Baarmoederhalskankerscreening:
Kan een oproepbrief de respons-ratio verhogen?

Sofie Mazereel, HAIO, afstudeerjaar 2012
Promotor: Prof. B. Schoenmakers
Co-promotor: Dr. G. Van Middelem

Abstract:

Inleiding: De screening naar baarmoederhalskanker door middel van een uitstrijkje is een effectieve methode om kanker te diagnosticeren en te behandelen in een vroeg stadium. Toch kiest een groot aantal vrouwen nog om niet gescreend te worden omwille van verschillende factoren. In België is de screeningsratio 59% en worden de meeste uitstrijkjes afgenomen door de gynaecoloog. In deze studie wordt er nagegaan of een oproepbrief uitgaande van een privé-praktijk de respons-ratio kan verhogen. Ook wordt onderzocht welke de redenen zijn waarom de patiënt naar de gynaecoloog gaat voor een uitstrijkje.
Methode: Het betreft hier een prospectieve interventionele studie met een kwalitatieve component. Vrouwen tussen 30 en 60 jaar met een GMD (Globaal Medisch Dossier) die voldoen aan bepaalde exclusiecriteria worden aangeschreven (oproepbrief met info-folder en korte vragenlijst). Responders op de brief en responders op de vragenlijst worden afzonderlijk onderzocht. De verkregen gegevens worden aangevuld in het medisch dossier.
Resultaten: De totale respons op de interventie is 27% waarvan (2,7%) kwam voor een uitstrijkje en 24,3% de vragenlijst beantwoordde. De oproepbrief kon de responsratio met 3,1% verhogen. De meerderheid (57,1%) gaat naar de gynaecoloog uit gewoonte. Andere redenen zijn het niet op hun gemak voelen bij de huisarts (13,3%) of niet weten dat de huisarts het uitstrijkje uitvoert (11,4%).
Conclusie: Een oproepbrief is een mogelijke methode om de respons op baarmoederhalskankerscreening te verhogen, maar dit mag zeker niet de enige aangewende tool zijn. Een inzicht moet verworven worden in de redenen waarom patiënten zich niet laten screenen. Er moet gestreefd worden naar een samenwerking op diverse niveaus om te komen tot een goed georganiseerde screening.

Inleiding:

In België maakt baarmoederhalskanker 3% uit van de nieuwe kankers bij vrouwen en staat het na borst-, colon-, uterus-, rectum-, long-, ovarium- en non-Hodgkinlymfoomkanker op de achtste plaats. Tussen 2000 en 2004 werden jaarlijks gemiddeld 379 nieuwe cervixkankers geregistreerd in Vlaanderen.(1) Elk jaar sterven nog meer dan 100 vrouwen aan de ziekte.(1) Het grootste deel van de fatale gevallen treffen we aan bij vrouwen die niet (recent)

gescreend werden.[1] Er bestaat een uitgebreide en gegronde evidentie dat goed georganiseerde cytologische screening[2] zowel de mortaliteit als de incidentie van deze ziekte fors kan doen dalen.(4)
Screeningsprogramma's werden gestart in de jaren 1960 in Europa en Noord-Amerika met wisselend succes. In België bleef de screeningsratio tussen 2000 en 2009 stabiel tussen 60 en 70%. Tegelijk bestaat in bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen een deelnamegraad van 80% voor deze periode.(5) Dus de Belgische situatie is nog vatbaar voor verbetering.
Het succes van de screeningsprogramma's is in de eerste plaats afhankelijk van de beslissing van de individuele vrouw tot deelname. In België kan het uitstrijkje uitgevoerd worden door de huisarts of de gynaecoloog. Ongeveer 80% van de onderzoeken gebeurt bij de gynaecoloog (in Vlaanderen).(1) De laatste jaren neemt het aandeel van de uitstrijkjes bij de huisarts nog af.(1) Ondanks de inspanningen van de verschillende instanties (overheid, provincies, artsen, mutualiteiten…), missen we nog een 30 tot 40% van de doelpopulatie.
In Canada waar de meeste uitstrijkjes door de huisarts worden uitgevoerd (6) is de dekkingsgraad tussen de 70 en 80% (5).
De bestaande literatuur toonde de verschillende drempels aan waardoor vrouwen zich niet laten screenen. Er is onvoldoende kennis over baarmoederhalskanker en de screening (7), er zijn angst en schaamte voor de test en er zijn religieuze bezwaren. Een kwalitatieve studie door Oscarsson et al. (2008) toont dat een negatief zelfbeeld, een laag zelfvertrouwen en angst voor een slecht resultaat de belangrijke redenen zijn voor de vrouw om zich niet aan te bieden voor screening.(8) Verder werden het tekort aan vrouwelijke artsen, het niet aangemoedigd worden door de arts en een lage socio-economische status als reden onderzocht. Een laatste en belangrijke reden is dat vrouwen vaak vergeten wanneer ze nu weer moeten teruggaan voor het uitstrijkje.(8)
Om de screening uit te voeren, bestaan er verschillende mechanismen. De opportunistische screening waar vrouwen zelf beslissen op welk moment en bij wie ze het onderzoek laten uitvoeren, is de meest courante in Vlaanderen. Het is echter niet de efficiëntste manier. Een andere manier is dat de huisarts de vrouw kan aanspreken bij elk contact (ook al heeft dit contact een niet gynaecologische inhoud), haar status navragen en aansporen tot het onderzoek.(1) Tot slot is er het oproepsysteem met een eventueel re-callsysteem uitgaande van de huisarts of een centrale instantie.
Traditioneel is de compliantie van baarmoederhalskankerscreening in België een stuk lager dan internationaal wordt nagestreefd omwille van hogerop genoemde redenen. In dit artikel wordt onderzocht of een oproepbrief gepaard met een informatiefolder, verstuurd door de huisarts, de responsratio kan verhogen. De

