Masterproef
Academiejaar 2014-2016

Dalende trend cervixuitstrijkjes in provincie Limburg. Hoe tot een betere screening komen in deze praktijk?

Dr. Hoffmann Michaël, KULeuven

Promotor: Dr. Vankrunkelsven Patrik, ACHG, KULeuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Voorwoord

Bij de totstandkoming van deze masterproef zijn er een aantal mensen die een welgemeend dankwoord verdienen. Op de eerste plaats dank ik mijn praktijkopleider, Véronique Schraepen, voor de bijstand, de hulp, het advies en het geduld dat zij had gedurende mijn opleiding. Ook de andere collega's van de groepspraktijk De Drempel te Lommel verdienen een welgemeend dankwoord. Ook bedank ik mijn promotor Patrik Vankrunkelsven om het project in goede banen te leiden. Verder ook een dankwoord aan mijn STACO Filip Goossens die altijd gereed staat voor de verzuchtingen van ons, HAIO's. Uiteraard dank ik mijn ouders, voor alle kansen die zij mij geven, en om in mij te geloven. En niet in het minst dank ik mijn echtgenote, Sofie Compagnie, voor alle bijstand en alle geduld dat zij had gedurende mijn opleiding. Tot slot, mijn zoontje Alexander, voor het opfleuren van de wereld en het vervullen van een mooie wens.

Abstract

Achtergrond: Baarmoederhalskanker wordt jaarlijks in België gediagnosticeerd bij 700 vrouwen, waarvan ongeveer een derde van de vrouwen eraan zal overlijden. Het baarmoederhalsuitstrijkje is een belangrijk preventief onderzoek om de incidentie en mortaliteit van baarmoederhalskanker fors te doen dalen. Echter zien we een belangrijke groep vrouwen die zich zelden tot nooit laten screenen.

Onderzoeksvraag: (1) Verhoogt een oproepingsbrief de screeningsgraad van vrouwelijke patiënten in deze huisartsenpraktijk? (2) Wat zijn de beweegredenen van brouwen om zich al dan niet te laten screenen? (3) Wat zijn de socio-economische determinanten die de screeningsgraad beïnvloeden? (4) Wat is de kennis van de patiënten over het belang van screenen?

Methode: Het praktijkverbeterend project betreft een interventioneel onderzoek met kwalitatieve component. De doelgroep betreft vrouwen tussen 25 en 64 jaar waarvan de screeningsgraad niet kon nagegaan worden in het elektronisch medisch dossier en waarbij zich geen contra-indicaties voordoen voor baarmoederhalsscreening. Aan de oproepingsbrief werd tevens een anonieme vragenlijst bijgevoegd die vrijblijvend kon ingevuld worden. De vragenlijst bestond uit twee delen waarvan het eerste deel polst naar de beweegredenen om zich al dan niet te laten screenen bij de huisarts of gynaecoloog. Vier bijgevoegde vragen polsen naar de kennis bij de vrouwen omtrent het baarmoederhalsuitstrijkje. Het tweede deel polst naar de socio-economische status van de patiënten.

Resultaten: Van de 795 vrouwen die aangeschreven werden lieten 73 vrouwen bij de huisarts een baarmoederhalsuitstrijkje doen, dit is een toename vergeleken met dezelfde periode het jaar voordien van 270,4%. We zien in bijna elke leeftijdsgroep een significante stijging. 186 vragenlijsten werden teruggestuurd voor analyse. 25,0% gaf aan geen uitstrijkje te hebben gekregen de laatste drie jaar. 84,4% liet dit onderzoek bij de gynaecoloog uitvoeren, voornamelijk vrouwen tussen de leeftijd van 30 en 40 jaar oud. 80,4% gaf aan regelmatig op controle te gaan bij de gynaecoloog. Van de vrouwen die niet in orde waren gaf 55,3% aan dit vergeten te zijn. Tot slot kon aangetoond worden dat vrouwen die wel in orde waren met het baarmoederhalsuitstrijkje de vragen vaker correct beantwoordden dan zij die niet ‘in orde’ waren.

Conclusie: Een oproepingsbrief kan een grote meerwaarde betekenen voor de huisartsenpraktijk om de screeningsgraad van de patiënten te doen toenemen. We merken op dat de kennis bij de vrouwen omtrent baarmoederhalsscreening eerder laag is. De huisarts speelt een belangrijke rol in het verstrekken van deze informatie teneinde de screeningsgraad te doen toenemen.

Inhoudsopgave

Inleiding en literatuurstudie 1
- **Baarmoederhalskanker** 1
- **Het humaan papilloma virus (HPV)** 1
- **Immunisatie tegen het HPV-virus** 2
- **Het baarmoederhalsuitstrijkje** 3
- **Perspectieven voor de toekomst: hrHPV-DNA test (hoog-risico-HPV-DNA-test)** 6
- **Praktijkverbeterend project** 7

Methode 8
- **Opmaken van oproepingsbrief en vragenlijst** 9

Resultaten 12
- **Aantal uitgevoerde baarmoederhalsuitstrijkjes** 12
- **Vragenlijsten** 14
  - Hoeveel patiënten die niet kwamen opdagen hebben toch een uitstrijkje gekregen de voorbije drie jaar? 15
  - Bij wie lieten de patiënten het onderzoek uitvoeren volgens de beantwoorde vragenlijsten? 15
  - Welke reden gaven de patiënten op om het onderzoek te laten uitvoeren bij de gynaecoloog? 16
  - Welke reden gaven de vrouwen aan niet in orde te zijn met het driejaarlijkse baarmoederhalsuitstrijkje? 18
  - Is er een verband met de opleidingsgraad? 19
  - Is er een verband met de professionele situatie? 20
  - Is er een verband met etnische afkomst? 22
  - Vragenlijst omtrent kennis rond baarmoederhalsuitstrijkjes 23
  - Zien we een verband tussen de kennis omtrent baarmoederhalsuitstrijkjes, de leeftijd, en al dan niet 'in orde' zijn? 24
  - Zien we een verband tussen de kennis omtrent baarmoederhalsuitstrijkjes en de opleidingsgraad? 26

Bespreking 28

Besluit: 30

Referenties 32

Bijlage 1: oproepingsbrief voor baarmoederhalsuitstrijkje 34

Bijlage 2: vragenlijst 35

Bijlage 3: aanvraag ethische begeleiding masterproeven 38

Bijlage 4: goedkeuringsmail ethische commissie 40

Inleiding en literatuurstudie

Baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker wordt in België jaarlijks gediagnosticeerd bij 700 vrouwen waarvan ongeveer een derde aan deze aandoening zal overlijden[1]. Het komt enkel voor bij vrouwen die geïnfecteerd zijn met bepaalde types van het humaan papilloma virus (HPV)[6]. Het was Georgios Papanikolaou die in 1928 voor het eerst publiceerde over de diagnose van cervixkanker aan de hand van een baarmoederhalsuitstrijkje. Voor de screening van baarmoederhalskanker worden vooral precancereuze letsels opgespoord, meerbepaald in situ laesies of cervicale intra-epitheliale neoplasieën (CIN), dewelke minstens 10 tot 15 jaar verschijnen alvorens invasieve kankers zich ontwikkelen. Bij verdachte letsels kan een lokale behandeling bijna alle letsels genezen. Het baarmoederhalsuitstrijkje wordt in België drie- tot vijfjaarlijks uitgevoerd bij vrouwen tussen de leeftijd van 25 en 65 jaar. Echter zien we een belangrijke groep die nooit gescreend wordt, en anderzijds een grote groep die overscreend wordt (het “jaarlijkse uitstrijkje”). Voor de groep die nooit gescreend wordt zijn goed georganiseerde screeningprogramma’s noodzakelijk, zodat deze groep aangesproken wordt om het screeningsonderzoek te laten uitvoeren. Indien op het screeningsonderzoek laesies ontdekt worden, wordt de morbiditeit en mortaliteit van cervixkanker met minstens 80% gereduceerd na een adequate behandeling[1,2].

Het humaan papilloma virus (HPV)

Er zijn 118 types papilloma-virussen beschreven waarvan de overgrote meerderheid benigne aandoeningen veroorzaken van de huid of de slijmvliezen. Ze worden verdeeld onder laag, intermediair en hoog risico HPV-types. Hoog risico HPV (hrHPV), waarvan types 16 en 18 de belangrijkste, zijn verantwoordelijk voor de overgrote meerderheid van cervix-, vulva-, vagina-, anus- en peniscarcinomen. In België zijn zij verantwoordelijk voor 70% van de baarmoederhalskankers[4,13]. Intermediair risico HPV, zoals onder meer types 31, 33, 51, 52 en 83, veroorzaken

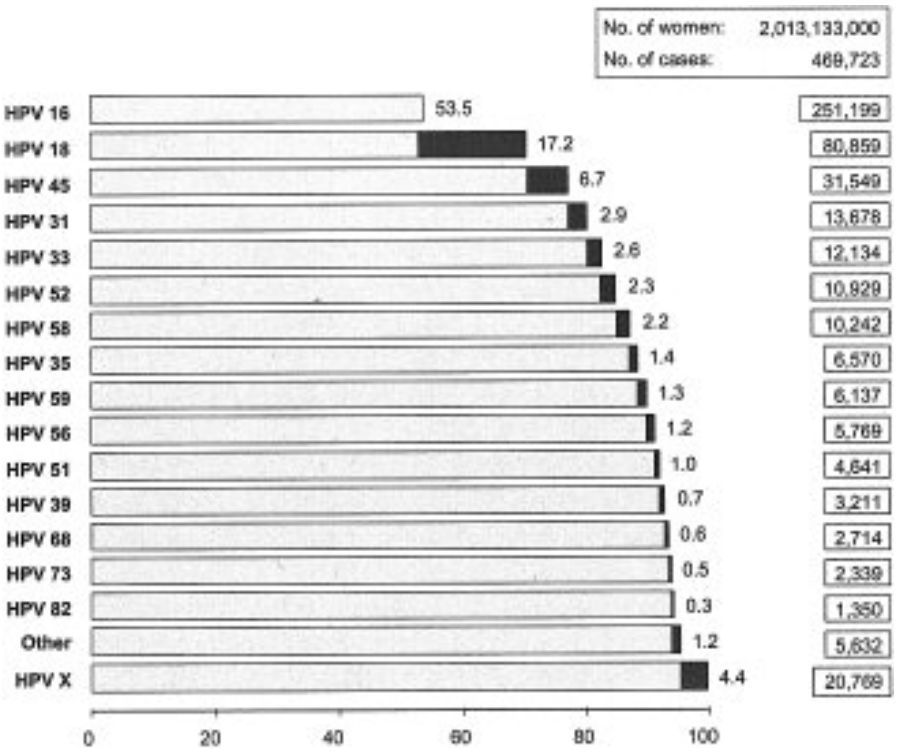
precancereuze letsels maar zijn minder verantwoordelijk voor kanker[3]. Papillomavirussen zijn double strand DNA (dsDNA) virussen omgeven door een kapsel die de dieper gelegen basale epitheelcellen van de gastheer infecteren bij beschadiging van de bovenste cellagen. Het kapsel wordt gevormd door twee kapselproteïnes zijnde L1 en L2. Oncogenese gebeurt via een complex mechanisme waarin twee virale genen de belangrijkste rol spelen. Deze genen, E6 en E7, waarvan overexpressie optreedt in geïnfecteerde cellen, inhiberen tumorsuppressoren p53 en pRb (retinoblastoma proteïne). Dit veroorzaakt een verstoorde celcyclus en chromosomale abnormaliteiten[3].

