (bijlage 1) werd beschikbaar gesteld in de wachtzaal van de eerdergenoemde huisartsenpraktijken. Er werd in de wachtzaal en de onderzoeksruimtes een affiche opgehangen met een QR-code dewelke toegang gaf tot de vragenlijst. Patiënten die in aanmerking kwamen voor het onderzoek werden door de arts of secretariaats-

medewerker bovendien nog eens attent gemaakt op het lopende onderzoek met de vraag om vrijblijvend deel te nemen. Daarnaast werd een afgeprinte versie van de vragenlijst beschikbaar gesteld in de wachtzaal dewelke handmatig ingevuld kon worden en in gesloten omslag terug kon worden afgegeven aan de secretariaatsmedewerker of een arts uit de praktijk. Tevens werd de link naar de online vragenlijst ook via een oproep op sociale media verspreid, de gebruikte platformen waren *Facebook* en *Instagram*. Voorafgaand aan de vragenlijst, zowel bij de digitale als papieren versie, werd een informed consent getoond aan de deelnemers dewelke zij eerst dienden te accepteren alvorens hun deelname verder te zetten. De vragenlijst kon op ieder moment beëindigd worden door de deelnemer.

2.5.2. Onderzoeksvraag huisartsen

De vragenlijst voor huisartsen (bijlage 2) werd afgenomen in de eerdergenoemde twee huisartsenpraktijken, aangevuld met een verspreiding via e-mail naar de respectievelijke wachtkringen. Bovendien werden de mede huisartsen-in-opleiding uit de seminariegroepen aangesproken om op deze manier zowel praktijkopleiders, huisartsen-in-opleiding als collega-huisartsen uit dezelfde praktijken te bereiken. Net als bij de patiënten werd voorafgaand aan de vragenlijst een informed consent getoond en waren de artsen in de mogelijkheid om de enquête op ieder mogelijk moment te beëindigen.

2.5.3. Datacollectie en processing

Voor de online vragenlijsten werd gewerkt met het digitale enquêteprogramma *Qualtrics*. De verzamelde gegevens werden in een beveiligd *Excel*-document ingevoerd en na afronding van deze MANAMA-thesis worden zij nog 20 jaar versleuteld bewaard door de promotor van deze studie. De papieren vragenlijsten werden gedigitaliseerd.

2.5.4. Steekproefgrootte

Een steekproefgrootte van 100 patiënten werd berekend op basis van de veronderstelling dat 10% van de vrouwen tussen 15 en 55 jaar die de huisartsenpraktijk consulteerden, zou deelnemen aan de studie. De incidentiecijfers variëren jaarlijks in de huisartsenpraktijk tussen de 19 en 30 gevallen per 1000 patiënten per jaar (1)(2).

Voor de onderzoeksvraag met betrekking op de artsen werd een steekproefgrootte van 30 artsen vooropgesteld als doel. Hierbij werd gebruik gemaakt van convenience sampling, wat mogelijks resulteert in een beperkte statistische power van de studieresultaten aangaande deze onderzoeksvraag.

2.5.5. Inclusie-en exclusiecriteria

Vrouwen tussen 15 en 55 jaar konden deelnemen aan het onderzoek. Er werd niemand geëxcludeerd uit de studie. Het enige exclusiecriterium dat we hanteerden, was het onvoldoende machtig zijn van de Nederlandse taal om de vragenlijst te begrijpen en naar waarheid in te vullen. Wat betreft de ondervraging van de artsen werd één inclusiecriterium gehanteerd, namelijk dat zij als huisarts (-in-opleiding) actief dienden te zijn in een huisartsenpraktijk.

	Locatie	Artsen	Patiënten bestand (GMD's)
Huisartsenpraktijk 1	Leopoldsburg, landelijk gebied	5 artsen waarvan 3 mannelijke artsen en 2 vrouwelijke artsen (1 huisarts-in-opleiding)	2904
Huisartsenpraktijk 2	Mol, stedelijk gebied	5 artsen waarvan 3 mannelijke artsen (1 huisarts-in- opleiding) en 2 vrouwelijke artsen (1 huisarts-in-opleiding)	3689

Tabel 1: Deelnemende huisartsenpraktijken

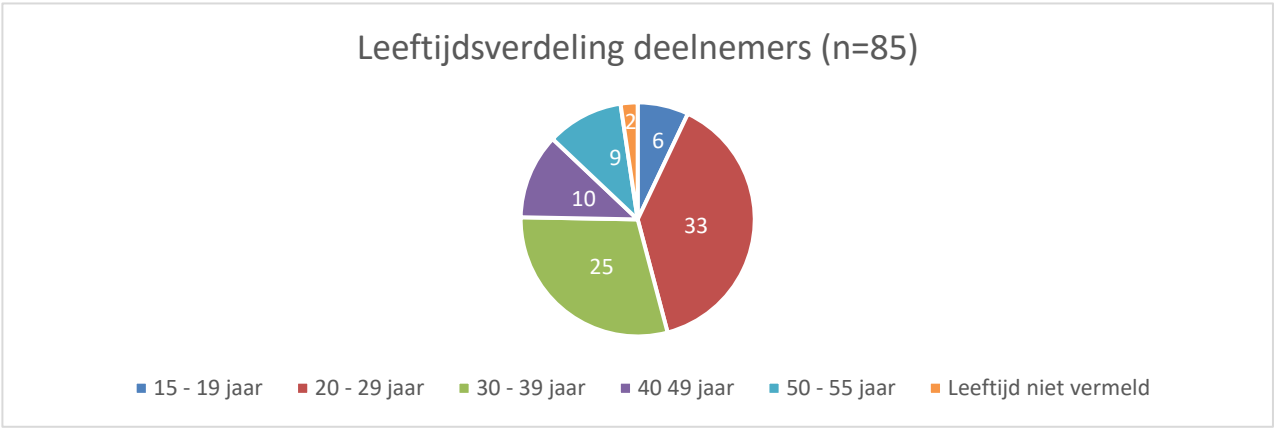
3. Resultaten patiënten

3.1. Inclusie

116 patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria begonnen met het invullen van de vragenlijst. Van deze groep hebben 31 patiënten de vragenlijst vroegtijdig beëindigd, waardoor van hen geen bruikbare antwoorden verzameld konden worden. Daarnaast stopten 9 patiënten de vragenlijst na het beantwoorden van een aantal vragen waardoor slechts een deel van hun antwoorden kon worden meegenomen. Uiteindelijk zijn er 85 patiënten definitief opgenomen in de analyse.

3.2. Algemene informatie over de deelnemers (n=85)

De gemiddelde leeftijd van de deelnemende patiënten bedraagt 32 jaar. De leeftijdsgroep 20-29 jaar vertegenwoordigde het grootste aantal vrouwen in de studie (n=33), samen met de leeftijdsgroep 30-39 jaar (n=25). Het merendeel van de vrouwen heeft een monogame relatie of vaste partner (n=66). 18 patiënten zijn alleenstaand, waarvan 5 seksueel actief zijn. Eén patiënte vermeldt een open relatie te hebben. Wat het opleidingsniveau betreft, heeft 3/4e het hoger of universitair onderwijs afgerond (n=66) en 1/4e het secundair onderwijs (n=19). Daarnaast merken we op dat twee keer meer patiënten in landelijk gebied (n=59) wonen in vergelijking met stedelijk gebied (n=26).

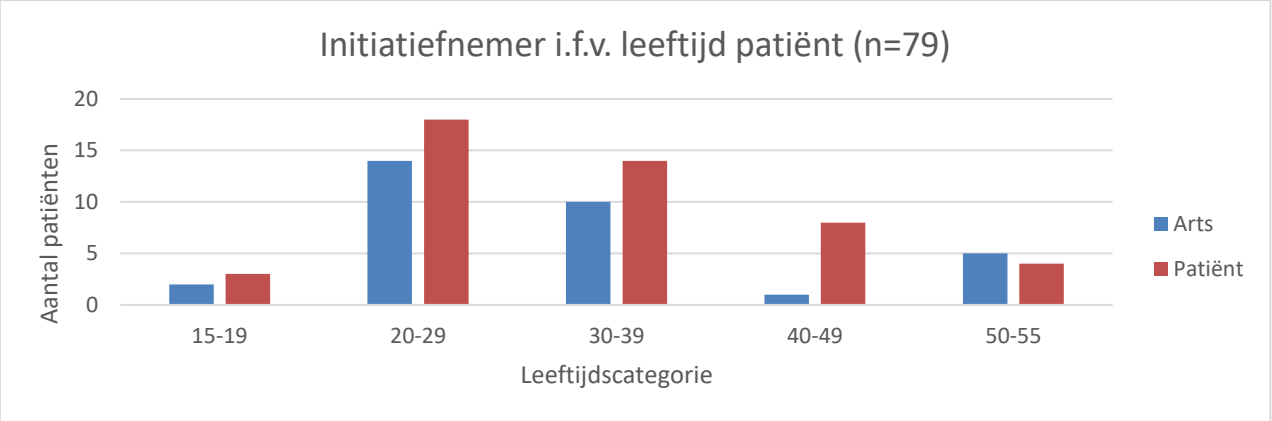


Figuur 1: Leeftijdsverdeling deelnemers

3.3. Voorkeur initiatiefnemer: arts of patiënt (n=79)

Er werd aan de deelnemende patiënten gevraagd wie volgens hen het initiatief dient te nemen om vaginale klachten bespreekbaar te maken tijdens een raadpleging in de huisartsenpraktijk. Iets meer dan de helft van de deelnemers (n=47) vindt dit de taak van de patiënt zelf, iets minder dan de helft (n=32) daarentegen vindt dat de arts het gesprek over vaginale fluorklachten dient te openen.