[1] 55% tot 60% van cervixkanker ontstaat bij vrouwen die nooit gescreend werden of niet vertrouwd zijn met de richtlijnen ivm screening (2)

[2] Criteria van Wilson and Jungner waaraan een ziekte moet voldoen om de validiteit van een screeningsprogramma na te gaan: (3)
1. Relevant: de op te sporen ziekte moet tot de belangrijke gezondheidsproblemen behoren.
2. Behandelbaar: de ziekte moet behandelbaar zijn met een algemeen aanvaarde behandelingsmethode.
3. Voorzieningen: er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn om de diagnose te stellen.
4. Herkenbaar: er moet een herkenbaar latent stadium bestaan wil de opsporing de moeite lonen.
5. Natuurlijk verloop: het natuurlijk verloop van de op te sporen ziekte moet bekend zijn.
6. Wie is ziek? Er moet overeenstemming bestaan over wie als ziek moet worden beschouwd.
7. Opsporingsmethode: er moet een bruikbare opsporingsmethode bestaan.
8. Aanvaardbaarheid: de opsporingstest moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking.
9. Kosten-baten: de kosten moeten evenredig zijn met de baten.
10. Continuïteit: het proces van opsporing dient continu te zijn.

vrouw mag zelf kiezen of ze het uitstrijkje bij de huisarts of gynaecoloog laat uitvoeren. Met behulp van een vragenlijst wordt onderzocht welke factoren de patiënt beïnvloeden bij de keuze van arts.

Methode:

Het betreft hier een prospectief interventioneel onderzoek met een kwalitatieve component.
Volgende onderzoeksvraag wordt gehanteerd: verhoogt een oproepbrief de respons-ratio voor screening naar baarmoederhalskanker? Op een kwalitatieve manier wordt de beweegreden van de patiënten om het uitstrijkje bij de gynaecoloog of huisarts te laten uitvoeren, onderzocht.
De populatie bestaat uit alle vrouwelijke patiënten in de praktijk van 30 jaar t.e.m. 60 jaar met een Globaal Medisch Dossier (GMD) op 09/03/2011. Via " Lijsten" in Medidoc worden 583 patiënten weerhouden.
Als exclusiecriteria gelden: een hysterectomie, voorgeschiedenis van hooggradige letsels, zwangerschap, gehandicapte personen, actueel maligne carcinoom, uitstrijkje gemaakt door 1 van de 3 artsen in de praktijk in 2009, 2010 of 2011 (tot maart). De gebruikte zoektermen in Medidoc zijn: hysterectomie, zwanger, zwangerschap, CIN, conisatie cervix, conische cervix, pap, uitstrijkje. In het samenwerkende labo wordt een lijst opgevraagd van patiënten waarbij een uitstrijkje gebeurde in 2009, 2010 en januari tot maart 2011. De lijst met de 583 patiënten wordt ook nog aan de 3 collega's voorgelegd met de vraag welke patiënten zij kenden met een mentale en fysieke beperking, behandeld werden voor een carcinoom of verhuisd waren. Zo werden in totaal 110 patiënten van de startlijst geschrapt. Aan deze 473 patiënten werd een oproepbrief (zie bijlage 1) met informatiefolder en korte vragenlijst (zie bijlage 2) verstuurd. Dit gebeurde gefaseerd (150 brieven op 14 mei 2011, 150 op 27 juni 2011 en 173 op 2 augustus 2011). Op 2 december 2011 werd het onderzoek afgesloten.
Van alle responders wordt de datum van het recentst gebeurde uitstrijkje genoteerd in Medidoc onder " behandelingen" (Pap omwille van screening). Zo kan, 3 jaar na deze datum de patiënt opgeroepen worden via e-mail of brief ter herhaling van het uitstrijkje.
De primaire outcome zijn de respons-ratio op de brief (wie komt effectief om een uitstrijkje te laten doen?) en de respons-ratio op de vragenlijst (wie antwoordt op de vragenlijst?). Hierbij maken we onderscheid tussen 50-plussers, kansarmen en allochtonen. Het inclusiecriterium voor kansarmen is een code-gerechtigde eindigend op 1. Voor de allochtonen werd navraag gedaan bij de artsen in de praktijk welke patiënten eerste en tweede generatie allochtonen zijn.
Kwalitatief wordt nagegaan wat de motivatie van patiënten is om te consulteren bij de gynaecoloog . (zie vragenlijst in bijlage 2)

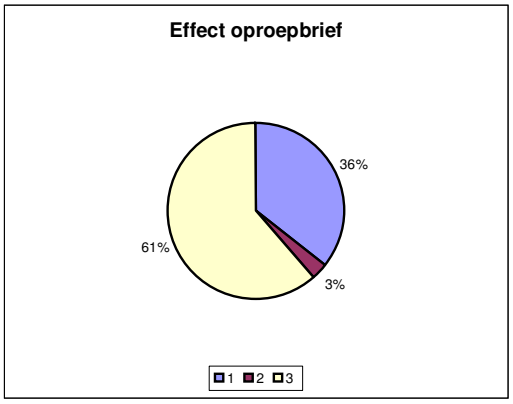
Literatuuronderzoek:

