Deelname aan de screening voor baarmoederhalskanker bij vrouwen tussen 25 en 35 jaar in onze praktijk : een praktijkverbeterend project.

Dr. Tine Van der Auwera, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Guido Van Hal, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Dr. Marc Dusauchoit, praktijk De Fontein

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Context

Het baarmoederhalskankerscreeningsprogramma dat de WHO voorstelt zou, indien de correcte doelgroep volledig bereikt wordt, de mortaliteit door baarmoederhalskanker fors doen dalen. Dit lijkt echter in Vlaanderen niet optimaal te gebeuren. Ook in onze praktijk merken we dit op. Er is heel weinig terug te vinden in onze patiëntendossiers over de door gynaecologen uitgevoerde uitstrijkjes, en het algehele gevoel heerst dat de patiënten te weinig deelnemen aan of weet hebben van baarmoederhalskankerscreening. We besloten hier gedurende één jaar praktijkverbeterend rond te werken.

Onderzoeksvraag

Hoe groot is de screeningsparticipatie aan baarmoederhalskankerscreening in onze praktijk bij de vrouwen van 25-35 jaar? Is het mogelijk om op een jaar tijd de deelname aan het screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker bij deze patiënten te verhogen door passief én actief informatie over dit onderwerp aan te bieden in onze praktijk? En aanvullend: kunnen we met behulp van een anonieme vragenlijst redenen in kaart brengen waarom deze groep algemeen te weinig gescreend zou worden?

Methode

We stellen een database op van alle 25 tot 35-jarige vrouwen die de praktijk frequent bezoeken en geen contra-indicaties vertonen voor cervixkankerscreening. Er worden 225 vrouwen geïncludeerd. Door middel van folders in de wachtzaal en het actief aanbieden van informatie door de artsen tijdens consultaties, proberen we de onderzochte groep meer te informeren over de mogelijkheid tot screening van baarmoederhalskanker en hen te stimuleren hieraan vrijwillig deel te nemen (hetzij bij de HA, hetzij bij de gynaecoloog). We berekenen na een jaar de participatiegraad van de betrokken groep vrouwen aan cervixkankerscreening, en vergelijken dit met de participatiegraad van dezelfde groep vrouwen bij het begin van het onderzoeksjaar. Simultaan aan dit onderzoek wordt een anonieme vragenlijst ingevuld door vrouwen die tot dezelfde doelgroep behoren. Deze vragenlijst peilt voornamelijk naar de kennis over het onderwerp, en de voorkeur voor uitvoerder van het uitstrijkje.

Resultaten

Op 1 jaar is de screeningsgraad in onze praktijk gestegen van 37,8 % tot 62,2 % van de 225 vrouwen van de doelgroep. Dit ook voor een groot deel door meer documentatie in onze dossiers van uitstrijkjes die uitgevoerd werden bij de gynaecoloog. Het aandeel van de laatste correct uitgevoerde uitstrijkjes dat in deze doelgroep door een van de huisartsen werd afgenomen, is op 1 jaar gestegen van 7 naar 20 %. Vele patiënten geven aan een lichte voorkeur te hebben voor vrouwelijke uitvoerders.

Conclusie

Informatie aanbieden over cervixkankerscreening lijkt, in onze praktijk, de jongste groep patiënten te helpen om hier actiever aan deel te nemen.

Inhoudsopgave

LIJST MET AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN **4**

INLEIDING **5**

LITERATUURONDERZOEK **7**
1. Methodologie van het literatuuronderzoek *7*
2. Wat is baarmoederhalskanker *7*
3. Preventie van Baarmoederhalskanker *9*
Primaire preventie: vaccinatie 9
Secundaire preventie: screening 9
4. Wat is de rol van de HA in deze screening *14*
5. Deze masterproef *15*

DOELSTELLING **18**
Onderzoeksvragen *18*
Doelstelling van het onderzoek *18*
Ideaal te verwachten resultaten *18*

METHODE **19**
1. Studiedesign *19*
2. Patiëntenpopulatie *19*
3. Interventie *20*
4. Onderzoek *21*
5. Resultaten verwerken *22*
6. Vragenlijsten *23*

RESULTATEN **24**
1. Resultaten van de voormeting *24*
2. Resultaten van de eindmeting *24*
3. Vergelijking *25*
4. Resultaten van vragenlijsten *30*

DISCUSSIE **33**

BESLUIT **38**

BRONVERMELDING **41**

Bijlage 1 : Goedgekeurd protocol van de studie **42**

Bijlage 2 : Goedkeuring ethisch comité **45**

Bijlage 3 : Opt-out formulier **46**

Bijlage 4 : Patiëntenbrief **46**

Bijlage 5 : Vragenlijst + toestemmingsformulier **47**

Bijlage 6 : Informatiefolder voor de wachtzaal **49**

Bijlage 7 : CV van de onderzoekers **49**

LIJST MET AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN

AIS	adenocarcinoma in situ
ASCUS	atypische squameuze cellen van onbekende betekenis
CIN	cervicale intra-epitheliale neoplasie
CIS	carcinoma in situ
CvKO	centrum voor Kankeropsporing
DNA	desoxyribonucleïnezuur (desoxyribo nucleic acid)
EBM	evidence based medicine
GMD	globaal medisch dossier
Health One	het softwareprogramma dat wij op de praktijk gebruiken om de patiëntendossiers te beheren
HA	huisarts
HAIO	huisarts in opleiding
HIV	humaan immunodeficiëntievirus
HPV	humaan papillomavirus
hrHPV	high risk HPV
ICHO	interuniversitair centrum voor huisartsen opleiding
KCE	Federaal kenniscentrum (centre d'expertise) voor de gezondheidszorg
MP	masterproef
NHG	Nederlandse huisartsen genootschap
OAC	orale anticonceptie
PAP-smear	Papanikolaou-smear
PAP-test	Papanikolaou-test
Pubmed	een database met referenties en beschrijvingen van biomedische tijdschriftartikelen en literatuur. Het is vrij toegankelijk via internet (http://www.ncbi.nih.gov/PubMed)
RCT	randomised controlled trial of gerandomiseerd onderzoek met controlegroep
SOA	seksueel overdraagbare aandoening
WHO	world health organisation

INLEIDING

Baarmoederhalskanker is een van de belangrijkste vrouwelijke kankers in België en op wereldvlak een van de dodelijkste [1,2] Jaarlijks sterven er in de wereld zo'n 270.000 vrouwen aan deze kanker. [2,7] In Vlaanderen alleen al zijn dat er jaarlijks gemiddeld 100. [1] Men zou dus verwachten dat deze kanker, vooral onder de vrouwelijke patiënten, goed gekend is. Maar niets is minder waar. Hoewel kanker de laatste jaren een goed besproken onderwerp is (nieuwe behandelingen tegen kanker, fondswerving voor onderzoek, screening naar kanker,…), lijkt het alsof baarmoederhalskanker de trein wat gemist heeft. En dat ondanks het feit dat het een van de gemakkelijkste is in preventie. [2]

Sinds lange tijd is geweten dat het HPV aan de basis ligt van nagenoeg alle cervixcarcinomen. Na de infectie volgt de evolutie tot een carcinoom verschillende stadia. Dit duurt gemiddeld 10 jaar. Deze stadia zijn histologisch gemakkelijk te herkennen, en worden CIN-laesies genoemd. Indien deze laesies vroegtijdig ontdekt en behandeld worden, kunnen we de evolutie naar baarmoederhalskanker verhinderen. Maar aangezien de voorstadia van cervixkanker vaak asymptomatisch blijven, is screening ernaar hoogstnoodzakelijk. Screening naar baarmoederhalskanker focust zich dan ook vooral op het terugvinden en benoemen van histologische afwijkingen, en/of het opsporen van HPV infecties. Zo kunnen patiënten met premaligne letsels sneller worden geïdentificeerd, en vroeger en dus minder invasieve behandeling starten. Aangezien alle vrouwen vanaf 25 jaar wordt aangeraden deze screening om de drie jaar te laten herhalen, en dit onderzoek snel en eenvoudig is, zou, in de ideale wereld, de sterfte door deze kanker dus drastisch moeten kunnen worden gereduceerd.

We leven echter niet in een ideale wereld. De deelname aan de screening is verre van optimaal, zelfs in veel ontwikkelde landen. Zeker ook in België en Vlaanderen. [1] Zelfs na het opstellen van een richtlijn voor Vlaamse huisartsen, én het opzetten van een campagne door de Vlaamse overheid, zien we dat onvoldoende vrouwen in Vlaanderen correct worden gescreend. [1,3,4] Ligt dat aan de bestaande screeningsmethode? Ligt het aan de laksheid van de Vlaamse huisartsen en gynaecologen? Ligt dat aan het gebrek aan informatie hieromtrent bij patiënten? Of kunnen we de schuld doorschuiven naar de Vlaamse overheid? Waarom gaat het er in Nederland zoveel beter aan toe?

Ook in onze praktijk lijkt het alsof de opkomst voor screening van baarmoederhalskanker veel lager is dan voor bijvoorbeeld borst- en darmkanker. Toen ik een aantal jaar geleden stage volgde op deze praktijk, werd dit door de artsen reeds aangehaald als een hekel punt. Nu, drie

jaar later, blijft dit probleem bestaan. Gedurende mijn eerste HAIO-jaar in deze praktijk begon ik mij meer en meer in te werken in de dossiers. Ik merkte al snel dat er in de dossiers een systeem bestaat met alarmbelletjes om een opkomende screeningsdatum tijdig te melden. Dit zou de artsen toch moeten helpen? Maar de alarmen voor cervixkanker stonden bij veel vrouwen nog op. Dit in tegenstelling tot de alerts voor borst- en darmkanker, waardoor we er zeker niet vanuit kunnen gaan dat dit alarmeringssysteem bij de artsen onvoldoende gebruikt of gekend zou zijn. Een duidelijke reden voor dit probleem valt niet meteen te bedenken. De artsen vermoeden wel dat de opkomst voor deze screening laag is, en dat er door patiënten weinig naar wordt gevraagd. Dit is dus een belangrijk werkpunt voor de praktijk.

Rol van de HA

De huisarts heeft over het algemeen een belangrijke rol in het geven van informatie. Dat is door iedereen geweten en wordt algemeen verwacht van een goede huisarts. Maar bij het informeren over screening is zijn rol zowaar nog belangrijker, aangezien het hier gaat over een interventie alvorens het gezondheidsprobleem zich presenteert. [1,5] Patiënten die weleens bij de gynaecoloog langsgaan worden daar meestal geïnformeerd over cervixkankerscreening. Maar dat zijn uiteraard lang niet alle vrouwen van de doelgroep. Aangezien 80 % van de vrouwen wel minstens jaarlijks de huisarts consulteert, is die laatste dus de beste persoon om de rest van de doelgroep hierover actief te informeren. [1,6] Het uitstrijkje in de huisartspraktijken aanbieden kan de drempel voor screening in deze doelgroep eventueel ook verlagen. Op die manier kan een huisarts de screeningsgraad mee helpen opkrikken.

Met deze masterproef willen we…

Met deze masterproef willen we een gestructureerd praktijkverbeterend project opzetten rond baarmoederhalskankerscreening. We willen vooral het algemene gevoel over de aanpak van deze screening binnen de praktijk bij de vier artsen verbeteren, en dus een voldoende hoge screeningsgraad bereiken. Aangezien reeds vooraf vermoed werd dat deze zeer laag zou zijn, moet de aanpak vermoedelijk drastisch veranderen. Het mag echter allemaal niet te tijdrovend zijn. We willen niet dat het bij dit eenjarig project blijft. Het is de bedoeling om een eventueel positieve trend, zonder al te veel extra inspanning, te kunnen blijven nastreven. Ook na deze masterproef.

LITERATUURONDERZOEK

1. Methodologie van het literatuuronderzoek

Aangezien het niet de bedoeling was een systematische review te creëren, maar eerder om het onderwerp van deze masterproef te verduidelijken, werd dit geen systematische trapsgewijze zoektocht naar literatuur.

Eerst en vooral werd informatie gevonden door gebruik te maken van de huidige richtlijnen voor huisartsen rond cervixkankerscreening. Het gaat dan over de Belgische Domus Medica richtlijnen en de Nederlandse NHG-standaarden. Via de bronvermelding van de Belgische richtlijnen werd doorgeklikt naar EBM practice net en de website 'huisarts.nu', en op deze laatste werd een artikel geraadpleegd. Voor aanvullende informatie werd het handboek gynaecologie van de masteropleiding aan de Gentse Universiteit bovengehaald.

Populatiecijfers in Vlaanderen werden teruggevonden op de website van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Daar was het jaarrapport 2015-2016 van het CvKO te raadplegen, en zelfs meer exacte informatie per regio. Voor mondiale gegevens werd vooral de website van de WHO geraadpleegd, en het laatste KCE-rapport opgezocht. In de les over kankerscreening van de specialisatie-opleiding huisartsgeneeskunde aan de Gentse Universiteit werd gezocht naar aanvullende informatie, maar deze baseerde zich vooral op de eerdergenoemde KCE en de WHO gegevens. Op de WHO-website stond een artikel vermeld van Wilson en Jungner in verband met criteria voor screening, dat via Pubmed werd opgezocht. Aanvullend werden op de ICHO-website andere thesisonderzoeken rond dit onderwerp gelezen. In hun bronvermelding kwamen nog enkele interessante artikels aan bod. Ook de website 'huisarts en wetenschap', de 'American Cancer Society' en de Cochrane Database.

Tot slot werden de hiaten voor dit literatuuronderzoek aangevuld door artikels via Pubmed te raadplegen met als meshtermen: 'screening', 'HPV', 'self-sampling', 'cervical cancer', 'cervical cancer screening', 'papillomavirus infections', 'PAP smear' of 'participation'.

2. Wat is baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker is een kwaadaardige vorm van celdysplasie in de baarmoederhals of cervix. Pas in het finale stadium van dysplasie spreken we van een carcinoom. De voorstadia van een cervixcarcinoom geven zelden of nooit symptomen. Maar naarmate de ontwikkeling ervan toeneemt kan abnormaal intermenstrueel of post-coïtaal bloedverlies optreden, tot zelfs etterig verlies, pijn, lymfoedeem in de benen en urinaire klachten of stoelgangstoornissen.[7,8]

Baarmoederhalskanker maakt 10% van alle kankers uit wereldwijd, [7] en 3% van alle vrouwelijke kankers in België. [1] Het is na borstkanker een van de meest voorkomende kankers bij de vrouw. [7] Wereldwijd worden jaarlijks rond de 500.000 vrouwen gediagnosticeerd. [2] In West-Europa is dat per jaar ongeveer 10/100.000. [1,7]

Tijdens de **ontwikkeling** van baarmoederhalskanker wordt het cervixweefsel meer en meer dysplastisch. Deze dysplasieën worden ingedeeld in verschillende stadia van ontwikkeling, de CIN-laesies genoemd. In volgorde van dysplasie spreekt men over een CIN I, CIN II en CIN III. De evolutie tot een CIS is echter niet onvoorwaardelijk. Het merendeel van deze laesies geneest zelfs spontaan. Maar welke dit zijn valt niet precies te voorspellen. [1] Hoe laaggradiger het letsel en hoe jonger de vrouw, hoe meer kans op spontane regressie. [1,2,7,8,9]

Hoewel men initieel dacht dat het **ontstaan van baarmoederhalskanker** een spontaan of erfelijk fenomeen moest zijn, werd in de jaren '80 voor het eerst de hypothese geformuleerd dat het HPV hier iets mee te maken heeft. [7] Er wordt op heden zelfs aangenomen dat zo goed als alle cervixdysplasieën en kankers door dit virus veroorzaakt worden. [1,2,7,8] Omgekeerd evolueert slechts 20 % van alle HPV infecties tot dysplasie of kanker. [1,8] De overgrote meerderheid van de infecties verdwijnt immers binnen de 6 à 18 maanden, en dit aandeel is nog groter bij jongere vrouwen. [2,3,7] Men ontdekte reeds verschillende types HPV. De laagrisico types zijn niet oncogeen, en veroorzaken eerder genitale wratten of hoogstens dysplasieën tot een CIN II. In 99,7 % van de hooggradige CIN III-laesies en de CIS worden echter hoogrisico types van het virus teruggevonden. Het zijn dus enkel deze hrHPV infecties die kanker veroorzaken. [1] Ook dit is niet onvoorwaardelijk, slechts 1 à 2 % van de besmettingen met een hoogrisico HPV-type evolueren, zonder interventie, naar een carcinoom. [1,2,8] Er zijn op dit moment een 15-tal hrHPV types gekend, maar de meest bekende zijn HPV16 en HPV18. Zij worden in meer dan 70 % van de baarmoederhalskankers teruggevonden. [7,8] De tijd tussen een besmetting met een hrHPV en het ontstaan van lichte dysplasie is niet groot, maar het duurt gemiddeld nog 10 jaar voor hieruit dan een CIS ontstaat. [1,2,8] Bij rokers, langdurig gebruik van OAC, een lage immuun status of een hoge pariteit kan deze evolutie sneller zijn. [2,8] Het HPV-virus is seksueel overdraagbaar, soms zelfs gewoon via intiem huidcontact. 80% van de Belgische vrouwen zal ooit worden blootgesteld aan een HPV infectie, en het wordt zelfs beschouwd als de meest prevalente SOA ter wereld. [2,7,8] De hoogste incidentie ligt tussen de leeftijd van 20 en 24 jaar [3]. Dragen van een condoom zou dus bescherming bieden tegen baarmoederhalskanker. Niet alleen omdat het de kans op overdracht van het oorzakelijke virus verkleint, maar ook omdat herhaaldelijke besmetting met een hrHPV de progressie van een CIN-laesie stimuleert. [2,7,8]

Baarmoederhalskanker is op wereldvlak een van de **dodelijkste** kankers bij vrouwen. [2] De gemiddelde vijfjaarsoverleving wordt geschat op 65 %[1], en wordt fors minder eens een carcinoom uitgezaaid is. [7,8] Jaarlijks sterven ongeveer 270.000 vrouwen aan de gevolgen van deze kanker, en 85 % van deze vrouwen komen uit de ontwikkelingslanden. [2,7] In Vlaanderen zijn dit jaarlijks iets meer dan 100 vrouwen. [1]

3. Preventie van Baarmoederhalskanker

De laatste 30 jaar is de incidentie en mortaliteit ten gevolge van cervixkanker in ontwikkelde landen gedaald, en dit vooral door toegenomen screening en behandeling ervan. Op 3 december 2015 lanceerde de WHO de huidige richtlijnen rond cervixkanker. Navolgen van deze richtlijnen zou voor vele vrouwen het verschil tussen leven en dood kunnen betekenen.[2] Het is een van de gemakkelijkste kankers in preventie. Dit kan op twee manieren gebeuren: vaccinatie tegen het oorzakelijke HPV, of screening naar precancereuze letsels.