Het HPV-virus veroorzaakt dus celveranderingen die opgespoord worden met het baarmoederhalsuitstrijkje. Deze veranderingen worden beschreven volgens de CIN-classificatie. CIN 1 (cervicale intraepitheliale neoplasie graad 1) betekent dat er een milde dysplasie van de cervicale cellen gezien wordt. CIN 2 betekent een matige dysplasie, CIN 3 een ernstige dysplasie. CIN 1 manifesteert zich gemiddeld na ongeveer een jaar, terwijl CIN2 zich in de loop van ongeveer 5 jaar ontwikkelt. CIN 2 en CIN 3 worden gezien als precursoren van invasieve kanker[15].

Immunisatie tegen het HPV-virus

In de meeste gevallen wordt een HPV-infectie herkend door het menselijke afweersysteem waardoor het letsel verdwijnt en antistoffen worden ontwikkeld[5,7]. Deze natuurlijke antistoffen zijn gericht tegen het L1 kapselproteïne. HPV-vaccinatie bestaat erin de immuunrespons tegen kapseleiwitten van het humaan papillomavirus te activeren. Het vaccin induceert antistoffen tegen L1, waarbij antistoftiters geïnduceerd worden die tot 40 maal hoger zijn dan na natuurlijke infectie[3]. Er zijn in België twee vaccins op de markt. Gardasil beschermt tegen HPV type 6, 11, 16 en 18, alwaar Cervarix beschermt tegen HPV type 16 en 18. HPV type 16 en 18 zijn verantwoordelijk voor ongeveer 70% van de baarmoederhalskankers[4,13]. Voor de procentuele verantwoordelijkheid van andere HPV-types voor baarmoederhalskanker verwijs ik naar afbeelding 1. De vaccins worden toegediend bij meisjes rond de leeftijd van 12 jaar, preferentieel vóór zij seksueel actief zijn[13].

Baarmoederhalsscreening moet ten allen tijde gecontinueerd worden zowel bij gevaccineerde als bij niet-gevaccineerde vrouwen aangezien deze vaccins niet beschermen tegen alle HPV-types, die oncogeen (kunnen) zijn[4].



Afbeelding 1: cumulatieve bijdrage van 15 PV-types voor baarmoederhalskanker. Het cijfer achter elk type geeft de procentuele verdeling aan. Afbeelding ontleend uit Munoz et. al., 2004

Het baarmoederhalsuitstrijkje

Het baarmoederhalsuitstrijkje is een relatief eenvoudig onderzoek waarbij met een cervixbrush endocervicale cellen worden afgenomen en in een bewaarvloeistof voor onderzoek worden opgestuurd naar een klinisch laboratorium. Aldaar worden precancereuze letsels opgespoord. Er zijn 2 manieren voor het baarmoederhalsuitstrijkje: conventionele cytologie en de dunne-laagtechniek. Zij zijn identiek qua sensitiviteit en specificiteit voor de detectie van hooggradige laesies. Het voordeel van de dunne-laagtechniek is dat deze techniek hoog risico HPV (hrHPV) kan opsporen op hetzelfde staal. Op die manier kunnen vrouwen met een abnormaal uitstrijkje een HPV-bepaling op hetzelfde staal laten uitvoeren[15]. De voordelen van dit onderzoek zijn echter niet volledig duidelijk. Het veroorzaakt een belangrijke psychologische impact bij vrouwen die besmet geraakt zijn met een virus dat kanker kan veroorzaken. Bovendien is deze test bij vrouwen jonger dan 30 jaar weinig

specifiek gezien de hoge prevalentie van HPV die in veel gevallen spontaan verdwijnt (zie eerder).

Volgens het kenniscentrum (KCE) bedraagt de screeningsgraad in België slechts 59% waarvan ongeveer 10% afgenomen door de huisarts[1]. Van de groep gescreende vrouwen worden veel vrouwen overscreend met een jaarlijks baarmoederhalsuitstrijkje. Er is dus een belangrijke groep vrouwen die nooit gescreend wordt. We weten dat vrouwen die zich niet laten screenen een groter risico lopen op baarmoederhalskanker vergeleken met zij die zich wél laten screenen[1,2]. De belangrijkste barrières voor vrouwen om zich niet (voldoende) laten screenen zijn: onvoldoende kennis over het screeningsonderzoek, de indicaties en het nut ervan, onbewust van persoonlijk risico om baarmoederhalskanker te krijgen, afwezigheid van vrouwelijke onderzoekster, administratieve problemen (eg. foutief adres voor uitnodiging, niet in orde met verzekering,…), onbeschikbaarheid van arts, alsook schaamte, angst voor pijn en angst voor slecht resultaat[12]. In een Zweeds onderzoek onderzocht men de motieven van patiënten om wél het baarmoederhalsuitstrijkje uit te laten voeren. Gemeenschappelijke factoren zijn: de mogelijkheid een ziekte te hebben waarvan men zich niet bewust is, de mogelijkheid en belangrijkheid van vroegtijdige detectie te onderkennen, de kennis dat de Pap-test celveranderingen en kanker kan ontdekken, akkoord en vertrouwd te zijn met gynaecologisch onderzoek[8].

We moeten dus op zoek gaan naar een manier om vrouwen op te roepen. Goed georganiseerde screeningsprogramma's hebben een grotere impact op screening vergeleken met opportunistische screening. Echter is het ontwikkelen van een screeningprogramma een complex proces dat rekening moet houden met verschillende factoren, zoals beschreven door het KCE[1]:

- Goede identificatie van én communicatie met de patiënten
- Correcte afname en beoordeling van het uitstrijkje
- Communicatie van het resultaat, zowel bij goed als afwijkend resultaat
- Correcte follow-up bij afwijkend resultaat

Er zijn verschillende methodes die bestudeerd zijn om vrouwen op te roepen een baarmoederhalsuitstrijkje te laten uitvoeren. Enerzijds bestaat het call systeem

waarbij alle vrouwen binnen een bepaalde populatie een oproeping ontvangen, ongeacht of zij het onderzoek reeds lieten uitvoeren. Een deel van de populatie wordt dus onnodig aangeschreven. Het voordeel van dit systeem is dat alle vrouwen toegang krijgen tot goed georganiseerde screening. Anderzijds bestaat het call-recall systeem waarbij vrouwen die geen recent baarmoederhalsuitstrijkje lieten uitvoeren aangeschreven worden. Vrouwen die dus in orde zijn worden uitgesloten uit deze populatie. Tot slot bestaat het recall systeem waarbij vrouwen aangeschreven worden die gescreend werden en waarbij een nieuw uitstrijkje moet gebeuren. Een belangrijk nadeel van dit systeem is dat vrouwen die nooit eerder gescreend werden niet aangeschreven worden.
Verschillende onderzoeken bevestigen het nut van oproepingsbrieven om de participtie te bevorderen[16]. Verder wordt beschreven dat wanneer een brief verstuurd wordt waarin reeds een afspraak gemaakt werd, een betere participatie vertoont dan wanneer zij zelf nog een afspraak moeten maken, alsook wanneer het geslacht van de onderzoeker wordt meegedeeld[17]. Een Nederlands onderzoek toonde aan dat indien deze brief verstuurd wordt door de huisarts, dit resulteert in een betere participatie dan wanneer deze verstuurd wordt vanuit lokale gezondheidsorganisaties (zoals bijvoorbeeld provinciaal)[18]. Deze studie toonde ook aan dat persoonlijk contact en informatie verstrekt door de huisarts ook bevorderend was. Een Zweeds onderzoek kon daarnaast aantonen dat een informatiebrochure toegevoegd aan de oproepingsbrief de participatie niet bevorderde. Echter, een herinneringsbrief en een telefonische herinnering kon de participatie sterk bevorderen[19]. Tot slot toonde een Poolse studie het nut van een website rond cervixkanker en –screening aan[20].

Een studie in Finland waarbij gegevens omtrent eerdere baarmoederhalsuitstrijkjes bij 179 patiënten met cervixcarcinoma en 1507 controlepatiënten bekomen werden kon aantonen dat een goed georganiseerde screening de incidentie en mortaliteit van cervixcarcinoma significant kon doen dalen vergeleken met spontane opportunistische screening[9]. Verder kon een Engelse studie een duidelijk verband aantonen tussen het opstellen van een call and recall systeem in 1988, waarbij een stijging van het aantal gescreende vrouwen was van 42% in 1988 naar 85% in 1994, en een afname van het aantal cervixcarcinomen, met een daling van de incidentie en mortaliteit tot gevolg[10]. De incidentie daalde met 35%, en dit bij vrouwen tussen 30

en 74 jaar. Bovendien werd de diagnose van baarmoederhalskanker in een vroeger stadium gesteld.