De literatuurstudie gebeurde in Medline via Ovid. Een laatste keer op 23 januari 2012. Volgende mesh-termen werden gebruikt: (cervical screening OR vaginal smear) AND (patient invitation OR health promotion OR health behaviour OR reminder systems OR communication) AND (family practice OR general practice). Dit leverde 17922 artikels op. Ik combineerde dit via AND met het volgende: (vaginal smear OR uterine cervical neoplasms OR papillomavirus infections) AND (mass-screening, classification, contra-indications, nursing, psychology, standards, trends). Zo kwam ik tot 919 artikels. De limit " Review " werd toegepast en uiteindelijk kwam ik tot 141 artikels. Ik scrollde door de titels heen

en ook via “related articles” weerhield ik een twintigtal artikels.
Deze studies werden aangevuld met informatie uit enkele wetenschappelijke Nederlandstalige bronnen (Domus Medica, KCE-richtlijnen, Likar-studie…).

Resultaten:

Van de 473 verstuurde brieven, keerden er 21 terug wegens fout adres. Dus er wordt rekening gehouden met 452 patiënten. (zie bijlage 3) De totale respons op de interventie was 27% (n = 122) waarvan er 12 (2,7%) kwamen voor een uitstrijkje en 110 (24,3%) de vragenlijst beantwoordden. Daarvan kregen 5 patiënten geen uitstrijkje in de voorbije 3 jaar. Van die 5 gingen 2 patiënten tijdens de onderzoeksperiode naar de gynaecoloog voor het uitstrijkje. Van de 110 responders op de vragenlijst, meldden 4 patiënten een hysterectomie en 1 patiënt een CIN-letsel. Deze vallen dus buiten het screeningsdoel.
Bij de 50-plussers, de allochtonen en kansarmen was de totale respons respectievelijk 27,4% (43/157), 28,6% (4/14) en 10,7% (3/28). Van de non-responders bleek, na controle in het medisch dossier, 59 patiënten toch in orde te zijn met het uitstrijkje.
Het totaal aantal patiënten dat goed gescreend was, voor het versturen van de oproepbrief, bedraagt 35,6% (159/(452-5)). Na het versturen van de oproepbrief wordt een 38,7% (173/447) bereikt dat goed gescreend is.
Dus de winst die deze oproepbrief opbrengt, is de respons-ratio na het versturen van de brief (38,7%) min de respons-ratio voor het versturen van de brief (35,6%) en dus 3,1%. (zie grafiek 1)
Onder de niet-gescreende vrouwen, is 44,8% 50 +, allochtoon of kansarm.
Als we de beweegredenen waarom patiënten de gynaecoloog consulteren, gaan onderzoeken, komen we tot de volgende conclusie. 11,4% (n=12) weet niet dat de huisarts een uitstrijkje uitvoert.



Grafiek 1: 1: respons voor versturen brief
2: winst oproepbrief
3: niet-responders

13,3% (n=14) voelt zich meer op haar gemak bij de gynaecoloog. 57,1% (n=60) gaat naar de gynaecoloog uit gewoonte. En een 18,1% (n=19) consulteert de gynaecoloog om een nog andere reden: algemeen jaarlijks gynaecologisch onderzoek (3), opvolging letsel (5), controle na zwangerschap (3), tegelijk bespreken andere gynaecologische problemen (7)…..

Discussie:

Verschillende factoren hebben een impact op het goed verlopen van baarmoederhalskankerscreening. Deze omvatten factoren met betrekking tot de patiënt (kennis, angst, schaamte, religie), socio-economische factoren (opleiding en inkomen), factoren op niveau van het overkoepelende systeem (de verzekering, aanwezigheid van voldoende artsen) en factoren met betrekking tot de zorgverstrekker (geslacht, initiatief).(9) Er werd onderzocht of een oproepbrief (initiatief van de zorgverstrekker) de responsratio kan verhogen. Deze oproepbrief verhoogt de respons-ratio met 3,1%. De literatuur beschrijft een

gemiddelde verhoging van 4,6%.(10)[3] Een oproepbrief uitgaande van de persoonlijke zorgverstrekker scoort beter dan een oproepbrief uitgaande van een centrale instantie.(12)[4] Herinneringsbrieven die verstuurd worden naar de non-responders op de eerste brief, blijken nog een bijkomend effect te hebben (1).

Het totaal aantal patiënten dat goed gescreend is (dat een uitstrijkje kreeg < 3 jaar geleden), bedraagt slechts 38,7% in deze studie. In de literatuur bestaat toch een screeningsgraad van 59% in België.(1) De beperkingen die optreden, zijn de volgende: van de 330 niet-responders zijn er waarschijnlijk meer dan 59 patiënten toch in orde met het uitstrijkje. Maar van deze patiënten is er geen protocol van de gynaecoloog of van het labo in het dossier beschikbaar. Daarbij zijn er ook waarschijnlijk meer dan 5 patiënten uit de aangeschreven groep die een hysterectomie of conisatie ondergingen, waarover ook geen informatie in het dossier beschikbaar is. Dit getuigt van een slechte informatie-overdracht tussen gynaecoloog en huisarts. Er moet ook rekening gehouden worden met het feit dat, de patiënten die reeds een uitstrijkje kregen in de praktijk in 2009, 2010 en 2011 (t.e.m. maart), geëxcludeerd werden.