Primaire preventie: vaccinatie

Er bestaat sinds 2007 een vaccin tegen HPV. [7] Het zou de immuniteit tegen dit virus verhogen en dus bescherming kunnen bieden tegen een HPV infectie alsook tegen premaligne laesies die zouden ontstaan na besmetting. [1] De huidige vaccins beschermen echter enkel tegen hrHPV type 16 en 18[2]. [1,2,3,7] Maar immunisatie tegen deze twee types zou reeds een reductie van 70% de cervixcarcinomen kunnen veroorzaken. [2,7] Het vaccin zou echter niet beschermen tegen een adenocarcinoom, noch als therapie gebruikt kunnen worden voor reeds aanwezige HPV-infecties of hooggradige CIN-laesies. Het blijft daarom nodig om, zelfs na vaccinatie, veilig te vrijen én deel te nemen aan screening. [1,2,3,4,5,7,8] Dit ook aangezien het vaccin nog niet lang genoeg bestaat voor evaluatie van de effecten op lange termijn. [1] Het te verwachten effect van dit vaccin zou het grootst zijn bij meisjes die nog niet seksueel actief geweest zijn. [1,2,8] Daarom biedt de Vlaamse overheid het sinds schooljaar 2010-2011 jaarlijks én gratis aan voor alle meisjes vanaf het eerste jaar van het secundair onderwijs. [1]

Secundaire preventie: screening

Voorstadia van cervixkanker vertonen zelden symptomen. Daarop wachten zou dus geen slimme zet zijn in de preventie. Maar door cervixcelmateriaal op bepaalde tijdstippen te

[1] Plaveiselcelcarcinomen maken 80% uit van de cervixcarcinomen. De minder frequente adenocarcinomen (10%) hebben een nog ongunstigere prognose. [7,8]
[2] 'Cervarix' beschermt tegen hrHPV16 en 18 / 'Gardasil' beschermt aanvullend ook tegen HPV6 en 11, de voornaamste verwekkers van genitale wratten. [7]

onderzoeken, kunnen we de gemakkelijk histologisch herkenbare voorstadia van een CIS veel vroeger ontdekken. Vrouwen regelmatig screenen op deze manier kan leiden tot snellere en minder invasieve behandeling, en dit kan de sterftecijfers van cervixkanker verlagen.
Om tot een goede kankerscreening te behoren, moet een screeningsonderzoek aan bepaalde voorwaarden voldoen. Het moet om een belangrijk gezondheidsprobleem gaan waarvan het natuurlijk verloop goed gekend is. Er moet een herkenbaar latent of vroeg ziektestadium zijn en er moet een test voorhanden zijn om dit te diagnosticeren. De voorgestelde test moet aanvaardbaar zijn voor de patiënten, er moet duidelijkheid zijn over wat de strategie is bij een afwijkend resultaat en er moet een behandeling bestaan voor de afwijking. De screening mag niet eenmalig zijn, en tot slot moeten de kosten-baten aanvaardbaar zijn voor de maatschappij. Deze voorwaarden zijn bij cervixkankerscreening allemaal vervuld. [1,2,7,10]

Welke screeningstesten zijn er voorhanden?

De cytobrush is de meest gebruikte tool voor het afnemen van cervixweefsel voor onderzoek. De uitvoering is eenvoudig en er is geen ingewikkelde apparatuur of jarenlange ervaring voor nodig. Om cervixweefsel te bekomen wordt een speculum in de vagina gebracht, en wordt met een speciaal borsteltje, de cytobrush, wat celmateriaal van de cervix verzameld. Normaalgezien verloopt dit onderzoek pijnloos, en het duurt hoogstens enkele minuten. [7,8] Meestal zijn het gynaecologen of huisartsen dit dit onderzoek uitvoeren, maar zelfs praktijkassistenten zouden dit kunnen leren. [1,8]

Pap-smear of het uistrijkje

Het afgenomen celmateriaal wordt in een fixatievloeistof gedompeld en zo opgestuurd naar het labo voor verder onderzoek. [5] Met behulp van een microscoop wordt dit celmateriaal dan onderzocht, en wordt aan de hand van de cytologische kenmerken bepaald of het resultaat normaal of afwijkend is. Dit onderzoek naar afwijkingen van de cellen van de cervix wordt een uitstrijkje of een PAP-smear genoemd. [7,8] In België is dit onderzoek de standaard voor baarmoederhalskankerscreening. [1]

HPV-DNA test

Op het afgenomen materiaal van de cervix kan anderzijds ook gezocht worden naar een HPV infectie, en kan men in dat geval een HPV-typering uitvoeren. Sinds kort is er ook een zelftest voor HPV opsporing voorhanden, waarbij de patiënt zelf vaginaal een borsteltje inbrengt. Op dit materiaal kan dan evenwel enkel HPV testing gebeuren, geen cytologie. Hoewel het afgenomen materiaal vaak onvoldoende geschikt is voor onderzoek, en de HPV test op een uitstrijkje dus nog steeds sensitiever is, biedt deze zelftest vooral het voordeel dat de drempel

voor vrouwen, vooral zij die onvoldoende deelnemen aan deze screening (tijdsgebrek, gene,…), verlaagd wordt. [7,8,11,12] Wanneer een zelftest kit wordt opgestuurd naar de vrouwen thuis, zien we dat de participatiegraad nog stijgt. [11]

Primaire HPV testing wordt op dit moment in België niet standaard uitgevoerd. [1,7] Niet alle HPV infecties leiden immers tot dysplasie van de cervix, en als ze dat wel doen, is dit vaak pas na een bepaalde periode. [2,3] Primaire infecties met een hoogrisico HPV opsporen kan nuttig lijken aangezien deze teruggevonden worden in nagenoeg alle cervixcarcinomen, maar wordt evenmin standaard uitgevoerd. Slechts 2 % van deze infecties zal immers evolueren tot een carcinoom, en dit dan over een periode van 10 jaar waarin opvolging van cytologie een veel betere voorspeller is voor de evolutie. Bovendien overschatten vele patiënten het risico op kanker bij een HPV-besmetting, en het zou dus onnodige ongerustheid en psychologische druk veroorzaken. [1,5] HPV testing wordt voorlopig in België enkel als aanvullende test gebruikt bij een (hooggradige) afwijking op PAP-smear[3] om een mogelijke risico-inschatting te maken. Het wordt tot op heden ook niet terugbetaald. [1,3,4]

Wat met afwijkend resultaat van screening?

Voorafgaand aan het uitvoeren van het onderzoek moet met de patiënte besproken worden wat de gevolgen zijn van een afwijkend resultaat. Als er op een PAP-smear geen afwijkingen gevonden worden, wordt aangeraden het uitstrijkje drie jaar later te herhalen. [1] Bij een afwijkend resultaat moet, afhankelijk van de gevonden cytologische afwijkingen, volgens een vooropgesteld schema adequaat gereageerd worden. Aanvullende HPV-typering wordt aangeraden vanaf een ASCUS-letsel. Pas als hierbij hooggradige HPV-types gevonden worden, of als er bij het begin een hooggradige afwijking gevonden wordt, is een colposcopie en bioptafname nodig voor specifieker onderzoek. [1,3,7] Bij biopten kan men immers ook de weefselstructuur onderzoeken, wat op de losse cellen van een uitstrijkje niet lukt. [7] Bij duidelijke histologische afwijkingen wordt dan afhankelijk van de ernst van de dysplasie eventueel een conisatie uitgevoerd. 95 % van de via deze strategie uitgevoerde behandelingen van de voorstadia van cervixkanker zijn succesvol. [7]

Wat is de sensitiviteit en de specificiteit van de screening?

Een PAP-smear op cervixmateriaal heeft slechts matige sensitiviteit. De kans op vals negatieve resultaten is 1/10 [4] [1], en het zijn vooral de laaggradige CIN-laesies die gemist worden. Maar

[3] Volgens [1] pas vanaf een hooggradig letsel (CINIII of CIS), bij [3] reeds vanaf ASCUS resultaten
[4] dit kan, afhankelijk van het labo, variëren tot 30%. [7]

door de test na een tijdje te herhalen (wat verantwoord is door de trage evolutie van premaligne letsels) kunnen we de sensitiviteit ervan, ook voor deze laaggradige laesies doen stijgen. [1] Daarentegen is het wel een zeer specifieke test (94 %). [4] De hoeveelheid vals positieve resultaten, en dus onnodige ongerustheid en behandeling, is dus klein. [1]

Een HPV-DNA-test is aanzienlijk sensitiever dan een (zelfs herhaalde) PAP-test om CIN-letsels van een lagere graad op te sporen (96 %). Zo goed als alle vrouwen met een CIN-laesie zijn immers geïnfecteerd met het HPV. [3,8,13] Maar de test is minder specifiek (91 %) want hij spoort enkel het virus op, niet de precancereuze letsels. [3,8,13] Dit zouden dan in 80 % van de gevallen regressieve infecties zijn (en dus nog meer bij de groep jongste vrouwen), wat onterecht enorme ongerustheid zou zaaien. [1,3,7,8]

Het combineren van de 2 screeningstesten zou voor laaggradige letsels de sensitiviteit en specificiteit doen stijgen. [3] In België wordt de HPV-DNA test voorlopig enkel aanvullend aan de PAP-smear gebruikt. [1,3,5] In een aantal landen wordt HPV testing wel standaard bij een PAP-smear uitgevoerd om de sensitiviteit van deze laatste te verhogen, of wordt het zelfs als eerste test uitgevoerd, waarna enkel vrouwen met afwijkend resultaat een cytologie moeten laten uitvoeren. [3,6,8,9] Deze laatste screeningsstrategie zou de kosten remmen, de participatie verhogen (zeker met de zelftest), effectiever zijn, en zou in België jaarlijks 240 cervixcarcinomen en 95 doden kunnen vermijden. [3] Nederland doet dit sinds 2016, en de mortaliteit is er merkelijk lager dan in België. [3,6,8]

Wat is het gevolg op morbiditeit en mortaliteit?

Het is moeilijk om gerandomiseerde studies op morbiditeit en mortaliteit uit te voeren met betrekking tot cervixkankerscreening. Het uitvoeren van een uitstrijkje doet immers zodanig positieve resultaten vermoeden op deze harde eindpunten, dat het onthouden ervan in de controlegroep ethisch onverantwoord zou zijn. [1] Het effect op mortaliteit en morbiditeit wordt daarom geschat via case control studies en mortaliteitsstudies en niet via RCT's. [2]

Driejaarlijks bij patiënten een uitstrijkje laten uitvoeren én adequaat reageren bij afwijkende resultaten, vermindert de morbiditeit en mortaliteit van cervixkanker met minstens 80 %. Dit heeft echter wel als voorwaarde dat screening op een georganiseerde manier gebeurt. [1,2] In Nederland lukt dit, en is er een forse daling in morbiditeit en mortaliteit de laatste jaren.[5] [8] In België doen we echter eerder aan opportunistische screening. Voornamelijk doordat er geen duidelijkheid bestaat over wie verantwoordelijk is om deze screening te controleren (overheid,

[5] In Nederland wordt de huisarts verantwoordelijk gesteld. De uitstrijkjes gebeuren 3-jaarlijks. Sinds 2016-2017 wordt eerst enkel getest op hr-HPV. Pas indien de infectie positief is, wordt een uitstrijkje uitgevoerd. Bij cytologische afwijkingen wordt de vrouw naar de gynaecoloog gestuurd, bij normale cytologie wordt deze herhaald na 6maand. Aanvullend worden indicatieve uitstrijkjes uitgevoerd bij vaginale symptomen of bij zichtbare afwijkingen van de cervix. [6,8]

huisarts, gynaecoloog of patiënt). Maar zelfs in Vlaanderen zien we desondanks de laatste decennia een daling van de incidentie en de mortaliteit van baarmoederhalskanker. [1,3]

Wat zijn de risico's, contra-indicaties en nadelen aan deze screening?

Een macroscopisch verdacht letsel is een contra-indicatie om een uitstrijkje uit te voeren. Deze letsels worden beter meteen via colposcopie door de gynaecoloog onderzocht. [1,8] Bij een totale hysterectomie is een uitstrijkje nutteloos. [1] Aanvullend kunnen de testresultaten beïnvloed worden door menstruele bloedingen, zwangerschap, vaginale infecties, het gebruik van vaginale medicatie, ernstige genitale atrofie of radiotherapie. Ook cervicale manipulatie door een vaginaal toucher vlak voor het uitstrijkje, een uitstrijkje minder dan zes weken geleden, of cervixchirurgie minder dan drie maanden geleden, kunnen zorgen voor valse resultaten. In deze gevallen wordt het uitstrijkje liever uitgesteld tot een later moment. [1]

De nadelen van het onderzoek beperken zich tot ongemak en de kans op lichte bloeding nadien. Er bestaat altijd een kans dat een resultaat vals positief is en dus onterecht leidt tot ongerustheid, en een kleinere kans dat een resultaat vals negatief is en dus valselijk geruststelt. Aangezien niet alle infecties of dysplasieën in carcinomen zullen evolueren, is het realistisch te stellen dat een aantal vrouwen onnodig behandeld worden. Ook de kostprijs van verder onderzoek kan een nadeel zijn. Maar goede communicatie voorafgaand aan de uitvoering van een uitstrijkje kan ontevredenheid van patiënten verminderen. [1]

Wie wordt gescreend?

Voor cervixkankerscreening is geen subgroep gekend die eerst of intensiever moet gescreend worden dan de rest. De populatie aflijnen gebeurt louter op basis van leeftijd, aangezien het risico op ontaarding toeneemt wanneer de leeftijd stijgt. De enige mogelijkse subgroep waarop screening intensief gefocust moet worden bestaat uit de mensen die op heden onvoldoende gescreend zijn. [1,2] De startleeftijd verschilt van land tot land. [1,2,8] De screening in België wordt aangeraden voor alle vrouwen van 25 tot 64 jaar die ooit seksueel actief waren[6]. Screenen in de jongere groep, waar meer HPV-infecties en precancereuze letsels vaker vanzelf genezen, zou onvoldoende effect hebben op de mortaliteit. [1,5,7] Voorlopig wordt in België geadviseerd om elke drie jaar een uitstrijkje te laten uitvoeren (vrouwen met HIV jaarlijks)[7]. [1,5,6] Ook hierin ziet men veel variatie tussen verschillende landen. [1,6,8]

Europese screeningsprogramma's leggen een participatiegraad op van 85 %. [4] Maar, zoals

[6] Volgens de WHO zou screening zelfs pas op 30 jaar mogen starten, indien men jongere vrouwen met een voldoende hoog risico daarbij includeert. [2]
[7] Volgens de WHO driejaars-interval voor screening tot 50 jaar, vanaf dan vijfjaars-interval. [2]

reeds aangehaald, is deelname in Vlaanderen nog verre van optimaal. Zelfs na het ontwikkelen van een Domus Medica richtlijn sinds 2011, én het opstellen van een sensibiliseringscampagne van de overheid met uitnodigingsbrieven sinds 2013[8], wordt blijkbaar nog niet de hele doelgroep correct gescreend. [1,3,4] 1,1 miljoen vrouwen zijn onvoldoende of helemaal niet gescreend. [1] Omgekeerd is overscreening in ons land ook geen ongekend fenomeen, en worden er teveel colposcopieën uitgevoerd. Hoewel het een dalende trend is, waren er in 2015 toch nog ruim 25 % van de vrouwen zich te intensief lieten screenen na een uitnodiging van het bevolkingsonderzoek (wat te verklaren is door de vertraging tussen de laboresultaten en het vervolledigen van de database door het CvKO). [3,4] De screeningsgraad[9] in België bedraagt slechts 59 %.[1] De totale dekkingsgraad[10] is 60 %.[3] Dit is te laag. Belgische screening volgt de internationale praktijkrichtlijnen niet, en verloopt nogal opportunistisch. Niemand neemt echt de verantwoordelijkheid op. Vrouwen moeten eigenlijk zelf het initiatief nemen. Bovendien is de huisarts vaak niet op de hoogte van screening die via het bevolkingsonderzoek of de gynaecoloog verloopt. En dan doet Vlaanderen het nog een pak beter dan de rest van België. [1,3,6] In Nederland, waar er een veel duidelijker screeningsprogramma is opgezet, is de screeningsgraad hoger (in 2003 was dit al 60-75 %).[6,8] Het streefdoel van de Vlaamse overheid is om tegen 2020 een totale dekkingsgraad te krijgen van 65 %.[14] Iedere Vlaamse huisarts moet hieraan bijdragen, en zou op vijf jaar tijd tot een screeningsgraad van 80 % moeten kunnen geraken. [1]

4. Wat is de rol van de HA in deze screening

Het aandeel van de huisarts in de afname van uitstrijkjes is laag. In Vlaanderen wordt jaarlijks zelfs een dalende trend opgemerkt. In 2015 werd nog 15,5 % van de uitstrijkjes uitgevoerd door huisartsen (in de rest van België is dat slechts 12,7 %). [1,3,4] De meeste uitstrijkjes worden nog steeds door de gynaecoloog afgenomen. En dat hoewel het een snel en eenvoudig onderzoek is, dat perfect door de eerste lijn kan worden uitgevoerd.

Toch blijft de huisarts een enorm belangrijk kanaal voor de eerste informatie over screening in het algemeen. De meeste patiënten die regelmatig bij de gynaecoloog gaan worden aldaar voldoende geïnformeerd over screening. Het zijn de patiënten die dat zelden of nooit doen waar de huisarts echt het verschil kan maken. Dit door actief informatie te geven, en het screeningsonderzoek aan te bieden. [1,5]

[8] deze uitnodigingbrieven worden enkel gestuurd naar vrouwen die volgens de Vlaamse databanken nog onvoldoende gescreend zijn [4]
[9] screeningsgraad is het percentage van de doelgroep dat zich preventief laat onderzoeken door screening.[14]
[10] dekkingsgraad is het percentage van de doelgroep dat zich preventief laat onderzoeken door screening én de vrouwen waarbij screening gecontraindiceerd is.[14]

5. Deze masterproef

Hoe ziet onze praktijk eruit?