Perspectieven voor de toekomst: hrHPV-DNA test (hoog-risico-HPV-DNA-test)

Met de kennis dat het HPV-virus cervixkanker veroorzaakt lijkt het nuttig eerder het HPV-virus op te sporen in plaats van de celveranderingen zie zij veroorzaakt. Op heden wordt het uitstrijkje opgestuurd in een bewaarvloeistof en opgestuurd naar een cytopathologisch laboratorium voor microscopisch onderzoek. Deze techniek laat ook toe bij afwijkingen het HPV-virus op te sporen. Bij de HPV-zelftest wordt vaginaal slijm afgenomen en opgestuurd naar het laboratorium alwaar hoog-risico HPV wordt opgespoord. Indien deze test positief blijkt moet een triagetest met cytologie, met andere woorden een pap-test, worden uitgevoerd. Indien deze cytologische afwijkingen vertoont moet verwezen worden voor verdere diagnostiek. Bij negatief resultaat moet na 6 maanden een herhaling van de pap-test gebeuren. Indien beide pap-tests negatief zijn moet na 1 jaar een nieuwe HPV-zelftest aangeboden worden. Deze zelftest moet jaarlijks herhaald worden tot een negatief resultaat. Als drempelleeftijd wordt de leeftijd van 30 jaar voorzien. Er is geen bewijs dat de HPV-test effectiever is dan de pap-test om de incidentie van baarmoederhalskanker te verminderen[14]. HPV-infecties komen bovendien zeer vaak voor onder de 30 jaar en zijn meestal van voorbijgaande aard. Om die reden wordt aanbevolen om onder de leeftijd van 30 jaar verder te screenen met de pap-test. Om overdiagnose te voorkomen stelt het Kenniscentrum de drempelleeftijd van 30 jaar voor[1]. Het screeningsinterval kan verlengd worden naar 5 jaar aangezien het risico op het ontwikkelen van CIN3 of een invasieve kanker na een negatieve HPV-test significant lager is dan na een negatieve pap-test. Op heden wordt de impact van deze screeningstest op de incidentie van baarmoederhalskanker onderzocht. In de toekomst zullen de HPV-test en het conventioneel baarmoederhalsuitstrijkje een complementaire rol spelen in de diagnostiek én behandeling van baarmoederhalskanker.

Praktijkverbeterend project

Dit onderzoek tracht beter inzicht te verkrijgen in de beweegredenen en de kennis van vrouwen binnen deze huisartsenpraktijk voor wat betreft het baarmoederhalsuitstrijkje en baarmoederhalskanker. Het betreft een praktijk met 5 huisartsen (3 vrouwelijke, 2 mannelijke) en 2 (mannelijke) huisartsen in opleiding (HAIO's). De bereikbaarheid van de artsen is hoog, zowel voor consultatie als telefonisch. Het staat iedereen min of meer vrij een afspraak te maken bij een huisarts, desgewenst een vrouwelijke, naar keuze. We hopen met dit praktijkverbeterend onderzoek betere inzichten te verwerven teneinde de screening bij de patiënten te bevorderen.

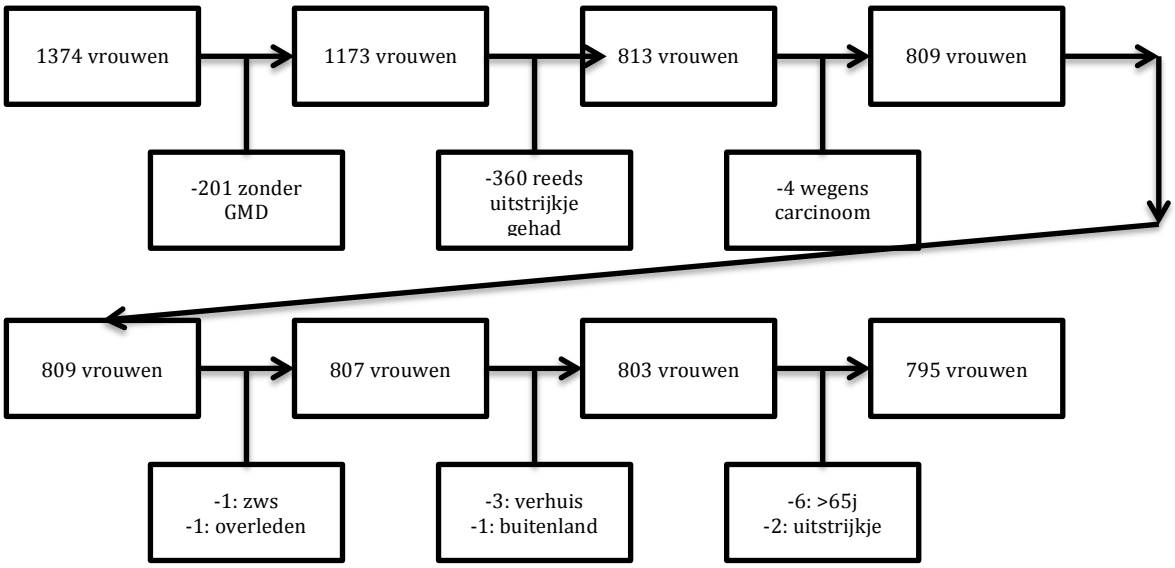
Methode

Het praktijkverbeterend onderzoek betreft een prospectief interventioneel onderzoek met kwalitatieve component. De onderzoeksvragen luiden:

1. Verhoogt een oproepingsbrief de screeningsgraad van vrouwelijke patiënten in deze huisartsenpraktijk?
2. Wat zijn de beweegredenen van vrouwen om zich al dan niet te laten screenen?
3. Wat zijn socio-economische determinanten die de screeningsgraad beïnvloeden?
4. Wat is de kennis van de patiënten over het belang van screenen?

Aan de hand van de richtlijn 'Cervixkankerscreening' van Domus Medica[1] werd de doelgroep geselecteerd. Als inclusiecriteria gelden alle vrouwen van 25 tot 65 jaar oud met globaal medisch dossier (GMD) in 2014 of 2015 bij één van de actieve huisartsen in deze huisartsenpraktijk. In het elektronisch medisch dossier Health-One werd een Excel-bestand van deze vrouwen gegenereerd. Als exclusiecriteria gelden: vrouwen jonger dan 25 én ouder dan 65 jaar, globaal medisch dossier (GMD) vóór 2014, uitstrijkje gebeurd in 2015, 2014, 2013 en na 22 oktober 2012 door één van de huisartsen in de praktijk, hooggradige letsels in de voorgeschiedenis, zwangere vrouwen, mensen met een mentale en fysieke beperking, alsook mensen die recent verhuisd zijn of een andere huisarts buiten deze huisartsenpraktijk consulteren. Dit Excel-bestand werd nagekeken door de vijf huisartsen in deze huisartsenpraktijk die patiënten konden excluderen zoals hierboven beschreven. De screeningsgraad voor cervixcarcinoma werd nagegaan in het elektronisch medisch dossier (Health One). Deze gegevens waren ontoereikend gezien dit niet in het dossier gecodeerd wordt. De screeningsgraad van de vrouwen kon dus elektronisch niet nagegaan worden. Er werd dan een lijst opgevraagd bij de twee samenwerkende klinische laboratoria, namelijk 'Centrum Medische Analyse (CMA)' in Herentals en bij de dienst anatomopathologie in het Mariaziekenhuis te Overpelt. Aan de hand van het ontvangen Excel-bestand konden vrouwen waarbij minder dan drie jaar geleden een baarmoederhalsuitstrijkje gebeurd is geëxcludeerd worden.

Er zijn 1374 vrouwelijke patiënten met GMD in deze praktijk, waarvan 1173 een GMD getekend hadden in 2014 of 2015. Aan de hand van het verkregen Excel-bestand van beide klinische laboratoria konden 360 vrouwen geëxcludeerd worden die reeds een baarmoederhalsuitstrijkje lieten uitvoeren in de drie voorgaande jaren. Van de overige 813 patiënten kon de screeningsgraad niet nagegaan worden. Eén patiënt werd geëxcludeerd wegens zwangerschap, één wegens overlijden, vier wegens behandeling voor carcinoom, drie wegens recente verhuis en één wegens domicilie in het buitenland. Zes patiënten werden op het ogenblik van versturen geëxcludeerd gezien zij intussen 66 jaar geworden waren, en twee gezien zij intussen een uitstrijkje lieten uitvoeren. Op die manier bleven 795 patiënten over die aangeschreven werden. Afbeelding 2 toont een overzicht.



Afbeelding 2: flowchart van vrouwen die aangeschreven werden.

Opmaken van oproepingsbrief en vragenlijst

Voor de oproepingsbrief werden volgende regels in acht genomen van de richtlijn 'Cervixkankerscreening' van Domus Medica[2]:

1. Adequate screening gevolgd door adequate opvolging van gevonden afwijkingen is een werkzame preventieve interventie om de morbiditeit en mortaliteit door cervixkanker te verminderen.

2. Het behoort tot de taken van de huisarts om dit aan zijn patiënten aan te bieden.
3. Alle vrouwen tussen 25 en 64 jaar moeten om de 36 tot 60 maanden gescreend worden, tenzij er contra-indicaties zijn

In de oproepingsbrief werd kort de oorzaak en de evolutie van baarmoederhalskanker uitgelegd. Er werd medegedeeld dat deze aandoening aan de hand van een baarmoederhalsuitstrijkje, hetgeen een relatief eenvoudig onderzoek is, kan opgespoord worden en zo nodig tijdig behandeling kan ingesteld worden. De vrouwen die aangeschreven werden ontvangen zo een uitnodiging om een afspraak te maken bij één van de huisartsen in deze huisartsenpraktijk voor het baarmoederhalsuitstrijkje. Indien zij het onderzoek toch lieten uitvoeren in de laatste 3 jaar werd vermeld dat zij de uitnodiging konden negeren, maar hen werd wel gevraagd de bijhorende anonieme vragenlijst in te vullen (zie verder). Het staat de patiënten min of meer vrij een afspraak te maken bij een huisarts naar keuze in deze huisartsenpraktijk. Op die manier konden patiënten kiezen bij welke arts, desgewenst een vrouwelijke, zij dit onderzoek wilden laten uitvoeren.
In een tweede deel van de brief werd een antwoordformulier bijgevoegd. Dit antwoordformulier laat toe meer informatie te ontvangen van de vrouwen die al dan niet participeren aan het screeningsonderzoek. Er werd enerzijds gepolst waarom vrouwen bij wie het laatste baarmoederhalsuitstrijkje meer dan 3 jaar geleden is dit onderzoek niet (recent) hebben laten uitvoeren. Anderzijds werd nagevraagd, indien het laatste baarmoederhalsuitstrijkje bij de gynaecoloog werd uitgevoerd, welke reden zij hiervoor hadden.
In de literatuur wordt beschreven dat de kennis omtrent baarmoederhalskanker en vooral de rol van humaan papillomavirus (HPV) zeer gering is[11]. Ook de kennis omtrent het baarmoederhalsuitstrijkje is eerder laag[12]. Er werden daarom vier eenvoudige vragen opgesteld om de kennis hieromtrent te polsen.
In het laatste deel werd de sociale situatie van de patiënten nagevraagd. Dit wil zeggen hun hoogst behaalde diploma, hun professionele situatie en hun etnische afkomst.