Zoals in de literatuur beschreven, bevinden veel van de niet gescreende vrouwen zich bij de 50-plussers of in de allochtone (8) of kansarme populatie (6). Hier is dit slechts bijna de helft (44,8%). Dit kan misschien verklaard worden door de cut-off die gebruikt wordt voor kansarmen: hier baseerden we ons enkel op de code-gerechtigde. Een beperking die ongetwijfeld een weerslag geeft op alle resultaten, is het feit dat enkel kan gewerkt worden met patiënten met een GMD. Dit zijn personen die uit zich zelf al vaker naar de huisarts gaan en eigenlijk niet onmiddellijk de doelgroep vormen, die beoogd wordt.

In Vlaanderen neemt de gynaecoloog tot op heden nog 80% van de uitstrijkjes af (in België is dit 87,5%).(1) De grootste reden waarom dit gebeurt, is uit gewoonte. Vrouwen staan er niet bij stil dat een gynaecologisch onderzoek ook bij de huisarts kan uitgevoerd worden. In Canada daarentegen gebeuren de meeste uitstrijkjes bij de huisarts.(6) Twee andere belangrijke redenen zijn dat de patiënte zich meer op haar gemak voelt bij de gynaecoloog en dat patiënten niet weten dat het uitstrijkje bij de huisarts kan gebeuren.

<u>Conclusie:</u>

Een oproepbrief biedt zeker een meerwaarde in de huisartsenpraktijk. De kost van de verzendingen kan opgevangen worden door het versturen van e-mails. Maar een oproepsysteem mag niet de enige methode zijn om de respons-ratio te verhogen, bij mensen met een beperkte toegang tot het gezondheidszorgsysteem moeten andere targets voor ogen gehouden worden.

Hogerop werden reeds de belangrijkste drempels waarom vrouwen zich niet laten screenen, beschreven. Door een inzicht te krijgen in het gedrag, de ideeën en kennis van vrouwen, kunnen effectievere screeningsprogramma's ontwikkeld worden en kan zo de uptake verhoogd worden.[5] Bijvoorbeeld bij 40- tot 50-jarige vrouwen met een groot moreel besef met één seksuele partner die geïnviteerd worden door de huisarts, zien we de

[3] In Limburg werd een verhoging van het aantal vrouwen dat een uitstrijkje liet uitvoeren van 6,4% gezien. (11)

[4] In Nederland is de beschermingsgraad bij een huisartsenuitnodigingssysteem ten minste 85% tegenover een beschermingsgraad van 77% wanneer een gemeentelijke instantie uitnodigt. (13)

[5] Aan de hand van de Champion Health Belief Model (CHBM) scale aangepast voor cervixkanker, kan een duidelijk beeld verworven worden van de ideeën over cervixkanker bij de vrouw (15)

grootste uptake.(4) Cultureel aangepaste educatieve programma's hebben aangetoond de respons-ratio te verhogen.(6) Bijvoorbeeld wordt in de integratiecursus voor allochtonen aangeleerd dat uitstrijkjes bij de huisarts worden uitgevoerd. Dergelijke initiatieven kan de huisarts niet alleen organiseren, er moet samengewerkt worden op diverse niveaus om de communicatie rond baarmoederhalskanker en de screeningsprogramma's te verbeteren.(16)

Preventie behoort tot de prioriteiten van de huisarts. De arts moet bij een patiëntencontact, zelfs zonder gynaecologische inhoud, de vrouw informeren over baarmoederhalskankerscreening.[6] (1) Zo bereikt de huisarts ook de toevallige patiënt die zich niet bij de gynaecoloog aanmeldt. Aanbeveling door een arts is immers sterk geassocieerd met het laten uitvoeren van een uitstrijkje.[7] Tegenwoordig kan dit onder meer kaderen in het GMD+. Dit veronderstelt een goed bijgehouden medisch dossier en een goede communicatie met de gynaecoloog. Enkel op deze manier kan het EMD optimaal benut worden en kan gebruik gemaakt worden van herinneringen in het dossier of het genereren van oproepbrieven.

Om overscreening tegen te gaan, dienen huisartsen en gynaecologen de patiënten erop te wijzen dat 1 uitstrijkje per 3 jaar volstaat. Dit verloopt reeds gemakkelijker door de verandering van terugbetaling van het uitstrijkje van elk jaar naar één maal per twee jaar (in 2009).

Maar eigenlijk is de toekomst voor een goed georganiseerde screening (en geen opportunistische screening) in Vlaanderen een samenwerking op diverse niveaus. Daar dient nog verder onderzoek naar gevoerd te worden.

---

[6] communicatie over risico's van cervixkanker en het doel van de screening, adequate uitleg over de procedure van de test, patiënte voorbereiden op het mogelijke resultaat van een screeningstest

[7] Bazargan et al. Toonde aan dat vrouwen die er nooit op gewezen werden een uitstrijkje te laten afnemen, de helft minder uitstrijkjes lieten doen dan vrouwen die wel een aanbeveling kregen van een arts.(17)

Bijlage 1: Oproepbrief

HUISARTSENPRAKTIJK
MEDIZORG OOSTENDE
Dr. Van Middelem Guido 1.32384.21.004
Dr. Ghillebert Maarten 1.36607.66.004
Dr. Terryn Leen 1.36348.34.004
Dr. Mazereel Sofie 1.36922.42.006

Geachte mevrouw

Baarmoederhalskanker is de zevende meest voorkomende kanker bij vrouwen.
Deze kanker wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door een virus, nl. het humaan papillomavirus (HPV). De periode tussen het oplopen van een infectie met dit virus en het ontstaan van kanker bedraagt verscheidene jaren.
In dat voorstadium kan door een uitstrijkje al een letstel worden vastgesteld. Op die manier is een nauwkeurige opvolging en een relatief eenvoudige behandeling mogelijk vooraleer er echt kanker ontstaat.