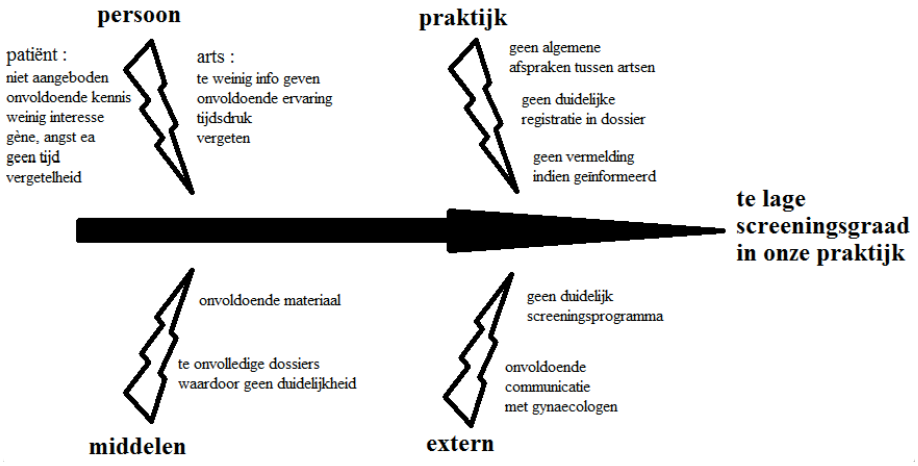
Onze praktijk bestaat uit twee mannelijke huisartsen en een vrouwelijke. Samen met mij als HAIO erbij brengt dat sinds september 2015 het totaal op vier artsen. De samenwerking verloopt zeer goed, maar we hebben sinds 2016 geen secretaresse meer. Afspraken gebeuren via ringfoon. De patiëntenpopulatie is een gemiddelde populatie uit een kleine gemeente. Alle leeftijden en alle lagen van de bevolking zijn vertegenwoordigd. Tijdens consultaties zijn er gemiddeld genomen weinig tot geen taalproblemen aangezien we samen voldoende talen beheersen, en anderstaligen de gewoonte hebben ontwikkeld zo goed als altijd een bevriende tolk mee te nemen. Praktisch gezien zijn er drie consultatieruimten in de praktijk.

Oorsprong van het idee

Zoals reeds vermeld in de inleiding, was het verbeteren van de cervixkankerscreening geen uit de lucht gegrepen onderwerp. Tijdens mijn eerdere stage aldaar werd reeds duidelijk dat de screening niet optimaal verloopt. Het heeft in mijn eerste jaar als HAIO langer geduurd dan ik had verwacht voor ik het eerste uitstrijkje kon uitvoeren, en er was ook niet steeds al het nodige materiaal voorhanden. Na een paar maanden had ik al frequent de vraag gekregen van patiënten om uitleg te geven over bepaalde screeningsonderzoeken, maar cervixkankerscreening hoorde daar niet bij. Na overleg met de andere artsen bevestigden zij het vermoeden dat er weinig aandacht uit ging naar baarmoederhalskankerscreening in de praktijk, waardoor het inderdaad een goed onderwerp zou zijn voor praktijkverbetering.

Brainstormsessie

Cervixkankerscreening in onze praktijk verloopt (net zoals in de rest van België [1,3]) nogal opportunistisch. Pas wanneer de patiënt er zelf naar vraagt, wordt er uitleg over gegeven. En de hoeveelheid patiënten die hier zelf naar vragen is behoorlijk klein. Ook bij niet medisch geschoolde vriendinnen vermelde ik het onderwerp. Al snel bleek dat zij zeer weinig tot niet begrepen wat baarmoederhalskankerscreening juist inhoudt, en waarom het een nuttig onderzoek is. De keuze van de uitvoerder, de startleeftijd en de reactie op de brief van de overheid lagen ook zeer ver uiteen. Tijdens de middagvergaderingen op de praktijk werd het probleem verder uitgespit. De collega's zouden immers ook participeren in het project. De belangrijkste werkpunten worden weergegeven in een visgraat. *(figuur 1)*.



Figuur 1 : stroomdiagram van onze praktijk m.b.t. cervixkankerscreening

Onderzoeksgroep

Door de combinatie van het algemeen overleg binnen de praktijk enerzijds, en eigen ervaring buiten de praktijk anderzijds, besloten we dat de jongste groep een interessante groep zou kunnen zijn om deze masterproef op te concentreren. Zij zijn (indien nog niet zwanger geweest) vaak nog nooit naar de gynaecoloog gegaan, en zouden dus veel informatie kunnen missen indien wij deze als huisarts niet aanbieden. En zelfs als ze enkel naar de gynaecoloog gingen voor zwangerschappen, kunnen zij op dat moment niet gescreend worden.

Het laatste jaarverslag van het CvKO toont dat de leeftijdsgroep 25-35 jaar in 2013 de groep was die meest inging op de uitnodigingen van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Hoewel de participatie door uitnodigingen volgens dit rapport in elke leeftijdscategorie gestegen is in de laatste drie jaar, is de stijging bij deze jongste groep het kleinst, en vertegenwoordigen ze in 2015 zelfs de minst responderende groep. *(figuur 2).*[4] Vergelijken we de cijfers van de CvKO echter met de totale dekkingsgraad voor cervixkanker van deze groep in Vlaanderen, merken we dat zij in 2015 ten opzichte van de andere leeftijdsgroepen nog steeds een hoog screeningspercentage behaalden. Temse, waar onze praktijk gevestigd is, doet het gemiddeld net iets beter dan gemiddeld Vlaanderen. *(figuur 3).* [14]

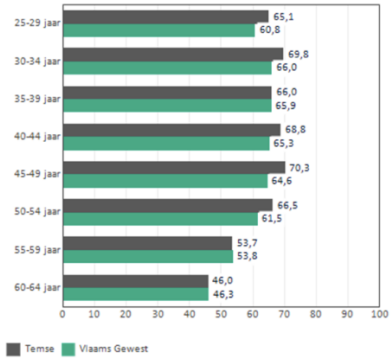
Hoewel de literatuur dus niet doet vermoeden dat dit de groep is met de meest mogelijke winstmarge, is dat volgens ons gevoel in de praktijk anders. Het is een groep die behoorlijk frequent consulteert maar zelden of nooit vraagt naar screening. Ook in de dossiers ontbreekt bij deze groep veel informatie over gynaecologische onderzoeken. Deze vrouwen zijn net ontsnapt aan systematische gardasil-injecties op tienerleeftijd, en hebben vermoedelijk het grootste aandeel wisselende bedpartners. Zij laten zich frequent checken op SOA's, maar HPV hoort daar niet bij.

Tabel 9: Responsgraad per jaar en per leeftijdscategorie

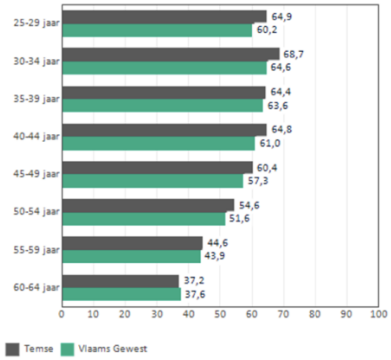
Leeftijdscategorie	2013 (%)*	2014 (%)	2015 (%)
25-29 jaar	21,3	24,0	24,4
30-34 jaar	20,8	23,3	28,2
35-39 jaar	19,6	22,2	28,5
40-44 jaar	18	20,5	29,1
45-49 jaar	15,8	17,8	29,2
50-54 jaar	13,2	15,3	29,6
55-59 jaar	10,2	12,1	30,2
60-64 jaar	8,9	10,6	31
Totaal	**15,2**	**17,6**	**28,4**

* cijfers voor 2013 zijn definitief, cijfers voor 2014 en 2015 worden geüpdatet in volgend rapport

*FIGUUR 3: **Totale dekkingsgraad** (%) per 5-jarenklasse in 2015.*



*FIGUUR 4: **Dekkingsgraad** (%) **door screening** per 5-jarenklasse in 2015.*



Figuur 2 (boven) : responsgraad op uitnodiging van de Vlaamse Overheid voor cervixankerscreening [4]
Figuur 3 (onder) : totale dekkingsgraad voor cervixkankerscreening in Vlaanderen en Temse per 5 jaar [14]

Concrete opzet van de studie

Uit de visgraatanalyse blijkt duidelijk dat zowel het gebrek aan informatie bij patiënten als het gebrek aan volledige documentatie in de dossiers een grote bijdrage heeft in de vermoedelijk lage screeningsgraad voor cervixkanker in onze praktijk. Tijdens het onderzoeksjaar zal dus vooral daarop de focus gelegd worden. Er wordt bestudeerd of we een stijging van de gedocumenteerde screeningsgraad kunnen verkrijgen door lichte aanpassingen door te voeren. Informatie geven en uitnodigingsbrieven sturen lijken immers een goede zet te zijn. [15] Uitstrijkjes zullen dus duidelijker en actiever aangeboden worden in onze praktijk, maar simultaan moeten ook de dossiers beter bijgehouden en aangevuld worden, en de alerts afgevinkt worden indien toegestaan. Bovendien moet telkens genoteerd worden welke patiënten extra geïnformeerd zijn, om te kunnen terugkoppelen naar het effect van informatie.
Het objectiveren van een eventuele stijging in screeningsgraad is geen eenvoudige zaak. Dit impliceert dat deze bij het begin en bij het einde van het onderzoek gestructureerd in kaart gebracht moet worden. Tijdens het jaar werd dus ook zoveel mogelijk nagevraagd aan patiënten of zij reeds gescreend zijn de laatste drie jaar. Het niet ontvangen van gynaecologische screeningsverslagen is immers een enorme bias in de berekening van de screeningsgraad bij aanvang van de studie. Hoe meer de documentatie kan vervolledigd worden, hoe dichter de berekende stijging in screeningsgraad de werkelijkheid zal benaderen.

DOELSTELLING

Onderzoeksvragen

Uit de hieraan voorafgaande uiteenzetting valt het al af te leiden. We vragen ons af hoe groot de screeningsparticipatie is voor baarmoederhalskanker in de groep tussen 25 en 35 jaar in onze praktijk. Maar aangezien we reeds verwachten dat deze ver onder de aanbevolen grens blijft, willen we hier idealiter ook verbetering in creëren. We zullen dus dit jaar meer en actiever informatie geven, meer screening aanbieden, en meer dossiers vervolledigen. Tegen het einde van het onderzoeksjaar maken we dan de balans op. Zo krijgen we een antwoord op de vraag: Is het mogelijk om, door informatie aan te bieden over baarmoederhalskanker aan de patiënten van onze praktijk, al na een jaar de participatie voor baarmoederhalskankerscreening te verhogen? Is het mogelijk om met een kleine kortdurende inspanning van de artsen uit, de documentatie in de patiëntendossiers te verhogen?
Door extra vragen bij het brainstormmoment over wat redenen zijn om niet deel te nemen aan screening, werd aanvullend een vragenlijst opgesteld. Hiermee kunnen we de eindresultaten kracht bijzetten of objectiever beoordelen. Het kan helpen om andere manieren te definiëren om de screeningsgraad in onze praktijk in de toekomst nog meer te verbeteren.

Doelstelling van het onderzoek

Het doel is om in de vooropgestelde groep de participatiegraad voor cervixkankerscreening in onze praktijk in kaart te brengen, en waar het kan, te verbeteren. Door het onderzoek zo min mogelijk tijdrovend en arbeidsintensief te maken voor de artsen, hopen we dat een eventueel stijgende trend in deze participatie- en documentatiegraad op het einde van het onderzoeksjaar, zich zonder al te veel moeite kan doorzetten in de jaren hierop volgend.

Ideaal te verwachten resultaten

We verwachten vooral dat we tegen het einde van het onderzoeksjaar de participatiegraad voor deze screening bij de jongste vrouwen in onze praktijk hebben kunnen verbeteren. Hetzij door een toename van het aantal uitgevoerde uitstrijkjes in onze praktijk, hetzij door een toename van het aantal uitstrijkjes bij de gynaecologen. Anderzijds willen we ook de documentatie van de screeningsgraad in onze dossiers verhogen, onder andere door mondelinge navraag tijdens consultaties. Hopelijk kunnen we een goede springplank creëren om verder op door te werken de volgende jaren.

METHODE

1. Studiedesign

Het gaat om een epidemiologisch onderzoek, een interventionele studie. Dit kleinschalig praktijkverbeterend project loopt gedurende een jaar. Vooraf aan het onderzoek en na afloop wordt het effect van de interventie in kaart gebracht. Er is geen controlegroep.

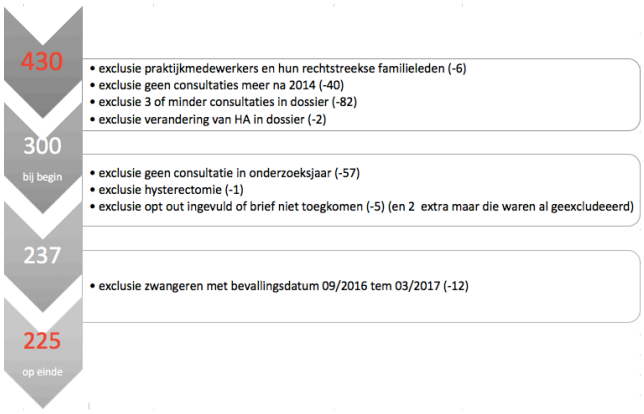
2. Patiëntenpopulatie

We gaan uit van de groep vrouwen in onze praktijk tussen 25 en 35 jaar. Dat is uiteraard enkel de startgroep en er moet nog serieus in gesnoeid worden. Om deze groep van 430 vrouwen, geboren van 1/1/1981 tem 31/12/1990[11], eenvoudiger te kunnen verfijnen, werden ze allemaal opgelijst in Excel. Patiënten met een recent opgemaakt of vernieuwd GMD, of waarbij het dossier van de vorige HA was opgevraagd werden automatisch geïncludeerd. Met uitzondering van praktijkmedewerkers (zoals mezelf en de vrouwelijke collega) en hun directe familie (zus, vrouw of dochter). Die werden als eerste uit de lijst weerhouden omdat zij niet altijd consulteren op de praktijk. Vervolgens werden de overige dossiers een voor een geopend, en wie onvoldoende frequent in onze praktijk consulteerde om tot het onderzoek te kunnen bijdragen werd geschrapt. Dit zijn vrouwen die na 2014 niet meer consulteerden, in totaal hoogstens drie keer consulteerden (zelfs indien dit na 2014 was), of bij wie uit het dossier duidelijk bleek dat zij een andere huisarts hebben (genoteerd in dossier) of recent veranderd zijn van huisarts (niet altijd duidelijk vermeld[12]). Zo bekomen we een groep van 300 vrouwen.

Op het einde van het jaar werd deze lijst nog verder uitgedund. Een reden om geïncludeerde patiënten alsnog uit de studie te weerhouden was het niet consulteren gedurende het hele onderzoeksjaar. Het wordt dan immers moeilijk informatie te geven, en om de screeningsstatus mondeling na te vragen. Eén patiënte met een hysterectomie als contra-indicatie werd uit de lijst geschrapt. Patiënten die een ingevuld opt-out formulier terugbezorgden aan de praktijk, of van wie de brief met het formulier terug bij ons belandde en dus nooit was toegekomen, werden uiteraard ook uit de lijst gehaald. *(bijlage)* Vrouwen die in de loop van het jaar veranderden van huisarts of stierven waren er niet (of niet voldoende duidelijk). De periode van zwangerschap en de eerste 3 maand erna (lactatieperiode), vormen een contra-indicatie voor cervixuitstrijkjes. [1] Ten gevolge hiervan werden, na overleg, tot slot alle vrouwen die bevallen zijn tussen 9/2016

[11] In het protocol (bijlage) gaat het ook over patiënten °1980, maar deze groep was bij het begin van de studie al 36 jaar, en werd bij nader inzien niet geïncludeerd.
[12] De geautomatiseerde GMD's zoals die sinds 2017 bestaan, waarbij meteen duidelijk wordt of de patiënt reeds een GMD afsloot bij een andere huisarts, waren nog niet beschikbaar bij de start van het onderzoek. Deze zijn dus niet gebruikt.

en 12/2016 geëxcludeerd. Dit omdat zij normaliter gedurende het onderzoeksjaar hoogstens drie maanden in aanmerking zouden komen voor screening. Zo kwamen we op een groep van in totaal 225 vrouwen.[13] Het is uit deze groep patiënten dat we resultaten verzamelen. *(figuur 4)*



Figuur 4 : filter van deelnemers en hun exclusiecriteria voor deze masterproef.

3. Interventie

De interventie bestond hoofdzakelijk uit het aanbieden van informatie aan patiënten die op consultatie komen. Voorafgaand werden de dokters van de praktijk op de hoogte gebracht van de bedoeling en de inhoud van de te geven informatie. Al het materiaal voor het uitvoeren van deze screening werd voorzien. Het onderzoek is gestart op 1 april 2016.

Er werden eind maart 2016 vier felroze papieren opgehangen aan de muur van de smalle wachtzaal, op ooghoogte van zittende personen. *(bijlage)* Wachtende patiënten zouden zo gemakkelijk hun oog laten vallen op deze informatie. Met deze affiche werd duidelijk de aandacht van de doelgroep getrokken, en aangemaand om cervixkankerscreening te bespreken met de huisarts. Ze werden wel enkel in het Nederlands opgesteld, maar aangezien slechts een klein aandeel van onze patiënten de taal niet beheerst, en er in die gevallen nagenoeg altijd een tolk meekomt die wel de taal machtig is, leek dit verantwoord.

Simultaan werden er sinds eind maart 2016 folders over cervixkankerscreening beschikbaar gesteld. *(bijlage)* Deze folders lagen eerst op elk consultatiebureau, zodat de arts bij betreffend gesprek er eentje kon meegeven. Maar sinds juni 2016 besloten we deze folders ook in de wachtzaal te presenteren, en konden ze zo meegenomen worden, wat ook frequent gebeurde.

Patiënten die vanaf april 2016 op consultatie zelf vragen stelden in verband met cervixkankerscreening, konden rekenen op duidelijke informatie van eender welke van de vier artsen van de praktijk. Maar de artsen konden ook actief de patiënt hierover aanspreken, en om

[13] Volgens het protocol (bijlage) zouden we nog de nieuwe patiënten van dit jaar includeren. Maar aangezien er van deze vrouwen amper of geen informatie in het dossier zou te vinden zijn van voor 2016, zou dat het gebrek aan documentatie bij het begin van het onderzoek overschatten.

dit nog optimaler te laten verlopen, ben ik rond mei 2016 in het agendasysteem van de artsen (we werken altijd op afspraak) beginnen aanvinken welke patiënten tot de te informeren populatie behoorden. Tijdens consultaties aangaande cervixkankerscreening werd de betreffende dokter verwacht de patiënt te informeren over baarmoederhalskankerscreening, maar ook te vragen wanneer en bij wie hun laatste uitstrijkje (als dat al plaats had gevonden) uitgevoerd was. Al deze informatie werd in het dossier genoteerd, en er werd een duidelijke verwijzing gemaakt in het vakje 'belangrijke opmerkingen', dat men met desbetreffende patiënt hierover had gesproken. Patiënten die door navraag onvoldoende of met onvoldoende zekerheid correct gescreend bleken te zijn, werden hierover geïnformeerd en aangemaand om bij de huisarts of de gynaecoloog een uitstrijkje te plannen. Vrouwen die aangaven een uitstrijkje te willen laten uitvoeren in onze praktijk, kregen nog eens extra uitleg over de praktische kant ervan, en over de gevolgen van een afwijkend resultaat. Nadien werd desgewenst (al dan niet op een nieuwe afspraak) het uitstrijkje uitgevoerd. Er werd duidelijk gecommuniceerd wat de wachttijd tussen het uitvoeren en het ontvangen van de resultaten bedroeg. De resultaten werden opgevolgd door de uitvoerende arts, en bij afwijkingen werd de patiënte in kwestie op de hoogte gebracht, verder opgevolgd of doorverwezen naar de gynaecoloog.