Er werd tevens in overleg met het klinisch laboratorium voorzien in voldoende materiaal voor de baarmoederhalsuitstrijkjes. Specula, cervixbrushes, fixatievloeistof

(ThinPrep ®) alsook KY Gel ® en latex handschoenen werden voorzien. Alle uitgevoerde baarmoederhalsuitstrijkjes werden opgestuurd voor analyse naar het Centrum voor Medische Analyse te Herentals.

Resultaten

Aantal uitgevoerde baarmoederhalsuitstrijkjes

In het programma Excel werd een lijst van uitgevoerde baarmoederhalsuitstrijkjes in de periode van 22 oktober 2015 en 22 januari 2016 opgesteld en vergeleken met de reeds opgestelde lijst van vrouwen die aangeschreven werden. In de periode van 22 oktober 2015 tot en met 22 januari 2016 kwamen 73 vrouwen op consultatie voor een baarmoederhalsuitstrijkje waarvan 55 vrouwen een oproepingsbrief ontvingen (18 vrouwen hadden geen oproepingsbrief ontvangen). 9 vrouwen hiervan hadden geen brief ontvangen gezien zij een baarmoederhalsuitstrijkje hebben laten doen na 22 oktober 2012, 5 vrouwen waren nieuw in de praktijk wegens pensioen van collega en hadden dus nog geen GMD. Van hen kon de screeningsgraad niet nagegaan worden. 3 vrouwen waren ouder dan 65 jaar en 1 vrouw had geen brief ontvangen omdat zij immobiel is. Om de gegevens te verwerken delen we de registraties op per leeftijdscategorie: groep A (25-29j, groep B (30- 34j), groep C (35-39j), groep D (40-44j), groep E (45-49j), groep F (50-54j), groep G (55-59j) en tenslotte groep H (60-65j). Tabel 1 toont een overzicht.

Leeftijd	Aantal vrouwen die brief kregen	Oproepingsbrief ontvangen en uitstrijkje gekregen	Percentage respons op brief
Groep A	84	3	4%
Groep B	102	8	8%
Groep C	106	5	5%
Groep D	87	10	11%
Groep E	98	4	4%
Groep F	109	12	11%
Groep G	104	4	4%
Groep H	105	9	9%
Totaal	795	55	7%

Tabel 1: overzicht van uitgevoerde baarmoederhalsuitstrijkjes per leeftijdscategorie van 22 oktober 2015 tot en met 22 januari 2016, vergeleken met het aantal patiënten die een oproepingsbrief ontvingen. (Groep A (25-29j, groep B (30- 34j), groep C (35-39j), groep D (40-44j), groep E (45-49j), groep F (50-54j), groep G (55-59j) en groep H (60-65j))

Ter vergelijking werden de geregistreerde gegevens vergeleken met de situatie het jaar voordien, dus van 22/10/2014 tot 22/1/2015. Ook voor deze periode werd aan de hand van de ontvangen gegevens van beide klinische laboratoria een lijst opgesteld in Excel. In deze periode werden 27 baarmoederhalsuitstrijkjes afgenomen,

tegenover 73 tijdens de onderzoeksperiode. Voor de verdeling per leeftijd verwijs ik naar tabel 2.

Wanneer we de onderzoeksresultaten van de onderzoeksperiode 22/10/2015 tot en met 22/1/2016 vergelijken met deze van het jaar voordien zien we een toename van uitgevoerde baarmoederhalsuitstrijkjes van 27 naar 73 of een toename van 270,4%. Binnen elke groep behoudens groep C en groep E zien we een toename. De grootste stijging zien we in de oudere leeftijdscategorieën vanaf 50 jaar, en de jongste groep (groep A). Voor een schema hiervan verwijs ik naar tabel 3.

Leeftijds-groep	Uitstrijkjes uitgevoerd 22/10/2014-22/01/2015	Uitstrijkjes uitgevoerd 22/10/2015-22/01/2016	Aantal personen die oproeping ontvingen	Toename aantal uitstrijkjes
Groep A	1 (3,7%)	5 (6,8%)	3	+4
Groep B	4 (14,8%)	12 (16,4%)	8	+8
Groep C	5 (18,6%)	5 (6,8%)	5	+0
Groep D	4 (14,8%)	11 (15,1%)	10	+7
Groep E	6 (22,2%)	5 (6,8%)	4	-1
Groep F	3 (11,1%)	13 (17,8%)	12	+10
Groep G	1 (3,7%)	8 (11,0%)	4	+9
Groep H	3 (11,1%)	14 (19,2%)	9	+11
Totaal	27	73	55	+46

Tabel 2: vergelijking van het aantal baarmoederhalsuitstrijkjes gedurende de onderzoeksperiode (22 oktober 2015 tot en met 22 januari 2016) met dezelfde periode het jaar voordien (22 oktober 2014 tot en met 22 januari 2015). De 4e en 5e kolom toont respectievelijk het aantal personen die een oproepingsbrief ontvingen en de toename tegenover het jaar voordien. (Groep A (25-29j, groep B (30- 34j), groep C (35-39j), groep D (40-44j), groep E (45-49j), groep F (50-54j), groep G (55-59j) en groep H (60-65j))

Vragenlijsten

Van de 795 uitgestuurde vragenlijsten kwamen 13 brieven terug wegens foutief adres. Dus we gaan uit van 782 brieven die de bestemmeling bereikten. In de periode van 22/10/2015 tot en met 22/1/2016 werden 272 vragenlijsten teruggestuurd. Deze 272 vragenlijsten zijn dus zowel van vrouwen waarbij hun laatste baarmoederhalsuitstrijkje langer dan drie jaar geleden afgenomen werd als zij die recenter het laatste onderzoek lieten doen. Aan de hand van de vragenlijsten kan geen onderscheid gemaakt worden. De response rate op de brieven is dus: 272 teruggestuurde vragenlijsten op 782 verstuurde brieven. Dit is 34,8%, wat een zeer behoorlijke respons is. Voor de analyse van de 272 vragenlijsten werden er 69 geëxcludeerd gezien zij onvolledig ingevuld waren, daarenboven werden 17 vrouwen geëxcludeerd gezien zij in het verleden een hysterectomie ondergingen, waarvoor baarmoederhalsuitstrijkjes niet meer noodzakelijk zijn. Eén vrouw werd geëxcludeerd omwille van overlijden. Er bleven dus nog 186 vragenlijsten over voor analyse.

De gegevens werden opnieuw geordend per leeftijdscategorie: groep A (25-29j, groep B (30- 34j), groep C (35-39j), groep D (40-44j), groep E (45-49j), groep F (50-54j), groep G (55-59j) en tenslotte groep H (60-65j). Van de 186 teruggestuurde vragenlijsten horen 15 tot groep A, 18 tot groep B, 24 tot groep C, 19 tot groep D, 30 tot groep E, 29 tot groep F, 25 tot groep G en 26 tot groep H. Zie tabel 3 voor een overzicht van het aantal vrouwen per leeftijdscategorie.

De teruggestuurde vragenlijsten werden in het programma Excel verwerkt om aan de hand van berekeningen en functies verbanden te kunnen maken.

Leeftijd	Aantal vragenlijsten per leeftijdscategorie
A	15
B	18
C	24
D	19
E	30
F	29
G	25
H	26

Tabel 3: aantal analyseerbare vragenlijsten per leeftijdscategorie (groep A (25-29j, groep B (30- 34j), groep C (35-39j), groep D (40-44j), groep E (45-49j), groep F (50-54j), groep G (55-59j) en groep H (60-65j)).

Hoeveel patiënten die niet kwamen opdagen hebben toch een uitstrijkje gekregen de voorbije drie jaar?

47 vrouwen (25,3%) geven aan het laatste baarmoederhalsuitstrijkje te hebben ondergaan vóór 22/10/2012 , dit wil zeggen, het laatste uitstrijkje is langer dan drie jaar geleden afgenomen. Voor deze berekening gingen we ervan uit dat de vrouwen die noteren dit onderzoek te hebben ondergaan in 2012 zonder te specifiëren op welke datum, het uitstrijkje zeer waarschijnlijk kregen voor 22/10/2012. Zij werden dus daarbij gerekend. 139 vrouwen (74,7%) gaven aan dat ze de voorbije drie jaar een baarmoederhalsuitstrijkje hebben laten uitvoeren. Overigens gaven alle vrouwen aan ooit een baarmoederhalsuitstrijkje te hebben laten uitvoeren.

Bij wie lieten de patiënten het onderzoek uitvoeren volgens de beantwoorde vragenlijsten?

29 vrouwen op een totaal van 186 (15,6%) antwoordden dat zij dit onderzoek het laatst lieten uitvoeren bij de huisarts, alwaar 157 vrouwen (84,4%) dit hebben laten

uitvoeren bij hun gynaecoloog. Voor de verdeling per leeftijdscategorie verwijs ik naar tabel 4. We merken dat wanneer het onderzoek het laatst uitgevoerd werd door de gynaecoloog dat het aandeel patiënten die niet 'in orde' zijn significant minder is vergeleken met wanneer het onderzoek het laatst bij de huisarts uitgevoerd werd. We zien tevens dat het aantal vrouwen die het onderzoek laten uitvoeren bij de gynaecoloog binnen elke leeftijdsgroep aanzienlijk groter is dan zij die het onderzoek het laatst lieten uitvoeren bij de huisarts. Overigens merken we dat groepen B, C, D en E het vaakst het onderzoek bij de gynaecoloog laten uitvoeren. Ik verwijs naar tabel 4 voor een overzicht.

Leeftijd	door huisarts	door gynaecoloog	Door huisarts en in orde	Door gynaecoloog en 'in orde'	Door huisarts en niet in orde	Door gynaecoloog en niet in orde
A	4 (26,7%)	11 (73,3%)	1	8	3	3
B	1 (5,6%)	17 (94,4%)	0	15	1	2
C	2 (8,3%)	22 (91,7%)	1	19	1	3
D	2 (10,5%)	17 (89,5%)	0	12	2	5
E	3 (10,0%)	27 (90,0%)	2	24	1	3
F	5 (17,2%)	24 (82,8%)	1	19	4	5
G	4 (16,0%)	21 (84,0%)	2	20	2	1
H	8 (30,8%)	18 (69,2%)	1	14	7	4
Totaal	29 (15,6%)	157 (84,4%)	8	131	21	26

Tabel 4: overzicht van het aantal vrouwen die bij de huisarts of de gynaecoloog het laatst het baarmoederhalsuitstrijkje lieten uitvoeren. Daarnaast een vergelijking van het aantal vrouwen die al dan niet in orde zijn. De percentages bij de leeftijdsgroepen geven het percentage aan per leeftijdsgroep. Het percentage bij het totaal geeft het percentage op het totaal aantal registraties. (Groep A (25-29j, groep B (30- 34j), groep C (35-39j), groep D (40-44j), groep E (45-49j), groep F (50-54j), groep G (55-59j) en groep H (60-65j)).