Om een mogelijk verband op te sporen tussen de leeftijd van de patiënt en wie volgens haar het initiatief dient te nemen om de klachten bespreekbaar te maken tijdens de consultatie, werd de Pearson Chi-kwadraattoets gebruikt. Meerdere cellen vertoonden echter een verwachte waarde kleiner dan 5 waardoor de testresultaten als niet-betrouwbaar worden beschouwd. Om toch een geldige toetsing te bekomen, werd vervolgens geopteerd voor het uitvoeren van de Fisher-exact test (Monte-Carlo-benadering). De patiënten werden hiervoor onderverdeeld in drie leeftijdscategorieën (< 30 jaar, 30-49 jaar, ≥ 50 jaar). Deze analyse toonde geen significant verband tussen de leeftijd van de patiënt en de voorkeur voor initiatiefnemer. Dit betekent dat de voorkeur voor wie het gesprek over vaginale fluorklachten dient te openen niet significant verschilt tussen de leeftijdsgroepen in deze onderzoekspopulatie.

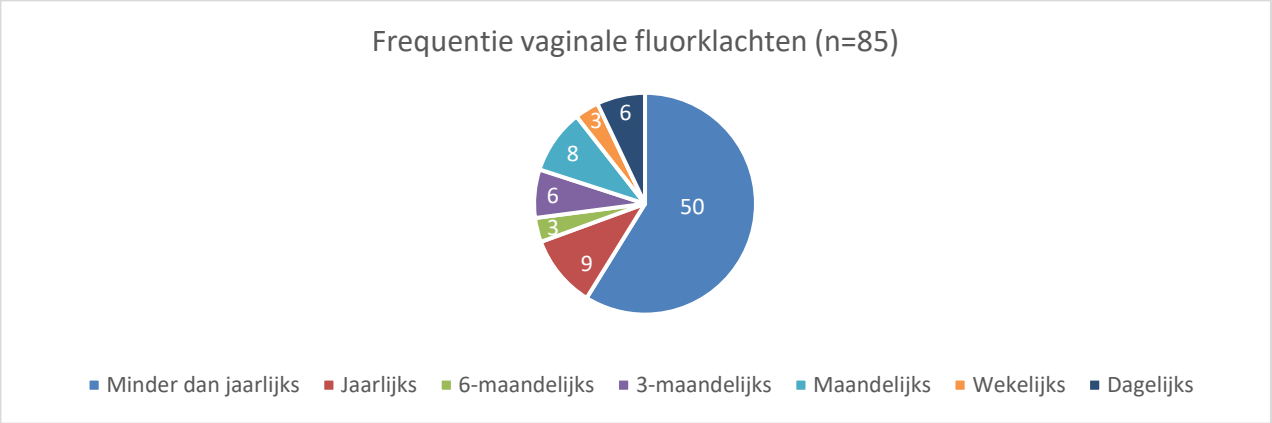


Figuur 2: Voorkeur initiatiefnemer in functie van leeftijd van de patiënt

Vervolgens werd ook gekeken of de voorkeur voor initiatiefnemer verschilt tussen patiënten wonende in landelijke versus stedelijke gebieden. De Pearson Chi-kwadraattoets toont hier geen significant verband (p = 0,186) met een kleine effectgrootte van 0,14.

3.4. Frequentie vaginale fluorklachten (n=85)

Meer dan de helft van de patiënten (n=50) blijkt minder dan één keer per jaar vaginale fluorklachten te ervaren. 2/3e hiervan (n=33) geeft aan nog nooit klachten gehad te hebben met betrekking tot vaginale afscheiding. Een kleinere groep van de deelnemende patiënten (n=9) rapporteert jaarlijks klachten. Bijna een kwart van de patiënten (n=17) geeft aan meer dan maandelijks (d.w.z. maandelijks, wekelijks, dagelijks) klachten te hebben met betrekking tot vaginale afscheiding.



Figuur 3: Frequentie van vaginale fluorklachten

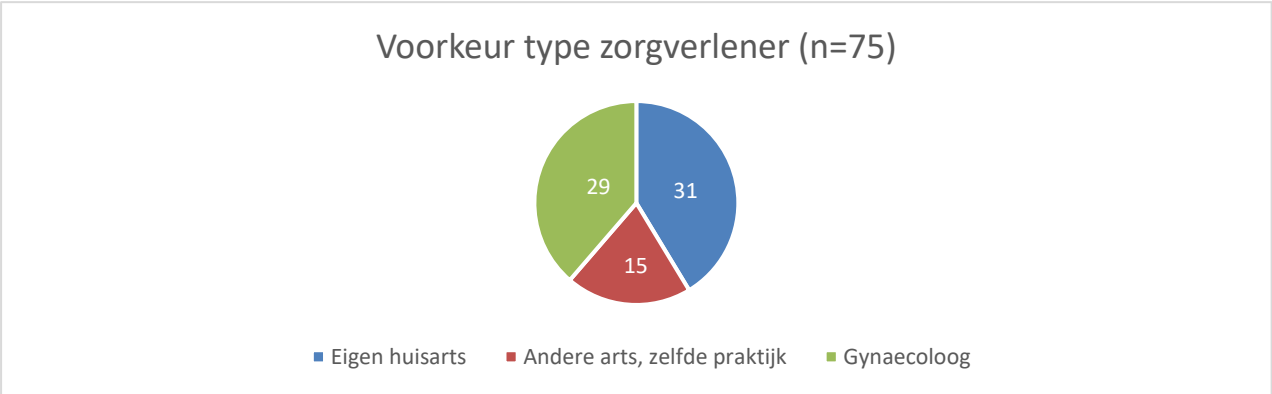
3.5. Onderscheid tussen normale en abnormale vaginale afscheiding (n=85)

De deelnemers maken het onderscheid tussen normale en abnormale vaginale afscheiding voornamelijk op basis van subjectieve klachten zoals **jeuk, pijn of andere last** die ze ervaren. Wat betreft uiterlijke kenmerken van de afscheiding wordt voornamelijk gefocust op de **kleur, geur, consistentie en de hoeveelheid** afscheiding. Geur (n=33) en kleur (n=32) worden daarbij het meest genoemd. Een deel van de patiënten (n=11) geeft aan niet te weten wat normale van abnormale afscheiding onderscheidt. Eén enkele patiënte consulteert de huisarts om te weten wat als normaal of abnormaal beschouwd dient te worden, terwijl anderen (n=3) hiervoor het internet raadplegen.

3.6. Voorkeur type zorgverlener voor het bespreken van vaginale fluorklachten (n=75)

Onderstaande grafiek toont welke zorgverlener vrouwen bij voorkeur consulteren wanneer zij klachten van vaginale fluor ervaren. Een even grote groep geeft aan dergelijke klachten te bespreken met haar eigen huisarts (n=31) als met een gynaecoloog (n=29). Een kleinere groep patiënten wendt zich tot een andere arts binnen dezelfde huisartsenpraktijk (n=15), waarbij de meerderheid van deze groep (n=10) aangeeft daarbij bewust te kiezen voor een vrouwelijke arts. Geen enkele patiënt kiest voor een andere arts uit een andere praktijk.

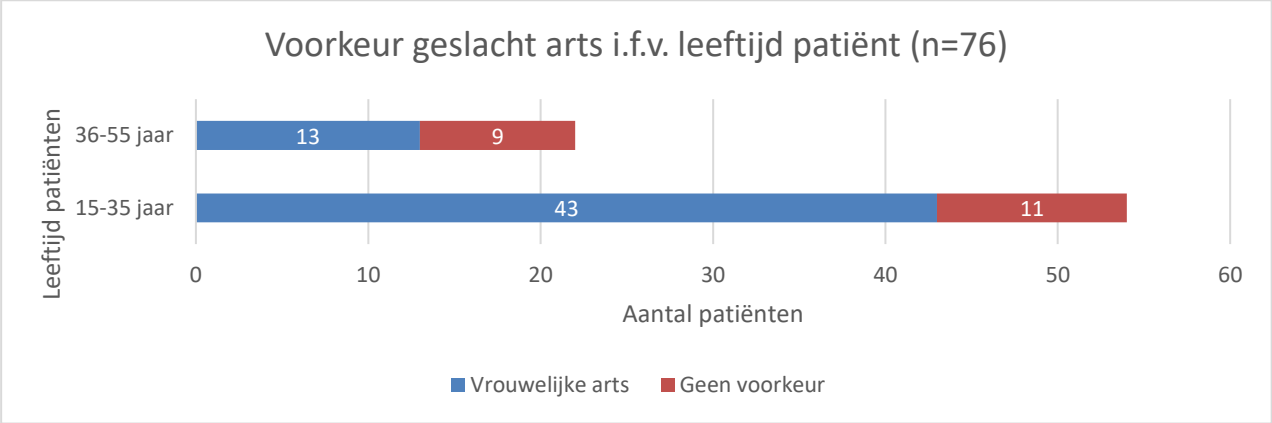
> *"Hoewel ik mijn huisarts vertrouw, wens ik liever voor deze intieme problemen bij de gynaecoloog langs te gaan."*



Figuur 4: Voorkeur type zorgverlener die geraadpleegd wordt voor bespreking van vaginale fluorklachten

Vaginale klachten worden door driekwart van de deelnemende patiënten bij voorkeur besproken met een vrouwelijke arts, terwijl een kwart geen voorkeur heeft wat betreft het geslacht van de arts. Er was geen enkele patiënt die een voorkeur had voor een mannelijke arts. Binnen de leeftijdscategorie 15-35 jaar geeft een ruime meerderheid aan de voorkeur te hebben voor een vrouw (n=43), waar een minderheid geen voorkeur heeft (n=11). Bij patiënten in de leeftijdscategorie 36-55 jaar ligt deze verdeling dichter bij elkaar, namelijk 13 patiënten geven voorkeur aan een vrouwelijke arts en 9 hebben geen voorkeur.