Tot slot werden de opt-outs begin januari[14], na toevoeging van extra vereenvoudigde uitleg, opgestuurd via de post naar de 300 patiënten van bij het begin van het onderzoek. *(bijlage)*

4. Onderzoek

Om de evolutie van de gedocumenteerde screeningsgraad voor baarmoederhalskanker gedurende het onderzoeksjaar te kunnen beoordelen, moeten we deze berekenen bij het begin en op het einde van het onderzoeksjaar voor exact dezelfde patiëntengroep. (figuur 4) Het was dus nodig om alle gegevens van deze patiënten overzichtelijk te noteren en te verwerken. Tijdens het onderzoeksjaar werd, van de 300 initieel geïncludeerde vrouwen, aangeduid in de database wanneer het laatste uitstrijkje gebeurd was en wie dit uitvoerde. Ook werd gecodeerd aangeduid of ze bij het begin van het onderzoek correct gescreend waren, rekening houdend met eventueel versnelde herhalingsschema's[15], en werd gecodeerd aangeduid of het alert nog stond aangevinkt of niet[16]. Op het einde van het onderzoeksjaar gebeurde, na exclusie van een deel patiënten (figuur 4) terug identiek hetzelfde. De codering werd uitgebreid[17]. De informatie die na navraag verkregen werd over niet gedocumenteerde maar toch uitgevoerde uitstrijkjes werd aangevuld,

[14] Anders dan in het protocol (bijlage) gebeurde dit pas begin 2017, maar dat gaf volgens de artsen van de praktijk de patiënten nog ruim voldoende tijd om te reageren.
[15] 0 stond voor 'niet correct gescreend volgens huidige Vlaamse richtlijnen', 1 stond voor 'correct gescreend volgens de huidige Vlaamse richtlijnen'
[16] + voor 'nog niet afgevinkt', - voor 'afgevinkt en dus momenteel correct gescreend'
[17] 0 voor 'niet correct gescreend volgens de huidige richtlijnen', 1 voor 'screening reeds in orde bij het begin van het onderzoek', en 2 voor 'gescreend tijdens het onderzoeksjaar'.

maar er werd dan steeds duidelijk aangeduid dat dit enkel door navraag bij de patiënt bekend geworden was. Tot slot werd de database aangevuld met informatie over zwangerschap en (verwachte) bevallingsdatum en met andere contra-indicaties voor uitstrijkjes tijdens het onderzoeksjaar. Overgescreende patiënten werden aangeduid (uitstrijkje vóór leeftijd van 25 jaar, of frequenter dan driejaarlijks zonder duidelijke reden). En er werd, zoals reeds vermeld, genoteerd of patiënten, volgens het dossier, met een van de artsen over baarmoederhalskanker en de screening hadden gepraat dit jaar.

De cijfers bij het begin van het onderzoek werden nog opgelijst in twee groepen. Enerzijds het aantal patiënten waarvan we op basis van het dossier alleen weten dat ze correct gescreend waren bij het begin, anderzijds het aantal patiënten waarvan we weten dat ze correct gescreend waren bij het begin op basis van dossiers én aanvullend door navraag tijdens het onderzoeksjaar. Deze laatste cijfers benaderen sowieso meer de werkelijke aantallen correct gescreende patiënten bij het begin van het onderzoek.

5. Resultaten verwerken

Om de resultaten van onze interventie in kaart te brengen, moeten de gegevens uit de database i.v.m. het begin van het onderzoek en i.v.m. het einde van het onderzoek vergeleken worden. Uiteraard worden voor deze vergelijking begin- en eindgroep gelijkgesteld, met andere woorden, worden enkel de patiënten gebruikt die bij het einde van het onderzoek ook nog tot de patiëntenpopulatie behoren. Om het overlopen van de resultaten van zo een grote database te vereenvoudigen, werd de bespreking ervan opgedeeld in vier verschillende pijlers. Deze worden dan telkens overlopen en besproken met betrekking tot het begin van het onderzoek, het einde van het onderzoek, en bij het vergelijken van begin en einde van het onderzoek.

Pijler 1 Het aantal correct gescreende patiënten (zowel door de dossiers te doorzoeken, als door navraag).

Pijler 2 Het aantal alerts dat afgevinkt is in de dossiers.

Pijler 3 De keuze tussen huisarts en gynaecoloog voor de uitvoering van het uitstrijkje.

Pijler 4 Het aantal patiënten dat ingelicht werd over baarmoederhalskanker gedurende het onderzoeksjaar.

Deze informatie werd in grafieken gegoten om een overzichtelijker visueel effect te bekomen, en vergelijking eenvoudiger en duidelijker te maken.[18]

[18] De verwerking in grafieken verschilt wel van de voorgestelde verwerking in het protocol (bijlage), maar dit enkel om duidelijke resultaten te bekomen.

Om de resultaten van pijler 1 nog meer kracht bij te zetten, of net te ontkrachten, werd voorgesteld om de uiteindelijk gedocumenteerde screeningsgraad in onze praktijk te vergelijken met de screeningsgraad in werkelijkheid, op basis van de bevolkingsregisters. Jammer genoeg bleken die resultaten, zelfs voor huisartsen, ontoegankelijk te zijn aangezien de patiënten in kwestie bezwaar zouden kunnen aantekenen tegen het delen van deze informatie[19].

Op basis van pijler 4 zouden we, door de uitgebreidheid van de gecreëerde database, kunnen redeneren over de invloed van het geven van informatie op de screeningsparticipatie in onze praktijk. Door een aantal van de mensen die dit jaar gescreend zijn steekproefgewijs op te bellen en hen te vragen welke invloed het geven van informatie in onze praktijk hierop heeft gehad, zouden we ook deze resultaten meer kracht kunnen geven of net ontkrachten.

6. Vragenlijsten

Simultaan met dit onderzoek werd een anonieme vragenlijst uitgedeeld *(bijlage)*. Er wordt met deze vragenlijst gepeild naar de kennis over en interesse voor baarmoederhalskankerscreening, de voorkeur van de patiënt met betrekking tot de uitvoerder van het uitstrijkje, enzovoort.[20] 56 vrouwen van 25 tot 35 jaar vulden tijdens het onderzoeksjaar deze enquête in. Ze hoefden niet gelinkt te zijn aan de praktijk of het praktijkonderzoek, maar aangezien ze vrij beschikbaar waren in de praktijk, zijn in wezen een groot aandeel van de enquêtes ingevuld door vrouwen die ook in de database geïncludeerd zijn. Hoewel deze vragenlijsten werden opgesteld in samenspraak met de collega's, waren ze verrassend vergelijkbaar met die uit twee reeds voorgaande masterproeven. De verwerking tot grafieken werd dus wel geïnspireerd op deze thesisonderzoeken. [16,17] De grafieken werden gemaakt op basis van tabellen in Excel waarin de antwoorden van vragenlijsten werden overgenomen. Initieel was het idee om deze tabellen nog eens op te delen in een leeftijdscategorie onder en boven de dertig jaar, maar dit bleek voor een groot aandeel van de vragen niet voldoende variatie op te leveren, waardoor ze uiteindelijk werden samengevoegd. Vanuit deze vragenlijsten hopen we eventueel antwoorden te creëren op heersende vragen in verband met het screeningsgedrag van de onderzochte groep vrouwen, of terug te koppelen naar de resultaten van het onderzoek.

[19] We zouden wel via 'patiënt health viewer' op Vitalink de gegevens voor cervixkankerscreening van onze praktijk kunnen raadplegen. Dit op voorwaarde dat er 1 maal per jaar een therapeutische relatie vastgelegd is met de patiënt en de ID kaart ingelezen wordt. Zo kunnen we eventueel de machtiging die nodig is voor het inkijken van gegevens van de bevolkingsregisters bypassen. Maar aangezien wij in onze praktijk niet altijd consequent ID-kaarten inlezen, geeft dit voor de doelgroep geen perfect volledige informatie, en zou dit dus weinig toevoegen aan het doel van het onderzoek.

[20] Er werd naarmate het studiejaar vorderde nog gesuggereerd om de vraag in verband met kosten van het uitstrijkje aan te vullen met de opmerking dat een uitstrijkje in principe gratis zou moeten zijn, maar dit werd te laat voorgesteld, het gros van de vragenlijsten was toen al ingevuld.

RESULTATEN

We beschouwen enkel de 225 patiënten die tot de finale onderzoeksgroep behoren. *(figuur 4).*

1. Resultaten van de voormeting

PIJLER 1. Na het doorzoeken van deze dossiers bij het begin van het onderzoeksjaar, waren er 106 van de 225 geïncludeerde patiënten waarbij we resultaten van minstens één uitstrijkje konden vinden. Dit is verassend laag. Voor een correcte screeningsstatus mocht het laatste uitstrijkje hoogstens drie jaar geleden zijn. 21 patiënten voldeden niet aan deze voorwaarde. Slechts **85** van de 225 patiënten waren dus volgens het dossier voldoende recent gescreend. Dit komt neer op **37,8 %.** *(figuur 9 en 10).* Op het einde van het onderzoeksjaar werden de 140 overige patiënten herbekeken. Indien door expliciete navraag, extra info verkregen was over de screeningsstatus bij het begin van het onderzoeksjaar, werd dit in de loop van het jaar genoteerd in het dossier. Zo konden nog **21** extra vrouwen toegevoegd worden aan de voldoende recent gescreende groep. *(figuur 5 en 6).* Dat brengt het totaal op **106** correct gescreende patiënten (of **47,1 %**) bij het begin van het onderzoek. *(figuur 9 en 10).*

PIJLER 2. Het werd snel duidelijk dat geen enkel van de alerts was afgevinkt. Dit alarmeringssysteem werd voor baarmoederhalskankerscreening dus niet gebruikt.

PIJLER 3. Van de 106 correct gescreende patiënten bij het begin, waren er **16** die hun laatste uitstrijkje bij de huisarts lieten uitvoeren. Dat is **7%** van de onderzoeksgroep. *(figuur 12).*

2. Resultaten van de eindmeting

PIJLER 1. Op het einde van het onderzoeksjaar werden de dossiers van de onderzochte vrouwen van maart 2016 tem maart 2017 nog eens doorlopen, om na te gaan wie gedurende dit jaar gescreend werd. Dat bleken er **76** te zijn. Hierbij konden we door navraag nog **6** extra patiënten optellen. Bij die zes vrouwen waren de resultaten van het uitstrijkje niet doorgestuurd via het elektronisch dossier, maar wisten zij zelf te vertellen dat de uitstrijkjes uitgevoerd en normaal waren. Ook deze zes patiënten worden dus op het einde van het onderzoek beschouwd als 'correct gescreend'. Dat brengt het totaal op **82** tijdens het onderzoeksjaar gescreende patiënten. 43 hiervan waren al in orde bij het begin, maar zijn herscreend aangezien het vorige uitstrijkje bijna drie jaar geleden was. De andere 39 waren bij het begin van het onderzoek nog nooit, of niet voldoende gescreend. Als bij deze 82 patiënten degenen zouden opgeteld worden die in het

begin correct gescreend waren, zou het eindresultaat veel te hoog zijn. Ten eerste aangezien er (zoals hierboven vermeld) **43** van hen dit jaar herscreend zijn, en dus bij het begin ook reeds in orde waren. Deze zouden dan onterecht dubbel geteld worden. Ten tweede zijn er uiteraard ook vrouwen die bij het begin wel correct gescreend waren, maar de screening niet of niet tijdig herhaalden, waardoor ze bij het einde niet meer tot de correct gescreende groep mogen gerekend worden. Dit zijn er gelukkig slechts **5**. *(figuur 11).* Een correcte berekening voor het eindcijfer is dus 106 (correct gescreend bij het begin) + 82 (dit jaar gescreend) – 43 (zowel bij het begin in orde als dit jaar herscreend) – 5 (niet meer correct gescreend op einde) wat een totaal van **140** correct gescreende patiënten oplevert op het einde van het onderzoeksjaar. Dit is **62,2 %** van de onderzochte populatie. Dit aantal werd geverifieerd door telling in de database.*(figuur 9 en 10)*

PIJLER 2. In de loop van het onderzoeksjaar werden de alerts duidelijk meer gebruikt. Bij alle correct gescreende patiënten op het eind werd ook het alert afgevinkt door 1 van de artsen. Uiteindelijk was dit dus eveneens **62,2 %.**

PIJLER 3. Van de 82 patiënten die dit jaar gescreend zijn, en die dus opnieuw de keuze hadden tussen huisarts of gynaecoloog, lieten **16** vrouwen hun uitstrijkje bij een van onze artsen uitvoeren (waarvan slechts 3 bij een mannelijke arts en 13 bij een vrouwelijke). De andere **66** gingen hiervoor naar een gynaecoloog.[21] Dus **20 %** van de patiënten waarvan we weten dat ze dit jaar een uitstrijkje lieten uitvoeren, verkoos hiervoor de huisarts *(figuur 12).*

PIJLER 4. In totaal werd bij **75** patiënten in het dossier genoteerd dat zij mondeling door één van de artsen over het onderwerp van de masterproef werden aangesproken of geïnformeerd. En dit zouden er in principe meer kunnen zijn, aangezien in de eerste twee maanden het noteren van deze informatie nog niet systematisch gebeurde.

3. Vergelijking

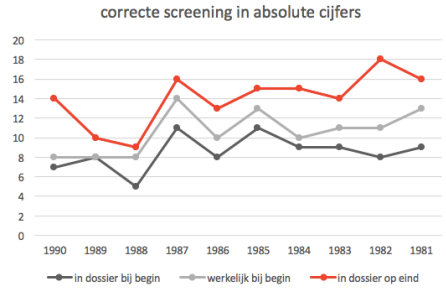
PIJLER 1. De vraag blijft of we door het vergelijken van de screeningsgraad bij het begin en bij het einde van het onderzoek, kunnen besluiten dat er een verhoogde screeningsgraad[22] bereikt is. Om dit te kunnen doen maken we grafieken en tabellen van de berekende screeningsgraad bij het begin van het onderzoek op basis van de informatie in het dossier

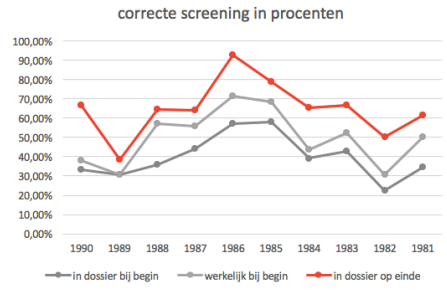
[21] Een onderverdeling maken tussen mannelijke of vrouwelijke gynaecoloog zou geen aanvullende besluitvorming opleveren, aangezien het aantal mannelijke gynaecologen in en in de buurt van Temse enorm klein is.
[22] Het gaat hier weldegelijk over een stijging van de screeningsgraad in onze praktijk, niet om een stijging van de dekkingsgraad (hoewel deze laatste mee zal stijgen). Dit aangezien de vrouwen met contra-indicaties voor screening op voorhand al uit de lijst werden geschrapt, en dus niet geïncludeerd werden in het onderzoek. [14]

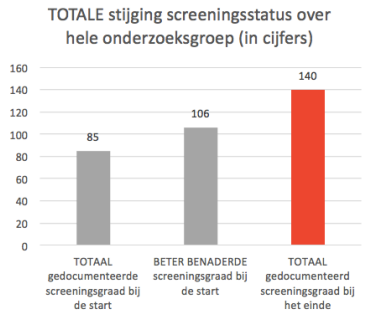
("gedocumenteerde screeningsgraad"), de berekende screeningsgraad door de patiënten die mondeling aangeven correct gescreend te zijn bij het begin van het onderzoek hierbij op te tellen ("beter benaderde screeningsgraad"), en de screeningsgraad die bij het einde van het onderzoek terug te vinden is in het dossier. De tabellen geven het aantal correct gescreende patiënten per leeftijdsgroep weer bij het begin en op het einde van het onderzoeksjaar *(figuur 5 en 6)*. De grafieken geven deze resultaten visueel weer *(figuur 7 en 8)*. In elke leeftijdsgroep is een stijging van de screeningsgraad na één jaar bekomen. Bij twee van deze leeftijdsgroepen wordt zelfs 80 % bereikt, wat het vooropgestelde doel is voor Vlaamse huisartsen op een tijdsspanne van 5 jaar. [1] De staafdiagrammen geven de totale aantallen weer. *(figuur 9 en 10)*.

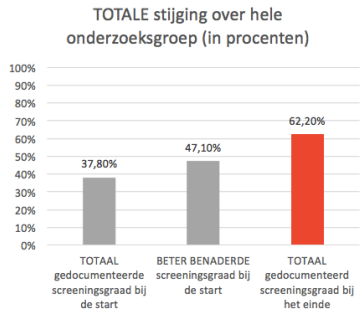
	begin onderzoeksjaar		einde onderzoeksjaar
	gedocumenteerd correct gescreend	na navraag correct gescreend	gedocumenteerd correct gescreend
1990	7	8	14
1989	8	8	10
1988	5	8	9
1987	11	14	16
1986	8	10	13
1985	11	13	15
1984	9	10	15
1983	9	11	14
1982	8	11	18
1981	9	13	16

	begin onderzoeksjaar		einde onderzoeksjaar
	gedocumenteerd correct gescreend	na navraag correct gescreend	gedocumenteerd correct gescreend
1990	33,30%	38,10%	66,70%
1989	30,80%	30,80%	38,50%
1988	35,70%	57%	64,30%
1987	44,00%	56,00%	64,00%
1986	57,10%	71,40%	92,90%
1985	57,90%	68,40%	78,90%
1984	39%	43,50%	65,20%
1983	42,90%	52,40%	66,70%
1982	22,20%	30,60%	50,00%
1981	34,60%	50,00%	61,50%









Figuur 5 (links boven): Tabel per geboortejaar met de absolute cijfers voor correcte deelname aan screening.
Figuur 6 (rechts boven): Tabel per geboortejaar met de procentuele verdeling voor correcte deelname aan screening.
Figuur 7 (links midden): Grafiek per geboortejaar met absolute cijfers voor correcte deelname aan screening.
Figuur 8 (rechts midden):Ggrafiek per geboortejaar met procentuele verdeling voor correcte deelname aan screening.
Figuur 9 (links onder): Totaal aantal correct gescreende patiënten bij het begin en einde van het onderzoeksjaar.
Figuur 10 (rechts onder): Procentueel aantal correct gescreende patiënten bij begin en einde van het onderzoeksjaar.