Welke reden gaven de patiënten op om het onderzoek te laten uitvoeren bij de gynaecoloog?

153 vrouwen beantwoordden deze vragen. 7 vrouwen (4,6%) antwoordden dat zij niet wisten dat hun huisarts dit onderzoek uitvoert. 26 vrouwen (17,0%) gaven aan

zich meer op hun gemak te voelen bij de gynaecoloog. 14 vrouwen (9,2%) gaven aan dat hun huisarts een man is en dit onderzoek liever laten uitvoeren door een vrouw. 123 vrouwen (80,4%) gaven aan regelmatig op controle te gaan bij de gynaecoloog. De voornaamste redenen hiervoor zijn het plaatsen of controleren van een spiraaltje (22 vrouwen (17,9%)), zwangerschap (10 vrouwen (8,1%)), afwijking op voorgaand uitstrijkje (8 vrouwen (6,5%)), een myoom (7 vrouwen(5,7%)), cyste van een ovarium (6 vrouwen (4,9%)), en menopauze en borstonderzoek (telkens 5 vrouwen (4,1%)). 34 vrouwen (27,6%) gaven aan geen medische redenen te hebben voor hun regelmatige controle bij de gynaecoloog. Andere voorkomende redenen zijn: familiale diagnose borstcarcinoom, lletz (large loop excision of transformation zone), HPV en verwijzing (telkens 2 vrouwen (1,3%)), alsook familiale diagnose cervixcarcinoma of ovariumcarcinoma, echografie, verzakking, huisarts die familie is, borstcyste, pijnlijk onderzoek bij huisarts, persoonlijke diagnose cervixcarcinoma, coloncarcinoma, gewoonte, onderzoeken voor fertiliteit en diagnose van osteoporose (telkens 1 vrouw (0,7%)). Voor een overzicht verwijs ik naar tabel 5.

Leeftijd	Ik wist niet dat mijn huisarts dit onderzoek ook uitvoert	Ik voel me meer op mijn gemak bij de gynaecoloog	Mijn huisarts is een man en ik laat dit onderzoek liever bij een vrouw uitvoeren	Ik ga regelmatig op controle bij de gynaecoloog
Groep A	0	3	0	9
Groep B	2	6	2	11
Groep C	2	4	1	16
Groep D	2	2	2	15
Groep E	0	2	2	18
Groep F	0	1	1	21
Groep G	0	6	2	20
Groep H	1	2	4	13
Totaal op 153 registraties	7 (4,6%)	26 (17,0%)	14 (9,2%)	123 (80,4%)

Tabel 5: overzicht van antwoorden per leeftijdsgroep. (Groep A (25-29j, groep B (30- 34j), groep C (35-39j), groep D (40-44j), groep E (45-49j), groep F (50-54j), groep G (55-59j) en groep H (60-65j)).

Welke reden gaven de vrouwen aan niet in orde te zijn met het driejaarlijkse baarmoederhalsuitstrijkje?

Van de 47 vrouwen die niet in orde waren met het driejaarlijkse baarmoederhalsuitstrijkje gaven 26 vrouwen (55,3%) aan dat ze niet wisten dat het zo lang geleden was, en het dus gewoon vergeten zijn. 5 vrouwen (10,6%) antwoordden niet te weten hoe vaak het onderzoek precies moet uitgevoerd worden. Overigens gaven 5 andere vrouwen die wél in orde waren met het driejaarlijkse onderzoek aan ook niet te weten hoe vaak het onderzoek precies moet uitgevoerd worden. 5 vrouwen (10,6%) gaven aan het onderzoek uit te stellen wegens tijdsgebrek. 4 vrouwen (8,5%) antwoordden dit onderzoek liever niet te laten uitvoeren en één vrouw (2,1%) antwoordde bang te zijn van de resultaten. Andere redenen dat men het onderzoek meer dan drie jaar geleden liet uitvoeren waren immobiliteit, crash van elektronische agendagegevens, de lange wachttijden voor een afspraak bij de gynaecoloog, alsook ooit het advies gekregen te hebben dat dit onderzoek niet meer moest uitgevoerd worden en dit laatste bij een 60-jarige vrouw die het laatste uitstrijkje liet uitvoeren in 2011. Zie tabel 6 voor een overzicht per leeftijd.

Leeftijd	Ik wist niet dat het zo lang geleden was en ben het gewoon vergeten	Ik weet niet hoe vaak dit onderzoek uitgevoerd moet worden	Ik stel het onderzoek uit wegens tijdsgebrek	Ik laat dit onderzoek liever niet doen	Ik ben bang voor de resultaten
Groep A	4 (15,4%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Groep B	3 (11,5%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Groep C	3 (11,5%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Groep D	4 (15,4%)	2 (40,0%	0 (0,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)
Groep E	3 (11,5%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Groep F	3 (11,5%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Groep G	3 (11,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Groep H	3 (11,5%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)	2 (66,6%)	0 (0,0%)
Totaal op 47 registraties	26 (55,3%)	5 (10,6%)	5 (10,6%)	3 (6,4%)	1 (2,1%)

Tabel 6: overzicht van antwoorden per leeftijdsgroep. (Groep A (25-29j, groep B (30- 34j), groep C (35-39j), groep D (40-44j), groep E (45-49j), groep F (50-54j), groep G (55-59j) en groep H (60-65j)).

Is er een verband met de opleidingsgraad?

103 vrouwen (55,4%) antwoordden een hoger diploma te hebben. 77 van de vrouwen met een hoger diploma (74,8%) gaven aan in orde te zijn met het uitstrijkje. 67 vrouwen (36,0%) hebben een secundair diploma, waarvan 50 vrouwen (74,6%) in orde zijn. 9 vrouwen (4,8%) hebben een lager diploma waarvan 7 vrouwen (77,8%) in orde zijn. 2 vrouwen (1,1%) hebben geen diploma en waren allebei in orde. Tabel 7 geeft een gedetailleerd overzicht.

Leeftijd	Hoger en ok	Secundair en ok	Lager en ok	Geen diploma en ok	Totaal hoger	Totaal secundair	Totaal lager	Totaal geen diploma
Groep A	6 (54,5%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	11	3	0	0
Groep B	12 (85,7%)	3 (75,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	14	4	0	0
Groep C	17 (85,0%)	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20	3	0	0
Groep D	10 (66,7%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	15	4	0	0
Groep E	12 (92,3%)	11 (78,6%)	3 (100,0%)	0 (0,0%)	13	14	3	0
Groep F	9 (64,3%)	9 (75,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	14	12	2	0
Groep G	4 (66,6%)	15 (93,8%)	1 (100,0%)	2 (100,0%)	6	16	1	2
Groep H	7 (70,0%)	5 (45,4%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	10	11	3	0
Totaal	77 (74,8%)	50 (76,6%)	7 (77,8%)	2 (100,0%)	103	67	9	2

Tabel 7: overzicht per leeftijdsgroep van het aantal vrouwen per opleidingsgraad die in orde zijn met het driejaarlijks baarmoederhalsuitstrijkje. De 4 laatste kolommen geven het totaal aantal vrouwen met een bepaald diploma per leeftijdsgroep weer. Het percentage geeft telkens een vergelijking weer tegenover het totaal aantal vrouwen met een bepaald diploma. (Groep A (25-29j, groep B (30- 34j), groep C (35-39j), groep D (40-44j), groep E (45-49j), groep F (50-54j), groep G (55-59j) en groep H (60-65j)). Voor totalen geen significant verschil met chi².

Is er een verband met de professionele situatie?

78 vrouwen (41,9%) antwoordden het bediendestatuut te hebben, waarvan 60 vrouwen (76,9%) in orde zijn. 26 vrouwen (14,0%) antwoordden arbeider te zijn waarvan 21 vrouwen (80,8%) in orde zijn. 17 vrouwen (9,1%) zijn ambtenaar waarvan 14 vrouwen (82,4%) in orde zijn. 12 vrouwen (6,5%) zijn zelfstandige waarvan 6 vrouwen (50,0%) in orde zijn. 8 vrouwen (4,3%) zijn invalide waarvan 6 vrouwen (75,0%) in orde zijn. 23 vrouwen (12,4%) zijn werkloos waarvan 18 vrouwen (78,3%) in orde zijn. Tot slot zijn 17 vrouwen (9,1%) met pensioen waarvan 11 vrouwen (64,7%) in orde zijn. Tabel 8 toont een overzicht. Een significant verschil werd gezien bij zelfstandigen.

Leeftijd	Bediende en ok	Arbeider en ok	Ambtenaar en ok	Zelfstandige en ok	Invalide en ok	Werkloos en ok	Pensioen en ok
Groep A	5 (55,6%)	1 (50,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%	0 (0,0%)	1 (50,0%)	
Groep B	10 (90,9%)	1 (50,0%)	2 (66,7%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	
Groep C	7 (77,8%)	4 (100,0%)	6 (100,0%)	2 (66,7%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	
Groep D	8 (66,7%)	1 (100,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Groep E	11 (91,7%)	8 (88,9%)	2 (100,0%)	1 (50,0%)	1 (100,0%)	2 (66,7%)	1 (100,0%)
Groep F	9 (81,8%)	2 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	2 (66,7%)	3 (75,0%)	2 (100,0%)
Groep G	8 (80,0%)	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (100,0%)	0 (0,0%)
Groep H	2 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)	1 (50,0%)	1 (33,3%)	8 (34,8%)
Totaal	60 (76,9%)	21 (80,8%)	14 (82,4%)	6 (50,0%)	6 (75,0%)	18 (78,3%)	11 (64,7%)
	Totaal bediende	Totaal arbeider	Totaal ambtenaar	Totaal zelfstandige	Totaal invalide	Totaal werkloos	Totaal pensioen
Groep A	9	2	1	0	0	2	
Groep B	11	2	3	1	1	0	
Groep C	9	4	6	3	1	0	
Groep D	12	1	2	3	0	1	
Groep E	12	9	2	2	1	3	1
Groep F	11	4	2	2	3	4	2
Groep G	10	4	0	0	0	10	1
Groep H	4	0	1	1	2	3	13
Totaal	78	26	17	12	8	23	17

Tabel 8: overzicht per leeftijdsgroep van het aantal vrouwen per professionele situatie die in orde zijn met het driejaarlijks baarmoederhalsuitstrijkje. De onderste groep kolommen geven het totaal aantal vrouwen met een bepaalde werksituatie per leeftijdsgroep weer. Het percentage geeft telkens een vergelijking weer tegenover het totaal aantal vrouwen met een bepaalde professionele situatie. (Groep A (25-29j, groep B (30- 34j), groep C (35-39j), groep D (40-44j), groep E (45-49j), groep F (50-54j), groep G (55-59j) en groep H (60-65j)). Geen significante verschillen ten opzichte van bediende als referentie behoudens zelfstandige chi² 3,85, p-waarde < 0.05.