Voor een goede preventie laat u best elke 3 jaar een uitstrijkje uitvoeren.

Als patiënt ingeschreven in onze praktijk nodigen wij u daarom vrijblijvend uit voor dit onderzoek.

Indien uw laatste uitstrijkje dateert van meer dan 3 jaar geleden, kunt u voor het uitvoeren van het onderzoek een afspraak maken bij één van onderstaande artsen en u aanmelden met deze oproepbrief.

Als u de voorbije drie jaar reeds een uitstrijkje liet maken of u in opvolging bent bij de gynaecoloog, willen wij u vriendelijk vragen ons hierover te informeren via ingesloten antwoordformulier. Zo kunnen wij uw medisch dossier op een correcte manier aanvullen en uw gezondheid mee helpen bewaken.

Dit project en de vragenlijst kaderen in een universitaire studie betreffende de preventie van baarmoederhalskanker en de rol van de huisarts hierbij. Uw gegevens zullen anoniem verwerkt worden.

Wij danken u vriendelijk voor uw bereidwillige medewerking.

Dr. Guido Van Middelem
Dr. Leen Terryn
Dr. Maarten Ghillebert
Dr. Sofie Mazereel

Bijlage 2: Vragenlijst

Antwoordformulier
Graag binnenbrengen op de praktijk of antwoorden per e-mail naar medischhuis.oost@skynet.be

Naam: ……..

1.Wanneer werd uw laatste uitstrijkje uitgevoerd? (graag jaar, indien mogelijk ook maand)

……

2. Wie voerde dit uitstrijkje uit?

° de huisarts
° de gynaecoloog

3. Indien u op vraag 2 " de gynaecoloog" antwoordde, waarom kiest u ervoor het uitstrijkje bij de gynaecoloog te laten uitvoeren?

° ik wist niet dat de huisarts dit onderzoek ook uitvoert
° ik voel me meer op mijn gemak bij de gynaecoloog
° uit gewoonte
° andere: ……

Referenties:

1. Richtlijn Domus Medica cervixkankerscreening 2011
2. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer; D. Saslow et all.; CA cancer J Clin 2002; 52: 342-362
3. Principles and practice of screening for disease; Wilson JMG, Jungner G.; Public Health Papers n° 34. Geneva: WHO, 1968
4. Uptake of cervical cancer screening in The Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization; Margot A.J.B. Tacken et all.; European Journal of Public health 2006; Vol. 17, N° 2, 178-185
5. Time trends in cervical cancer screening rates in the OECD countries; Ryoko Machii, Hiroschi Saito; Jpn J Clin Oncol 2011; 41 (5) 731-732
6. Cervical cancer screening: role of family physicians; Alan Katz et all., Canadian Family Physician, 1998
7. Women's Knowledge of Pap Smears, Risk factors for Cervical Cancer, and Cevical Cancer; Jacquelyn Reid et all.; JOGNN 2001; volume 30 n° 3: 299-304
8. Reasons why women choose a medical practice or a woman's health centre for routine health screening: worker and client perspectives; K. Peters; Journal of Clinical Nursing; 2010; 19; 2557-2564
9. The disparity of cervical cancer in diverse populations; Levi S. Downs et all.; Gynaecologic Oncology 109 2008; S22-S30
10. Intervention to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical and colorectal cancers by healthcare providers; Roy C. Baron et all., Am J Prev Med 2010; 38 (1): 110-117
11. A quasi-randomized trial on the effectiveness of an invitation letter to improve participation in a setting of opportunistic screening for cervical cancer; E. De Jonge et all.; Eur J Cancer Prev. 2008; 17: 238-242
12. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening; Carol A Forbes et all.; Cochrane Database of Systematic Reviews 2002; Issue 3. Art. N°: CD002834. DOI: 10.1002/14651858.CD002834
13. Tien jaar cervixscreening in de provincie Limburg: de LIKAR-cytologiegegevens van 1996 tot en met 2005; E. De Jonge et all.; Tijdschrift voor Geneeskunde 2010, 66 n°1: 31-39
14. The disparity of cervical cancer in diverse populations; Levi S. Downs et all.; Elsevier: Gynecologic Oncology 2008; 109: S22-S30
15. Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test: psychometric testing; Gulten Guvenc et all.; Journal of advanced nursing; 30 July 2010
16. Improving the quality of communication in organised cervical cancer screening programmes; Livia Giordano et all.; Patiënt education an Counseling 2008; 72:130-136
17. Having a personal healthcare provider and receipt of adequate cervical and breast cancer screening; Roberto Cardarelli et all.; Journal of the American board of Family Medicine 2010; vol 23 n 1