> *"Ik ga liever hiervoor naar een vrouwelijke huisarts of gynaecoloog nadat de mannelijke huisarts had aangegeven dat zijn expertise hier niet ligt."*



Figuur 5: Voorkeur geslacht arts in functie van leeftijd patiënt

De belangrijkste reden die patiënten benoemen om bij voorkeur een vrouwelijke arts te raadplegen, is het gevoel dat een vrouwelijke arts de situatie en klachten beter begrijpt, mede doordat zij als **ervaringsdeskundige** wordt gezien. Patiënten omschrijven het als zijnde dat een vrouwelijke arts een betere kennis heeft van het vrouwelijk lichaam, empathie kan tonen voor schaamtegevoelens en (h)erkenning biedt van de klachten. Het gesprek over vaginale klachten wordt hierdoor als **minder ongemakkelijk, veiliger en vertrouwder** ervaren. Daarnaast geven patiënten aan dat het bespreken van deze klachten met een mannelijke arts meer schaamte zou oproepen, wat kan leiden tot minder gedetailleerde beschrijving van de klachten en een lagere verwachting van een accuraat antwoord op hun vraag. Eén patiënt geeft aan dat het risico op seksueel grensoverschrijdend gedrag bij een vrouwelijke arts als kleiner wordt beschouwd.

Patiënten die geen voorkeur hadden voor het geslacht van de arts benadrukken dat iedere arts dezelfde opleiding heeft gevolgd en medisch even bekwaam is, wat zij belangrijker achten dan het geslacht zelf. Voor hen staan **professionele competentie, deskundigheid en kennis** centraal. Daarnaast vinden ze het belangrijk dat een arts actief luistert, een open gesprek kan voeren over vaginale klachten en het beste voor heeft met de patiënt. De patiënten verklaren vertrouwen te willen hebben in de arts die ze raadplegen om over de vaginale klachten te durven praten.

> *"Bij een vrouwelijke arts is de drempel misschien kleiner maar een mannelijke arts heeft dezelfde opleiding gedaan."*

3.7. Verwachtingen van een consult met betrekking tot vaginale fluorklachten (n=80)

Er bestaan duidelijke verwachtingen over wat een consultatie bij de huisarts over vaginale fluorklachten zou moeten omvatten. Bijna alle deelnemende patiënten verwachten een **vertrouwelijk gesprek** (n=72), terwijl bijna evenveel patiënten ook **voorlichting en advies** verwachten (n=67).

> *"Arts en patiënt bespreken het probleem. Arts moet patiënt een vertrouwd gevoel geven en patiënt moet erover kunnen praten. Het wordt nagekeken, er wordt een juiste behandeling toegepast en de nodige informatie wordt gegeven."*

Ruim de helft van de vrouwen benoemde **klinisch (vaginaal) onderzoek** (n=48) als een verwachting bij een consultatie over vaginale fluorklachten. Een vergelijkbaar aantal patiënten verwacht daarnaast ook een **diagnostische test** (n=49) en een passende **behandeling** (n=48). Exact de helft van de vrouwen rekent op een doorverwijzing naar de specialist (n=40).

> *"Ik duid klinisch onderzoek en diagnostische test aan vanuit de redenering dat ik verwacht dat, indien aangewezen, de arts dit zal voorstellen. Het lijkt het me niet noodzakelijk dit bij elke patiënt/klacht van vaginale klachten de standaard behandeling is als het niet nodig is [sic]."*

3.8. Facilitatoren met betrekking tot consultatie over vaginale fluorklachten (n=74)

Bij de vraag wat patiënten zou kunnen helpen om meer open te zijn over vaginale gezondheid tijdens een consultatie bij de huisarts kwamen diverse antwoorden naar voren. De deelnemers vernoemden hierbij ook enkele strategieën die artsen kunnen toepassen om het bespreken van vaginale afscheiding en klachten hiervan te vergemakkelijken.

Een aantal patiënten (n=8) benoemt het belang van **sensibilisering** en het bespreekbaar maken van vaginale klachten in de samenleving. Evenals het **geruststellen** door de arts en het delen van **ervaringsverhalen** van andere patiënten kan helpen bij een meer open communicatie.

> *"Gerustgesteld worden dat alles vertrouwelijk behandeld wordt. Meer openheid/bespreekbaarheid in de maatschappij. Erkennende verhalen helpen vaak bij het zetten van de stap om toch een arts/hulpverlener te contacteren [sic]."*

Daarnaast vindt een derde van de patiënten (n=23) dat de arts zelf het gesprek over vaginale fluorklachten moet initiëren en dit periodiek dient te bevragen. Zo geven enkele deelnemers aan dat een consultatie in het kader van anticonceptie of een uitstrijkje hierbij een **ingangspoort** kan zijn. Ook bemerkt een patiënt dat het nuttig kan zijn om bij een online afspraak de reden van consultatie te kunnen noteren zodat de arts hier op het moment van de consultatie zelf expliciet naar kan vragen.

Een open houding van de arts, het **normaliseren** van het onderwerp en een arts die zelf niet ongemakkelijk wordt van het onderwerp worden als belangrijk ervaren door een meerderheid van de vrouwen (n=32). Vijf patiënten geven aan dat een **vertrouwde, ongestoorde omgeving** waarbij de arts voldoende **tijd** neemt voor de patiënt ervoor kan zorgen dat ze zich veilig genoeg voelen om dit soort klachten te benoemen.

"Ik denk dat ze zeker een open en oordeel vrije omgeving moeten creëren. Het moet ook voelen alsof arts en patiënt op dezelfde hoogte staan. "

Affiches, flyers, posters of brochures voor patiënten zouden kunnen zorgen voor meer openheid volgens een kwart van de vrouwen (n=19). Een klein deel van de patiënten geeft aan dat ze reeds open genoeg zijn om hun vaginale gezondheid met hun huisarts te durven bespreken (n=5). Tot slot wordt de **vertrouwensband tussen arts en patiënt** benadrukt, waarbij negen vrouwen aanhalen dat dit van belang is bij consultaties over vaginale klachten en drie patiënten minstens één vrouwelijke arts in de huisartsenpraktijk belangrijk vinden.

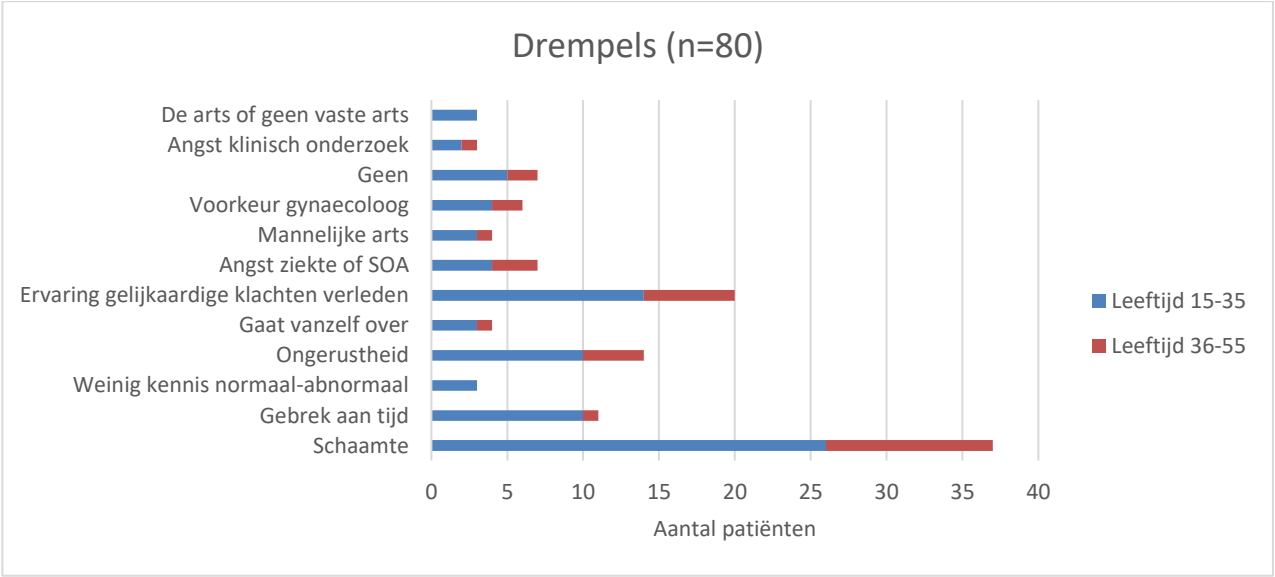
3.9. Drempels die patiënten ervaren met betrekking tot communicatie over vaginale klachten (n=80)

De voornaamste drempel om de huisarts niet te raadplegen met vaginale fluorklachten is **schaamte**. Maar liefst de helft van de deelnemende vrouwen schaamt zich om hiermee naar de huisarts te gaan (n=37).

"Het blijft voor mij iets ongemakkelijks. Niet om over te praten, wel om 'te laten zien'."

In onderstaande figuur worden de verschillende drempels voorgesteld die door de deelnemende patiënten vernoemd werden. De grafiek toont dat **schaamte** veruit de meest genoemde barrière is in beide leeftijdscategorieën, namelijk 15-35 jaar en 36-55 jaar. Andere belangrijke drempels zijn **ongerustheid** en ervaringen met **gelijkaardige klachten in het verleden**. Ongeveer evenveel vrouwen uit beide leeftijdscategorieën rapporteren angst voor een ziekte of seksueel overdraagbare aandoening (SOA) als een drempel om de huisarts te raadplegen met hun klachten. De jongere leeftijdscategorie benoemt beduidend vaker een **gebrek aan tijd**, alsook het type arts (geen vaste huisarts, geen vertrouwen in bepaalde artsen) en een **gebrek aan kennis** over welke vaginale afscheiding normaal of abnormaal is.

"Schaamte omdat het je intieme zone is. Gebrek aan tijd omdat je dikwijls denkt dit kan nog wel wachten omdat het niet pijnlijk of zichtbaar is. Angst als je bv wisselende bedpartners hebt."