Uit deze grafieken is dus te besluiten dat de gedocumenteerde screeningsgraad van onze praktijk er in ieder geval op is vooruitgegaan dit jaar. We gaan hierbij van **85** correct gescreende én gedocumenteerde patiënten bij het begin, naar **140** op het einde. Of van **37,8%** naar **62,2%**. Dat is een **stijging van 64,6%**. De geschatte screeningsgraad in de praktijk is ook gestegen. Van **106** correct gescreende patiënten bij het begin van het jaar, naar **140** correct gescreende patiënten bij het einde, dus van **47,1%** naar **62,2%**. Dit is een **stijging van 32,1%**. Dit wil zeggen dat, zelfs met de informatie die we kregen in de loop van het jaar over niet gedocumenteerde maar wel uitgevoerde uitstrijkjes, en na het verhogen van de beginwaarden, we nog steeds tijdens dit onderzoeksjaar een mooie stijging zien van de screeningsstatus in onze praktijk. *(figuur 9 en 10).* Al is bij conclusievorming over deze laatste cijfers voorzichtigheid geboden. Deze waarden zijn hoogstwaarschijnlijk een benadering van de werkelijkheid. Aangezien door onvolledigheid van de dossiers een groot aantal patiënten bij navraag in principe toch tot de correct gescreende groep blijken te behoren, maar lang niet bij alle vrouwen hiernaar werd gevraagd dit jaar, zouden zowel de schatting van de screeningsgraad bij het begin, als die op het einde in werkelijkheid hoger kunnen liggen. Hierdoor kan de vermoedelijke stijging fors verkleinen. Bevolkingsregisters zouden hier uitsluitsel over kunnen geven, maar zoals eerder aangegeven mogen huisartsen deze gegevens niet raadplegen. De resultaten zijn echter groot genoeg om voorzichtig aan te nemen dat er wel degelijk meer aan de screening is deelgenomen dit jaar ten opzichte van vorig jaar.

<table>
<tr><td colspan="2">39 vrouwen waren niet (voldoende) gescreend bij het begin van het onderzoek, maar door zich te laten (her)screenen dit jaar, wel in orde op het einde</td><td>Verbetering door screening</td></tr>
<tr><td colspan="2">80 vrouwen waren niet (voldoende) gescreend bij het begin van het onderzoek, en op het einde nog steeds niet</td><td>Even slecht gebleven</td></tr>
<tr><td rowspan="3">101 vrouwen waren correct gescreend bij het begin van het onderzoek, en eveneens correct gescreend op het einde</td><td>Bij 40 hiervan was geen nieuw uitstrijkje nodig om in orde te blijven, en was dit terug te vinden in het dossier bij het begin van het onderzoek</td><td>Even goed gebleven</td></tr>
<tr><td>Bij 18 hiervan was geen nieuw uitstrijkje nodig om in orde te blijven, maar was dit niet terug te vinden in het dossier bij het begin van het onderzoek</td><td>Verbetering door documentatie</td></tr>
<tr><td>43 hiervan zijn in orde gebleven door herhaling van het uitstrijkje tijdens het onderzoeksjaar</td><td>Even goed door herscreening</td></tr>
<tr><td colspan="2">5 vrouwen die in het begin correct gescreend waren, maar op het einde niet meer</td><td>Verslechtering</td></tr>
</table>

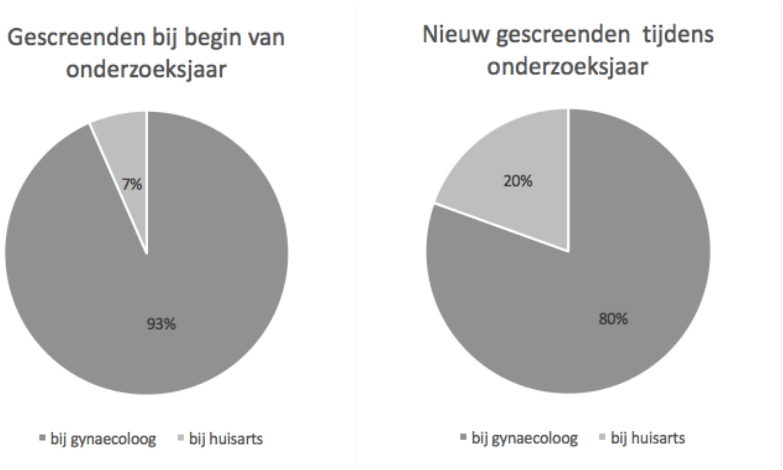
Figuur 11 : Meer gedetailleerde weergaven van screening vóór en na het onderzoeksjaar in absolute cijfers.

Figuur 11 geeft de vergelijking van begin en einde van het onderzoeksjaar nog gedetailleerder weer. We kunnen hierdoor stellen dat ten opzichte van het begin van het onderzoek **57 vrouwen** verbeterd zijn qua screeningsgraad dit jaar, waarvan **18** doordat we meer navraag deden naar

de laatst uitgevoerde uitstrijkjes, en **39** door een nieuw uitstrijkje te laten nemen dit jaar. Deze groep levert de belangrijkste bijdrage voor verbetering van de screeningsgraad in onze praktijk. **83 vrouwen** blijken de screening reeds goed onder de knie te hebben, want zij zijn zowel bij het begin van het onderzoek als op het einde correct gescreend. **43** hiervan lieten zich herscreenen. **80 vrouwen** bleven ogenschijnlijk onverschillig voor screening dit jaar. We kunnen er evenwel niet zomaar vanuit gaan dat zij nog nooit gescreend zijn, want we weten dat bij 76 van deze personen daar dit jaar ook geen navraag naar geweest is. Tot slot kunnen we slechts bij **5 vrouwen** zeggen dat hun screeningsstatus dit jaar minder goed is dan vorig jaar. Dit is hoogstwaarschijnlijk doordat zij niet tijdig herscreend zijn, maar een deel van deze vrouwen zou bij de gynaecoloog herscreend kunnen zijn, zonder dat dit in het dossier terug te vinden is. **Samenvattend** konden, door navraag tijdens consultaties gedurende het onderzoeksjaar, bij het begin van het onderzoek **21** extra vrouwen als correct gescreend beschouwd worden, en tijdens het jaar nog eens **6** vrouwen geïdentificeerd worden die zich lieten herscreenen maar waarvan dit niet in het dossier terug te vinden was. Navraag lijkt dus zeker te helpen om de documentatie te verbeteren.

PIJLER 2. In verband met het aanduiden van de alerts in de dossiers van Health One kunnen we kort zijn. In het begin werden de alerts niet gebruikt, op het einde was bij iedereen die correct gescreend was de alarmbel afgevinkt. Van de vrouwen waarbij nog een alarmpje verschijnt in Health One, zijn we dan ook zeker dat er geen cervixuitstrijkjes te vinden zijn in het dossier die hun screeningsstatus nog zal veranderen dit jaar. We hebben dus een mooie basis gecreëerd van waaruit vanaf 2017verder gewerkt kan worden.

PIJLER 3. Bij het begin van het onderzoeksjaar ging slechts **7 %** van de gekende correct gescreende vrouwen uit onze praktijk naar de huisarts voor het laatste uitstrijkje. Dit jaar weten we van 82 vrouwen dat ze een uitstrijkje lieten uitvoeren, waarvan **20 %** dit bij de huisarts liet doen. Dat geeft een stijging van **13 %**. *(figuur 12)*
Er wordt ook meer in detail gekeken naar de uitvoerders van de screening bij patiënten waarvan we minstens 2 uitstrijkjes kennen, en waarvan het laatste dit jaar gebeurd is. 2 hiervan bleven trouw aan de huisarts, 47 bleven trouw aan de gynaecoloog. Maar ook 7 vrouwen die voor hun voorlaatste uitstrijkje bij de gynaecoloog consulteerden, zijn dit jaar bij de huisarts gekomen. Slechts 3 die laatst bij de huisarts gingen, verkozen dit jaar de gynaecoloog, maar meestal gebeurde dat door een afwijkend resultaat.



Figuur 12 : Procentuele verdeling van het aantal deelnemers die zich laatst lieten screenen door de huisarts of door de gynaecoloog bij het begin van het onderzoeksjaar (links) en op het einde (rechts).

De informatie die dit jaar aangeboden werd, en de promotie van de mogelijkheid om bij de huisarts langs te gaan voor een uitstrijkje, lijken dus een positief effect gehad te hebben op het aandeel van de huisarts in de uitvoering van deze screening. Procentueel kan dit variëren, afhankelijk van het aantal niet-gedocumenteerde uitstrijkjes bij de gynaecoloog. Maar in absolute cijfers is dit correct. Uitstrijkjes uitgevoerd door een van onze artsen komen immers altijd in het dossier terecht. Redenen waarom net voor een huisarts of gynaecoloog gekozen wordt, komen verder aan bod.

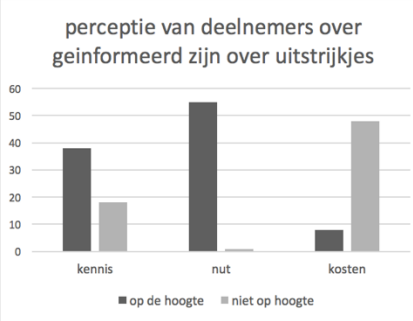
PIJLER 4. **75** mensen kregen dit jaar extra uitleg over cervixkankerscreening door één van de artsen van onze praktijk. 7 hiervan werden desondanks niet gescreend. 31 hiervan bleken reeds correct gescreend te zijn, en een correcte screeningsstatus te behouden gedurende het onderzoeksjaar. **37** hiervan lieten zich dit jaar herscreenen. Hoeveel van deze vrouwen extra informatie gehaald heeft uit de infobrochures of de enquêtes in de gang is niet te bepalen. Hoeveel folders er uit de wachtzaal zijn meegenomen hebben we niet geteld. Maar we kunnen aannemen dat meer dan enkel de 75 vrouwen die mondeling door de artsen zijn aangesproken, informatie hebben gekregen.
Meer gedetailleerd (en gebaseerd op de informatie uit figuur 11) kunnen we stellen dat de groep van **57** vrouwen die dit jaar verbeterd zijn qua screeningsgraad, mogelijks het hardst beïnvloed is door de informatie die we dit jaar aanboden. Van de 39 vrouwen die zich lieten herscreenen, zijn er ongeveer 2/3 dit jaar ingelicht over cervixkankerscreening door een van de artsen. Ook in de groep van **43** vrouwen die reeds goed gescreend waren maar zich dit jaar lieten herscreenen, heeft het geven van informatie mogelijks een positief effect gehad. Ze zouden hierdoor extra herinnerd kunnen zijn aan de nood van herhaling van de screening. Van de **80**

vrouwen die ogenschijnlijk onverschillig bleven voor de informatie die dit jaar werd voorzien, weten we dat zij (gezien de exclusiecriteria) sowieso op de praktijk geweest zijn dit jaar én door een arts gezien zijn. Een deel van deze vrouwen zal dus de papieren in de wachtzaal gelezen hebben, en bij 4 ervan zijn we zelfs zeker dat ze door een arts geïnformeerd zijn over het uitstrijkje. We zijn echter niet zeker dat deze informatie geen invloed heeft gehad. Misschien plannen zij binnenkort een screening, of lieten zij dat ondertussen bij de gynaecoloog doen.

(PIJLER 5) Een extra opmerking in verband met overscreening. Overscreening kan betekenen dat de vrouwen sneller dan nodig worden herscreend, dus binnen de 2 jaar na een normaal uitstrijkje, of dat er reeds op te jonge leeftijd gestart wordt met screening. In de groep vrouwen van het onderzoek die al goed gescreend waren bij het begin en herscreend werden gedurende dit jaar, zijn er **9** te snel herscreend (7 hiervan gebeurden bij een gynaecoloog). In de gehele database vonden we eveneens **10** vrouwen waarbij vóór de leeftijd van 25 jaar reeds uitstrijkjes werden uitgevoerd. (9 van deze te vroeg gestarte screeningen gebeurden bij de gynaecoloog). In werkelijkheid kan het aantal overscreeningen beduidend hoger liggen. Er wordt immers enkel geobserveerd in het laatste jaar, en er ontbreekt vermoedelijk nog steeds een groot deel van de documentatie in het dossier. We zouden hieruit wel kunnen besluiten dat het grootste deel van de overscreeningen bij de gynaecoloog gebeurt. Maar daaruit correcte conclusies trekken is weinig waarschijnlijk, aangezien zij ook de meeste uitstrijkjes uitvoeren.

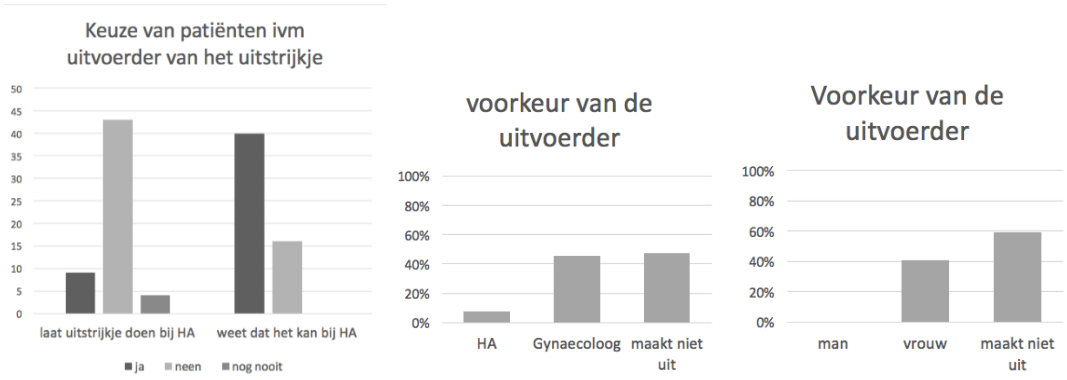
4. Resultaten van vragenlijsten

In totaal vulden 56 vrouwen de vragenlijst in, waarvan 24 onder hen jonger waren dan 30 jaar.

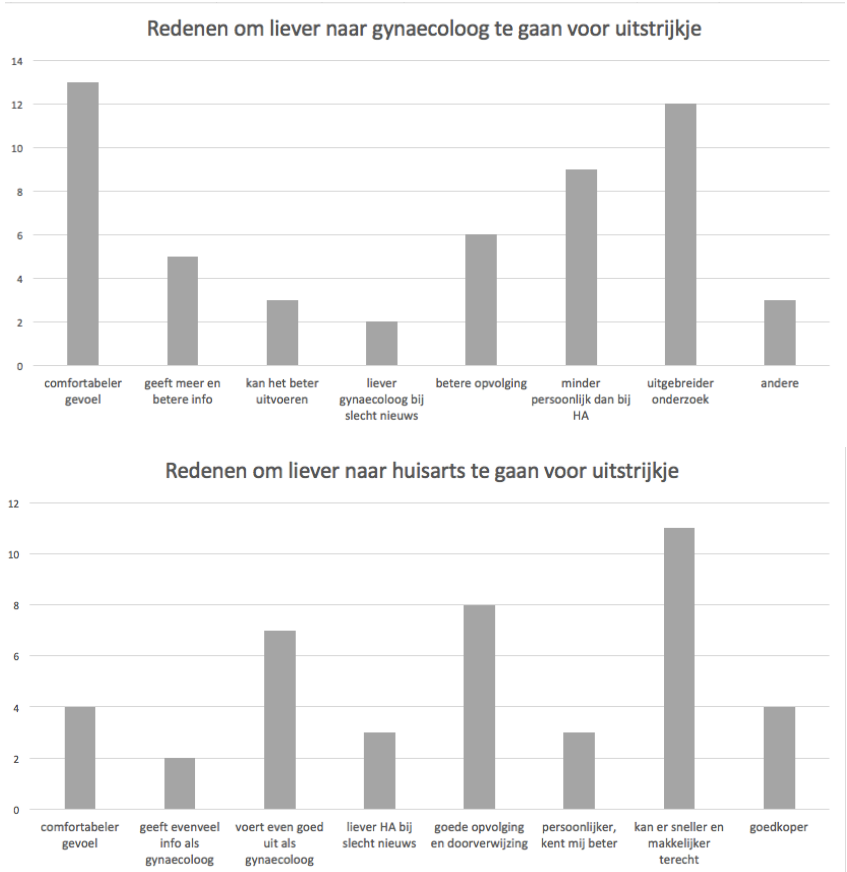


Figuur 13 : De inschatting van 56 vrouwen tussen 25 en 35 jaar in verband met hun kennis over baarmoederhalskankerscreening, het nut ervan, en de kosten.

Figuur 13: Een groot deel van de deelnemers geeft aan op de hoogte te zijn over wat baarmoederhalskanker is, wat een uitstrijkje inhoudt, en wat het nut ervan is. Maar slechts een klein aandeel van de ondervraagden is op de hoogte van de kosten van een uitstrijkje (en van het verschil in kosten bij de huisarts en bij de gynaecoloog).



Figuur 14 : De keuze van 56 vrouwen tussen 25 en 35 jaar in verband met aan wie zij de voorkeur geven om hun uitstrijkje uit te voeren. Links : de absolute cijfers van uitvoerende huisartsen op heden + het absolute cijfer van wie op de hoogte is van de mogelijkheid om een uitstrijkje te laten uitvoeren bij de huisarts. Midden : Procentuele verdeling van keuze tussen huisarts en gynaecoloog. Rechts : procentuele verdeling van keuze tussen man of vrouw.



Figuur 15 : Redenen van een aantal vrouwen tussen 25 en 35 jaar om een uitstrijkje liever bij de gynaecoloog (boven) of bij de huisarts (beneden) te laten uitvoeren. Meerdere antwoorden waren mogelijk en niet alle vrouwen hebben hierop gereageerd.

Figuur 14 : Hoewel 40 vrouwen aangeven dat ze weten dat een uitstrijkje bij de huisarts kan uitgevoerd worden, en bijna 60 % geen duidelijke voorkeur heeft voor de gynaecoloog, lieten slechts 8 van de 56 vrouwen die de enquête invulden hun laatste uitstrijkje bij de huisarts doen. Hoewel de resultaten van dit onderzoek anders doen vermoeden, lijkt, op basis van deze

enquête, het informeren van vrouwen dat een uitstrijkje bij de huisarts, kan dus toch niet meteen een winstgevende insteek om het aandeel van de huisarts in cervixkankerscreening te doen toenemen. We moeten er evenwel rekening mee houden dat deze enquêtes in de loop van het jaar én door een groot aantal geïncludeerde patiënten zijn ingevuld. Informatie hierover kan dus reeds vóór het invullen van de vragen bekomen zijn op de praktijk.
Meer vrouwelijke artsen in onze praktijk tewerkstellen zou het aantal door ons uitgevoerde uitstrijkjes echter wel kunnen doen stijgen. 40 % van de ondervraagden zegt immers een voorkeur te hebben voor een vrouwelijke uitvoerder.

Figuur 15 : Veel vrouwen die de enquête invulden geven het uitgebreider onderzoek, de grotere hoeveelheid informatie en het comfortabeler gevoel dat zij krijgen bij een gynaecoloog, als redenen op om deze te verkiezen boven een huisarts voor het uitvoeren van een uitstrijkje. Meer mensen verkiezen de gynaecoloog omdat hij iets minder persoonlijk is, maar de huisarts biedt dan weer het voordeel dat men er gemakkelijker en goedkoper terecht kan. Er heerst geen algemeen gevoel dat een huisarts minder in staat zou zijn om een uitstrijkje uit te voeren, noch dat hij/zij een slechtere opvolging zou bieden.