Bijlage 3: Gegevenstabel

Aantal brieven verstuurd	473				
Aantal fout adres	21				
Aantal effectief verstuurde brieven	452				
		157	34,70%	50+	
		14	3,10%	Allochtoon	
		28	6,20%	Kansarm	
Totale respons	122	27%			
		43	35,20%	50+	
		4	3,30%	Allochtoon	
		3	3,50%	Kansarm	
Respons op vragenlijst	110				
		5		responders met hysterectomie of CIN	
		5		responders die niet in orde zijn met uitstrijkje	
				2	responders die naar gynaecoloog gaan
Respons op brief	12				
		6		50+	
		1		Allochtoon	
		1		Kansarm	
Aantal non-responders	330				
		114	34,50%	50 +	
		10	3%	Allochtonen	
		24	7,30%	kansarmen	
		182	55,20%	Anderen	
Van de non-reponders, toch goed gescreend	59				
Aantal patiënten goed gescreend voor oproepbrief	100 + 59				
	159	35,20%			
Aantal patiënten goed gescreend na oproepbrief	100 + 59 + 12 + 2				
	173	38,30%			

Bijlage 4: Informatiefolder

Preventie van baarmoederhalskanker

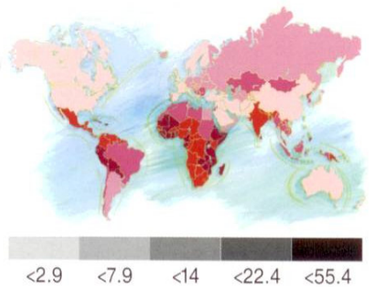
Deze patiëntenbrochure beschrijft een niveau van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Een gynaecoloog kan hiervan geargumenteerd afwijken wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog moet tegemoet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënte. Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing volgens de beschrijving in deze brochure niet mogelijk is.

Baarmoederhalskanker treft wereldwijd vele vrouwen.

Baarmoederhalskanker is wereldwijd de op één na belangrijkste kanker bij vrouwen jonger dan 45 jaar en na borst- en longkanker de op twee na belangrijkste doodsoorzaak door kanker in de wereld.

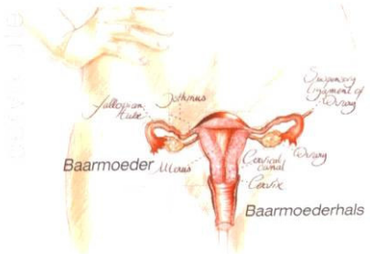
Baarmoederhalskanker

- Iedere seksueel actieve vrouw loopt risico, ongeacht haar leeftijd of familiale voorgeschiedenis.
- Baarmoederhalskanker is niet erfelijk.
- Het is een kanker die vroegtijdig opgespoord en vermeden kan worden.
- Baarmoederhalskanker die vroegtijdig wordt ontdekt, kan met goed resultaat behandeld worden.
- Dit boekje is ontworpen om u meer informatie te geven over baarmoederhalskanker:
  - de ziekte
  - het uitstrijkje
  - de vaccinatie



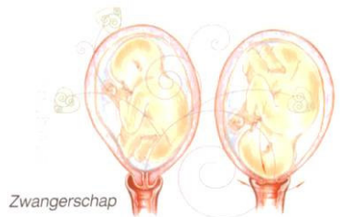
Per 100.000 vrouwen per jaar - wereldwijde overlijdens door baarmoederhalskanker.





De baarmoederhals heeft een ronde vorm en bestaat vooral uit vezelweefsel en spieren. De baarmoederhals bevindt zich aan de ingang van de baarmoeder.
De baarmoederhals belet dat infecties de baarmoeder zelf bereiken.

De baarmoederhals speelt een belangrijke rol bij een zwangerschap en geboorte.



Waar ontwikkelt baarmoederhalskanker zich ?

Baarmoederhalskanker ontstaat ter hoogte van de baarmoederhals.
Dit is de nauwe hals van de baarmoeder die uitmondt in de vagina. De baarmoederhals beschermt uw baarmoeder.

Gemiddeld heeft een baarmoederhals een lengte van 3 - 4 cm en een doorsnede van ongeveer 2,5 cm. De grootte en de vorm variëren echter in belangrijke mate in de loop van het leven van een vrouw.
Gedurende een zwangerschap neemt de baarmoederhals toe in lengte en dient ze ook als bescherming voor het kind. Tijdens de bevalling verbreedt de baarmoederhals tot ongeveer 10 cm om zo de doorgang van het kind mogelijk te maken.



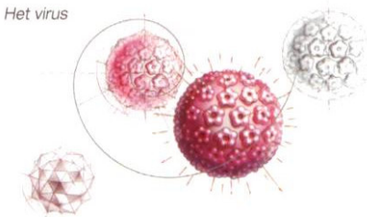
De belangrijkste oorzaak van baarmoederhalskanker is een virus

De laatste 30 jaar hebben wetenschappers aangetoond dat baarmoederhalskanker veroorzaakt wordt door bepaalde types van een virus, humaan papillomavirus (HPV) genoemd.

Die types zijn teruggevonden in 99,7% van alle gevallen van baarmoederhalskanker in de wereld.

Er zijn meer dan 100 types van het virus. De belangrijkste types die baarmoederhalskanker veroorzaken zijn types 16, 18, 45 en 31. Ze zijn verantwoordelijk voor ongeveer 80% van alle baarmoederhalskankers.

Het virus

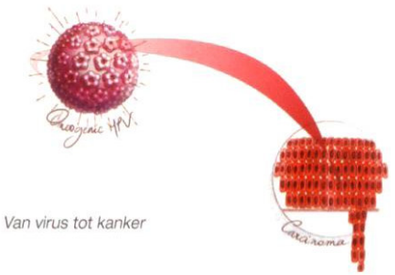


Hoe verspreidt het virus zich ?