Figuur 6: Drempels om vaginale fluorklachten bespreekbaar te maken i.f.v. leeftijd

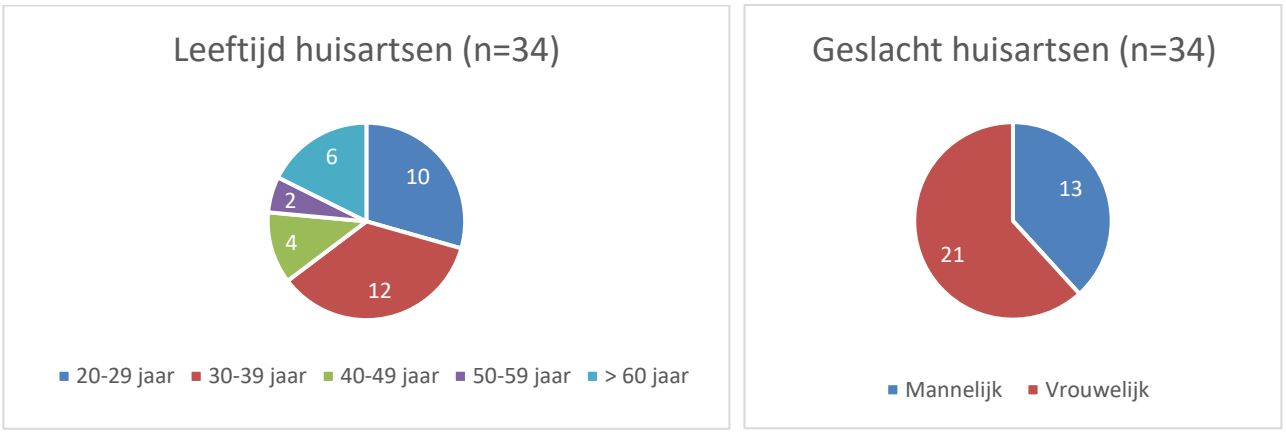
4. Resultaten artsen

4.1. Inclusie

40 huisartsen en huisartsen-in-opleiding voldeden aan de inclusiecriteria en vulden de vragenlijst in. Van deze artsen hebben er 6 de vragenlijst vroegtijdig beëindigd door alleen hun leeftijd in te vullen, waardoor van hen geen bruikbare antwoorden verzameld konden worden. Uiteindelijk zijn de resultaten van 34 artsen definitief opgenomen in de analyse.

4.2. Algemene informatie

Van de 34 deelnemers waren er 12 nog bezig aan hun huisartsenopleiding tijdens het invullen van de vragenlijst. De artsen hadden een gemiddelde werkervaring van 13,9 jaar met een minimum van 1 jaar en een maximum van 50 jaar. Er namen 13 mannelijke en 21 vrouwelijke artsen deel aan de studie, waarbij de leeftijdsgroep 20-39 jaar de meerderheid representeerde. Van de 34 deelnemende artsen werken er 13 in stedelijk gebied en 21 in landelijk gebied.



Figuur 7a/b: Verdeling leeftijd en geslacht deelnemers

4.3. Frequentie van consultaties met betrekking tot vaginale fluorklachten (n=34)

Onderstaande figuur geeft de frequentie weer van consultaties met betrekking tot vaginale fluorklachten bij de deelnemende huisartsen, onderverdeeld naar het geslacht van de arts. Een even grote groep mannelijke artsen ziet enkele keren per jaar (n=5) of maandelijks (n=5) een patiënt met vaginale fluorklachten. Een kleinere groep mannelijke artsen (n=3) ziet wekelijks patiënten met vaginale fluorklachten. Geen enkele mannelijke arts ziet dagelijks patiënten met vaginale fluorklachten. Daarentegen rapporteert meer dan de helft van de vrouwelijke artsen (n=12) dat zij wekelijks dergelijke consulten voeren. Een minderheid van de vrouwelijke artsen geeft aan deze consulten maandelijks (n=6) of dagelijks (n=3) te hebben. Geen van de vrouwelijke deelnemers geeft aan dat dit slechts enkele keren per jaar voorkomt.



Figuur 8a/b: Frequentie van consultaties aangaande vaginale fluorklachten in functie van geslacht van de huisarts

4.4. Verwachtingen met betrekking tot het openen van het gesprek over vaginale fluorklachten (n=34)

Het merendeel van de artsen (n=29) verwacht dat de patiënt het gesprek over haar vaginale klacht zelf zal openen. Eén derde van de artsen is van mening dat patiënten verwachten dat de arts het gesprek opent. Vijf artsen verklaren dat zij in de meerderheid van de gevallen het gesprek over vaginale klachten zelf moeten openen. **Schaamte bij de patiënt** wordt door deze groep artsen als hoofdzakelijke reden vernoemd.

> *"Patiënten die dit reeds eerder gehad hebben zullen dit sneller aanbrengen naar mijn gevoel, anders is dit soms moeilijker voor de patiënt."*

Iets meer dan de helft van de artsen (n= 22) benoemt letterlijk dat zij denken dat de patiënt niet verwacht dat de arts zelf naar vaginale klachten vraagt tijdens een consultatie. Meer specifiek geven zij aan dat het hier gaat om **privacy**, dat de patiënt zelf **verantwoordelijk** is om haar klacht te vernoemen, dat er vaak **geen aanleiding** is om het te bevragen of ze niet goed weten hoe dit te doen.

4.5. Facilitatoren met betrekking tot communicatie over vaginale fluorklachten (n=34)

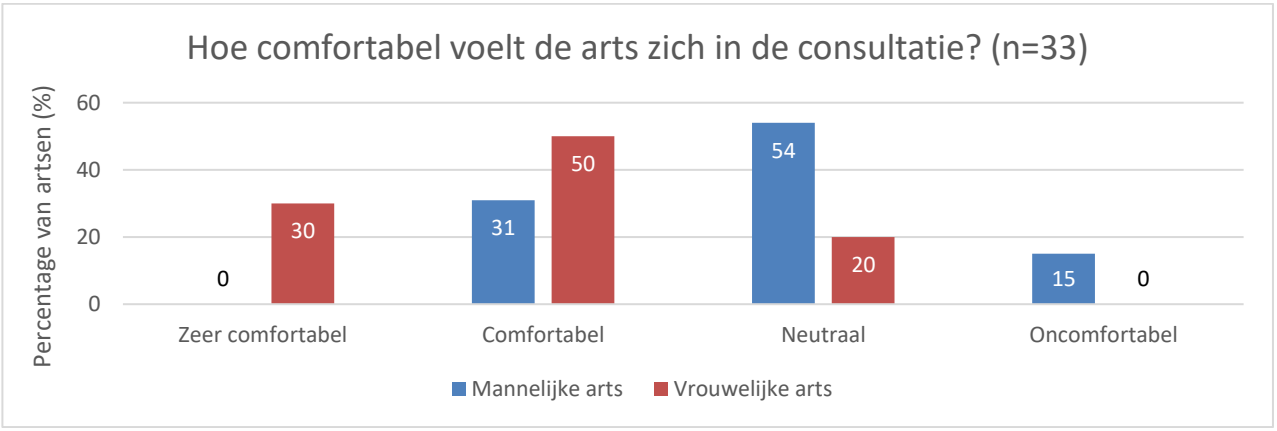
Wanneer gevraagd werd naar mogelijke hulpmiddelen of tips om het gesprek omtrent vaginale klachten bij de huisarts te faciliteren, werden enkele zaken meermaals naar voren gebracht door de artsen. Eén derde van de artsen (n=11) benoemt het nut van **affiches of brochures** in de wachtzaal of informatie op het beeldscherm zodat een gesprek over vaginale klachten gestimuleerd wordt. Enkele artsen (n=4) zouden **meer kennis** willen hebben over de **diagnose en behandeling** van vaginale fluorklachten. Ze vermelden onder andere een flowchart als hulp voor diagnosestelling of een duidelijke richtlijn. Twee artsen benadrukken de rol van sociale media, scholen en het Centrum Voor Leerlingenbegeleiding (CLB) ter sensibilisering. Eén arts zou meer tijd willen voorzien tijdens een raadpleging aangaande vaginale klachten en een andere arts geeft aan voor voldoende privacy in de praktijk te willen zorgen. Een kwart van de artsen (n=9) kon geen facilitatoren opnoemen of gaf aan hier geen nood aan te hebben. Evenveel artsen (n=9) vulden geen antwoord in.

4.6. Drempels die huisartsen ervaren bij het bespreken van vaginale fluorklachten (n=34)

De helft van de ondervraagde artsen ondervindt geen drempel bij het bespreken van vaginale fluorklachten met patiënten in de praktijk (n=17), hierbij is de meerderheid vrouwelijk (n=15). Vervolgens wordt door een kwart van de artsen (n = 8), allen mannelijk, het **verschil in geslacht tussen arts en patiënt** als een drempel ervaren in een gesprek over vaginale klachten. **Gebrek aan tijd** wordt door een gelijk aantal artsen (n=8) aangegeven als belemmerend. Een minderheid van de artsen geeft aan dat zij onvoldoende kennis hebben over diagnostiek en behandeling bij vaginale fluorklachten (n=6). Bij de vraag of artsen vinden dat er een stigma of taboe heerst rond het onderwerp vaginale fluorklachten in de huisartsenpraktijk, blijkt dat slechts een kwart van de artsen het hiermee eens is (n=9).

4.7. Hoe comfortabel voelt de arts zich tijdens een consultatie over vaginale fluorklachten? (n=33)

Onderstaande grafiek geeft weer hoe comfortabel artsen zich voelen bij het bespreken en bevragen van vaginale fluorklachten, onderverdeeld naar het geslacht van de arts. Bijna de helft van de artsen (n=14) geeft aan zich comfortabel te voelen bij dergelijke consultaties, terwijl 11 artsen eerder een neutraal gevoel rapporteren. Twee artsen geven aan zich oncomfortabel te voelen bij dit soort gesprekken, beide zijn mannelijke artsen. Daarentegen geven zes artsen aan zich zeer comfortabel te voelen, dit betreft uitsluitend vrouwelijke artsen.