Is er een verband met etnische afkomst?

34 vrouwen (18,3%) geven aan van niet-Belgische afkomst te zijn. 23 vrouwen (67,6%) hiervan zijn in orde met het driejaarlijkse baarmoederhalsuitstrijkje. Slechts 17 vrouwen hiervan hebben hun afkomst genoteerd. Tabel 9 toont een overzicht. Het merendeel is afkomstig uit Nederland (12 vrouwen) waarvan 7 vrouwen (58,3%) in orde zijn. We zien overigens 1 vrouw van Marokkaanse, Turkse, Roemeense, Poolse en Thaise afkomst, die allen in orde zijn behoudens de vrouw van Roemeense afkomst. Tabel 9 toont een overzicht.

Afkomst	Totaal aantal	Aantal ok	Aantal niet ok
Nederlands	12	7 (58,3%)	5 (41,7%)
Marokkaans	1	1 (100,0%)	0 (0,0%)
Turks	1	1 (100,0)	0 (0,0%)
Roemeens	1	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Pools	1	1 (100,0%)	0 (0,0%)
Thais	1	1 (100,0%)	0 (0,0%)

Tabel 9: overzicht van aantal vrouwen per afkomst en aantal dat in orde is met het driejaarlijkse baarmoederhalsuitstrijkje.

Vragenlijst omtrent kennis rond baarmoederhalsuitstrijkjes

1. Zien we een verband tussen de kennis omtrent baarmoederhalsuitstrijkjes en de leeftijd?

a) Vraag 1: indien mijn baarmoeder volledig werd weggenomen (hysterectomie) dient er geen uitstrijkje meer uitgevoerd te worden.

Deze vraag werd beantwoord door 160 vrouwen. 70 vrouwen (43,8%) beantwoordden deze vraag juist. Voornamelijk leeftijdsgroepen A en B, respectievelijk 53,3% en 55,6% antwoordden correct.

b) Vraag 2: indien ik reeds in de menopauze zit moet er geen uitstrijkje meer uitgevoerd worden.

Deze vraag werd beantwoord door 175 vrouwen. 168 vrouwen (96,0%) beantwoordden deze vraag juist. De leeftijdsgroep H scoort hierin het slechtst (80,8%).

c) Vraag 3: indien bij mij de diagnose van baarmoederhalskanker gesteld werd en ik ervoor behandeld werd moet het uitstrijkje niet meer gebeuren.

Deze vraag werd beantwoord door 169 vrouwen. 166 vrouwen (98,2%) beantwoordden deze vraag correct. Wederom scoort de leeftijdsgroep H hierin het slechtst (84,6%).

d) Vraag 4: ik ben gevaccineerd tegen het HPV-virus. Bij mij moet geen uitstrijkje meer uitgevoerd worden.

Deze vraag werd beantwoord door 161 vrouwen. 155 vrouwen (96,3%) beantwoordden deze vraag correct. Ook deze vraag wordt het vaakst foutief beantwoord door de leeftijdsgroep H (65,4%).

Voor een gedetailleerd overzicht verwijs ik naar tabel 10.

Leeftijd	Vraag 1 juist	Vraag 2 juist	Vraag 3 juist	Vraag 4 juist
Groep A	8 (53,3%)	14 (93,3%)	14 (93,3%)	14 (93,3%)
Groep B	10 (55,6%)	15 (83,3%)	18(100,0%)	17 (94,4%)
Groep C	5 (20,8%)	21 (87,5%)	21 (87,5%)	18 (75,0%)
Groep D	7 (36,8%)	18 (94,7%)	17 (89,5%)	16 (84,2%)
Groep E	12 (40,0%)	27 (90,0%)	26 (86,7%)	27 (90,0%)
Groep F	8 (27,6%)	28 (96,6%)	26 (89,7%)	25 (86,2%)
Groep G	8 (32,0%)	24 (96,0%)	22 (88,0%)	21 (84,0%)
Groep H	12 (46,2%)	21 (80,8%)	22 (84,6%)	17 (65,4%)
Totaal juist	70 (43,8%)	168 (96,0%)	166 (98,2%)	155 (93,3%)
Totaal aantal registraties	160	175	169	161

Tabel 10: overzicht van aantal juist beantwoorde vragen per leeftijdsgroep. (Groep A (25-29j, groep B (30- 34j), groep C (35-39j), groep D (40-44j), groep E (45-49j), groep F (50-54j), groep G (55-59j) en groep H (60-65j)).

Zien we een verband tussen de kennis omtrent baarmoederhalsuitstrijkjes, de leeftijd, en al dan niet 'in orde' zijn?

Wanneer we het aantal vrouwen per leeftijdsgroep die juist antwoordden op een bepaalde vraag opsplitsen in twee groepen, namelijk zij die in orde zijn met het driejaarlijks baarmoederhalsuitstrijkje en zij die niet in orde zijn, zien we een significant verschil voor wat betreft de kennis bij deze vrouwen. Vraag 1 wordt door 38,8% correct beantwoord. Dit zijn dus vrouwen die in orde zijn én vraag 1 correct beantwoordden, op een totaal van 186 registraties. Deze vraag werd door 34% van de vrouwen die níet in orde zijn correct beantwoord. Voor vraag 2 is dit respectievelijk 92,8% en 83,0%, voor vraag 3 respectievelijk 90,6% en 85,1% en voor vraag 4 respectievelijk 85,6% en 76,6%. Tabel 11 toont een overzicht. Voor vraag 2 zijn deze gegevens statistisch significant.

Vraag 1 juist en	'In orde'	niet 'in orde'	Vraag 2 juist en	'in orde'	Niet 'in orde'
Groep A	5 (62,5%)	3 (37,5%)	Groep A	9 (64,3%)	5 (35,7%)
Groep B	8 (80,0%)	2 (20,0%)	Groep B	14 (93,3%)	1 (6,7%)
Groep C	5 (100,0%)	0 (0,0%)	Groep C	18 (85,7%)	3 (14,3%)
Groep D	3 (42,9%)	4 (57,1%)	Groep D	12 (66,7%)	6 (33,3%)
Groep E	10 (83,3%)	2 (16,7%)	Groep E	23 (85,2%)	4 (14,8%)
Groep F	8 (100,0%)	0 (0,0%)	Groep F	19 (67,9%)	9 (32,1%)
Groep G	7 (87,5%)	1 (12,5%)	Groep G	21 (87,5%)	3 (12,5%)
Groep H	8 (66,7%)	4 (33,3%)	Groep H	13 (61,9%)	8 (38,1%)
Totaal	54 (38,8%)	16 (34,0%)	Totaal	129 (92,8%)	39 (83,0)
Vraag 3 juist en	**'in orde'**	**niet 'in orde'**	**Vraag 4 juist en**	**'in orde'**	**Niet 'in orde'**
Groep A	9 (64,3%)	5 (35,7%)	Groep A	9 (64,3%)	5 (35,7%)
Groep B	15 (83,3%)	3 (16,7%)	Groep B	15 (88,2%)	2 (11,8%)
Groep C	18 (85,7%)	3 (14,3%)	Groep C	16 (88,9%)	2 (11,1%)
Groep D	12 (70,6%)	5 (29,4%)	Groep D	11 (68,8%)	5 (31,3%)
Groep E	22 (84,6%)	4 (15,4%)	Groep E	23 (85,2%)	4 (14,8%)
Groep F	18 (69,2%)	8 (30,8%)	Groep F	18 (72,0%)	7 (28,0%)
Groep G	19 (86,4%)	3 (13,6%)	Groep G	18 (85,7%)	3 (14,3%)
Groep H	13 (59,1%)	9 (40,9%)	Groep H	9 (52,9%)	8 (47,1%)
Totaal	126 (90,6%)	40 (85,1%)	Totaal	119 (85,6%)	36 (76,6%)

Tabel 11: overzicht van aantal vrouwen per leeftijdsgroep die correct antwoordden op een bepaalde vraag en die al dan niet in orde zijn met het driejaarlijkse baarmoederhalsuitstrijkje. Het totale percentage is het aantal vrouwen die een vraag correct beantwoordden op het totaal aantal vrouwen die al dan niet in orde zijn met het driejaarlijkse baarmoederhalsuitstrijkje (139 vrouwen in orde, 47 vrouwen niet in orde, op een totaal van 186 beantwoorde vragenlijsten). Vraag 1: chi^2 = 0,346; p-waarde > 0,05. Vraag 2: chi^2 = 3,88; p-waarde < 0,05. Vraag 3: chi^2 = 1,12; p-waarde > 0,05. Vraag 4: chi^2 = 2,05; p-waarde > 0,05. (Groep A (25-29j, groep B (30- 34j), groep C (35-39j), groep D (40-44j), groep E (45-49j), groep F (50-54j), groep G (55-59j) en groep H (60-65j)).

Zien we een verband tussen de kennis omtrent baarmoederhalsuitstrijkjes en de opleidingsgraad?

103 vrouwen (55,4%) gaven aan een hoger diploma te hebben. 32 van de vrouwen met een hoger diploma (31,1%) beantwoordden vraag 1 correct, 96 vrouwen (93,2%) beantwoordde vraag 2 correct, 93 vrouwen (90,3%) beantwoordden vraag 3 correct en 86 vrouwen (83,5%) beantwoordden vraag 4 correct.

67 vrouwen (36,0%) hebben een secundair diploma, waarvan 31 vrouwen (46,3%) vraag 1 correct beantwoordden, 60 vrouwen (89,6%) beantwoordde vraag 2 correct, 61 vrouwen (91,0%) beantwoordde vraag 3 correct en 57 vrouwen (85,1%) beantwoordde vraag 4 correct.

9 vrouwen (4,8%) hebben een lager diploma waarvan 5 vrouwen (55,6%) vraag 1 correct beantwoordden, telkens 8 vrouwen (88,9%) beantwoordden vraag 2, vraag 3 en vraag 4 correct .