Het virus wordt verspreid via seksuele betrekkingen en zelfs door nauw huid-huidcontact van de genitalia. Iedere seksueel actieve vrouw loopt risico om het virus op te lopen. Vrouwen hebben tot 80% kans om tijdens hun leven met het virus besmet te worden.

VAN BESMETTING TOT BAARMOEDERHALSKANKER

In de meeste gevallen zullen besmettingen met het virus spontaan verdwijnen. In sommige gevallen verdwijnen ze niet spontaan en kunnen ze leiden tot baarmoederhalskanker.



Van virus tot kanker

Als de besmetting zich doorzet, gebeurt dit in het begin meestal zonder symptomen. Besmette cellen evolueren doorgaans traag naar kanker. Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich meestal over verschillende jaren, tenzij hij vroegtijdig opgespoord en behandeld wordt.
Regelmatige uitstrijkjes hebben hun nut bewezen omdat hierdoor vroegtijdige veranderingen in de baarmoederhals kunnen worden opgespoord.

Het is zeer belangrijk om regelmatig uitstrijkjes bij uw arts te laten nemen om afwijkingen vroegtijdig op te sporen.

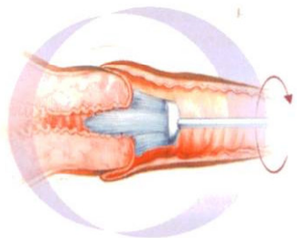


U KAN IETS DOEN OM UZELF TE BESCHERMEN: LAAT U REGELMATIG ONDERZOEKEN DOOR UW ARTS

Het regelmatig nemen van uitstrijkjes is in tal van landen in de wereld een enorm succes geweest. Regelmatige uitstrijkjes zijn de beste manier om abnormaliteiten in de cellen van de baarmoederhals te ontdekken die de vroegtijdige tekens van baarmoederhalskanker kunnen zijn.

Maar de uitstrijkjes beschermen u niet tegen het virus. Ze helpen alleen om de vroegtijdige letsels op te sporen en vlug, eenvoudig en meestal succesvol te kunnen behandelen. Tal van vrouwenlevens zijn al gered omdat de ziekte op een vroegtijdig tijdstip is ontdekt door het uitvoeren van deze uitstrijkjes.

Vergeet niet om een nieuwe afspraak te maken met uw arts voor een volgend uitstrijkje. Regelmatige uitstrijkjes helpen u tijdig te beschermen tegen baarmoederhalskanker.



Borsteltje voor het uitstrijkje

Voor het uitstrijkje wordt een borsteltje gebruikt. Het uitstrijkje wordt afgenomen door uw arts die met dit speciale borsteltje zachtjes enkele cellen van de oppervlakte van de baarmoederhals neemt. Uitstrijkjes worden soms als onaangenaam ervaren, maar meestal zijn ze pijnloos en worden ze zeer snel en eenvoudig afgenomen. In België wordt aangeraden om minstens vanaf 25 jaar regelmatig uitstrijkjes te laten nemen. Deze cellen worden onder een microscoop onderzocht. Als er abnormale cellen teruggevonden worden, zal de arts contact met u opnemen om aanvullende tests uit te voeren en eventueel tot een behandeling over te gaan. De gynaecoloog bekijkt dan grondig de baarmoederhals met een microscoop (colposcopie) en kan hierbij eventueel een klein weefselfragmentje van een afwijkende zone afnemen voor verder onderzoek (biopsie).

Indien het noodzakelijk blijkt, kan met een eenvoudige ingreep deze zone nadien volledig verwijderd worden (conisatie).



TWEE WAPENS TEGEN BAARMOEDERHALSKANKER ZIJN BETER DAN ÉÉN

Naast het uitstrijkje van de baarmoederhals, dat steeds noodzakelijk blijft, zijn er nu vaccins tegen het papillomavirus die een efficiënte bescherming bieden tegen baarmoederhalskanker.

De vaccins beschermen u tegen het humaan papillomavirus (HPV).
Er bestaan verschillende types van het virus, maar de meest gevaarlijke zijn de types 16 en 18. Studies hebben aangetoond dat de vaccins vrouwen volledig beschermen tegen baarmoederhalskanker die wordt veroorzaakt door deze 2 gevaarlijke types.

De vaccins zullen u doeltreffend beschermen, zodat de types 16 en 18 virus kunnen worden tegengehouden door antilichamen in de baarmoederhals.

Het volledige vaccinatieschema bestaat uit 3 injecties. Deze vaccins zullen op verschillende tijdstippen door uw arts worden toegediend. (bv. vandaag de eerste injectie, na 1 à 2 maanden een tweede en na 6 maanden de derde injectie). Het is belangrijk dat u het volledige vaccinatieschema gekregen hebt voor een optimale bescherming.

De vaccins behandelen geen bestaande HPV infectie. Zij werken enkel preventief.

De vaccins bevatten niet alle gevaarlijke types en daarom blijft een regelmatig uitstrijkje noodzakelijk.
Een natuurlijk opgelopen infectie door het HPV-virus beschermt je lichaam niet steeds, zoals dit het geval kan zijn bij sommige andere ziektes (bv. geelzucht). Een vrouw kan gedurende haar seksueel actieve leven opnieuw besmet worden door het HPV-virus.
Vraag meer informatie aan uw arts over baarmoederhalskanker, het uitstrijkje en de vaccinatie. Hij/zij zal ook kunnen beoordelen of u in aanmerking komt voor vaccinatie volgens de richtlijnen.
Zelfs na vaccinatie, blijft een regelmatig onderzoek door een uitstrijkje noodzakelijk.