Figuur 9: Mate van comfortabel zijn in functie van geslacht arts

De deelnemende artsen geven aan dat ze zich in bepaalde situaties minder comfortabel voelen. De meest vernoemde drempel is de **culturele achtergrond** van de patiënt (n=15), waarbij meer specifiek taal, geslotenheid van bepaalde populaties en allochtone achtergrond van de patiënt worden aangehaald. De leeftijd van de patiënt wordt tevens meermaals (n=10) vermeld als zijnde een drempel. Enkele artsen geven aan zich voornamelijk bij jonge patiënten minder comfortabel te voelen.

> *"Bij jonge puberende meisjes kan de vraag stellen soms sneller schaamte of weerstand oproepen."*

Daarnaast speelt volgens de deelnemers de arts-patiëntrelatie een rol in de mate van comfortabel voelen tijdens de consultatie. Het onderwerp wordt als makkelijker bespreekbaar en meer comfortabel ervaren door artsen wanneer zij een consultatie voeren bij patiënten die men reeds kent (n=14). Tot slot werd door vijf artsen het geslacht van de arts versus het geslacht van de patiënt vernoemd als bijdragende factor tot

het minder comfortabel voelen, dit uitsluitend door mannelijke artsen.

> *"Als mannelijke arts ervaar ik toch een drempel bij veel vrouwelijke patiënten."*

4.8. Merkt de arts een oncomfortabele patiënt op tijdens een consultatie over vaginale fluorklachten? (n=34)

Bij de vraag of artsen al eens een oncomfortabel gevoel opmerkten bij hun patiënt tijdens een consultatie over vaginale fluorklachten, beantwoordt de meerderheid van de artsen deze vraag positief (n=24). Eén derde van de artsen geeft aan nog nooit ongemak gevoeld te hebben bij de patiënt tijdens zo'n consultaties (n=10). Het gevolg dat de artsen hieraan geven is uiteenlopend. Sommigen stelden de patiënt gerust dat dit een **veelvoorkomende klacht** is bij andere vrouwen (n=14), twee mannelijke artsen stuurden de patiënt door naar een vrouwelijke collega. **Toestemming vragen** aan de patiënt en het **voldoende informeren** over de diagnose en behandeling werden ook vernoemd door artsen als methode die zij hanteren bij een ongemakkelijk gesprek over vaginale fluorklachten.

4.9. Doorverwijzing naar een vrouwelijke arts (n=13)

De mannelijke artsen werd gevraagd of zij patiënten met vaginale fluorklachten doorverwijzen naar een vrouwelijke collega (n=13). Negen artsen verwijzen de patiënten soms door, één arts geeft aan dat hij de patiënten met vaginale klachten altijd doorverwijst naar een vrouwelijke collega-arts. De overige drie artsen verwijzen nooit door en behandelen hun patiënten met vaginale fluorklachten zelf.

4.10. Inschatting van artsen over verwachtingen van patiënten (n=34)

Het merendeel van de artsen gaat ervan uit dat patiënten een **behandeling** verwachten (n=31) bij een consultatie over vaginale fluorklachten, gevolgd door **voorlichting en advies** (n=26) en een **vertrouwelijk gesprek** (n=26). Klinisch onderzoek en diagnostische test worden door ongeveer de helft van de artsen genoemd (n=18). Een doorverwijzing naar de specialist (n=8) en een speculumonderzoek (n=4) worden door artsen minder vaak ingeschat als verwachtingen van patiënten.

4.11. Inschatting van artsen over barrières bij patiënten (n=33)

Op de vraag welke drempels patiënten mogelijk ervaren bij het bespreken van vaginale fluorklachten, benoemen artsen **schaamte** het meest frequent (n=19). Dit wordt gevolgd door **gêne rond de intieme regio** (n=7) en consultatie bij een **mannelijke arts** (n=7). Daarnaast worden taboe (n=6), angst voor een negatieve reactie van de arts (bijvoorbeeld als onhygiënisch gezien worden) (n=4), en angst voor een bepaalde diagnose (n=4) genoemd. Enkele artsen geven verder aan dat ook een jonge leeftijd van de patiënt (n=2), cultuur of taal (n=4) en angst voor klinisch onderzoek (n=3) een rol kunnen spelen.

5. Discussie

Met dit onderzoek werd beoogd inzichten te verkrijgen in de verwachtingen, barrières en facilitatoren bij zowel arts als patiënt aangaande het bespreekbaar maken van vaginale fluorklachten in de huisartsenpraktijk. Het is de eerste prospectieve studie in Vlaanderen die dit onderzoekt, de laatste gelijkaardige studie dateert van het jaar 1996 in Engeland (6). De voornaamste resultaten uit de bevraging van zowel artsen als patiënten zullen hieronder kritisch worden vergeleken om aanbevelingen voor de praktijkvoering van huisartsen te kunnen formuleren, alsook om de huidige opleiding van toekomstige artsen te verbeteren.

De resultaten van dit onderzoek tonen een discrepantie tussen het perspectief van patiënten en dat van huisartsen met betrekking tot consultaties over vaginale fluorklachten. Patiënten geven in grote meerderheid aan vooral nood te hebben aan een vertrouwelijk gesprek, heldere uitleg en advies. Huisartsen herkennen dit communicatieve aspect wel maar het belang ervan lijken ze te onderschatten. Daarentegen overschatten artsen de verwachting van patiënten ten aanzien van medische interventies, zoals diagnostiek en behandeling. Dit suggereert dat artsen consultaties over vaginale fluorklachten vaker benaderen vanuit een medisch-diagnostisch perspectief, terwijl patiënten vooral behoefte hebben aan informatie, geruststelling en gezamenlijke besluitvorming. Ook de verwachting rond verwijzing naar de tweede lijn verschilt aanzienlijk, met als mogelijke verklaring eerdere (negatieve) ervaringen of onvoldoende kennis over het natuurlijke beloop en behandelopties binnen de eerste lijn. Dit onderstreept het belang van duidelijke uitleg over de rol van de huisarts en de indicaties voor verwijzing, wat kan bijdragen aan het verminderen van ongerustheid bij patiënten en het versterken van het vertrouwen in de eerstelijnszorg.

Daarnaast bestaat er een verschil in verwachtingen over wie het gesprek over vaginale klachten opent. Een aanzienlijk deel van de patiënten (40%) verwacht dat de arts het onderwerp aanbrengt, bijvoorbeeld tijdens consultaties rond anticonceptie of het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Dit staat in schril contrast met de verwachting van artsen waarbij de meesten (85%) verwachten dat de patiënt zelf het initiatief neemt. Deze discrepantie in verwachtingen kan ertoe bijdragen dat vaginale fluorklachten onbesproken blijven.

Naast deze verschillen in verwachtingen, benoemen zowel patiënten als artsen factoren die het bespreekbaar maken van vaginale fluorklachten kunnen vergemakkelijken. Beide groepen zijn van mening dat brochures of affiches in de wachtzaal de drempel kunnen verlagen. Een deel van de patiënten wijst ook op de rol van maatschappelijke sensibilisering aangaande vaginale gezondheid. Daarnaast geven sommige artsen aan nood te hebben aan meer houvast in diagnostiek en beleid, bijvoorbeeld door duidelijke richtlijnen of flowcharts. Patiënten hechten vooral belang aan een veilige en vertrouwde omgeving, met voldoende tijd en privacy, en een open normaliserende houding van de arts. Indien deze factoren onvoldoende aanwezig zijn, kan dit bij patiënten het gevoel van niet gehoord of begrepen te worden versterken. Enkele artsen erkennen deze noden en geven aan meer tijd te willen voorzien voor consultaties rond vaginale fluorklachten en meer te willen investeren in privacy binnen de huisartsenpraktijk om het comfort en vertrouwen van patiënten te verhogen. Tegelijkertijd werden door een aanzienlijk deel van de artsen geen facilitatoren benoemd, wat kan wijzen op een onderschatting van de drempels die patiënten ervaren.

Er worden door artsen en patiënten meerdere barrières genoemd die het gesprek rond vaginale fluorklachten bemoeilijken. Schaamte wordt door beide groepen het meest genoemd en vormt een grote drempel binnen dit soort consultaties. Daarnaast ervaren patiënten ook andere barrières, waaronder gevoelens van ongerustheid en eerdere (negatieve) ervaringen met gelijkaardige klachten in het verleden. Bij de jongere leeftijdscategorie zien we voornamelijk een gebrek aan tijd als drempel. Bijna alle mannelijke artsen benoemen het verschil in geslacht tussen arts en patiënt als belemmerende factor. Hoewel patiënten dit niet expliciet benoemden als mogelijke drempel, geeft een meerderheid (75%) wel aan een vrouwelijke arts te verkiezen. Dit suggereert dat geslacht impliciet een rol speelt in het comfortabel voelen van patiënten bij een consult over vaginale fluorklachten.

Bovenstaande bevindingen laten zien dat het bespreekbaar maken van vaginale fluorklachten in de huisartsenpraktijk niet uitsluitend afhankelijk is van medische kennis, maar in belangrijke mate wordt bepaald door communicatieve vaardigheden, consultstructuur en context. Een proactieve, normaliserende benadering waarbij verwachtingen expliciet bevraagd worden en er ruimte is voor uitleg en gezamenlijke besluitvorming, kan ertoe bijdragen dat arts en patiënt beter op één lijn komen te staan tijdens dergelijke consultaties. Daarnaast kan maatschappelijke sensibilisering rond vaginale gezondheid het taboe doorbreken en de drempel verlagen om vaginale klachten te bespreken. Door aandacht te hebben voor deze verschillende factoren kan de zorg voor vrouwen met vaginale fluorklachten beter worden afgestemd op hun noden en verwachtingen.