2 vrouwen (1,1%) hebben geen diploma waarvan geen enkele vrouw vraag 1 correct beantwoordde, en vraag 2, vraag 3 en vraag 4 werd telkens door elke vrouw correct beantwoord.

Elke vraag werd door 2 vrouwen correct beantwoord zonder dat zij hun hoogst behaalde diploma specifieerden. Tabel 12 geeft een gedetailleerd overzicht.

Hoogst behaalde diploma	Vraag 1 juist	Vraag 2 juist	Vraag 3 juist	Vraag 4 juist
Hoger (103)	32 (31,1%)	96 (93,2%)	93 (90,3%)	86 (83,5%)
Secundair (67)	31 (46,3%)	60 (89,6%)	61 (91,0%)	57 (85,1%)
Lager (9)	5 (55,6%)	8 (88,9%)	8 (88,9%)	8 (88,9%)
Geen (2)	0 (0,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)
Onbekend (5)	2	2	2	2
Totaal juist	70 (43,8%)	168 (96,0%)	166 (98,2%)	155 (96,3%)

Tabel 12: overzicht van aantal correct beantwoorde vragen vergeleken met het hoogst behaalde diploma. Er zijn geen significante verschillen volgens hoogst behaalde diploma. Vraag 1 werd beantwoord door 160 vrouwen, vraag 2 door 175, vraag 3 door 169 en vraag 4 door 161.

Bespreking

Bij de aangeschreven patiënten is er een redelijk mooie leeftijdsverdeling, waardoor de teruggestuurde vragenlijsten ook een aanvaardbare leeftijdsverdeling weergeeft. Hierboven werden de belangrijkste drempels voor vrouwen genoteerd om zich niet te laten screenen. Het merendeel van de baarmoederhalsuitstrijkjes wordt afgenomen door de gynaecoloog. De Vlaamse huisarts neemt ongeveer 10% van de uitstrijkjes af. Afgaande op de teruggestuurde vragenlijsten worden in deze huisartsenpraktijk 25,3% van de uitstrijkjes afgenomen. Dit is dus meer dan algemeen aangenomen wordt in de Belgische literatuur[1,2,4]. Overigens gaven alle vrouwen aan ooit in het verleden een baarmoederhalsuitstrijkje te hebben laten doen. Dit geeft aan dat de patiënten binnen deze huisartsenpraktijk vertrouwd zijn met het onderzoek, hetgeen bevorderend is voor participatie[21,22].

Voor dit onderzoek geldt als voornaamste reden dat 17% van de vrouwen zich meer op hun gemak voelen bij de gynaecoloog. Opmerkelijk is dat 4,6% van de vrouwen antwoordde dat zij niet wisten dat de huisarts dit onderzoek ook uitvoert. Overigens gaf de overgrote meerderheid (80,4%) aan regelmatig op controle te gaan bij de gynaecoloog waarvoor 1 op 4 hier geen medische reden voor heeft. 9,2% gaf aan dit onderzoek liever bij een vrouwelijke onderzoeker te laten doen.

Als voornaamste reden dat het laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden is werd opgegeven dat zij het gewoon vergeten zijn. 10% van de vrouwen antwoordde dat zij niet wisten hoe vaak het onderzoek uitgevoerd moet worden, ondanks de uitgebreide media-aandacht van de laatste jaren. Dit is vermoedelijk het gevolg van de wisselingen in interval dat opgegeven werd de laatste jaren: van eenmaal per jaar, over eenmaal per twee jaar en eenmaal per drie jaar naar eenmaal per drie tot vijf jaar. Opmerkelijk is dat 10,6% van de vrouwen die wél in orde zijn met het driejaarlijkse baarmoederhalsuitstrijkje aangeeft ook niet te weten hoe vaak het onderzoek precies moet uitgevoerd worden. 6,4% van de vrouwen gaf aan dit onderzoek liever niet te laten uitvoeren. 2,1% gaf aan bang te zijn voor de resultaten.

Overigens kon dit onderzoek aantonen dat indien vrouwen voor het baarmoederhalsuitstrijkje de gynaecoloog consulteerden, zij vaker in orde waren. Er zijn echter afgaande op de vragenlijsten geen gegevens omtrent overscreening.

Verder konden we aantonen dat er een significant verschil is tussen zelfstandigen en bedienden. Verdere gegevens rond het hoogst behaalde diploma en het al dan niet in orde zijn met het driejaarlijkse baarmoederhalsuitstrijkje waren niet significant. Nochtans werd in verschillende studies reeds aangetoond dat vrouwen met een lage sociale en/of economische status en een lage opleidingsgraad een groter risico hebben voor niet-participatie aan screeningprogramma's[1,2,21,22].

Voor wat betreft de kennis van de vrouwen omtrent baarmoederhalskanker en baarmoederhalsscreening kon aangetoond worden dat er een verschil is tussen het aantal vrouwen die wél in orde waren met het driejaarlijkse baarmoederhalsuitstrijkje en zij die niet in orde zijn. Deze gegevens waren echter voor slechts 1 vraag ('indien ik reeds in de menopauze zit moet er geen baarmoederhalsuitstrijkje meer uitgevoerd worden', zie bijlage 2). Ook bij vergelijking van het hoogst behaalde diploma kon geen significant verschil aangetoond worden. Nochtans wordt ook dit gegeven in de literatuur beschreven als risico voor niet-participatie aan screeningprogramma's[1,2,21,22].

Besluit:

Na verwerking van de gegevens bekomen na het versturen van de oproepingsbrief kunnen we besluiten dat het opsturen van een oproepingsbrief het aantal preventieve onderzoeken significant doet toenemen. Dit blijk ook uit de mondelinge appreciatie zoals geuit door de patiënten gedurende en ná de onderzoeksperiode. Echter wordt het belang van correct coderen in het medisch dossier opnieuw onderlijnd. Het resultaat van het onderzoek uitgevoerd door de gynaecoloog dient gecodeerd en gestructureerd in het elektronisch medisch dossier (EMD) van de patiënt terecht te komen zodat deze gegevens vlot en snel opgeroepen kunnen worden. Verder is het onze verantwoordelijkheid als huisarts duidelijke en correcte gegevens rond het baarmoederhalsuitstrijkje mee te geven aan de patiënten, hetgeen uiteraard ook geldt omtrent de frequentie van het onderzoek. Al te vaak wordt opportunistisch gescreend. Deze screening moet meer betekenen voor de patiënt dan louter opportunisme. Wij moeten consequent op een duidelijk en vlot toegankelijke plaats in het medisch dossier de datum van het laatste baarmoederhalsuitstrijkje alsook de planning en het verdere screeningsschema noteren teneinde de best mogelijke screening te garanderen voor de patiënten.

Als huisarts is het van belang risicofactoren voor niet-participatie bij de patiënten te herkennen. Op die manier kan de huisarts trachten participatie binnen zijn praktijk te bevorderen. De belangrijkste risicofactoren hiervoor zijn, zoals eerder omschreven, lage socio-economische status, postmenopauzale vrouwen, allochtone vrouwen, etc. Zolang er geen algemeen screeningsprogramma georganiseerd wordt is het de taak van de huisarts onderscreening te herkennen en aan te pakken.

De meerwaarde van een oproepingsbrief voor een huisartsenpraktijk kan ook een opfrissing voor het geheugen van de patiënten zijn. Zij worden op die manier aangezet tot nadenken rond hun screening, zodat ook zijzelf een belangrijke rol kunnen spelen binnen het correct uitvoeren van de screening. De kost voor het opsturen van de brieven zou opgevangen kunnen worden door dergelijke brieven te verzenden via e-mail.

Verdere inlichting van de patiënten is dus van groot belang. Dit kan bijvoorbeeld door informatie te verstrekken via patiëntencontacten, een website, brochure in de wachtzaal, etc.

Referenties

1: Hulstaert F, Arbyn M, Huybrechts M, et. al. (2006) Baarmoederhalskankerscreening en testen op human papillomavirus (HPV). KCE rapport 38A. Brussel: KCE

2: 1: Smeets F, Verhoeven V, Baay M. 2011. Cervixkankerscreening. Huisarts Nu 40, 64-88

3: Shors T. (2009). Understanding viruses. Sudbury: Jones and Bartlett publishers

4: Hoge gezondheidsraad. 2007. Vaccinatie tegen infecties veroorzaakt door het humaan papillomavirus. HGR nr. 8367. Herziening nr. 8204

5: Moscicki AB, Palefsky J, Smith G, et al. Variability of human papillomavirus DNA-testing in a longitudinal cohort of young women. Obstet Gynaecol (1993);82:578-585.

6: Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol (1999);189:12-19.

7: Cogliano V, Baan R, Straif K, et al. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Vol 90: Human Papillomaviruses. Lyon: IARCPress, 2007:1-670

8: Forss A, Tishelman C, Widmark C. 'I got a letter…': a qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening programma in urban Sweden. Psycho oncology (2001);10:76-87

9: Nieminen P, Kallio M, Anttila A, Hakama M. 'Organised vs. spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: A case-sontrol study', Int J Cancer (1999);83(I):55-8

10: Quinn M, Babb P, Jones J. Effect of screening on incidence and mortality from cancer of the cervix in England: avaluation based on routinely collected statistics. Bmj. (1999);318:904-8

11: Baay M, Verhoeven V, Avonts D, et al. Risk factors for cervical cancer development: what do women think? Sexual Health (2004);1:145-149

12: Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. Br J Gen Pract. (1998);48:1509-1514

13: Thiry N, Lambert ML, Cleemput I, et al. (2007). HPV vaccinatie ter preventie van baarmoederhalskanker in België: health technology assessment. KCE rapport vol. 64A. Brussel: KCE

14: World Health Organisation: IARC screening group: Chapter 2: An introduction to cervical intraepithelial neoplasia (CIN). Geraadpleegd 4/2016 via http://screening.iarc.fr

15: Arbyn M, Haelens A, Desomer A, et al. (2015). Welke screening voor baarmoederhalskanker?: KCE rapport vol. 238As. Brussel: KCE

16: Forbes C, Jepson R, Martin-Hirsch P. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. Cochrane Database Syst Rev. (2002);3:CD002834

17: IARC 2005: Cervix cancer screening. IARC handbooks of cancer prevention. Vol10. Lyon: International Agency for Research on Cancer