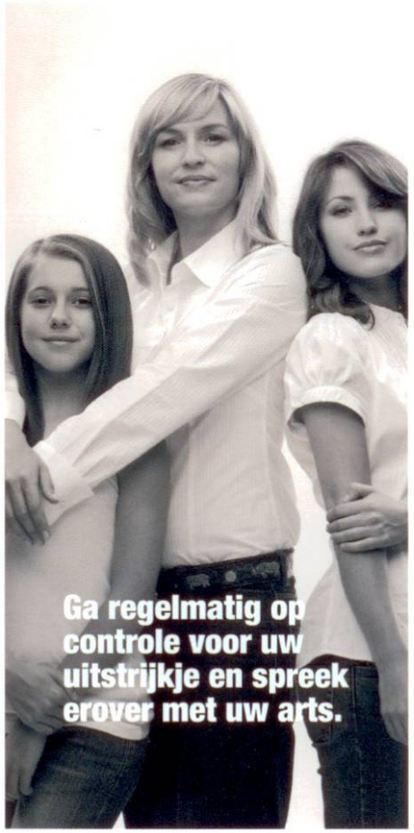
WIE KOMT IN AANMERKING VOOR VACCINATIE?

De resultaten van wetenschappelijke studies wijzen er op dat de HPV vaccinatie zinvol is voor zowel jonge meisjes voor het eerste seksuele contact als voor seksueel actieve vrouwen.

De kans dat de HPV vaccinatie niet meer effectief is in het geval van een vrouw die reeds seksueel actief is, moet als zeer klein beschouwd worden.

De noodzaak van vaccinatie, alsook de opvolging met uitstrijkjes van de baarmoederhals, moet grondig met de arts besproken worden.





SPREEK ER OOK OVER MET UW MOEDER, DOCHTER, FAMILIE EN VRIENDEN: IEDERE VROUW ZOU OP DE HOOGTE MOETEN ZIJN VAN BAARMOEDERHALSKANKER EN DE PREVENTIE ERVAN

Indien u de informatie in dit boekje interessant en nuttig vond, geef het dan door aan uw moeder, dochter, vrienden, familie, collega...

Op de website van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (http://www.vvog.be) vindt u nog veel meer details over de preventie en de behandeling van baarmoederhalskanker, en antwoorden op al uw vragen rond baarmoederhalskanker.

Belangrijkste feiten:

- Wereldwijd sterft er iedere dag om de 2 minuten een vrouw aan baarmoederhalskanker.
- In België sterft er iedere dag 1 vrouw aan baarmoederhalskanker.
- Baarmoederhalskanker is, na borstkanker, de op één na meest voorkomende kanker bij vrouwen jonger dan 45 jaar.
- Een veelvoorkomend virus (HPV) is de oorzaak van baarmoederhalskanker.
- U loopt risico op besmetting, ongeacht uw leeftijd.
- Het virus wordt verspreid door seksuele betrekkingen en intieme huid-huid-contacten ter hoogte van de genitaalstreek.
- Condooms bieden gedeeltelijke maar geen volledige bescherming.
- Een besmetting geeft zelden symptomen.
- De meeste besmettingen met het virus verdwijnen spontaan, maar sommige besmettingen blijven bestaan en ontwikkelen zich verder tot baarmoederhalskanker.
- Regelmatige uitstrijkjes zijn vandaag de beste manier om vroegtijdig abnormale afwijkingen van de baarmoederhals te ontdekken.
- Controleer NU of u een afspraak hebt bij uw arts voor een volgend uitstrijkje.
- Er bestaan nu vaccins tegen het HPV-virus die u samen met een regelmatig uitstrijkje nog beter beschermen tegen baarmoederhalskanker.



Als je na het lezen van deze brochure nog vragen hebt, dan stel je die best aan je huisarts of gynaecoloog.

Preventie van baarmoederhalskanker

Deze patiëntenbrochure kwam tot stand op initiatief van de 'Commissie patiëntenvoorlichting', in opdracht van de wetenschappelijke Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en werd goedgekeurd door de Raad van Bestuur op 10 september 2008.

Commissievoorzitter: Guy Verhulst
Verantwoordelijke commissieleden: Luc De Baene en Geert Debruyne.
Tekst: Philippe De Sutter, Willy Poppe, Wiebren Tjalma, Steven Weyers.

De geldigheid van deze brochure eindigt uiterlijk vijf jaar na uitvaardiging.
Aanpassingen kun je lezen op de VVOG-website: http://www.vvog.be.
Deze brochure wordt gratis aangeboden door je huisarts of gynaecoloog.

gsk GlaxoSmithKline

VVOG
VLAAMSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE vzw
partner voor vrouw & vrouwenarts

Secretariaat: Azalealaan 10, bus 3, 9100 Sint-Niklaas
Tel. 03/776.03.64 Fax. 03/766.07.56
e-mail:vvog@online.be
http://www.vvog.be



Preventie van baarmoederhalskanker

Wat u moet weten over baarmoederhalskanker

Deze brochure bevat informatie over baarmoederhalskanker, een ziekte die kan voorkomen worden.
Spreek er over met uw arts, maar ook met uw familie en vrienden.

VVOG
VLAAMSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE vzw
partner voor vrouw & vrouwenarts

2009VAC88