Vervolgens wordt stilgestaan bij de beperkingen van het gevoerde onderzoek. Het onderzoek vond hoofdzakelijk plaats in de Vlaamse regio's Kempen en Limburg wat de externe validiteit kan beperken. Bijgevolg dienen de resultaten met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd in overige delen van Vlaanderen of België. Daarnaast betreft het hier een kleinschalige studie, voornamelijk aangaande de bevraging van de artsen. Het beperkt aantal deelnemers zorgde voor een underpowering van de studie en de bijhorende detectie van niet-significante verbanden dewelke mogelijks wél significant zouden kunnen zijn bij een grotere steekproef. Een grotere steekproef zou de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de resultaten dus kunnen verhogen in de toekomst. De dataverzameling gebeurde aan de hand van een eenmalige vragenlijst. Dit cross-sectioneel aspect van de studie maakt dat veranderingen in vaginale fluorklachten of ervaringen in de tijd niet konden worden geregistreerd. Toekomstig longitudinaal onderzoek zou deze beperking kunnen wegnemen. Verder werden de vragenlijsten enkel aangeboden in het Nederlands wat maakt dat patiënten met een andere moedertaal of culturele achtergrond onvoldoende werden bereikt en ondervertegenwoordigd zijn in deze studie. De rekrutering van de deelnemers vond plaats via twee huisartsenpraktijken en sociale media. Aangezien geen onderscheid werd gemaakt in het rekruteringskanaal per deelnemer, was een analyse van verschillen tussen beide niet mogelijk. Dit had waardevolle informatie kunnen bijdragen aan de studie. Tot slot werd de vragenlijst niet vooraf gepiloteerd bij een testpubliek, wat had kunnen bijdragen aan het identificeren van onduidelijkheden in de vraagstelling en aan het versterken van de inhoudelijke validiteit van de vragenlijst.

Toekomstgericht dient er bij volgend onderzoek ingezet te worden op een grotere en meer diverse steekproef, een ruimere geografische spreiding en het aanbieden van meertalige vragenlijsten. Bovendien lijkt een betere mixed-methods benadering waarbij kwantitatieve data wordt aangevuld door kwalitatieve diepte-interviews aangewezen om meer inzichten te verwerven.

Op basis van de bevindingen uit deze studie kunnen we meerdere aanbevelingen formuleren voor de praktijkvoering van huisartsen bij consultaties betreffende vaginale fluorklachten. Een eerste en cruciaal aandachtspunt betreft de communicatie tussen arts en patiënt. Huisartsen kunnen drempels verlagen door vaginale fluorklachten expliciet en op een normaliserende manier te bevragen in plaats van te wachten tot de patiënt zelf haar klacht aanbrengt. Dit is in het bijzonder relevant bij mannelijke artsen, bij wie patiënten vaker schaamte of terughoudendheid ervaren om hierover te praten. Daarnaast is het van belang om voldoende tijd te voorzien voor dit soort consultaties zodat er ruimte ontstaat voor uitleg, geruststelling en het expliciet bespreken van verwachtingen. Organisatorisch is het voor bepaalde praktijken mogelijks een optie om hun agendasysteem zo aan te passen dat er meer tijd wordt voorzien voor gynaecologische klachten. Een veilige en comfortabele praktijkinrichting draagt bovendien ook bij aan een drempelverlagend effect. Tot slot kunnen ondersteunende materialen voor de patiënt zoals brochures of affiches in de wachtkamer en dokterskabinet evenals duidelijke richtlijnen voor de huisartsen extra ondersteuning bieden in de aanpak van vaginale fluorklachten.

Tot slot formuleren we ook nog enkele aanbevelingen voor de opleiding geneeskunde en meer specifiek voor de huisartsenopleiding. Uit de resultaten van deze studie blijkt dat het voor artsen van cruciaal belang is om vaginale fluorklachten expliciet te bevragen tijdens de consultatie gezien dit drempelverlagend werkt voor patiënten. Desondanks wordt aan dit onderwerp momenteel onvoldoende aandacht besteed in de opleiding. Een vergelijkbare evolutie was waarneembaar bij het bevragen van suïcidaliteit in de praktijk (9, 10). Ook hier bestond aanvankelijk terughoudendheid of een taboe bij artsen om het onderwerp aan te kaarten, terwijl uit onderzoek en praktijkervaring blijkt dat patiënten het net waarderen wanneer hier expliciet naar gevraagd wordt. Dit gaat bovendien niet gepaard met negatieve gevolgen, zoals een verhoogd risico op suïcidaal gedrag. Een gelijkaardig mechanisme lijkt dus van toepassing bij het bevragen van vaginale fluorklachten in de huisartsenpraktijk. Schaamte of terughoudendheid bij artsen kan ertoe leiden dat het onderwerp niet wordt bevraagd waardoor klachten onbesproken blijven en het taboe in stand wordt gehouden. Het expliciet opnemen van dit thema in de (huisartsen)opleiding kan bijdragen aan het doorbreken van drempels en aan een meer open en patiëntgerichte consultatievoering.

6. Conclusie

Deze studie toont aan dat er duidelijke discrepanties bestaan tussen de verwachtingen van patiënten en huisartsen betreffende consultaties over vaginale fluorklachten. Patiënten hebben hierbij vooral nood aan communicatie, uitleg en geruststelling. Artsen lijken het belang hiervan te onderschatten. Daarnaast blijkt dat wederzijdse terughoudendheid en schaamte ertoe kunnen leiden dat vaginale fluorklachten onbesproken blijven. Een proactieve normaliserende benadering door de huisarts met expliciete aandacht voor communicatie en het bevragen van de verwachtingen van de patiënt, kan deze heersende drempels verlagen en de afstemming tussen arts en patiënt verbeteren. Het integreren van deze inzichten in zowel de praktijkvoering als de opleiding van toekomstige (huis)artsen kan bijdragen aan een meer patiëntgerichte en toegankelijke zorg voor vrouwen met vaginale fluorklachten.

7. Reflectie

7.1. Reflectie Joke

Bij de keuze voor een thesisonderwerp tot het behalen van het diploma Master-Na-Master in de huisartsgeneeskunde was snel duidelijk dat ik graag wou werken rond een topic waar ik in de eerste maanden van mijn huisartsenopleiding regelmatig mee in aanraking was gekomen. Patiënten met vaginale klachten kwamen hoofdzakelijk bij mij en de andere vrouwelijke collega-huisarts in de praktijk op raadpleging, de mannelijke artsen zagen deze pathologie eerder zelden. Ik was voorafgaand aan het kiezen van het onderwerp van mening dat ik mij eerder een groepswerk zag maken dan een thesis op mijn eentje. Ik hou van de dynamiek die heerst binnen een kleine groep en de stimulans die je elkaar kan geven wanneer het even moeilijker gaat. Ik vond hierin een hele goede match bij mijn goede vriendin Enja. We kennen elkaar al sinds het begin van de opleiding geneeskunde en zien elkaar ook geregeld buiten de universitaire context. Het onderwerp vaginale klachten in de huisartsenpraktijk was al vaker ter sprake gekomen bij ons beiden, wat maakte dat het onderwerp snel was gekozen.

De samenwerking verliep vanaf het begin meteen vlot. We verdeelden telkenmale de taken, maar zorgden er ook voor dat we elkaar van alles op de hoogte hielden zodoende echt samen het eindwerk te maken. We werkten gezamenlijk aan ons werk via Google Drive, maar vonden het daarnaast ook belangrijk om elkaar op regelmatige basis fysiek te zien en samen te werken aan de thesis.
Qua taakverdeling deden we de literatuurstudie en het opstellen van een onderzoeksprotocol samen, dit in regelmatig overleg met onze promotor. Deze overlegmomenten gebeurden afwisselend fysiek dan wel digitaal. De verre afstand tussen onze woonplaatsen onderling én de afstand naar de Universiteit van Antwerpen maakten dat deze combinatie een goede balans bracht in onze werk-privé verhouding. Het verzamelen van data gebeurde respectievelijk in onze beide eerste huisartsenpraktijken en via sociale media. Enja werkte hierbij nauwkeurig uit hoe we de mensen in de praktijk het beste konden bereiken, terwijl ik mij bezighield met het maken van een informatie-en rekruteringsflyer en het rekruteren van vrouwen via sociale media.
Tijdens de dataverzameling in opleidingsjaar 2 was ikzelf hoogzwanger en nam Enja een groot deel van de taken tijdelijk over zodat ik mij kon focussen op mijn gezin. Zij onderhield in die periode de technische kant van de vragenlijsten en loste problemen op waar nodig. Op zich liep de rekrutering van patiënten en het invullen van de vragenlijsten vrij vlot waardoor vroeger dan verwacht de dataverzameling beëindigd kon worden en we aan de slag konden met de data-analyse.
De taakverdeling van de data-analyse en het beschrijven van de data verliep vlekkeloos. We beslisten om alle vragenlijsten samen door te nemen tijdens enkele fysieke vergadermomenten. Deze koppelden we meestal aan een babbel nadien met een koffie en wat lekkere versnaperingen. Het was voor ons belangrijk om het werken aan de thesis 'leuk' te maken zodoende de motivatie hoog bleef. Na de gezamenlijke doorloop door de vragenlijsten focuste ik mij op de statistiek en het taalkundig correct beschrijven van de resultaten. Enja daarentegen vond meer haar rol binnen het grafisch weergeven van de resultaten in tabellen en grafieken en het beknopt samenvatten/categoriseren van de beschrijvende data waar ik taalkundig mee aan de slag ging nadien.

Ik ervaar het thesisproces in groep als zeer goed verlopen. Waar nodig stimuleerden we elkaar om telkens weer een stapje dichter te komen tot het eindresultaat. We ondersteunden en ontlastten elkaar wanneer we drukke periodes ervoeren op werk-of privévlak. Enja was voor mij de perfecte partner om mee samen

te werken. Hierdoor heb ik dit ganse thesisproces nooit als moeilijk of lastig ervaren, net omdat we met z'n tweeën in hetzelfde proces zaten.