Verder zijn gêne, vergetelheid en angst voor het resultaat de voornaamste aangehaalde redenen om een uitstrijkje niet tijdig te herhalen. Bijna alle vrouwen die de enquête hebben ingevuld geven aan dat het hen zou helpen als ze door de huisarts of de gynaecoloog verwittigd zouden worden wanneer het tijd is voor een nieuw uitstrijkje.

DISCUSSIE

Effect van het onderzoek op de screeningsgraad

Het idee om deze masterproef op te zetten kwam vooral vanuit het algemene aanvoelen van de artsen dat de screening naar *baarmoederhalskanker in de jongst te screenen groep in onze praktijk fors tekortschoot*. Na het oplijsten en analyseren van deze onderzoeksgroep kwamen we tot de conclusie dat het hier inderdaad om een behoorlijk lage screeningsgraad ging. Slechts iets meer dan 1/3 van de patiënten bleek correct gescreend te zijn bij de start van het onderzoek. Dit lage cijfer is echter voor een groot deel te verklaren door onvoldoende documentatie. De alerts werden nooit afgevinkt, en informatie over uitgevoerde screening bij de gynaecoloog ontbrak vaak. Door een deel van dit documentatiedeficiet te corrigeren door navraag te doen bij patiënten, konden we de screeningsgraad bij het begin reeds aanvullen tot bijna de helft van de patiënten.

Met deze masterproef werd onderzocht of *het geven van informatie op een weinig arbeidsintensieve manier, de screeningsgraad in onze praktijk kon doen stijgen na amper één jaar*. De screeningsgraad is op een jaar tijd inderdaad van 47,1 % (op basis van de aangevulde dossiers) naar 62,2 % gestegen. Door de grootte-orde van deze stijging op zo een korte tijd is het hoogstwaarschijnlijk correct om aan te nemen dat het uitdelen, ophangen en mondeling geven van extra informatie over baarmoederhalskankerscreening daar toch een invloed op heeft gehad. De stijging in screeningsgraad is te groot om gebaseerd te zijn op louter toeval. We vermoedden ook duidelijk, aan de hand van het veelvuldig doorbladeren van de vele patiëntendossiers, dat de screeningsgraad de voorgaande jaren zeker niet schommelde tussen de begin- en eindwaarden van ons onderzoek. We schatten ze in de voorbije jaren eerder nog lager dan bij het de start van het onderzoek. We merkten echter wel dat, zelfs met de expliciete aanmaning op de informatiefolder om meer info te vragen bij de huisarts over cervixkankerscreening, het aantal vrouwen dat hier zelf over begon eerder laag bleef. De meeste informatie die door de artsen werd gegeven, was doordat zij zelf actief een gesprek over dit onderwerp startten. Het geven van informatie stimuleert patiënten dus alleszins om hierover na te denken. Maar hoeveel gewicht deze informatie exact heeft gehad in de stijging van de screeningsgraad in onze praktijk is moeilijk te bepalen.

Het doel van de masterproef om de screeningsgraad in onze praktijk te doen stijgen over een jaar tijd, is dus geslaagd. Ook de documentatie in onze dossiers is er dit jaar enorm op verbeterd. Als we op amper een jaar tijd en met slechts een kleine inspanning van de artsen in de praktijk

al naar een screeningsgraad van 62,5 % geraken in deze doelgroep, lijkt het vooropgestelde doel van Domus Medica, om op vijf jaar tijd een screeningsgraad van 80 % te bereiken, weer haalbaarder. [1] Info ophangen en extra informeren bij gelegenheid kan naar alle verwachting de opkomst voor cervixkankerscreening in een huisartsenpraktijk doen stijgen.

Interesse en kennis in de onderzoeksgroep

Er heerste bij het begin van dit onderzoek het idee dat in de uitgekozen doelgroep een tekort heerste aan kennis over en interesse voor cervixkankerscreening. We gingen dit na aan de hand van een kleine vragenlijst bij iets meer dan 50 vrouwen. Deze vrouwen kwamen evenwel niet allemaal uit de praktijk en de enquêtes konden ingevuld zijn nadat vrouwen reeds informatie gekregen hadden. We merkten dat de meeste van deze vrouwen hun kennis over dit onderwerp als voldoende bleken in te schatten. Echter, door gedurende het onderzoeksjaar herhaaldelijk en bij verschillende patiënten van de praktijk een peiling te doen naar deze kennis alvorens aanvullende informatie te geven, klopt dit cijfer volgens mijn gevoel niet. Vele vrouwen namen aan voldoende op de hoogte te zijn, maar begrepen bij nader inzien toch niet goed waar het allemaal over ging. Het algemene eindresultaat toont dat door kleine hoeveelheden extra informatie aan te bieden de screeningsgraad flink kan stijgen in onze praktijk. Dit doet eveneens vermoeden dat de kennis bij deze groep vrouwen eerder laag ligt, en zij dit zelf overschatten.

Huisarts of gynaecoloog als uitvoerder

Wat we in de literatuur konden terugvinden over het kleine aandeel van huisartsen in de screening voor baarmoederhalskanker, konden we met dit onderzoek in onze praktijk bevestigen. Voorafgaand aan het onderzoek kwamen we met moeite aan 7 % door de huisarts uitgevoerde uitstrijkjes, wat ver onder het Belgische gemiddelde lag. [1,3] Bij het einde van dit onderzoek oversteeg het aandeel van de huisarts het Belgische gemiddelde zelfs met 4,5 %. [4] Hoewel deze stijging onweerlegbaar is (want alle uistrijkjes die in de praktijk uitgevoerd worden zijn sowieso gedocumenteerd) bestaat er wel een grote kans op overschatting van het aandeel van de huisarts bij het begin en bij het einde van het onderzoek. Uitstrijkjes door de gynaecoloog uitgevoerd zijn immers onvoldoende gedocumenteerd in onze praktijk, en hoe groter dit aantal, hoe lager het procentuele aandeel van de huisarts wordt. Uit de vragenlijst kon verrassend genoeg opgemerkt worden dat meer vrouwen dan verwacht reeds op de hoogte bleken te zijn van de mogelijkheid om voor deze screening naar de huisarts te gaan. Misschien moet dus toch de bedenking gemaakt worden dat louter informeren dat een huisarts ook uitstrijkjes uitvoert, onvoldoende effect kan hebben. Vrouwen die zich dit jaar bij één van onze

artsen lieten screenen bleken het vooral enorm vlot en gemakkelijk te vinden. Ze vertrouwden erin dat we hen goede opvolging zouden geven. Het uitsparen van kosten van een gynaecologisch consult was een surplus, maar bleek na peiling voor weinig vrouwen een argument om eerder naar de huisarts te gaan. De peiling toonde eveneens dat vele vrouwen zich nog steeds meer op hun gemak voelen bij de gynaecoloog, en het goed vinden dat die hen uitgebreider onderzoekt.

We kunnen *algemeen besluiten* dat het geven van informatie over uitstrijkjes dus (al dan niet rechtstreeks) het aandeel van de huisarts in deze screening doet stijgen. De impact van informatie hierin zou onderschat kunnen worden, aangezien een aantal patiënten duidelijk aangaven zich voor het volgende uitstrijkje bij de huisarts aan te melden, maar waarbij dit nog niet gebeurde / nodig was dit onderzoeksjaar.

Mannelijke of vrouwelijke uitvoerder

Bij het begin van het onderzoek was iedereen het er over eens dat het feit dat de praktijk tot 2015 uit twee mannen en een vrouw bestond geen invloed zou mogen (maar wel kunnen) hebben op de screeningsgraad. Dat zou dan moeten verbeterd zijn sinds ik als vrouwelijke HAIO de praktijk vervoegde. Slechts 3 van de 16 uitstrijkjes dit jaar in onze praktijk werden door een mannelijke arts uitgevoerd. Uit de vragenlijst kunnen we aanvullend enigszins opmaken dat vele patiënten geen voorkeur aangeven tussen man en vrouw, maar dat van degenen die dat wel doen er niemand is die de voorkeur geeft aan een man. We kunnen het gevoel, dat het geslacht van de artsen in een praktijk de screeningsgraad beïnvloedt, staven.

Confounders

- In de *onderzoeksgroep* worden de 25-30 jarigen en de 30-35 jarigen samen beoordeeld. Dit terwijl deze twee groepen betreffende de dekkingsgraad toch verschillend scoorden. [14]
- De *selectiebias* is teruggeschroefd door een opt-out. De patiëntenpopulatie hing dus niet af van actieve deelname. Met 225 patiënten is deze groep voldoende groot voor onderzoek.
- De *screeningsgraad op het einde* zou nog meer de waarheid kunnen benaderen indien systematisch alle vrouwen die op consultatie kwamen werd gevraagd of zij recent gescreend waren bij de gynaecoloog. Maar wij zijn geen perfecte praktijk, en dit werd vaak vergeten. Er zijn ook vrouwen die zelf niet meer wisten of en wanneer een vorige uitstrijkje gebeurde.
- De inschatting van *de invloed van informatie op de screeningsgraad* kan fout zijn. Zo is er een aantal vrouwen dat zich dit jaar lieten screenen los van de informatie die zij kregen op de praktijk. Patiënten die dat sowieso al van plan waren doen wel mee het eindcijfer stijgen, en

dus zou de kracht van het extra aanbieden van informatie *lager kunnen zijn dan verwacht*. Omgekeerd zou deze kracht ook *groter kunnen zijn dan verwacht*, door een aantal vrouwen die informatie kregen maar er voorlopig nog niet op reageerden. Bovendien werd niet elke keer dat iemand mondelinge informatie kreeg over de masterproef aangeduid in het dossier. Dit liep de eerste maanden immers nog niet op rolletjes, en werd naar het einde toe vaak vergeten. Vermoedelijk hebben dus meer patiënten informatie gekregen door de artsen. Bovendien kan elke infofolder, mondelinge informatie door iemand die op de praktijk geweest was, en misschien zelfs de vragenlijst, vrouwen geïnformeerd hebben zonder dat de artsen dit dan in het dossier hebben aangeduid.

- De informatie werd enkel in het *Nederlands* aangeboden, waardoor de zeldzame anderstalige die geen Nederlands spreekt en geen tolk bijheeft, de info uit de infobrochure in de gang niet opgepikt kan hebben.

<u>Waar is nog beterschap mogelijk?</u>

- De *patiëntenbrief* kon op verschillende manieren duidelijker aangeboden worden. Hij kon met de post of per e-mail verspreid worden bij de start, hij kon toegevoegd worden aan de opt-out formulieren die met de post zijn verstuurd, of er kon een link naar de patiëntenbrief geplaatst worden op de website. Hij zou eveneens in meer talen beschikbaar gesteld kunnen worden. Al deze maatregelen hadden de aanbieding van informatie groter kunnen maken.
- Gynaecologen werden uiteindelijk enkel sporadisch gecontacteerd wanneer de resultaten van een door de patiënte vermeld uitstrijkje niet terug te vinden waren. Het *systematisch opbellen van gynaecologen* was een mogelijkheid die besproken werd in het protocol van de masterproef, en had de bedoeling om hen meer aan te moedigen om resultaten van afgenomen uitstrijkjes naar ons door te sturen. Dit werd echter niet uitgevoerd aangezien het zeer tijdsrovend zou zijn (en dus niet strookt met de originele bedoeling van het project om weinig arbeidsintensief te blijven), alle gynaecologen in kaart brengen die die uitstrijkjes nemen voor patiënten van onze praktijk moeilijk is, en het risico zou bestaan berispend te klinken. Het zou eveneens de invloed van het geven van informatie aan de patiënt nog moeilijker beoordeelbaar maken, aangezien gedurende het onderzoeksjaar dan mogelijk veel meer resultaten zouden binnenkomen dan in vorige jaren en de screeningsstatus daardoor al, los van de werkelijkheid, zou stijgen. Dit is echter wel een interessante manier om na het afronden van de masterproef nog meer documentatie te bekomen van uitgevoerde screening.
- Zoals reeds eerder aangegeven, kon de screeningsstatus in de praktijk bij het begin en op het einde vergeleken worden met de gegevens van het *bevolkingsonderzoek* met betrekking tot onze

praktijk. Zo zou een betere inschatting gemaakt kunnen worden van hoever de documentatie in de dossiers nog afwijkt van de perfectie, en kon geverifieërd worden of de berekende stijging in screeningsgraad voor cervixkankerscreening de werkelijkheid benadert.

- Idealiter zou in de *vragenlijst* nog een kleine aanpassing gebeuren met betrekking tot de vraag over de kosten van een uitstrijkje. De screening in het kader van het screeningsprogramma van de overheid zou immers gratis moeten zijn voor de patiënt, en dat zou ook vermeld moeten worden. Maar na aanpassing werd nog slechts één vragenlijst ingevuld, en dit werd bijgevolg niet meer opgenomen in de resultaten. Ook een extra vraag over het effect op de screeningsdeelname wanneer een *zelftest* beschikbaar zou gesteld worden was een interessante vraag geweest, maar hier loopt op heden reeds veel onderzoek naar.

<u>Extra opmerkingen</u>

- Tijdens het onderzoek kwam een interessante trend aan het licht. Een uitstrijkje testen op HPV wordt (in Vlaanderen) op heden enkel aangeraden bij een hooggradige dysplasie, om de hoogrisico HPV's te kunnen identificeren en eventueel het beleid bij te sturen. Toch valt het op dat bij zo goed als alle afwijkende uitstrijkjes in ons labo aanvullend een HPV-test gebeurt. Meer nog, bij gynaecologen zien we frequent uitgevoerde HPV-tests gebeuren wanneer het cytologische onderzoek normaal is. Dit laat natuurlijk de kosten voor een patiënt onnodig de hoogte ingaan, aangezien deze HPV-test in België voorlopig niet wordt terugbetaald.
- Er is duidelijk nog veel verbetering mogelijk in het systematisch navragen van de screeningsstatus bij vrouwen die op consultatie komen, het afvinken van alerts, en het actief informeren van patiënten over dit screeningsonderzoek. Maar het ging ons in deze masterproef vooral om de haalbaarheid van screeningsintensifiëring in een normale, doorsneepraktijk, temidden van alle drukte, temidden van consultaties, en met de algemene alertheid van de arts om de patiënt over screening te informeren. Redenen om tijdens een consultatie niet actief informatie aan te bieden over baarmoederhalskankerscreening waren bijvoorbeeld drukke perioden op de praktijk, achterlopen op schema, pyschologisch moeilijke gesprekken waarbij het aanhalen van dit onderwerp niet gepast zou zijn, enz. Extreme aanpassingen in praktijkvoering gedurende het onderzoeksjaar zouden weliswaar vermoedelijk een geïntensifieerd resultaat opleveren, maar het doortrekken van deze inspanningen in de jaren na het onderzoek zou moeilijker zijn. En aangezien het gaat over een praktijkverbeterend project, zouden deze inspanningen zich niet mogen limiteren tot het onderzoeksjaar alleen.

BESLUIT

Het was de bedoeling om in onze dagelijkse praktijkroutine na te gaan hoe groot het effect van het geven van informatie kan zijn op de deelname aan cervixkankerscreening door 25- tot 35-jarige vrouwen. Door duidelijk zichtbare informatiefolders in de wachtzaal te hangen, patiëntenbrieven beschikbaar te stellen en aan te bieden, en actief extra informatie te geven aan patiënten die op consultatie kwamen tijdens het onderzoeksjaar, zagen we de gedocumenteerde screeningsgraad stijgen van iets meer dan 1/3 naar bijna 2/3 van de onderzochte populatie. De invloed van het aanbieden van informatie en het beter documenteren van reeds uitgevoerde uitstrijkjes na navraag bij de patiënten, is dus groot. Aangezien vooropgesteld wordt dat een huisartsenpraktijk op 5 jaar tijd de screeningsgraad voor cervixkanker tot 80 % zou moeten kunnen opdrijven, zijn we met dit resultaat voor deze kleine doelgroep reeds op de goede weg.

Welke effecten heeft dit onderzoek gehad op onze praktijk?

- De screeningsgraad van cervixkanker in onze praktijk was bij het begin van het onderzoek te laag. Het geven van informatie en actief aanbieden van cervixkankerscreening heeft hier duidelijk verbetering in gebracht. Hierdoor is de aangeraden screeningsgraad van 80 % voor een Vlaamse huisartspraktijk een haalbaar doel geworden.
- Ook de documentatie van cervixkankerscreening liet te wensen over. Uitgevoerde screening bij gynaecologen was vaak niet terug te vinden in de dossiers. Het is dus door dit onderzoek duidelijk geworden dat er tussen huisartsen en gynaecologen duidelijker gecommuniceerd moet worden wanneer screening is gebeurd, ook wanneer het resultaat normaal is.
- Alerts voor baarmoederhalskankerscreening, die een handige tool zouden moeten zijn om de arts, en zo ook de patiënt, tijdig te herinneren aan de nood voor herhaling van het uitstrijkje, werden tot het begin van deze masterproef niet gebruikt. Er moet speciale aandacht gaan naar het afvinken van deze screeningsonderzoeken in de dossiers. Hierdoor wordt het veel gemakkelijker voor de artsen om de (werkelijk) onvoldoende gescreende doelgroep te identificeren en daarop te focussen voor intensievere screenings. Patiënten geven via de vragenlijst immers aan dat een herinnering hiervoor hen zou helpen om tijdig het uitstrijkje te herhalen. Tot nu toe was dat een onmogelijk werk.
- Veel patiënten blijken toch de gynaecoloog te verkiezen om een uitstrijkje uit te voeren. Dit vooral omwille van een comfortabeler gevoel, en door het feit dat ze er een minder intense band mee hebben. Onze praktijk zal dus blijvend informeren over de mogelijkheid tot screening bij de huisarts, maar dit mag zeker niet aan de patiënt worden opgedrongen.

Aanbevelingen voor de praktijk

Informatiefolders en patiëntenbrieven ter beschikking stellen is weinig tijdrovend, patiënten informeren over screening hoort bij de dagdagelijkse taken van een huisarts, en door deze masterproef werd de documentatie van de screeningsstatus voor baarmoederhalskanker bij de jongste groep vrouwen verbeterd. Deze inspanningen zouden dus gemakkelijk verdergezet kunnen worden, en zo kan, bij uitbreiding in alle leeftijdsgroepen, in de toekomst de screeningsstatus voor baarmoederhalskanker in onze praktijk nog verbeteren. Eventueel worden verderop dit jaar alsnog een aantal gynaecologen opgebeld om hen aan te manen ook normale screeningsresultaten systematisch door te sturen naar onze dossiers.

