Cervixkankerscreening in de huisartsenpraktijk: Waarom loopt het mis en hoe kan het beter verlopen?

Haio: CANOOT Griet , U.G.
Promotor: VAN HERCK Koen , U.G.
Praktijkopleider: Verschelde Joeri

Context: Baarmoederhalskanker (BMHK) is nog steeds een veel voorkomende maligniteit bij vrouwen wereldwijd. Primaire en secundaire preventie hebben er wel voor gezorgd dat er een daling van mortaliteit en morbiditeit is. Bij BMHK-screening vormt zowel over- als onderscreening een probleem. Er zijn verscheidene risicofactoren die aan beiden gelinkt worden, waaronder ook een gebrek aan kennis bij zowel patiënten als artsen. Uit onderzoek blijkt dat het cruciaal is om patiënten beter te informeren via informatiecampagnes en op persoonlijke basis, de doelstelling is om patiënten zelf een geïnformeerde keuze te laten maken inzake deelname. De kennis bij artsen heeft voornamelijk een impact op overscreening. Door dit te optimaliseren kan een positieve balans behouden worden bij BMHK-screening.

Onderzoeksvraag: Wat is de actuele screeningsgraad voor BMHK in één huisartspraktijk? Hoe is de kennis omtrent BMHK(-screening) bij de vrouwelijke patiënten met leeftijd tussen 25 en 64 jaar binnen één huisartspraktijk?

Methode: e screeningsgraad werd manueel in kaart gebracht bij alle vrouwen 25-64 jaar met GMD geregistreerd in de praktijk, die geen hysterectomie hebben ondergaan. In tweede instantie werd aan de hand van een vragenlijst enkele factoren omtrent deelname aan BMHK-screening nagekeken. Verder werd de kennis omtrent BMHK(-screening) getest.

Resultaten: EMD (N=359): 47% screening in afgelopen drie jaar, 17% langer dan drie jaar geleden, 35% geen resultaat teruggevonden. VRAGENLIJST (N=116): 26% screening in afgelopen drie jaar, 14% langer dan drie jaar geleden, 15% nooit. Grote discrepantie tussen screeningsgraad volgens EMD (49%) en vragenlijst (72%). KENNIS: 60% globale score. 49% erkent HPV als veroorzaker, meerderheid van RF verkeerd ingeschat. Doelgroep van screening goed ingeschat (alle vragen >75% juist). Minste kennis bij doel/resultaat: 33% weet dat er geen standaard testing is voor andere SOA’s, 16% maakt juiste inschatting omtrent screeningsinterval.

Conclusie: Er was geen correcte registratie in het EMD van deelname aan BMHK-screening. Er werden geen significante verschillen gezien in screeningsgraad volgens verhoogde tegemoetkoming, bij verdeling volgens leeftijd verliep de screeningsgraad parallel met de cijfers van het Vlaams Gewest en Eeklo. Er werd een grote discrepantie gezien tussen de screeningsgraad volgens vragenlijst en EMD. Het is belangrijk dat de huisarts voldoende op de hoogte is van de screening, om zijn verantwoordelijke rol in preventie te kunnen opnemen. Hierbij is een betere informatie-uitwisseling met de gynaecoloog belangrijk, alsook het opnemen van een actievere rol. Meer onderzoek is nodig om te bevestigen dat deze discrepantie niet enkel praktijk-gerelateerd is, maar zich ook op grote schaal afspeelt. Bij de peiling naar kennis kon bevestigd worden dat vrouwen met een hoger diploma beter scoren. Er werden geen verschillen gezien per leeftijdscategorie. Meer uitgebreid onderzoek is nodig om naar de specifieke hiaten in kennis te peilen en hierbij de risicogroepen te identificeren. Ook is meer onderzoek nodig om de stap naar efficiënte vormen van informeren te implementeren (via arts, school, informatiecampagnes?).