Cervixkanker: Welke doelgroep wordt onderscreend en hoe kunnen we die toch bereiken? Praktijkverbeteringsproject in wijkgezondheidscentrum De Kaai.

Haio: VANDERMEULEN Eva , U.G.
Promotor: Verhoeven Veronique , U.A.
Praktijkopleider: VANHOLDER Kaatje

Context: België scoort slecht op vlak van baarmoederhalskankerscreening met een screeningsgraad van 59%. Dit percentage is laag ondanks de beschikbaarheid van een volwaardige screeningstest om deze kanker vroegtijdig op te sporen. Een wijkgezondheidscentrum als WGC De Kaai cre?ert door de typische werking een specifieke setting. Dit in combinatie met de ligging van het centrum in een achtergestelde buurt ?De Bloemekenswijk? nodigen uit om rond preventie te werken en meer in het bijzonder het screenen naar baarmoederhalskanker.

Onderzoeksvraag: Het hoofdideë van deze masterproef is het realiseren van een kleinschalig afgelijnd praktijkverbeteringsproject. Dit project tracht een antwoord te vinden op de vragen : welke doelgroep wordt onderscreend met betrekking tot cervixkanker en hoe kunnen we die toch bereiken?

Methode: Een onderscreende groep zal afgelijnd worden na het doornemen van relevante literatuur hieromtrent. Bij hen zal er gepoogd worden een screeningsgraad van 80% te bereiken. De interventie die hiervoor gekozen wordt, zal eveneens uit literatuuronderzoek gehaald worden. Een groep van 38 vrouwen, namelijk de gepensioneerden, invaliden, weduwen en wezen (WIGW) met verhoogde tegemoetkoming (VTK) tussen 45 en 65 jaar, wordt onze doelgroep. In drie verschillende stappen worden interventies uitgevoerd op deze groep. De eerste stap houdt in dat het effect van het invoeren van een planning in het elektronisch medisch dossier (EMD) op basis van GMD+ bevragingen nagegaan wordt. In een volgende stap wordt een planning in het EMD aangemaakt bij alle vrouwen uit de doelgroep (ook deze die de GMD+ vragenlijst niet beantwoord hebben). De collega-artsen worden aangespoord om bij die vrouwen de screeningsstatus in orde te brengen. De derde en laatste stap roept de vrouwen, die tot dan toe niet reageerden, op via een uitnodigingsbrief. Indien deze brief genegeerd wordt, worden de vrouwen telefonisch gecontacteerd.

Resultaten: Als alle stappen op een rijtje gezet worden, is er een stijging in de screeningsgraad waarneembaar. Deze stijgt van 16% (6/37) in stap ??n, naar 59% (19/32) in stap twee en 81% (26/32) in stap drie. Om de winst in screeningsgraad te beschouwen, wordt er berekend hoeveel respons er stap per stap is. Respectievelijk is dit 16% (6/37), 41% (13/32) en 22% (7/32) voor de eerste, tweede en derde stap. De huisarts neemt 47% (15/32) van de uitstrijkjes af, de gynaecoloog 34% (11/32).

Conclusie: De doelstelling die een screeningsgraad van 80% beoogde, wordt bereikt mits de nodige inspanning. Een combinatie van een beperkte doelgroep, gemotiveerde artsen en het gebruik van een planning in het EMD had tot gevolgd dat dit resultaat in een relatief korte tijdspanne bereikt werd. De doelgroep consulteert in dit project vaker de huisarts dan de gynaecoloog om het uitstrijkje te laten afnemen. Een georganiseerde aanpak op overheidsniveau is onmisbaar. Hierbij moet onder andere ge?nvesteerd worden in een betere samenwerking tussen de huisarts en de gynaecoloog waarbij vlot gegevens over de screeningsstatus van de patiënt uitgewisseld worden.