Onze praktijk zou, op basis van de positieve resultaten van deze masterproef, graag de lijn doortrekken naar andere screeningsonderzoeken (ook al lopen deze vaak beter dan de cervixkankerscreening). Er worden plannen gemaakt om een grote informatiefiche op te hangen in de wachtzaal, waarop duidelijk vermeld staat aan welke screeningsonderzoeken patiënten kunnen deelnemen, en wat een huisarts hierin kan betekenen.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Bij wijze van uitbreiding kan een lijst opgemaakt worden met de resultaten van de screeningsonderzoeken die dit jaar gebeurden. Dit viel buiten het bestek van dit onderzoek, maar zo kan wel nagegaan worden of het toenemen van een screeningsgraad ook zorgt voor een toegenomen documentatie van afwijkingen.

Besluit

Een verbetering van de screeningsgraad van cervixkankerscreening in de praktijk op één jaar tijd is het resultaat van inspanningen van alle artsen samen. Maar screenen alleen is onvoldoende. Het systematisch documenteren van uitgevoerde screening kan een praktijk helpen om meer en sneller de patiënten te identificeren die niet correct gescreend zijn. Verdere aanmaning kan dan vooral gericht worden op deze groep, wat de beste resultaten zal opleveren.

Ten slotte is het door dit onderzoek duidelijk geworden dat in Nederland, waar een georganiseerd bevolkingsonderzoek is opgesteld en waar patiënten niet naar de gynaecoloog kunnen gaan zonder doorverwijzing van de huisarts, veel gestructureerder gescreend wordt dan in België, en met betere resultaten op de mortaliteit. De huisarts kan daar immers gemakkelijk de verantwoordelijkheid opnemen voor de screening. In Vlaanderen is het moeilijker om hier een verantwoordelijke in aan te stellen. Er heerst chaos, zeker wanneer verslagen van bevolkingsonderzoek en gynaecoloog niet standaard worden doorgegeven aan de huisarts.

Vaak lijkt dus enkel de vrouw zelf van haar screeningsstatus op de hoogte te zijn. De verantwoordelijkheid ligt dus eigenlijk bij de patiënt, maar als deze onvoldoende geïnformeerd wordt, valt het hele screeningsonderzoek in duigen. Patiënten informeren is in ons systeem dus cruciaal, en er is nog flink wat werk aan de winkel.

BRONVERMELDING

1 : Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Aanbevelingen voor een goede medische praktijkvoering : cervixkankerscreening. Huisarts Nu. 2011; 40; S64-S88

2 : Comprehensive Cervical Cancer Control, a guide to essential practice. Second edition. World health organization. 2014 URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf?ua=1

3 : Arbyn M, Haelens A, Desomer A, Verdoodt F, Thiry N, Francart J, Hanquet G, Robays J. Welke screening voor baarmoederhalskanker? – Synthese. Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 238As. D/2015/10.273/14

4 : Jaarrapport CvKO 2016. p99-176. URL : https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarrapport2016CvKO_SKR.pdf

5 : Govaerts F. Aanbeveling cervixkankerscreening. Huisarts Nu. Apr 2011:(3). URL : http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/72-kwaliteit-nieuws/3349-aanbeveling-cervixkankerscreening.html

6 : Boomsma L.J, Assendelft W.J.J. De Belgische aanbeveling cervixkankerscreening en de NHG-standaard cervixuitstrijken vergeleken. Huisarts & wetenschap 2003 April;46(4):205-206

7 : D'Hont M, Devroey P, Gerris J, Jacquemyn Y, Vergrote I. Premaligne en maligne aandoeningen van de cervix. Handboek gynaecologie 2009; 13 : 183-200

8 : Mw. K.M.A van Haaren. NHG- praktijkhandleiding baarmoederhalskanker. URL : https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/nhg_praktijkhandleiding_baarmoederhalskanker_nov_2016_web.pdf

9 : Cervical Cancer Prevention and Early Detection. American Cancer Society. URL : https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/prevention-and-early-detection/hpv-test.html

10 : Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bulletin of the World Health Organisation 2008; 86(4): 317-319. doi: 10.2471/BLT.07.050112

11 : Verdoodt F, Jentschke M, Hillemanns P, Racey CS, Snijders PJ, Arbyn M. Reaching women who do not participate in the regular cervical cancer screening programme by offering self-sampling kits: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. European journal of cancer. 2015;51(16):2375-85

12 : Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJF, Verhoef VM, Suonio E, Dillner J, Minozzi S, Bellisario C, Banzi R et al. Accuracy of human papillomavirus testing on selfcollected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. Lancet Oncol 2014; 15: 172-83

13 : Arbyn M[1], Roelens J, Simoens C, Buntinx F, Paraskevaidis E, Martin-Hirsch PP, Prendiville WJ. Human Papillomavirus testing versus repeat cytology for triage of minor cytological cervical lesions. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Mar 28;(3):CD008054. Epub 2013 mar 28

14 : Centrum voor kankeropsporing: Gemeentelijk bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, Temse 2015. URL : https://bevolkingsonderzoek.incijfers.be/Jive/report?openinputs=true&id=gr_bhk_versie_oktober2016

15 : Everett T, Bryant A, Griffin MF, Martin-Hirsch P.PL, Forbes C.A, Jepson R.G. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011

16 : Verheyen N, Hendrickx K. Screening naar baarmoederhalskanker in de huisartsenpraktijk : patiëntgebonden factoren. 2013. URL : http://www.icho-info.be/masterproeven/

17 : Peeters J, Verhoeven V. Cervixkankerscreening : een taak van de huisarts? 2013. URL : http://www.icho-info.be/masterproeven/

Bijlage 1 : Goedgekeurd protocol van de studie

Screening voor baarmoederhalskanker[23], wordt aangeraden voor vrouwen van 25 tot 64, voorlopig nog, om de 3 jaar, maar de deelname aan deze screening in Vlaanderen is nog ver van optimaal. Zelfs na een campagne van de overheid met oproepingsbrieven sinds 2013, wordt nog niet de gehele doelgroep bereikt. We merken dit ook in de praktijk. De 4 artsen van onze praktijk werken met het programma health-one. Het programma geeft tijdig een aanmaning wanneer een patiënt in aanmerking komt voor kankerscreening. Bij bv borstkankerscreening en colonkankerscreening loopt dit goed, maar het alert voor baarmoederhalskankerscreening blijft bij vele patiënten onafgevinkt staan. Hoewel het niet navragen door ons, en het niet doorsturen van screeningsverslagen door gynaecologen voor een groot aandeel van de hiaten in de dossiers zorgt, lijkt het de andere 3 artsen ook op te vallen dat de baarmoederhalskankerscreening in onze praktijk niet goed verloopt. Er gaat vandaag weinig aandacht uit naar het uitvoeren van uitstrijkjes in de praktijk, en het algeheel gevoel heerst dat het grootste deel van de doelgroep onvoldoende participeert aan screening.
Baarmoederhalskanker onstaat heel langzaam en is in het begin vaak asymptomatisch. Het interval tussen de eerste infectie, indien deze persisteert, en het ontstaan van baarmoederhalskanker bedraagt 3-15 jaar. Screening voor baarmoederhalskanker kan premaligne letsels opsporen, en ongeveer 95% van de behandelingen van de voorstadia van cervixkanker is succesvol. Reden genoeg om na te gaan hoe we dit beter kunnen aanpakken.
Het onderzoek zal zich focussen op vrouwen van de praktijk tussen 25 en 35 jaar oud. Dit aangezien ik zelf tot die groep behoor, en ik in mijn vriendengroep ook merk dat er duidelijk te weinig informatie gegeven wordt, en dus te weinig participatie is. Het is eveneens de groep die grotendeels net ontsnapt is aan systematische gardacilinjecties op tienerleeftijd, deze groep heeft het grootste aandeel wisselende bedpartners, en het is het onderdeel van de te screenen groep met het grootste aandeel vrouwen die nog nooit of niet frequent een gynaecoloog geconsulteerd hebben (bv ikv zwangerschap of vruchtbaarheidsproblemen).
Daar ik en de promotor van deze manama ook geïnteresseerd zijn in de reden waarom deze groep vrouwen zich wel/niet laten screenen en waarom ze dit eerder bij de HA of bij de gynaecoloog willen laten doen, wordt simultaan aan het uitvoeren van dit onderzoek, een vragenlijst (zie bijlage) verdeeld onder vrouwelijke patienten van 25-35 jaar.

ONDERZOEKSVRAAG
Onderzoeksvraag 1 : Kunnen we adhv een vragenlijst in de te onderzoeken groep patiënten, redenen in kaart brengen waarom deze groep algemeen te weinig gescreend wordt?
Onderzoeksvraag 2 : Hoe groot is de screeningspraticipatie voor CKS in onze praktijk bij de jongste groep van vrouwen waarvoor screening wordt aanbevolen? Is het mogelijk door informatie aan te bieden aan de patiënten van onze praktijk en hen aan te manen tot screening tijdens consultaties, om op jaarbasis een grotere deelname aan baarmoederhalskankerscreening te bekomen binnen deze groep?

METHODE
Onderzoeksvraag 1
PATIENT
Als onderzoeksgroep gebruiken we de groep van vrouwen/meisjes tussen 25 en 35 jaar, meer bepaald geboren van 1/1/1980 tem 31/12/1990. Het gaat over patiënten met recent opgemaakt/vernieuwd GMD, patiënten zonder GMD die tot ten minste 2014 frequent geconsulteerd hebben, patiënten die vanaf 2014 meer dan 2 keer geconsulteerd hebben, of recent nieuwe patiënten die regelmatig consulteren of bij wie het dossier van de vorige huisarts werd opgevraagd. Praktijkleden en hun directe familie worden niet ingerekend, tenzij ze dit zelf wensen. Er zijn 325 patiënten die op die manier ingerekend kunnen worden, waarvan 273 met eind februari 2016 een actief GMD. Aan al deze 325 patienten wordt een opting-out formulier opgestuurd of aangeboden tijdens consultatie (zie bijlage). Indien dit ingevuld en ondertekend terugkomt, wordt de patiënte in kwestie geëxcludeerd uit het onderzoek. Patiënten die in de loop van de onderzoekstijd veranderen van HA, worden eveneens geëxcludeerd. Alle gegevens worden gecodeerd verwerkt, en enkel gynaecologische gegevens worden gebruikt voor dit onderzoek.

INTERVENTIE
Dmv het geven van informatie mbt CKS, willen we kijken of meer patiënten in de praktijk kunnen gemotiveerd worden tot het participeren aan de vooropgezette screeningsschema's, ongeacht of dit bij gynaecoloog of huisarts gebeurt. Informatie over CKS en over het laten uitvoeren van een uitstrijkje zal voorzien worden adhv informatiefolders (zie bijlage) die zullen verkrijgbaar zijn in de wachtzaal van de praktijk, alsook in de consultatieruimtes van de 4 verschillende artsen. (in de loop van komende maand zullen deze flyers enkel nog qua opmaak veranderen, en ook beschikbaar worden in andere talen, naar de kunde van de artsen om dit te vertalen).

[23] Verder weergegeven als CKS (cervixkankerscreening)

De artsen zullen op vraag of spontaan, ook mondeling verdere informatie verstrekken ivm CKS. Indien gewenst, en indien correct volgens het screeningschema, zal een uitstrijkje op de praktijk worden uitgevoerd door 1 van de artsen, of zal de patiënte in kwestie verwezen worden naar een gynaecoloog voor het onderzoek. Bij afwijkend resultaat wordt zoals gewoonlijk verder doorverwezen naar een gynaecoloog voor verdere opvolging.

COMPARISON

De vergelijkende groep is dezelfde groep patiënten, over dezelfde periode vorig jaar (dus van 1 april 2015 tot 31 maart 2016). Zo is het de bedoeling een schatting te bekomen van de screeningsgraad in de praktijk bij het begin van het onderzoek.

METHODIEK

Het onderzoeksjaar loopt van 1 april 2016 tem 31 maart 2017.

- *bij de start van het onderzoek* wordt een lijst opgemaakt met alle deelnemende patiënten. (patiënten met een ondertekende opt-out in de loop van het onderzoeksjaar worden achteraf geschrapt). Via hun dossier, mondelinge vraag bij consultatie, of door opvragen van screeningsverslagen bij gynaecologen vermeld in hun dossier, wordt in deze lijst onderzocht wie wel correct gescreend[24] is, niet correct gescreend is, en wie onvoldoende zeker correct gescreend is bij aanvang van het onderzoek.
- *Tijdens* het onderzoeksjaar worden patiënten geïnformeerd over CKS zoals reeds weergegeven hierboven. Indien de patiënte aangeeft correct gescreend te zijn, wordt dit (indien nog niet gebeurd) vermeld in het dossier, en wordt eventueel de betrokken gynaecoloog gecontacteerd om hem/haar bij ontbreken van het screeningsverslag aan te manen dit alsnog door te sturen. Indien de patiënte aangeeft niet of onvoldoende zeker correct gescreend te zijn, wordt haar aangeraden een uitstrijkje te laten uitvoeren, hetzij bij de huisarts, hetzij bij de gynaecoloog, dit gepaard gaande met de nodige extra informatie betreffende het onderzoek zelf. De resultaten worden door de uitvoerende arts opgevolgd, en bij afwijkingen wordt de patiënte in kwestie op de hoogte gebracht van verdere opvolging en eventueel doorgestuurd naar een gynaecoloog.
- *Op het einde* van het jaar wordt opnieuw een lijst opgemaakt met de deelnemende patiënten, waarbij, analoog aan het begin van het onderzoek, per patiënte opnieuw wordt gecontroleerd of ze correct gescreend is, niet correct gescreend is, of er onduidelijkheid heerst over de screeningsstatus. Dit opnieuw aan de hand van dossier, mondelinge vraag bij consultatie, of contact met gynaecoloog vermeld in hun dossier.
- Begin en eindlijsten worden op het einde van het onderzoek vergeleken.
- Er wordt in geen geval financiële vergoeding voorzien voor deelname aan dit onderzoek, gezien het gaat over een normale screening, die anders ook wordt gehandhaafd, en er (behalve de anonieme vragenlijst) geen extra inspanning van de patiënten wordt gevraagd. Dit is ook duidelijk weergegeven in het opt out formulier.

OUTCOME

De hierbovenbeschreven begin-en eindlijsten mbt participatie aan CKS worden vergelijken om een beeld te krijgen van de stijging, daling of stagnatie van de deelname aan CKS in de te onderzoeken groep in onze praktijk. Deze gegevens kunnen, om eenvoudiger besluiten te kunnen trekken, op het einde van het onderzoek in staafdiagram gegoten worden.

Grafiek 1 : 'participatie aan screening voor cervixcarcinoom bij patiënten tussen 25 en 35 jaar van praktijk de Fontein' : y-as aantal patiënten. X-as 2 variabelen : 'jaar voorafgaand aan het onderzoek' en 'jaar van het onderzoek'. 3 verschillende staafkleuren : kleur 1 : (gedocumenteerd) correct gescreende patienten. Kleur 2 niet correct gescreende patienten. Kleur 3 onduidelijkheid over de screeningsstatus.

Onderzoeksvraag 2

Simultaan aan het uitvoeren van het screeningsonderzoek, wordt een vragenlijst (zie bijlage) verdeeld onder vrouwelijke patienten van 25-35 jaar. Deze vragenlijst zal in de wachtzaal van de praktijk worden aangeboden, en kan volledig anoniem ingevuld worden door vrouwelijke patiënten van 25 tot 35 jaar. Bij uitbreiding kunnen ook andere, niet aan de praktijk gerelateerde vrouwen in dezelfde leeftijdsklasse deze vragenlijst invullen. Hij kan nadien gedeponeerd worden in een doos, of afgegeven worden aan 1 van de artsen van de praktijk. Deze lijst zal invulbaar zijn van 20 maart 2016 tem 20 maart 2017. Alle gegevens worden volledig anoniem verwerkt, maar ter volledigheid eindigt de vragenlijst met een schriftelijke toestemming om deze gegevens te verwerken. De gegevensverwerking wordt uitgevoerd aan de hand van staafdiagrammen, gebeurt in de loop van het jaar 2016-2017 en wordt afgerond maart 2017.

y-as behelst steeds de hoeveelheid antwoorden.

Grafiek 2 a : 'regelmaat van cks bij ha of gynaecoloog bij lft <30jaar' : X-as : 1 variabele regelmatige screening en 1 variabele onregelmatige screening. 2 kleuren : HA en Gynaecoloog.

Grafiek 2 b : 'regelmaat van cks bij ha of gynaecoloog bij lft >30jaar' : idem aan 2a maar voor groep >30 jaar

Grafiek 3 a : 'redenen voor onregelmatige cks bij lft <30 jaar' : X-as : meerdere variabelen : onvoldoende info / vergetelheid / gêne / niet belangrijk genoeg / angst / andere redenen die uit het onderzoek komen

Grafiek 3 b : 'redenen voor onregelmatige cks bij lft >30 jaar' : Idem aan 3a maar voor groep >30 jaar

Grafiek 4 : 'keuze van uitvoerder van baarmoederhalskankerscreening' : Variabelen op x-as : huisarts en gynaecoloog.

Grafiek 5 a : 'redenen voor voorkeur voor uitvoering cks door de ha' : x-as variabelen oa : relatie arts-patiënt / kosten / inschatting betere kennis / inschatting betere opvolging / inschatting betere uitvoering / en andere redenen die uit vragenlijst naar voor komen

[24] Correct gescreend zijn houdt in dat er in de laatste 3 jaar minstens kennis is van 1 uitstrijkje met normaal resultaat, of dat bij kennis van afwijkend resultaat het correcte screeningsschema (zie bijlage) werd verdergezet. Een correct uitgevoerd uitstrijkje houdt in dat het bekomen cervixmateriaal voldoende kwaliteit had voor onderzoek.

Grafiek 5 b : 'redenen voor voorkeur ivm uitvoering cks door de gynaecoloog' : X-as variabelen idem aan grafiek 5a.
In de loop van het onderzoek worden deze resultaten gebundeld en aan het eind van het onderzoeksjaar wordt een tabel opgemaakt van de belangrijkste redenen om een uitstrijkje wel of niet te laten uitvoeren bij de HA/gynaecoloog.