Ik heb doorheen dit ganse proces geleerd dat professioneel samenwerken met goede vrienden geen probleem hoeft te vormen voor de vriendschap. Daarnaast leerde ik dat het kiezen van een werkpartner met dezelfde visie, normen en waarden erg belangrijk is in een 3-jarige samenwerking aan een thesis. Het proces dat we samen doorlopen hebben vind ik minstens even waardevol als het eindresultaat.
Ik ben dan ook erg fier op het resultaat dat we hier kunnen neerzetten. Ik heb samen met Enja drie jaar lang hard gewerkt aan dit eindwerk, ondanks alle andere rollen die ik daarnaast in deze periode te vervullen had op zowel privé- als werkvlak.

7.2. Reflectie Enja

Samenwerking vind ik één van de leukste aspecten aan de opleiding geneeskunde en aan het arts zijn in het algemeen. Het idee om een thesis volledig alleen uit te werken sprak mij daarom minder aan, ik wilde dit traject liever samen met iemand doorlopen. Ik leerde Joke kennen tijdens de bachelorjaren en sindsdien is zij een goede vriendin geworden. Doorheen de opleiding hebben we elkaar vaak ondersteund, zowel op academisch vlak als daarbuiten. Toen we beiden enthousiast startten aan de opleiding huisartsgeneeskunde, voelde het dan ook vanzelfsprekend aan om samen een MANAMA-thesis te schrijven.

Tijdens mijn eerste opleidingsmaanden kwam ik terecht in een huisartsenpraktijk waar voornamelijk mannelijke artsen werkzaam waren. In de praktijk merkte ik dat patiënten met gynaecologische klachten vaak bij mij of bij de andere vrouwelijke collega terecht kwamen. Hierdoor groeide bij mij, misschien aanvankelijk onbewust, een grotere interesse in vaginale klachten. Toen bleek dat Joke een gelijkaardige ervaring had in haar praktijk, werd het idee om rond dit onderwerp te werken concreter.

Tijdens de eerste ontmoeting met de promotor voelde ik meteen een positieve klik. We deelden alle drie hetzelfde enthousiasme om een onderzoek op te starten naar een onderwerp dat tot op heden nog weinig onderzocht was. De nieuwsgierigheid naar wat het onderzoek zou opleveren en de motivatie om hier samen aan te werken vormden voor mij vanaf het begin een sterke basis voor het verdere traject.

Wanneer ik terugblik op de voorbije drie jaren, ervaar ik het proces van het schrijven van de thesis over het algemeen heel vlot. Hoewel het soms uitdagend was om de thesis te combineren met de praktijkstage, heb ik het werken eraan nooit als een opgave ervaren. Het traject heeft me geleerd om prioriteiten te stellen, efficiënt te plannen en gestructureerd te werken binnen een langdurig proces.

De samenwerking met Joke heb ik als fijn en aangenaam ervaren. Voor mij was het waardevol om samen te werken met iemand met een gelijkaardige motivatie, inzet en enthousiasme. Omdat ik Joke reeds goed kende, verliep onze communicatie steeds open. We bleven elkaars werk kritisch nalezen en feedback geven, waardoor eventuele moeilijkheden snel besproken en opgelost konden worden. Wanneer één van ons het tijdelijk drukker had, bijvoorbeeld door vakanties of prioriteiten op privé-vlak, gingen we steeds in overleg om de taken opnieuw te verdelen en tot een haalbare oplossing te komen.

We werkten voornamelijk in *Google Drive*, waardoor we continu inzicht hadden in elkaars voortgang en werk. Eventuele vragen konden we rechtstreeks in dat document stellen, waardoor het mogelijk was om snel te overleggen en kort op elkaar af te stemmen. Daarnaast vonden we het belangrijk om regelmatig af te spreken, zowel fysiek als online, om samen aan de thesis te werken, ideeën uit te wisselen en te brainstormen. Deze momenten zorgden er ook voor dat we even konden bijpraten, wat voor mij een fijne afwisseling gaf en onze band versterkte. Tussen deze overlegmomenten werkten we de afgesproken taken af tegen een vooraf bepaalde deadline.

Ik had steeds vertrouwen in Joke haar werk en wist dat ik onvoorwaardelijk op haar kon rekenen. Hierdoor voelde het schrijven van de thesis voor mij nooit als een individuele verantwoordelijkheid, maar als een gezamenlijk project waarin we elkaar ondersteunden en motiveerden. Bovendien vulden we elkaar goed aan in onze vaardigheden en interesses. Zo nam Joke vaak het voortouw in het formuleren en verfijnen van teksten, terwijl ik mij meer toelegde op het analyseren van gegevens, het werken met cijfers en het opstellen en interpreteren van grafieken. Deze complementaire samenwerking droeg bij aan een efficiënt verloop.

Naast de inhoudelijke kennis die ik heb opgedaan over vaginale fluorklachten en de communicatie hierover, vond ik ook het samen doorlopen van dit project bijzonder leerrijk. Het samenwerken, het gezamenlijk zoeken naar oplossingen en het samen groeien, hebben een grote meerwaarde gehad. Ik had het schrijven van een thesis met niemand liever doorlopen dan met Joke. Ik kijk dan ook met veel voldoening terug op deze periode en ben heel trots op het resultaat dat we samen hebben bereikt.

8. Referenties

1. Van Royen PF, V.; Tency, I.; Vandevoorde, J. Richtlijn vulvovaginale klachten bij vrouwen met vulvovaginitis en vaginose in de reproductieve levensfase. 2016.
2. Boeke JdV, R. Dekker, J., van der Schoot H. Vaginale klachten. Huisarts & wetenschap. 2002.
3. Sim M, Logan S, Goh LH. Vaginal discharge: evaluation and management in primary care. Singapore Med J. 2020;61(6):297-301.
4. Lamont RF, Morgan DJ, Wilden SD, Taylor-Robinson D. Prevalence of bacterial vaginosis in women attending one of three general practices for routine cervical cytology. Int J STD AIDS. 2000;11(8):495-8.
5. Bro F. Vaginal discharge in general practice--women's perceptions, beliefs and behaviour. Scand J Prim Health Care. 1993;11(4):281-7.
6. O'Dowd TC, Parker S, Kelly A. Women's experiences of general practitioner management of their vaginal symptoms. Br J Gen Pract. 1996;46(408):415-8.
7. Feijen M. Fluor Vaginalis. Huisarts & wetenschap. 2012.
8. Van Der Meijden WIB, I. De Haes, W.F.M. Lako, C.J. Van Harten, R.P.W., Zorn H. Vaginale afscheiding: wat zeggen vrouwen er zelf over? 1985.
9. Norris DR, Clark MS. The Suicidal Patient: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2021;103(7):417-21.
10. Osborne D, De Boer K, Meyer D, Nedeljkovic M. Raising Suicide in Medical Appointments-Barriers and Facilitators Experienced by Young Adults and GPs: A Mixed-Methods Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(1).

9. Bijlages

9.1. Bijlage 1: vragenlijst patiënten

Vragenlijst patiënten

Beste patiënt,

Wij zijn Joke en Enja, huisartsen-in-opleiding aan de Universiteit van Antwerpen. Voor onze masterthesis doen wij onderzoek naar het bespreekbaar maken van vaginale klachten in de huisartsenpraktijk. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de drempels, verwachtingen en ideeën die patiënten ervaren tijdens een consultatie over vaginale afscheiding (witverlies) die afwijkt van het normale.

Graag nodigen wij u uit om deel te nemen aan ons onderzoek. Uw deelname is vrijwillig en de antwoorden worden anoniem verwerkt. U kan uw deelname op elk moment stopzetten door de pagina af te sluiten of de vragenlijst niet af te geven. De reeds ingevulde antwoorden worden dan niet gebruikt voor deze studie.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten. Uw bijdrage is van groot belang en helpt ons om de zorg en de communicatie tussen patiënt en arts te verbeteren.

Alvast bedankt!

Algemene informatie

1. Wenst u deel te nemen aan deze (online) bevraging nadat u bent geïnformeerd over het doel en de risico's van deze studie? (uitgebreid informed consent in bijlage)
    a. Ja
    b. Nee

2. Wat is uw leeftijd?
    a. < 15j → u komt niet in aanmerking voor deelname aan deze studie
    b. 15 - 55j
    c. > 55j → u komt niet in aanmerking voor deelname aan deze studie

3. Wat is uw geslacht?
    a. Vrouwelijk
    b. Mannelijk → u komt niet in aanmerking voor deelname aan deze studie
    c. Ik identificeer mij onder geen van bovenstaande categorieën → u komt niet in aanmerking voor deelname aan deze studie

4. Bent u op dit moment zwanger?
    a. Ja → gelieve deze vragenlijst in te vullen over vaginale afscheiding buiten de zwangerschap
    b. Nee

5. Wat is uw huidige relationele status?
    a. Alleenstaande, niet seksueel actief
    b. Alleenstaande, seksueel actief
    c. Monogame relatie (vaste partner)
    d. Open relatie

e. Andere: specifieer

6. Heeft u kinderen?
    a. Ja
    b. Nee

7. Wat is uw culturele achtergrond? (open vraag)

8. Wat is uw hoogste opleidingsniveau?
    a. Geen
    b. Lagere school
    c. Secundair onderwijs
    d. Hoger onderwijs: hogeschool of universiteit

Consultatie bij de huisarts

1. Hoe vaak bezoekt u gemiddeld de huisarts per jaar?
    a. Minder dan 1x per jaar
    b. 1-2x per jaar
    c. 3-4x per jaar
    d. >4x per jaar

2. Informatie over uw huisarts:
    a. Ik heb geen vaste huisarts
    b. Groepspraktijk, geen vaste huisarts
    c. Mannelijke vaste huisarts
    d. Vrouwelijke vaste huisarts