18: De Nooijer DP, de Waart FG, Van Leeuwen AW, et al. Participation in the Dutch national screening programme for uterine cervical cancer highe rafter invitation by a general practicioner, especially in groups with a traditional low level of attendance. Ned tijdschr geneeskd. (2005);149(42):2339-2343

19: Eaker S, Adami HO, Granath F, et al. A large population-based randomized controlled trial to increase attendance at screening for cervical cancer. (2004);13(3):346-354

20: : Knapp PZ, Zbrocj T, Knapp P. The use of interactive medical data transfer to increase effectiveness of a mass screening prgram. Ginekol. Pol. (2004);75(11):896-903

21: Van Leeuwen AW, De Nooijer P, Hop WC. Screening for cervical carcinoma. Cancer. (2005);105:270-276

22: Maxwell CJ, Bancej CM, Snider J. Factors important in promoting cervical cancer screening among Canadian women: finding from the 1996 97 national population health survey (NPHS). Can J Public Health. (2001);92:127-133

Bijlage 1: oproepingsbrief voor baarmoederhalsuitstrijkje

Geachte mevrouw,

Baarmoederhalskanker is één van de meest voorkomende kankers bij vrouwen. Met behulp van een baarmoederhalsuitstrijkje kan gezocht worden naar tekens die kunnen wijzen op een beginnende kanker. Op die manier kan in een vroeg stadium ingegrepen worden. Baarmoederhalskanker ontstaat in nagenoeg alle gevallen ten gevolge van een HPV-infectie (humaan papilloma virus). De tijd tussen infectie en kanker bedraagt meerdere jaren.
Het screeningsonderzoek is een eenvoudig onderzoek dat best om de 3 jaar wordt uitgevoerd bij vrouwen tussen 25 en 65 jaar.

Volgens onze gegevens in het elektronisch medisch dossier werd uw laatste uitstrijkje uitgevoerd meer dan 3 jaar geleden. Om deze reden krijgt u deze oproepingsbrief als uitnodiging om een nieuw uitstrijkje te laten uitvoeren. Je kan hiervoor **een afspraak maken bij je huisarts**. Indien je reeds een uitstrijkje liet uitvoeren, bijvoorbeeld bij een gynaecoloog, dan hoef je natuurlijk niet nog eens langs te komen.
Wij vragen wel aan iedereen, zowel diegenen die al een uitstrijkje kregen als diegenen die een afspraak moeten maken, bijgevoegde vragenlijst in te vullen. Met deze vragenlijst willen we meer inzicht krijgen waarom vrouwen soms geen uitstrijkje laten nemen en wie ze daarvoor verkiezen.

Dit project kadert in een universitaire studie aan de Katholieke Universiteit Leuven in het kader van de masterthesis van dr. Michaël Hoffmann. Wij garanderen u dat uw gegevens strikt vertrouwelijk en anoniem worden behandeld.

Met oprechte dank voor de medewerking,

Het artsenteam van groepspraktijk VZW De Drempel,

Dr. Jan Swinnen
Dr. Bart Mandervelt
Dr. Véronique Schraepen
Dr. Liesbeth Mathijs
Dr. Elke Pouders
Dr. Michaël Hoffmann
Dr. Chiel Hex

Ruiterijstraat 13
3920 Lommel
011/54.04.06
www.artsenpraktijkdedrempel.be

Bijlage 2: vragenlijst

Antwoordformulier en vragenlijst

Deel 1

1) Jouw leeftijd:

2) Werd bij u reeds één of meerdere uitstrijkje(s) uitgevoerd?

- Ja
- Neen

Zo ja, wanneer de laatste maal? (graag jaar en indien mogelijk maand invullen)

……

3) Wie heeft dit uitstrijkje toen uitgevoerd?

- De huisarts
- De gynaecoloog

4) Indien u dit onderzoek bij de gynaecoloog liet uitvoeren, wat was hier de reden voor? (U kan meerdere antwoorden aankruisen)

- Ik wist niet dat mijn huisarts dit onderzoek ook uitvoert
- Ik voel me meer op mijn gemak bij de gynaecoloog
- Mijn huisarts is een man en ik laat dit onderzoek liever door een vrouw uitvoeren
- Ik ga regelmatig op controle bij de gynaecoloog
    - Is hier een medische reden voor? (Bv. een aandoening waarvoor regelmatige controles noodzakelijk zijn) ……
- Andere: ……

5) Indien het meer dan 3 jaar geleden is dat u een uitstrijkje liet uitvoeren, wat was hier de reden voor? (U kan meerdere antwoorden aankruisen)

- Ik wist niet dat het al zo lang geleden was en ben het gewoon vergeten.
- Ik weet niet hoe vaak dit onderzoek uitgevoerd moet worden
- Ik stel het onderzoek telkens uit wegens tijdsgebrek
- Ik laat dit onderzoek liever niet doen
- Ik ben bang voor de resultaten
- Andere: ……

6) Zou u het goed vinden dat het resultaat van de uitstrijkjes die bij de gynaecoloog genomen zijn in uw medisch dossier bij de huisarts terechtkomt?

- Ja
- Neen

7) In welke gevallen dient volgens u geen 3-jaarlijks uitstrijkje meer te gebeuren?

- Indien mijn baarmoeder volledig werd weggenomen (hysterectomie) dient er geen uitstrijkje meer uitgevoerd te worden
  JUIST FOUT

- Indien ik reeds in de menopauze zit moet er geen uitstrijkje meer uitgevoerd worden
  JUIST FOUT

- Indien bij mij de diagnose van baarmoederhalskanker gesteld werd en ik ervoor behandeld werd moet het uitstrijkje niet meer uitgevoerd worden
  JUIST FOUT

- Ik ben gevaccineerd tegen het HPV-virus (Cervarix® of Gardasil®). Bij mij moet geen uitstrijkje meer uitgevoerd worden
  JUIST FOUT

Deel II

6) Wat is uw hoogst behaalde onderwijsniveau dat u met succes heeft beëindigd?

- Ik heb geen diploma
- Lager onderwijs
- Secundair onderwijs
- Hoger diploma

7) Wat is uw huidige beroepssituatie? Voltijds / Deeltijds (aanduiden wat past)

- Zelfstandige
- Arbeider
- Bediende
- Ambtenaar
- Student
- Werkloos
- Pensioen
- Andere: ……

8) Bent u van niet-Belgische afkomst?

- Ja
- Neen

Zo ja, welke nationaliteit? ……

Deze vragenlijst kan je:

- Afgeven bij je volgende consultatie bij je huisarts
- Afgeven aan het secretariaat
- Opsturen via de post naar:

  Dr. Michaël Hoffmann
  Ruiterijstraat 13
  3920 Lommel

Bijlage 3: aanvraag ethische begeleiding masterproeven

Praktijkverbeterend project: dalende trend cervixuitstrijkjes in Limburg. Hoe tot een betere screening komen in deze huisartsenpraktijkt?

Student: Michaël Hoffmann (michael.hoffmann@student.kuleuven.be)
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is: monocentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:
Het praktijkverbeterend project zal handelen rond de screening van cervixcarcinoma bij patiënten die een GMD hebben in mijn opleidingspraktijk. Recente cijfers van het intermutualistisch agentschap tonen aan dat de dekking van cervixuitstrijkjes in Noord-Limburg bij de laagste is in België. Met dit praktijkverbeterend project zal nagekeken worden hoe de screening kan bevorderd worden binnen deze praktijk. In een eerste fase van het project zal een lijst van uitgevoerde uitstrijkjes opgevraagd worden bij de dienst anatomopathologie waar deze praktijk mee samenwerkt. Nadien zal in het medisch dossier nagekeken worden welke patiënten met GMD in 2014 of 2015 geen screening hebben ondergaan de laatste 3 jaar. Deze patiënten zullen per post een oproepingsbrief ontvangen om dit onderzoek te laten uitvoeren. De oproepingsbrief omvat de uitnodiging voor het laten uitvoeren van het uitstrijkje, een vragenlijst en een gesloten omslag om de vragenli jst vertrouwelijk aan mij te bezorgen. De vragenlijst kan vrijwillig ingevuld worden. Op basis van deze vragenlijst zal enerzijds nagekeken worden wat de beperktende factoren zijn die ervoor zorgen dat het aantal uitgevoerde screeningsonderzoeken bij de huisarts in Limburg dalende is, en zal anderzijds gepeild worden naar de kennis omtrent het onderzoek. Alle gegevens worden strikt vertrouwelijk verwerkt. De richtlijn van Domus Medica rond cervixscreening zal voor dit praktijkverbeterend project gebruikt worden.

Vraagstelling:
Binnen dit praktijkverbeterend project zal ten eerste nagekeken worden of het aantal uitstrijkjes gedurende de periode van het onderzoek toegenomen is door een lijst van uitstrijkjes op te vragen bij de samenwerkende dienst anatomopathologie. Dit aantal zal dan vergeleken worden met de opgevraagde lijst vóór de start van het onderzoek. Ten tweede worden de redenen voor het niet laten uitvoeren van het onderzoek bepaald aan de hand van de vragenlijst alsook de kennis erover.
De vraagstelling van het onderzoek is dus driedelig:
1) Kan het aantal vrouwen dat een baarmoederhalsuitstrijkje laat nemen binnen deze praktijk toenemen indien een oproepingsbrief wordt opgestuurd?
2) Wat zijn de redenen voor de patiënten in deze praktijk om zich niet te laten screenen óf zich te laten screenen bij de gynaecoloog?
3) Is er voldoende kennis omtrent de indicaties tot screenen bij de patiënten in deze praktijk?

Methodologie:
- De proefpersonen, vrouwen tussen 25 en 65 jaar die een GMD hebben in 2014 of 2015 in onze huisartsenpraktijk en waarbij de laatste 3 jaar geen cervixuitstrijkje werd uitgevoerd, zullen een uitnodiging ontvangen via de post.
- Het aantal proefpersonen is ±850 patiënten
- Zij zullen een uitnodiging ontvangen om een cervixuitstrijkje te laten nemen op eigen initiatief. Dit kadert strikt binnen het preventieve consult. Zij zullen tevens desgewenst een vragenlijst kunnen invullen.
Referenties:

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:
87664_1441199520_0814_Oproepingsbrief_en_vragenlijst_Hoffmann_pdf
Promotor: Patrik Vankrunkelsven (Patrick.Vankrunkelsven@med.kuleuven.be - u0013683 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker: Michaël Hoffmann (michael.hoffmann@student.kuleuven.be - s0182554 -)
Registratienummer: mp05641

Bijlage 4: goedkeuringsmail ethische commissie

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.
Met vriendelijke groeten
An Stockmans