RESULTATEN

Onderzoeksvraag 1

We willen met dit onderzoek proberen om in onze praktijk via informatie, informatiefolders en mondelinge aanmaning van de doelgroep een betere participatiegraad voor CKS bekomen. Dit wil concreet zeggen dat we door dit onderzoek een jaar te laten lopen, in de vooropgestelde doelgroep ***meer (gedocumenteerd of niet gedocumenteerd) correct gescreende patienten*** willen bekomen. Dit kan het resultaat zijn van een toename in het aantal uitgevoerde uitstrijkjes in de huisartspraktijk, of een toename van het aantal uitgevoerde uitstrijkjes bij de gynaecoloog. Het onderzoek is voor ons geslaagd als de participatiegraad voor CKS stijgt bij vergelijking van het begin van het onderzoek met het einde van het onderzoek.
In het onfortuinlijke geval dat de participatiegraad voor CKS na een jaar niet gestegen of zelfs gedaald blijkt te zijn na het onderzoek, kunnen we dit project ook als praktijkverbeterend zien, omdat we hoogstwaarschijnlijk meer informatie verzameld zullen hebben over de screeningsstatus van de deelnemende patiënten. Dit hetzij door meer mondeling navragen en documenteren van de screeningsstatus, of het meer doorkrijgen van CKSverslagen van de betreffende uitvoerende gynaecologen. Dit is immers duidelijk ook een facet waar de praktijk momenteel wat in tekortschiet. Bovendien kunnen we dan, met dit onderzoek als startpunt, verder praktijkverbeterend werken naar de toekomst.
Eventueel kan, indien het resultaat van het onderzoek een toename in participatiegraad toont, op het einde van het onderzoek bij uitbreiding een lijst opgemaakt worden van de resultaten van deze screening. Er kan dan een vergelijk worden opgemaakt van het aantal gevonden afwijkende uitstrijkjes in vergelijking met vorig jaar. Zo kan onderzocht worden of een toename van participatie aan CKS, ook een toename aan opsporen van afwijkende resultaten teweeg brengt. Maar de statistiek van dit onderzoek is naar mijn mening een thesis op zich, en de focus van deze manama ligt weldegelijk op het optrekken van de participatiegraad van de CKS in onze praktijk, los van de resultaten hiervan.

Onderzoeksvraag 2

Het uiteenzetten van de antwoorden op de 15 vragen uit de vragenlijst in grafieken, kan hopelijk interessante informatie opleveren voor verbetering van de participatiegraad van screening in de HA praktijk. Zo kunnen we eventueel in de jaren volgend op het praktijkverbeterend project de CKSgraad (nog) verhogen op basis van deze resultaten. Deze vragenlijst kan als inleiding gebruikt worden voor de manana.

WINST

Gezien we met dit praktijkverbeterend onderzoek de participatiegraad voor een bestaande goedgekeurde kankerscreening willen vergroten, kan dit voor de patiënt, voor de praktijk, én voor de gemeenschap gemiddeld als winstgevend ingeschat worden. Er moet evenwel voordien met de patiënt besproken worden wat de impact kan zijn op de deelnemer bij het ontdekken van een afwijkend resultaat. Patiënten moeten, zelfs bij het niet tekenen van het opt-out formulier, na het krijgen van goede en correcte informatie omtrent CKS, nog steeds vrij zijn om te beslissen of ze deelnemen aan het screeningsschema of niet.

Bronnen:

- Domus medica, website
- M. Dhont, P. Devroey, J. Gerris, Y. Jacquemyn, I. Vergrote. Handboek gynaecologie. Uitgeverij acco Leuven/Den Haag, 2009.

Bijlage 2 : Goedkeuring ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.679.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. G. Van Hal
UA
Medische sociologie en gezondheidsbeleid
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Deelname aan de screening voor baarmoederhalskanker bij vrouwen tussen 25 en 35 jaar in onze praktijk: een praktijkverbeterend project (Manama huisartsgeneeskundeTine Van der Auwera)

Belgisch Registratienummer: B300201628297

datum	ons kenmerk	contactpersoon
4/04/2016	16/9/106	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 4/04/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Tine Van der Auwera, Marc Dusauchoit, Tahon Nicolas, Daelemans Sarah
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 29/03/2016
  V2
- Protocol dd. 29/02/2016
  V1
- Diverse dd. 29/02/2016
  Informatiefolder voor de wachtzaal, v1
- Vragenlijst(en) aangepaste versie dd. 29/03/2016
  Anonieme vragenlijst, v2

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.679.603

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 16/9/106

datum	ons kenmerk	contactpersoon
4/04/2016	16/9/106	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
o Nooit opgestart
o Vroegtijdig stopgezet
o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

Bijlage 3 : Opt-out formulier

AAN ALLE DAMES VAN 25 TOT 35 JAAR
OPT-OUT i.k.v. manama-thesis

Mevrouw, Juffrouw ,
Wij richten ons tot u in verband met een thesisonderzoek dat dokter Tine Van der Auwera in 2016-2017 zal voeren en waarin zij onderzoek doet naar de uitvoering en het optimaliseren van de baarmoederhalskankerscreening in onze praktijk.

Voor dit onderzoek raadplegen wij de gynaecologische screeningsgegevens met betrekking tot baarmoederhalskanker van alle vrouwelijke patienten tussen 25 en 35 jaar die ingeschreven zijn in onze praktijk, en die de voorbije 3 jaar nog op raadpleging zijn gekomen. De gegevens die nodig zijn voor dit specifiek huisarts-wetenschappelijk onderzoek worden versleuteld zodat het medisch geheim gevrijwaard blijft. Enkel de 4 huidige artsen van de praktijk, die rechtstreeks betrokken zullen zijn bij het onderzoek, kunnen uw medisch dossier raadplegen. *(Bij het einde van de studie worden de verzamelde gegevens gecodeerd bewaard, om eventueel nog verdere uitbreiding van dit praktijkonderzoek in de toekomst te kunnen uitvoeren.)*

We nemen aan dat u hiervan op de hoogte werd gebracht via de post, e-mail of mondeling, en zo automatisch toestemming geeft om uw dossier te raadplegen voor dit praktijkverbeterend project. Er wordt geen financiële vergoeding voorzien voor deelname aan het onderzoek. Wij vragen u enkel om, indien u uw gegevens **NIET** wil openstellen voor de artsen van de praktijk in het kader van dit eindejaarsproject, dit opt-out formulier te ondertekenen en dateren en ons terug te beozrgen (via post of door het te komen afgeven in de pratkijk). Indien u hier geen bezwaar tegen heeft, hoeft u helemaal niets te doen en mag u dit papier gewoon weggooien. Het terugbezorgen van dit document kan tot en met 20 april 2017.
Een opt-out formulier is een officieel document dat u de kans geeft u kenbaar te maken indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden in een wetenschappelijk onderzoek. Door het ondertekenen van dit document mag uw dossier door ons dus niet gebruikt worden in het kader van dit onderzoek. In geen geval zal het tekenen van dit formulier de zorg die de artsen u bieden in de praktijk beïnvloeden, en u kan dan uiteraard nog steeds deelnemen aan de screening naar baarmoederhalskanker.

Bij vragen en problemen kan u steeds contact opnemen met dokter Tine Van der Auwera, of 1 van de andere artsen van de praktijk, op het nummer 03/7715011.

- -

Naam : …….

Geboortedatum : …….

Adres : …….

Telefoonnummer : …….

Ik verklaar dat mijn dossiersgegevens noch anoniem noch gecodeerd mogen worden gebruikt in het kader van een master-na-master thesisonderzoek met betrekking tot baarmoederhalskankerscreening binnen praktijk de Fontein.

Handtekening datum

Bijlage 4 : Patiëntenbrief

Wist u dat :

Baarmoederhalskanker, na borstkanker, de meest frequent voorkomende kanker is bij de vrouw?

Dat er wereldwijd jaarlijks ongeveer een kwart miljoen vrouwen per jaar sterven aan de gevolgen van baarmoederhalskanker?

Baarmoederhalskanker vroegtijdig kan opgespoord worden en zo het aantal sterftes kan verkleinen?

Dat dit gebeurt door middel van een uitstrijkje?

Dit onderzoek zowel bij de huisarts als bij de gynaecoloog kan gebeuren?

Dit alles samen hoogstens 15 minuutjes in beslag neemt?

Reden te meer om verder te lezen!

Wat is baarmoederhalskanker?
Baarmoederhalskanker is een kwaadaardige kanker die in een ver stadium operaties en bestralingen nodig heeft. In West-Europa zijn er jaarlijks ongeveer 10/100.000 vrouwen die getroffen worden door baarmoederhalskanker, en 3/100.000 mensen sterven hier jaarlijks aan. Van een beginnende baarmoederhalskanker voel je niets, maar als de tumor groter wordt, kan je last krijgen van abnormaal vaginaal bloedverlies, plasklachten, pijn, of stoelgangstoornissen.

Wat is screening?
Bij kankerscreening proberen dokters een zo groot mogelijke groep patiënten te onderzoeken, om op die manier sneller en meer nog niet zichtbare kankers op te sporen. Door dit regelmatig en bij grote groepen mensen te herhalen, ontdekken we afwijkende cellen veel vroeger. Hierdoor kan, nog voor ze kwaadaardig worden en ernstige kanker veroorzaken, al ingegrepen worden, en wordt de kans dat iemand eraan sterft kleiner.

Wat is baarmoederhalskankerscreening?
Baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door een virus, het HPV-virus. Dit is seksueel overdraagbaar, maar geeft geen klachten bij besmetting. Bij screening op baarmoederhalskanker onderzoeken we de cellen van de baarmoederhals waar dit virus zich nestelt. Hierdoor kunnen dokters, zelfs nog voor het virus kanker veroorzaakt, al ingrijpen, en kunnen zware behandelingen, ingrijpende operaties aan de baarmoeder en zelfs sterfte vermeden worden.

Hoe gaat het practisch?
- Je maakt een afspraak bij je huisarts of gynaecoloog. Hij of zij legt vooraf uit hoe het onderzoek zal verlopen en praat eerst met u over uw twijfels en klachten. Bespreek ook met de arts vooraf wat voor u de gevolgen zijn van een afwijkend resultaat. (foto)
- Tijdens het onderzoekje wordt een speculum (tekening) in de vagina ingebracht, om zo beter de baarmoederhals te kunnen zien.
- Dan wordt heel kort met een borsteltje wat cellen afgenomen. Dit is normaal gezien pijnloos en duurt hoogstens een paar seconden. (tekening)
- Deze cellen worden opgestuurd naar het labo. Daar worden ze uitgestreken op een plaatje en onder de microscoop bekeken. Vandaar de naam van dit onderzoek : het uitstrijkje.
- 2 weken later belt u uw dokter op voor de resultaten. Als het resultaat normaal is, mag u de komende 3 jaar gerust zijn. Als het resultaat niet normaal is, vraagt de dokter u meestal om nog eens langs te komen op de praktijk om uitleg te geven over wat er verder moet gebeuren.

Het hele onderzoek is normaal gezien niet pijnlijk, en duurt hoogstens 5 minuutjes. Er zijn geen risico's aan verbonden, de enige ongemakken die u eventueel kan ervaren zijn kortstondig bloedverlies nadien.

Hoe vaak moet ik me laten screenen?
Wetenschappers onderzoeken en berekenen voortdurend wat de beste leeftijdsgroepen en de beste tijdsperioden zijn voor screening. De laatste jaren geven ze aan dat het best is om om vanaf 25 jaar om de 3 jaar een uitstrijkje te laten doen.
Indien het resultaat afwijkend is, kan het gebeuren dat dokters u sneller laten terugkomen voor een 2e uitstrijkje.

Waarom zou ik me laten screenen?
Zoals al aangegeven, veroorzaakt baarmoederhalskanker meestal pas symptomen als de kanker al ver gevorderd is. Je kan dus zonder een goed onderzoek niet weten of je besmet bent of niet. Bovendien kan je door snel in te grijpen de kans op sterfte door deze kanker echt verlagen.

Bijlage 5 : Vragenlijst + toestemmingsformulier

Naam : ANONIEM **Leeftijd : 25-35 jaar** **geslacht : vrouwelijk**

DUID MET EEN KRUISJE LINKS VAN HET ANTWOORD AAN WAT VOOR U VAN TOEPASSING IS. (In sommige gevallen zijn meerdere antwoorden mogelijk of kan u zelf een antwoordmogelijkheid aanvullen)
(informatiefolders zijn beschikbaar in de wachtzaal of bij de artsen)

Ik ben

	jonger dan 30j
	30 jaar of ouder

Ik weet wat baarmoederhalskanker is

	Neen
	Ja
	Ik heb er al van gehoord maar ik begrijp het niet

Screening naar deze kanker wil zeggen dat ik om de 3 jaar een uitstrijkje zou moeten laten uitvoeren

	Ik wist dit
	Ik wist dit niet
	Ik wist dit ongeveer
	Ik begrijp het niet

Ik begrijp wat het nut is mij om de 3 jaar te laten nakijken

	Ja
	Neen

Ik weet dat ik ook een uitstrijkje kan laten doen bij de huisarts

	Ja
	Neen

Een uitstrijkje bij de huisarts is goedkoper dan bij de gynaecoloog

	Ik wist dit
	Ik wist dit niet

Ik heb ooit al een uitstrijkje laten doen

	Ja, bij de huisarts
	Ja, bij de gynaecoloog
	neen

Mijn laatste uitstrijkje is

	Minder dan 1 jaar geleden
	Ongeveer 1 à 2 jaar geleden
	Ongeveer 3 jaar geleden
	Meer dan 3 jaar geleden
	Ik weet het niet meer
	Ik heb nog nooit een uitstrijkje laten doen

Mijn laatste uitstrijkje was normaal

	Ja
	Neen
	Ik weet het niet

Het zou mij helpen als ik door de huisarts of de gynaecoloog verwittigd word als het tijd is voor een nieuw uitstrijkje

	Ja
	Neen

Het is lang geleden (>3jaar) dat ik een uitstrijkje heb laten doen OF ik heb er nog nooit eentje laten doen omdat
(door sommigen dus niet in te vullen)

	Ik niet wist dat dit nodig was
	Ik het vergeten ben of er niet meer aan heb gedacht
	Ik laat niet graag een uitstrijkje uitvoeren want ik vind het te gênant/pijnlijk/intiem/…
	Ik het niet belangrijk vind
	Kanker in mijn familie toch niet voorkomt
	Ik bang ben voor het resultaat
	Andere redenen, vul dan hier in

Ik zou een uitstrijkje liever doen bij

	De huisarts
	De gynaecoloog
	Het maakt niet uit bij wie
	Ik heb hier nog nooit over nagedacht.

Ik laat mijn uitstrijkje liever doen bij de huisarts want (door sommigen niet in te vullen) (meerdere keuzes mogelijk)

	Ik voel mij meer op het gemak bij de huisarts
	De gynaecoloog kent mij minder goed
	De huisarts weet er evenveel van als de gynaecoloog, kan mij evenveel info geven
	De huisarts kan dit onderzoekje even goed uitvoeren als de gynaecoloog
	Ik hoor liever van de huisarts als het resultaat niet goed is
	De gynaecoloog kost te veel
	De huisarts zal mij indien het nodig is wel doorsturen naar een gynaecoloog
	Bij de huisarts kan ik makkelijker terecht voor enkel een uitstrijkje
	Bij de huisarts kan ik sneller terecht
	Andere redenen? Vul dan hier in

Ik laat mijn uitstrijkje liever doen bij de gynaecoloog want (door sommigen niet in te vullen) (meerdere keuzes mogelijk)

	Ik voel mij meer op het gemak bij de gynaecoloog
	De gynaecoloog geeft hierover meer en betere uitleg dan de huisarts
	De gynaecoloog kan dit beter dan de huisarts
	Ik hoor liever van de gynaecoloog als het resultaat niet goed is
	De gynaecoloog onderzoekt mij uitgebreider
	De gynaecoloog weet hoe hij mij verder moet opvolgen

	Doordat ik meer betaal heb ik het gevoel dat ik betere zorg krijg
	Een huisarts kent mij te goed, dan vind ik dit te intiem
	Andere redenen? Vul dan hier in

Ik laat een uitstrijkje liever doen bij een

	Een mannelijke dokter
	Een vrouwelijke dokter
	Het maakt niet uit bij wie

BEDANKT VOOR UW MEDEWERKING !!
(U kan deze lijst opsturen naar Fonteinstraat 73,9140 Temse / deponeren in de doos aldaar / afgeven aan een van de artsen van de praktijk)

Bijlage 6 : Informatiefolder voor de wachtzaal

BEN JIJ een vrouw TUSSEN 25 EN 35 jaar oud, dan is dit iets voor jou !!!!!!

Wij willen als groepspraktijk werken aan goede zorgverlening, o.a. door ook informatie aan te bieden over minder frequent voorkomende ziektes zoals **baarmoederhalskanker**
Elk jaar sterven in Vlaanderen alleen al 100 vrouwen aan deze kanker, terwijl op tijd een uitstrijkje laten nemen bij de huisarts of gynaecoloog de kans op sterfte door deze kanker sterk kan doen dalen. Vooral in de **leeftijdsgroep van 25-35 jaar** laten veel te weinig vrouwen zich onderzoeken. Hierdoor starten wij in Praktijk De Fontein een informatiecampagne.

Daarom vind je hier **een informatiefolder** en **een anonieme vragenlijst** met 15 vragen.
U bent vrij deze mee te nemen, te lezen en in te vullen.
Maar **vraag ook gerust meer informatie** aan uw arts bij uw eerstvolgende visite! Wij zullen graag al uw vragen beantwoorden.

In naam van alle dokters van praktijk de Fontein alvast dank voor uw medewerking!
Wij helpen u zo dadelijk verder met uw andere vragen!

Drs. Dusauchoit, Tahon, Daelemans en Van der Auwera

Bijlage 7 : CV van de onderzoekers

CV VAN DE ONDERZOEKERS, RECHTSTREEKS VERBONDEN AAN HET ONDERZOEK

Beknopt CV Tine Van der Auwera

Naam : Tine Van der Auwera
geboortedatum : 25/07/1989
Geslacht : vrouwelijk
Adres : Rozier 18, 9000 Gent

Competenties :

Juni 2016	Behalen van een Master in de huisartsgeneeskunde aan de Ugent
9/2015 tot heden	Master na master in huisartsgeneeskunde in praktijk De Fontein, Temse

Beknopt CV Marc Dusauchoit

Naam : Marc Dusauchoit
Geboortedatum : 25/04/1957
Geslacht : mannelijk
Adres : Fonteinstraat 73, 9140 Temse

Competenties :

Juni 1984	Behalen van een Master in de huisartsgeneeskunde aan de KUL
09/1984 tot heden	Huisarts in praktijk de Fontein, Temse
09/1990 tot heden	praktijkopleider
2015 tot heden	ondervoorzitter HAWP wachtpost Waasland

Beknopt CV Tahon Nicolas

Naam : Tahon Nicolas
Geboortedatum : 15/01/1984
Geslacht : mannelijk
Adres : Kloosterstraat 36, 2880 Bornem

Competenties :

Juni 2009	Behalen van een master in de geneeskunde aan de Ugent
09/2009-08/2011	Master na master in de huisartsgeneeskunde
2011 tot heden	Huisarts in praktijk de Fontein, Temse

Beknopt CV Daelemans Sarah

Naam : Daelemans Sarah
Geboortedatum : 21/04/1987
Geslacht : vrouwelijk
Adres : Wolfgang d'Urselstraat 8 bus 2, 2880 Hingene

Competenties :

Juni 2012	Behalen van een master in de huisartsgeneeskunde aan VUB
09/2012-08/2014	Master na master in huisartsgeneeskunde in praktijk De Fontein, Temse
08/2014 tot heden	Huisarts in praktijk de Fontein, Temse