Ervaringen met vaginale afscheiding

1. Heeft u al eens klachten gehad met betrekking tot uw vaginale afscheiding?
    a. Ja
    b. Nee

2. Hoe vaak ervaart u klachten met betrekking tot uw vaginale afscheiding?
    a. Dagelijks
    b. Wekelijks
    c. Maandelijks
    d. 3-maandelijks
    e. 6-maandelijks
    f. Jaarlijks
    g. Minder dan jaarlijks

3. Heeft u momenteel klachten met betrekking tot uw vaginale afscheiding?
    a. Ja: specifieer uw klachten (bv. geur, kleur, consistentie, bijkomende klachten) (open vraag)
    b. Nee

4. Hoe maakt u het onderscheid tussen normale en abnormale vaginale afscheiding? (open vraag)

5. Voelt u zich goed geïnformeerd over vaginale gezondheid?
    a. Ja: waar informeert u zich? (Meerdere antwoorden mogelijk)
        i. Internet: welke website(s)? (open vraag)
        ii. Familie
        iii. Vrienden
        iv. Huisarts
        v. Andere: (open vraag)
    b. Nee

Consultatie bij de huisarts over vaginale afscheiding

1. Heeft u al eens een arts geraadpleegd met klachten over vaginale afscheiding?
    a. Ja: Kan u ons iets meer vertellen over uw ervaring toen? (open vraag)
    b. Nee

2. Wie moet volgens u het initiatief nemen om vaginale klachten bespreekbaar te maken?
    a. Arts, waarom? (open vraag)
    b. Patiënt, waarom? (open vraag)

3. Wat verwacht u van een consultatie bij de huisarts wanneer u met een klacht van vaginale afscheiding komt? (Meerdere antwoorden mogelijk)
    a. Vertrouwelijk gesprek
    b. Voorlichting en advies
    c. Klinisch onderzoek: vaginaal onderzoek
    d. Diagnostische tests (bv. vaginale wisser)
    e. Behandeling
    f. Doorverwijzing naar specialist
    g. Andere: (open vraag)

4. Wat zijn de belangrijkste redenen voor u om de huisarts niet te raadplegen met vaginale klachten? (Meerdere antwoorden mogelijk)
    a. Schaamte
    b. Angst voor een aandoening
    c. Gebrek aan tijd
    d. Ervaring met gelijkaardige vaginale klachten in het verleden
    e. Ongerustheid
    f. Andere: (open vraag)

5. Wat zijn de belangrijkste redenen voor u om de huisarts wel te raadplegen met vaginale klachten? (open vraag)

6. Vindt u het ongemakkelijk om over deze klachten te praten met de huisarts? Zo ja, waarom? (open vraag)

7. Wat zijn uw verwachtingen op vlak van communicatie tijdens een gesprek met een arts over deze klachten? (open vraag)

8. Zou u vaginale klachten het liefst bespreken met uw eigen huisarts of liever een andere arts?
    a. Eigen huisarts: welke reden? (open vraag)
    b. Andere arts uit dezelfde praktijk: welke reden? (open vraag)
    c. Andere arts uit een andere praktijk: welke reden? (open vraag)
    d. Gynaecoloog: welke reden? (open vraag)

9. Zou u het liefst vaginale klachten bespreken met een mannelijke of vrouwelijke arts?
    a. Mannelijke arts: waarom? (open vraag)
    b. Vrouwelijk arts: waarom? (open vraag)
    c. Maakt niet uit: waarom? (open vraag)

10. Wat zou u helpen om meer open te zijn over vaginale gezondheid tijdens een consultatie bij de huisarts? (open vraag)

11. Wat kunnen artsen doen om het bespreken van vaginale afscheiding te verbeteren? (open vraag)

12. Heeft u nog andere bedenkingen of suggesties betreffende vaginale gezondheid/klachten die niet aan bod zijn gekomen in deze vragenlijst? (open vraag)

U heeft het einde van de vragenlijst bereikt.

Wij danken u voor uw deelname, tijd en moeite!

Indien u graag op de hoogte wenst gehouden van de resultaten van dit onderzoek, gelieve hier uw e-mailadres achter te laten:

9.2. Bijlage 2: vragenlijst artsen

Vragenlijst huisartsen

Beste huisartsen,

Wij zijn Joke en Enja, huisartsen-in-opleiding aan de Universiteit van Antwerpen. Voor onze masterthesis doen wij onderzoek naar het bespreekbaar maken van vaginale fluorklachten in de huisartsenpraktijk. Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de verwachtingen, barrières en facilitatoren van zowel de arts als patiënt, aangaande het bespreekbaar maken van vaginale fluorklachten.

Graag nodigen wij u uit om deel te nemen aan ons onderzoek. Uw deelname is vrijwillig en de antwoorden worden anoniem verwerkt. U kan uw deelname op elk moment stopzetten door de pagina af te sluiten of de vragenlijst niet af te geven. De reeds ingevulde antwoorden worden dan niet gebruikt voor deze studie.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15-20 minuten. Uw bijdrage is van groot belang en helpt ons om de zorg en de communicatie tussen patiënt en arts te verbeteren.

Alvast bedankt!

Algemene informatie

1. Wenst u deel te nemen aan deze (online) bevraging nadat u bent geïnformeerd over het doel en de risico's van deze studie? (uitgebreid informed consent in bijlage)
    a. Ja
    b. Nee

2. In welke leeftijdscategorie bevindt u zich?
    a. 20-29 jaar
    b. 30-39 jaar
    c. 40-49 jaar
    d. 50-59 jaar
    e. ≥ 60 jaar

3. Wat is uw geslacht?
    a. Vrouwelijk
    b. Mannelijk
    c. Ik identificeer mij onder geen van bovenstaande categorieën

4. Bent u huisarts-in-opleiding?
    a. Ja
    b. Nee

5. Hoeveel jaren ervaring heeft u als huisarts (HAIO-jaren inclusief)?

6. Werkt u in een stedelijk of landelijk gebied?
    a. Stedelijk
    b. Landelijk

Consultatie over vaginale fluorklachten

1. Hoe vaak ziet u patiënten die met vaginale fluorklachten op raadpleging komen? (vaginale fluor = iedere afscheiding die volgens de patiënte afwijkt van het normale)
    a. Dagelijks
    b. Wekelijks
    c. Maandelijks
    d. Enkele keren per jaar
    e. Zelden of nooit

2. Wie brengt de klachten van vaginale fluor meestal ter sprake?
    a. Arts, in hoeveel % van de gevallen?
    b. Patiënt, in hoeveel % van de gevallen?

3. Denkt u dat patiënten verwachten dat u als huisarts het gesprek over vaginale fluorklachten zal openen?
    a. Ja, waarom?
    b. Nee, waarom niet?

4. Wat zijn volgens u de drempels die patiënten ervaren om vaginale klachten met u te bespreken? (open vraag)

5. Wat ervaart u zelf als grootste drempels om vaginale fluorklachten met een patiënt te bespreken? (Meerdere antwoorden mogelijk)
    a. Geen drempel
    b. Onvoldoende kennis over diagnose
    c. Onvoldoende kennis over behandeling
    d. Gebrek aan tijd
    e. Oncomfortabel gesprek
    f. Mannelijke arts versus vrouwelijke patiënt
    g. Andere, namelijk: (open vraag)

6. Vindt u dat er een stigma/taboe heerst over het bespreken van vaginale klachten in de huisartsenpraktijk?
    a. Ja, specifieer:
    b. Nee

7. Zijn er zaken die u zouden kunnen helpen om vaginale fluorklachten beter bespreekbaar te maken in de praktijk?
    (open vraag)

8. Hoe comfortabel voelt u zich bij het bespreken en bevragen van deze klachten?
    a. Zeer comfortabel
    b. Comfortabel
    c. Neutraal
    d. Oncomfortabel
    e. Zeer oncomfortabel

9. Zijn er patiëntenpopulaties of specifieke situaties waarin u zich minder comfortabel voelt om dit te bespreken? (Meerdere antwoorden mogelijk)
    a. Cultuur, specifieer:
    b. Leeftijd patiënt, specifieer:
    c. Vaste huisarts versus eenmalig contact met patiënt, specifieer:
    d. Geslacht arts versus patiënt, specifieer:
    e. Andere, specifieer:

10. Heeft u ooit het gevoel gehad dat een patiënt zich ongemakkelijk voelde bij de communicatie over vaginale fluorklachten?
    a. Ja: hoe pakt u dit dan aan?
    b. Nee

11. Voelde u zichzelf ooit ongemakkelijk bij communicatie over vaginale fluorklachten met een patiënt?
    a. Ja, specifieer:
    b. Nee

12. Wat denkt u dat patiënten verwachten tijdens een consultatie over vaginale fluorklachten? (Meerdere antwoorden mogelijk)
    a. Vertrouwelijk gesprek
    b. Voorlichting en advies
    c. Klinisch onderzoek
    d. Speculumonderzoek
    e. Diagnostische tests (bv. vaginale wisser)
    f. Behandeling
    g. Doorverwijzing naar een specialist
    h. Andere: specifieer:

13. In hoeveel procent van de gevallen start u bij vaginale klachten blind een behandeling op (geen klinisch onderzoek, geen technisch onderzoek)? … %

14. Wat weegt voor u het meeste door om een behandeling op te starten bij vaginale fluorklachten?
    a. Anamnestische gegevens
    b. Bevindingen tijdens klinisch onderzoek
    c. Resultaten technisch onderzoek

15. Verwijst u soms vrouwelijke patiënten met vaginale fluorklachten door naar een vrouwelijke collega? (enkel zichtbaar voor artsen die ‘mannelijk’ aanduiden bij vraag 3.)
    a. Ja, altijd
    b. Ja, soms
    c. Nee

16. Hebt u zelf nog vragen/opmerkingen/bedenkingen bij deze vragenlijst of dit onderwerp? Schrijf ze dan gerust hieronder neer

U heeft het einde van de vragenlijst bereikt.

Wij danken u voor uw deelname, tijd en moeite!

Indien u graag op de hoogte wenst gehouden van de resultaten van dit onderzoek, gelieve hier uw e-mailadres achter te laten: