Verhogen van de deelname aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker aan de hand van een herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts: haalbaarheid en effect in een groepspraktijk.

Nele De Koninck

In samenwerking met Liesbeth Haesaert

Promotor: Prof. Dr. Willems Sara, vakgroep huisartsgeneeskunde
Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Van Roy Kaatje, vakgroep huisartsgeneeskunde
Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2017-2018

Dankwoord

Bij het schrijven van deze masterproef heb ik mij enorm gesteund mogen weten. Enkele personen wil ik graag met naam noemen:

Dank aan mijn promotor, prof. Dr. Willems Sara, voor het aanreiken van de samenwerking met het CvKO en het snelle handelen op twijfelmomenten.

Dank aan mijn co-promotor, dr. Van Roy Kaatje, voor de vlotte beschikbaarheid, de steun en grondige opvolging.

Dank aan Eliane Kellen, MD, PhD, coördinator van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker bij het Centrum voor KankerOpsporing voor de samenwerking en het herhaaldelijk herbekijken van onze resultaten.

Dank aan Liesbeth Haesaert, huisarts-in-opleiding, voor de aangename en productieve samenwerking.

Dank aan mijn collega's en praktijkopleider dr. Hilde Meert, voor de interesse in mijn masterproef en om de studie mogelijk te maken binnen de praktijk.

Dank aan Pieter De Koninck, Onderzoeksgroep Beleidsinformatica KU Leuven, voor zijn kritische blik op de statistische gegevens in dit onderzoek.

Dank aan mijn echtgenoot, Wim Van Nieuwenhove, om ons gezin recht te houden zodat ik tijd had om aan deze masterproef te werken. Dank ook om steeds bereid te zijn om mijn hypotheses en plannen mee af te toetsen.

Abstract

Inleiding
Baarmoederhalskanker is in België verantwoordelijk voor 190 overlijdens per jaar. Een driejaarlijks baarmoederhalsuitstrijkje bij 80% van de vrouwen tussen 25 en 65 jaar zou 80-90% van deze overlijdens kunnen voorkomen. In België bedraagt de screeningsgraad slechts 61%.

Onderzoeksvraag
Kan de participatiegraad van aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker verhoogd worden door een persoonlijke brief van de huisarts? In dit praktijkverbeterend project werd tot doel genomen om de screeningsgraad in groepspraktijk Ars Medica te verhogen met 10%.
Als nevenonderzoeksvraag wordt hierbij gesteld: welke eigenschappen kunnen onderscheiden worden bij de patiënten die ingaan op de uitnodigingsbrief van de huisarts? Zijn patiëntes met recht op een derdebetalersregeling of patiëntes die reeds langer dan 10 jaar geen uitstrijkje lieten nemen, moeilijker te motiveren? Daarnaast wordt de bijkomende belasting voor de huisarts gecontroleerd.

Methode
Een praktijkverbeterend project werd opgezet aan de hand van de Plan-Do-Check-Act-cyclus (PDCA). Patiëntes die langer dan 3 jaar geen uitstrijkje lieten nemen, werden ingedeeld in een controlegroep (n=36) en 3 interventiegroepen (n=33; n=65; n=109). Patiëntes uit de controlegroep, interventiegroep 1 en 2, hadden langer dan 5 jaar geen uitstrijkje laten maken. Patiëntes uit interventiegroep 3 hadden 3 tot 5 jaar geleden nog een uitstrijkje laten maken. Patiëntes uit de controlegroep ontvingen de reguliere uitnodigingsbrief van het CvKO. Patiëntes in de interventiegroep ontvingen een interventiebrief, ondertekend door de GMD-houdende huisarts. 6 maand na het versturen van de brieven, werd bepaald wie een uitstrijkje liet maken.
Een gelijkaardige studie werd opgezet door Liesbeth Haesaert in 2 andere opleidingspraktijken. De resultaten van de 3 praktijken werden gebundeld om een grotere statistische sterkte te bereiken.

Resultaten
De screeningsgraad in praktijk Ars Medica werd voor de start van de studie geschat op 52%. Tijdens deze studie bleek de screeningsgraad echter 70% te bedragen. Door de interventie werd de screeningsgraad opgetrokken tot 76%. Het screeningspercentage 6 maand na het versturen van de brieven was 5,56% (n=2) in de controlegroep, 12,12%(n=4) in interventiegroep 1, 13,85%(n=9) in interventiegroep 2 en 30,28% (n=33) in interventiegroep 3.
Er kon geen statistisch significant effect aangetoond worden van de interventiebrief ten opzichte van de reguliere uitnodigingsbrief in de controlegroep. Het effect op patiënten met recht op een derdebetalersregeling was evenmin significant verschillend. Er werd wel een significant groter effect genoteerd van de interventiebrief op patiënten die in de voorbije 5 tot 10 jaar reeds een uitstrijkje lieten nemen dan op patiënten die reeds minstens 10 jaar geen uitstrijkje lieten nemen.
De bijkomende werkbelasting voor de huisarts was beperkt. Deze studie maakte het mogelijk om het elektronisch medisch dossier aan te vullen. Hierdoor is nu voor iedere patiënte de datum van het laatste uitstrijkje gekend.

Conclusie
De screeningsgraad in groepspraktijk Ars Medica lag hoger dan verwacht bij de start van het onderzoek, maar kon toch opgetrokken worden dankzij de interventie. Het elektronisch medisch dossier kon verbeterd worden. De interventiebrief, ondertekend door de huisarts, kon geen statistisch significante stijging van de deelname aan het bevolkingsonderzoek bereiken. Patiënten die minstens 10 jaar geen uitstrijkje lieten nemen, zijn significant moeilijker te motiveren tot screening.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 1

2. Oriënterende literatuurstudie 2

2.1 Werkwijze literatuurstudie 2

2.2 Epidemiologie baarmoederhalskanker 2

2.3 Ontstaan en ontwikkeling baarmoederhalskanker 2

2.4 Preventie: baarmoederhalsuitstrijkjes 3

2.4.1 Zin van een uitstrijkje 3

2.4.2 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 3

2.4.3 Uitstrijkje bij de huisarts of gynaecoloog 6

2.4.4 Internationale vergelijking 7

2.4.5 Motivatie voor baarmoederhalskankerscreening 7

2.5 Insteek van een praktijkverbeterend project 10

2.5.1 Advies Orde der Artsen over uitnodigingsbrieven 10

2.5.2 PDCA-cyclus 10

3. Methode 12

3.1 Thema kiezen 12

3.2 Actie plannen 12

3.3 Status quo analyseren 12

3.3.1 Praktijkkenmerken Ars Medica, Denderhoutem 12

3.3.2 Screeningsgraad voor start 13

3.3.3 Analyse lage screeningsgraad 14

3.4 Doelstelling 16

3.5 Analyseer 16

3.6 Strategie formuleren 16

3.7 Do: uitvoeren en evalueren 18

4. Resultaten 20

4.1 Ars Medica Denderhoutem....20
4.1.1 Groep 1: Uitstrijkje meer dan 5 jaar geleden en nog geen reguliere uitnodiging ontvangen in het huidige werkjaar....20
4.1.2 Interventiegroep 2: uitstrijkje meer dan 5 jaar geleden, reeds uitnodigingsbrief in huidige kalenderjaar....24
4.1.3 Studiegroep 3: uitstrijkje 3 tot 5 jaar geleden....25
4.1.4 Algemene resultaten Ars Medica....27
4.2 Bundeling resultaten van Ars Medica, Semmerzake en Medizorg Oosterzele....28
4.2.1 Studiegroep 1: effect van de interventiebrief ten opzichte van de controlebrief....28
4.2.2 Bundeling Studiegroep 1+2: effect van de interventiebrief ten opzichte van de controlebrief....29
4.2.3 Analyse derdebetalers....30
5. Discussie....31
5.1 Suggesties door de artsen....31
5.2 Algemene bemerkingen bij de studie....31
5.2.1 Onterecht verstuurde brieven....31
5.2.2 Incorrecte bepaling screeningsgraad....32
5.2.3 Kenmerken van de brief....32
5.2.4 Patiënteneducatie....32
5.2.5 Korte observatietijd....33
5.3 Suggesties voor de toekomst....33
5.3.1 Bekijken van de hysterectomietoestand en screeningsgraad nationaal....33
5.3.2 Begeleidende brief van de huisarts?....33
5.3.3 Verder onderzoek naar motivatie van patiënten die reeds meer dan 5 jaar geen uitstrijkje lieten nemen....34
6. Conclusie....35
7. Referenties....36
8. Bijlagen....38
8.1 Studieprotocol....38

8.2 Goedkeuring door ethische commissie 40

8.3 Amendement studieprotocol 41

8.4 Goedkeuring amendement door ethische commissie 43

8.5 Uitnodigingsbrief 44

1. Inleiding

Baarmoederhalskanker is in Vlaanderen de 8ste meest frequente kanker bij vrouwen, en jaarlijks overlijden er in Vlaanderen nog steeds iets meer dan 100 vrouwen aan deze tumor. Men schat dat door een 3-jaarlijks uitstrijkje uit te voeren bij 80% van de vrouwen tussen 25 en 65 jaar, 80-90% van deze overlijdens voorkomen kunnen worden (1).

De huidige screeningsgraad in Vlaanderen ligt op 61%. Te weinig vrouwen laten een uitstrijkje nemen om een optimaal effect van deze populatiescreening te bekomen. Er dienen meer inspanningen te gebeuren om te streven naar die 80%. De huisarts speelt hierbij een cruciale rol.

Deze studie wil één mogelijkheid om de screeningsgraad te verhogen, namelijk een uitnodigingsbrief ondertekend door de GMD-houdende huisarts, uittesten in een groepspraktijk.

Deze masterproef werd uitgewerkt in samenwerking met Liesbeth Haesaert, huisarts-in-opleiding. Zij voerde hetzelfde onderzoek uit in de twee opleidingspraktijken waar zij achtereenvolgens stage liep. Het literatuuronderzoek werd samen uitgevoerd en beschreven, met accentverschillen naargelang eigen onderzoeksvragen. De resultaten van de studie in de 3 verschillende praktijken werd afzonderlijk beschreven in de twee masterproeven. Vervolgens werden de resultaten van de 3 praktijken gebundeld om een grotere statistische sterkte te bereiken. In de masterthesis van Liesbeth Haesaert werden leeftijdseffecten over de totale studiegroep bekeken. In deze masterthesis werd het effect op patiënten die reeds meer dan 10 jaar geen uitstrijkje lieten nemen, en op patiënten met recht op een derdebetalersregeling, bekeken.

De hoofdonderzoeksvraag bij dit onderzoek is: kan de participatiegraad van aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker verhoogd worden door een persoonlijke brief van de huisarts?

Als nevenonderzoeksvragen worden hierbij gesteld: welke eigenschappen kunnen onderscheiden worden bij de patiënten die ingaan op de uitnodigingsbrief van de huisarts ten opzichte van de patiëntes die hierop niet ingaan? Zijn deze patiëntes vaker of minder vaak derdebetalers? Zijn dit vooral patiëntes die minder lang geleden reeds een uitstrijkje lieten nemen? Daarnaast stellen wij ons ook de vraag wat de bijkomende belasting is voor de huisarts. Hoe vaak krijgt de huisarts vragen over deze persoonlijke uitnodigingsbrief? Wordt het uitstrijkje na het krijgen van deze persoonlijke uitnodigingsbrief vaker afgenomen door de huisarts in plaats van de gynaecoloog? Welke vragen worden er gesteld door de patiënten wanneer zij een persoonlijke uitnodigingsbrief ontvangen?

2. Oriënterende literatuurstudie

2.1 Werkwijze literatuurstudie

Er wordt een literatuurstudie uitgevoerd volgens het watervalprincipe. Eerst werden de relevante Vlaamse en Nederlandse richtlijnen doorgenomen. Via de referentielijsten wordt verder gezocht naar relevante meta-analyses en systematische reviews.
Verder werd er gezocht via Pubmed en Embase met de volgende zoektermen 'pap smear, cervix cancer, prevention, screening, age, motivation, compliance, quality control circle'. De databank van het ICHO werd geraadpleegd, op zoek naar vorige masterproeven betreffende dit onderwerp. Daarnaast werden ook nog Belgische databanken nagekeken, zoals rapporten van het KCE en de site van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

2.2 Epidemiologie baarmoederhalskanker

Wereldwijd is baarmoederhalskanker de derde meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen en de meest voorkomende gynaecologische kanker (2). Baarmoederhalskanker komt vooral voor bij jonge vrouwen, namelijk tussen 15 en 44 jaar en is in deze leeftijdscategorie zelfs de tweede meest voorkomende kanker (3, 4).
Volgens een recent rapport van de WHO waren er in 2012 wereldwijd ongeveer 527 000 nieuwe diagnoses van cervixkanker met bijna 270 000 overlijdens tot gevolg (3, 4).
In België maakt cervixkanker 3% uit van de nieuwe kankers bij vrouwen en zijn er zo'n 643 nieuwe gevallen per jaar, waarvan een 350-tal vrouwen in Vlaanderen. Hiermee staat het in de top 10 in België (1, 5, 6). Deze kanker is in België verantwoordelijk voor bijna 190 overlijdens per jaar. Er wordt geschat dat 80-90% hiervan had kunnen vermeden worden door een regelmatige vroege opsporing aan de hand van een cervixuitstrijkje (1).

2.3 Ontstaan en ontwikkeling baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker ontstaat in 99,7% van de gevallen ten gevolge van een besmetting met het humaan papillomavirus (HPV) (3). Er bestaan 118 verschillende types van HPV, maar hoofdzakelijk HPV 16 en 18 zijn verantwoordelijk voor cervixkanker (2). Dit virus is een seksueel overdraagbare aandoening en is zeer infectieus. Ongeveer 80 % van alle vrouwen wordt ooit in haar leven besmet. Dit virus wordt meestal spontaan door het lichaam verwijderd binnen de twee jaar. Wanneer dit niet gebeurt, kunnen er afwijkende cellen, precancereuze letsels, ontstaan door een chronische infectie. Het zijn deze cellen die, zo'n 10-15 jaar na de besmetting, cervixkanker kunnen veroorzaken (3, 6).
Deze celveranderingen kunnen opgespoord worden door een baarmoederhalsuitstrijkje. De veranderingen worden onderverdeeld in een cervicale intraepitheliale neoplasie (CIN)-classificatie. CIN 1 betekent dat er een milde dysplasie van de cervicale cellen gezien wordt. CIN 2 betekent een matige dysplasie, CIN 3 een ernstige dysplasie. CIN 1 manifesteert zich gemiddeld ongeveer een jaar na de besmetting, terwijl CIN2 zich in de loop van ongeveer 5 jaar ontwikkelt. CIN 2 en CIN 3 worden gezien als precursoren van invasieve kanker.

Regelmatige screening is de beste manier om cervixkanker vroeg te ontdekken en behandelen (2, 7)

2.4 Preventie: baarmoederhalsuitstrijkjes

Wat betreft de preventie van cervixkanker kenden we de laatste jaren veel nieuwe ontwikkelingen: het bevolkingsonderzoek dat opgestart werd in 2013, de HPV-vaccinatie die aangeboden wordt sinds 2010, en nieuw onderzoek dat verricht wordt naar de mogelijkheid van HPV-zelftesting.
In wat volgt, wordt de zinvolheid van baarmoederhalsuitstrijkjes en de werking van het bevolkingsonderzoek bekeken, en vergelijken we het effect hiervan internationaal. Voorts nemen we de tekortkomingen onder de loep: waar liggen de drempels voor deelname aan het bevolkingsonderzoek en hoe kan de motivatie hiervoor verhoogd worden?

2.4.1 Zin van een uitstrijkje

De cytologie van het uitstrijkje wordt beschreven, variërend van normaal tot 'low grade squamous intraepithelial lesion'(LSIL) en 'high grade squamous intraepithelial lesion' (HSIL). Bij een LSIL of HSIL kan een colposcopie met biopsie volgen om al dan niet de diagnose van een tumor of voorloperletsel te stellen. Het uitstrijkje vormt hierbij een goed screeningsonderzoek: het uitstrijkje heeft dit een specificiteit van 97,7% en wanneer het uitstrijkje cytologisch geprotocolleerd wordt als HSIL heeft dit een positief voorspellende waarde van 85% voor de diagnose van minstens een CIN 1 letsel bij biopsie. (10)
Omdat baarmoederhalskanker zich uiterst langzaam ontwikkelt en vele voorstadia kent, kan een regelmatige opsporing door middel van een baarmoederhalsuitstrijkje 80-90% van die kankers kan voorkomen. Dit door de letsels in een beperkt, vroeg en behandelbaar stadium te ontdekken. Om dit doel te bereiken, moet 80% van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar om de 3 jaar gescreend worden (8). De terugbetalingscriteria in België zijn hieraan aangepast: de technische prestatie van het uitstrijkje en het laboratoriumonderzoek worden volledig terugbetaald op voorwaarde dat een vorig uitstrijkje minstens 3 kalenderjaren geleden is.

2.4.2 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Om een hoge screeningsgraad te verwezenlijken gebeurt screening best in de vorm van georganiseerd bevolkingsonderzoek. Daarover is men het eens in de literatuur. In België bestaat er een combinatie van een opportunistisch screeningsbeleid, waarbij de arts of patiënte zelf initiatief neemt tot het afnemen van een uitstrijkje, en het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.
Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker van de Vlaamse overheid startte in juni 2013 en moedigt alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar ertoe aan om elke 3 jaar een uitstrijkje te laten nemen. Hiertoe worden promotiecampagnes opgezet, bestaat er een uitnodigende site met informatie en worden brieven verstuurd naar vrouwen die te lang geen uitstrijkje lieten nemen. Sinds 2017 werd voor patiënten ook de mogelijkheid beschikbaar gemaakt om via Vitalink na te gaan wanneer hun laatste uitstrijkje was en om per mail herinnerd te worden wanneer hun uitstrijkje 3 jaar geleden is (9).

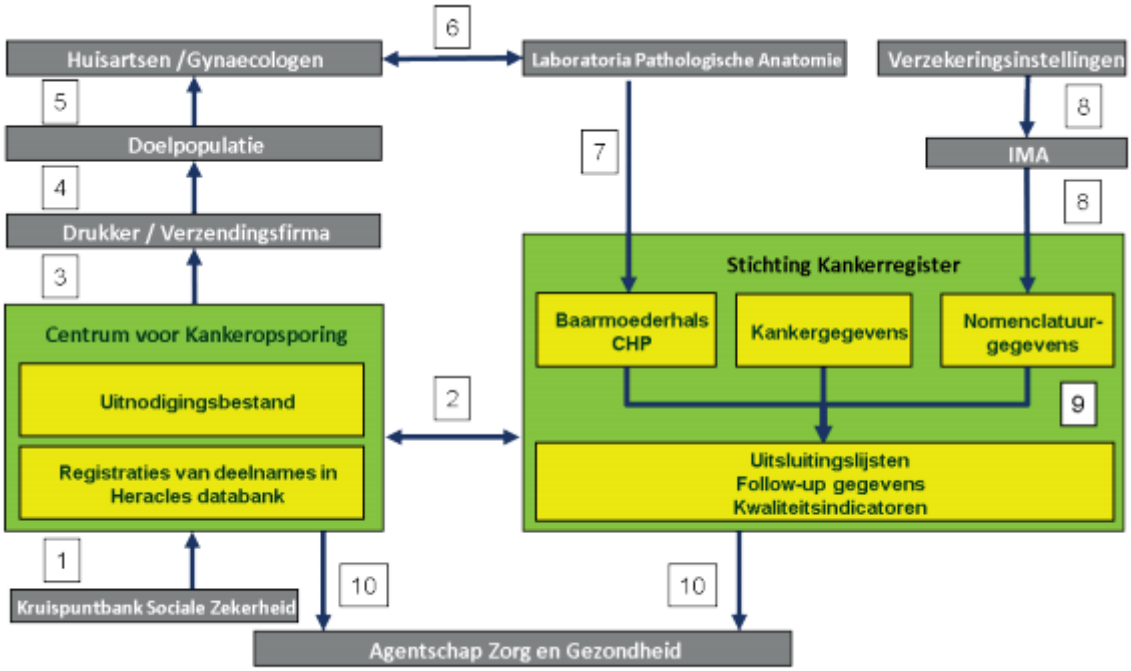
2.4.2.1 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: basis gegevensdatabank

Om het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker te begrijpen, is kennis van de werking hiervan onontbeerlijk. Waar cijfermateriaal gebruikt wordt, verwijzen we naar het jaar 2013 omdat deze informatie volledig is. Data van latere jaren zijn nog onderhevig aan verandering.
Aan het versturen van de uitnodigingsbrieven gaat een complexe organisatie vooraf. Om correcte uitnodigingsbrieven te kunnen versturen, rekent het CvKO op de gegevens verzameld in verschillende databanken, die hieronder beschreven worden. Er dient gelet te worden op de complexiteit maar ook op de belangrijke vertraging die op het verkrijgen van de gegevens zit. Figuur 1 geeft de complexe werking van de gegevensdatabank visueel weer.

Wanneer een uitstrijkje afgenomen wordt door de arts, wordt dit verwerkt in het laboratorium. Deze gegevens worden sinds 2008 slechts drie keer per jaar doorgestuurd naar het Cytohistopathologieregister (CHP) van de Stichting Kankerregister (SKR).
Er zit wel een duidelijke vertraging op deze gegevens, omdat de gegevens in de databank éénmaal per jaar, in juni, verwerkt moeten worden. Daardoor zijn de gegevens uit het jaar 20xy beschikbaar op 1/7/20xy+1.
De volledigheid van het CHP was in 2013 90,8%, in vergelijking met de aangerekende nomenclatuurnummers. Dit wil zeggen dat voor 9,2% van de afgenomen uitstrijkjes wel een nomenclatuurnummer werd aangerekend, maar er geen resultaat van een uitstrijkje bekend is in het CHP. Minder dan 1% van de staalresultaten in laboratoria wordt niet doorgegeven aan het CHP (10).

Het CHP wordt verder aangevuld door de nomenclatuurgegevens bekend bij de databank van het Intermutualistisch Agentschap (IMA). Omdat verzekerde prestaties tot 2 jaar na datum kunnen worden terugbetaald, zijn de gegevens uit het jaar 20xy pas volledig in het jaar 20xy+2. Mogelijks zijn er ook uitstrijkjes die zowel in het CHP als in de nomenclatuurdatabank van het Intermutualistisch Agentschap niet gekend zijn, maar deze zijn dus niet traceerbaar.
Sinds 2002 wordt aan de hand van nomenclatuurnummers ook geregistreerd of een patiënte een hysterectomie liet uitvoeren. Vrouwen kunnen ook zelf laten weten aan het CvKO dat ze niet in aanmerking komen voor een uitstrijkje. Dit wordt dan gecontroleerd via de SKR en het IMA (10).
Nieuwe kankerdiagnoses zijn belangrijk om patiënten die uitgesloten zijn voor verdere screening geen onnodige brieven meer te sturen. Deze gegevens worden sinds 1999 bijgehouden in een databank van de SKR. Nieuwe incidentiegegevens van het jaar 20xy zijn beschikbaar op 1/10/20xy+2 (10).

Het CvKO baseert zich op de Heracles-databank voor het versturen van de uitnodigingsbrieven. Deze wordt up-to-date gehouden door middel van informatie vanuit het Kruispunt Sociale Zaken, en bevat informatie over overlijden, verhuis… (10).



Figuur 1: Organisatie bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (10)

2.4.2.2 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: wie krijgt een brief?

Op basis van de gegevens van de SKR worden 4 maal per jaar uitsluitingslijsten opgesteld van vrouwen die niet in aanmerking komen voor een uitnodigingsbrief:

- Vrouwen die een hysterectomie ondergingen of aan baarmoederhalskanker lijden: in 2013 was dit 5,4%.
- Vrouwen die reeds een uitstrijkje lieten uitvoeren in de voorbije 2 kalenderjaren: in 2013 had 47,8% van de vrouwen reeds een uitstrijkje laten maken in 2011 of 2012. Gezien de vertraging in gegevensverwerking kan niet nagegaan worden hoeveel vrouwen spontaan in 2013 een uitstrijkje lieten nemen.

De vrouwen die niet behoren tot de exclusiegroep, krijgen een uitnodigingsbrief. Het tijdstip waarop ze dit krijgen is afhankelijk van hun situatie:

- Indien ze een vorig uitstrijkje lieten afnemen, krijgen ze een uitnodigingsbrief voor een volgend uitstrijkje ongeveer 48 maanden (4 jaar) na de datum van het vorige staal. De keuze voor een termijn van 48 maanden –in tegenstelling tot de aangeraden 3 kalenderjaren tussen twee uitstrijkjes– is bewust, omdat er een vertraging van 6 maanden of langer kan zitten tussen het afnemen van een uitstrijkje en het op de hoogte zijn hiervan bij het CvKO.
- Indien er geen vorig uitstrijkje geregistreerd is krijgen ze een brief ongeveer 36 maand (3 jaar) na de vorige brief. Indien ze nog geen vorige uitnodigingsbrief ontvingen, krijgen ze een uitnodigingsbrief rond hun verjaardag (10).

2.4.2.3 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: responsgraad en dekkingsgraad

Voor 2013 geven cijfers van het jaarrapport van het CvKO (10) aan dat 50% (791.384) van de vrouwen tussen 25 en 65 jaar in aanmerking kwam voor een uitstrijkje. 45.38%

(359.138) hiervan kreeg een uitnodigingsbrief omdat het vorige uitstrijkje al meer dan 48 maand of de vorige brief meer dan 36 maand geleden was. Van deze 359.138 vrouwen liet 15,2% ook binnen de 12 maand een uitstrijkje afnemen. Deze 15,2% is de responsgraad. In 2014 was de responsgraad 17,6%.

De responsgraad in 2015 werd nog niet definitief berekend, maar werd aan de hand van de voorlopig bekende gegevens geschat op 28,4%. Hierbij nemen wij echter als nota dat in 2015 gedurende 4 maand de uitnodigingsstrategie werd gewijzigd en alle vrouwen waarbij het uitstrijkje 36 maand in plaats van 48 maand geleden was, werden uitgenodigd. Dit geeft een vertekend beeld, want een groot deel hiervan zou spontaan een uitstrijkje hebben laten nemen, ook zonder uitnodigingsbrief (10).

De totale dekkingsgraad in 2013 was 63,5%: 5,4% was uitgesloten voor deelname, 47,8% had reeds deelgenomen in de voorbije 2 jaar, en 10,3% nam deel in 2013 zelf (10, 11).

2.4.3 Uitstrijkje bij de huisarts of gynaecoloog

De huisarts of gynaecoloog neemt het uitstrijkje af. Deze afnamemethode is voorlopig nog het meest betrouwbaar. De kwaliteit van de afgenomen uitstrijkjes ligt hoog: slechts 0,5% is van onvoldoende kwaliteit (10). Momenteel worden de uitstrijkjes voornamelijk afgenomen door gynaecologen. In 2013 werd 20% van alle uitstrijkjes in Vlaanderen door de huisarts uitgevoerd, in 2014 was dit 16% (1).

Vorige masterthesissen (12, 13) onderzochten reeds waarom vrouwen voor de gynaecoloog kiezen in plaats van de huisarts.
Vele vrouwen menen dat een jaarlijks onderzoek bij de gynaecoloog sowieso noodzakelijk is en indien nodig kan deze dan een uitstrijkje uitvoeren. 15% van de vrouwen die het uitstrijkje bij de gynaecoloog laat afnemen, wist niet dat de huisarts dit ook kon, maar toch ook een belangrijke groep (16%) heeft een zekere schroom om dit door de huisarts te laten uitvoeren (12).
In een masterproef uit 2013 (13) werd aan patiëntes gevraagd waarom ze voor de gynaecoloog kiezen. Het is opvallend dat gewoonte hierin een grote rol speelt: 85% ging hiervoor in het verleden bij de gynaecoloog en blijft dit dus zo doen. 69% gaat bij de gynaecoloog omdat deze het eerste uitstrijkje nam. 60% van de patiëntes is overtuigd dat de gynaecoloog over een beter aangepaste onderzoekskamer beschikt. Ook praktische overwegingen spelen een belangrijke rol. Zo vindt 60% het belangrijk dat de gynaecoloog hiervoor afspraken kan geven na 18u (13).

Vrouwen die voor een uitstrijkje toch bij de huisarts gaan, halen hiervoor de vertrouwenspositie van de arts aan en vinden het een voordeel dat deze dan ook over een volledig dossier beschikt. De praktische kant speelt ook mee: 21% kiest voor de huisarts omdat ze hier sneller terecht kunnen. 14% van deze vrouwen ging altijd al bij de huisarts en maakt pas een afspraak bij de gynaecoloog wanneer dit door hem/haar aanbevolen wordt (12).

2.4.4 Internationale vergelijking

De doelstelling voor cervixkankerscreening is een screeningsgraad van 80% te bereiken. Dit richtcijfer werd Europees vastgelegd (14).
Vergelijken we de screeningsgraad tussen 2007 en 2010, dan zien we dat deze in België stabiel rond 60% blijft, wat gelijk is aan het Europees gemiddelde en vergelijkbaar met de screeningsgraad in het buurland Nederland. (8) Volgens het jaarrapport 2015 van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (15) daalt de screeningsgraad tussen 2010 en 2015 echter naar 54%.

In Finland ligt de screeningsgraad daarentegen op 70%, en in het Verenigd Koninkrijk werd zelfs de doelstelling van 80% bereikt en gehandhaafd sinds het jaar 2000. Deze landen beschikken over een georganiseerd screeningssysteem, in het Verenigd Koninkrijk al sinds 1988. De effecten van de opstart van het screeningsprogramma "bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker" in 2013 in België worden nog verder bestudeerd.

Vergelijkend tussen beide systemen, merken we wel dat het systeem in het Verenigd Koninkrijk meer pro-actief is: de uitnodigingsbrief wordt gestuurd op het ogenblik dat de vrouw een uitstrijkje nodig heeft. In België betreft het eerder een herinneringsbrief: enkel vrouwen die al een jaar te laat zijn om het nodige uitstrijkje te laten uitvoeren, krijgen een brief. De in 2017 gestarte mogelijkheid om zich online in te schrijven om een e-mailbericht te krijgen wanneer een uitstrijkje nodig is, zal dit voor een stuk in de toekomst veranderen. Een tweede verschilpunt is de concrete informatie in de brief: in België gaat het om een algemene brief, met als mogelijkheid om een afspraak te maken bij de huisarts of gynaecoloog. In het Verenigd Koninkrijk is deze informatie concreter en staan de contactgegevens mee in de brief (8).

2.4.5 Motivatie voor baarmoederhalskankerscreening

Screening naar baarmoederhalskanker en de voorstadia ervan aan de hand van een baarmoederhalsuitstrijkje is dus effectief. Vele patiëntes laten zich echter niet screenen. De redenen hiervoor zijn uiteenlopend en worden hieronder beschreven.

2.4.5.1 Wie is er onderscreend?

In België wordt de 80% screeningsgraad waarnaar gestreefd wordt, niet bereikt. Er is duidelijk nood aan een verandering van de aanpak wanneer men ziet dat sinds 1997 de screeningsgraad niet meer significant veranderd is (16).
Een belangrijke reden hiervoor is de gezondheidskloof. Er is een duidelijke en groeiende gezondheidskloof te constateren in alle types van preventieve zorg. Bij het baarmoederhalsuitstrijkje merkt men dat in de laagste sociale groep 48,9% zich liet screenen, tegenover 64,2% in de hoogste sociale groep. De gezondheidsenquête uit 2013 geeft zelfs een verschil in screeningsgraad van 29%. Het is onzeker of het bevolkingsonderzoek de socio-economische verschillen kan helpen beperken. Vergelijkt men met het bevolkingsonderzoek borstkanker, dan ziet men dat daar wel een verhoging screeningsgraad gerealiseerd wordt, maar vooral in de hoogste sociale groep, waardoor de gezondheidskloof behouden blijft (17).

Daarnaast is volgens de Vlaamse huisartsenvereniging Domus Medica en het Nederlands huisartsen genootschap (NHG) de deelname aan screening lager in volgende groepen: vrouwen onder de veertig jaar, niet-westerse allochtone vrouwen, vrouwen wonende in stedelijke gebieden en vrouwen met een lage socio-economische status. (18) Ook vrouwen met een negatief zelfbeeld nemen minder vaak deel aan screening. Deze vrouwen krijgen weinig sociale impulsen, hebben eerder angst voor de negatieve gevolgen van de screening, voelen meer schaamte voor het onderzoek en hebben meer schrik voor een slecht resultaat (18).
Domus Medica voegt hier nog eens volgende groepen aan toe: vrouwen met een lage opleidingsgraad, ouderen, alleenstaanden, vrouwen met leermoeilijkheden, vrouwen die de taal niet machtig zijn en vrouwen met een specifiek ziektebeeld zoals schizofrenie. Het is opvallend dat in Nederland de vrouwen onder de veertig zich weinig laten screenen, waar in België eerder de oudere vrouwen dit niet doen (19-21) .

2.4.5.2 Barrières voor screening

Meerdere onderzoekers beschreven reeds barrières voor screening (22-24). Ze zijn onderverdeelbaar in gebrek aan kennis, angst en praktische bezwaren.

Gebrek aan kennis als eerste barrière, uit zich onder andere in het niet beseffen dat men in aanmerking komt voor screening. Het mag ook niet onderschat worden dat nog steeds een deel van de vrouwen niet weet dat screening niet eenmalig maar herhaaldelijk dient plaats te vinden. Anderen denken dat onderzoek enkel nodig is bij wie klachten heeft of weten niet dat screening nog zinvol is na de menopauze, of denken dat zich laten screenen een teken is van promiscuïteit.

Angst vormt een tweede barrière en wordt bij studie (23) door bij zo'n 20% van de ondervraagden vermeld. Sommigen beschrijven het als zich oncomfortabel voelen, maar ook een schaamtegevoel en angst voor pijn worden genoemd. Het effect van een negatieve screeningservaring mag niet onderschat worden: deze speelt een rol bij het angstgevoel bij 9% van de ondervraagden. Het lange wachten op het resultaat van het uitstrijkje melden vrouwen ook als een reden voor toename van angst. (23)

Als derde barrière spelen **praktische bezwaren** een opvallend grote rol. Ze zijn ook duidelijk gelinkt aan screeningsstatus. Hierbij wordt opgemerkt dat vrouwen graag zelf de mogelijkheid krijgen om een afspraak te maken en niet wensen dat deze opgelegd wordt, maar er toch vaak niet toe komen om een afspraak te maken of geen tijd hebben (56%). Ze vinden het vaak moeilijk om een afspraak voor een uitstrijkje te rijmen met een druk werk- of gezinsleven.

Ook aan de kant van de huisarts worden dezelfde barrières teruggevonden. In een recent focusgroeponderzoek met huisartsen (25) werd duidelijk dat huisartsen het moeilijk haalbaar vinden om het uitstrijkje ter sprake te brengen wanneer een vrouw om een andere reden consulteert. Hiervoor halen huisartsen vooral tijdsgebrek aan, verder ook het niet weten wie nog niet gescreend is, het gevoel dat vrouwen zich hierop liefst voorbereiden, en dat hun patiëntes dit mogelijks als ongepast en ongemakkelijk zouden ervaren.

2.4.5.3 Wat werkt om de screeningsgraad te verhogen?

Elke barrière vormt een uitdaging: indien deze aangepakt kan worden, kan de screeningsgraad eventueel verhoogd worden.

Om kennis te verhogen, zijn **algemene informatiefiches en uitnodigingsbrieven** effectief. Hierbij verwijzen we ook naar de uitnodigingsbrieven in het Verenigd Koninkrijk (cfr supra). Een recent focusgroeponderzoek bij vrouwen in armoede (26) toonde echter aan dat sommige van deze vrouwen een uitnodiging die van een algemene instantie uitgaat, meteen in de vuilbak werpen. Het is voor patiënten moeilijk om de betrouwbaarheid van dit soort uitnodigingen in te schatten, en ze vinden de uitnodiging vaak ook te moeilijk geformuleerd. Dit kan een verklaring zijn voor bevindingen die men ook in Nederland heeft: een uitnodiging die uitgaat van de **eigen huisarts** is effectiever dan een uitnodiging van een algemene instantie. Interessant is bovendien dat een uitnodiging door de huisarts net wel de kwetsbare, ondergescreende patiënten uit een lagere sociale klasse kan motiveren (27). **Persoonlijk aangesproken** worden door een arts, ook tijdens een consultatie om een andere reden, heeft een groter effect dan een algemene uitnodigingsbrief (27). Ook patiënten in armoede brengen dit bij focusgroepen duidelijk naar voor: indien hun huisarts hen hier persoonlijk over zou aanspreken, zouden ze meer geneigd zijn om een uitstrijkje te laten nemen (26). Het belang van een goede arts-patiëntrelatie, kenmerkend voor de huisarts, komt hierbij naar voor. De huisarts dient men wel op te passen dat hij/zij correcte informatie geeft over de reden voor het screenen. Sommige vrouwen menen immers dat de arts denkt dat ze reeds kanker hebben, en daarom testen wil doen.

Angst als tweede barrière kan gecounterd worden door **informatie over de procedure**. Ook uitleg over het verloop tijdens het onderzoek is bewezen effectief (28). Een **positieve ervaring** kan bovendien de kans dat de vrouw zich ook in de toekomst laat screenen, verhogen, en zelfs in zekere mate het effect van een negatieve ervaring tegengaan.

De derde drempel gevormd door praktische bezwaren kan aangepakt worden. Combineren met werk- en privéplanning kan vlotter verlopen wanneer **avondraadplegingen** aangeboden worden. Het herinneren van vrouwen dat het tijd is voor een uitstrijkje kan gebeuren door vrouwen **aan te spreken** wanneer ze voor een andere reden op consultatie komen. Een goed functionerend medisch dossier, waarin duidelijk staat aangegeven wie hiervoor in aanmerking komt, kan de arts hierbij ondersteunen.

2.4.5.4 Verhogen van de screeningsgraad voor baarmoederhalskankerscreening: vorige masterthesissen

We kijken nu naar opties om de screeningsgraad te verhogen. Een vorige masterthesis door Ellen De Smedt (29) beschrijft het effect van uitnodigingsbrieven, gestuurd door de eigen huisarts. De screeningsgraad steeg van 44% naar 55% in een doelgroep van 25-45 jaar, jonger dus dan de doelgroep in deze masterproefstudie. Een nadeel bij deze aanpak is dat de huisarts niet altijd op de hoogte is of de patiënte recent gescreend is, daar de afname van een uitstrijkje bij de gynaecoloog niet altijd gecommuniceerd wordt of niet altijd verwerkt in het dossier.

Na dit onderzoek, konden meer resultaten geïntegreerd worden in het EMD van de huisarts. Daardoor was de huisarts beter op de hoogte van de screeningsintervallen en kon deze dan ook beter opvolgen, wat vaak terugkomt als een probleem bij de opvolging van de screening.

Uit Nederlands onderzoek bleek dat wanneer de huisarts zelf benadrukte dat dit onderzoek belangrijk is een gemiddelde stijging van 7,6% van de participatiegraad bekomen werd. Het effect was groter bij de groepen die doorgaans minder dan gemiddeld participeren (27).

2.5 Insteek van een praktijkverbeterend project

Preventieve gezondheidszorg is een belangrijke taak voor de huisarts, en zal dat mijns inziens in de toekomst steeds meer worden. Vanuit de kennis dat de screeningsgraad in België te laag ligt en vanuit de ervaring dat er in de huisartsenpraktijk weinig uitstrijkjes worden afgenomen gingen wij op zoek naar opties om de screeningsgraad te verhogen.
Hierbij deed zich de opportuniteit voor om samen te werken met het Centrum voor Kankeropsporing dat eveneens onderzoek verricht naar alternatieve uitnodigingsmogelijkheden voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker.

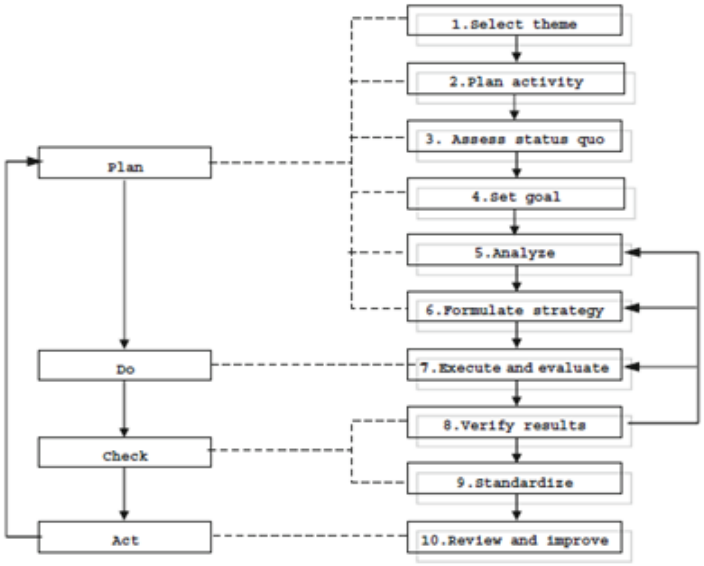
2.5.1 Advies Orde der Artsen over uitnodigingsbrieven

Niet iedereen mag zomaar een patiënt aanschrijven wanneer een uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden gebeurde. Zo rees de vraag van labo's of zij patiënten hierover konden informeren, om zo tot een betere participatiegraad te komen. De Nationale Raad van de Orde der Artsen is van oordeel dat, in het kader van een preventief kankeronderzoek, de patiënt alleen door zijn behandelende geneesheer kan worden uitgenodigd. Dit wil zeggen, enkel de huisarts die het Globaal Medisch Dossier (GMD) beheert, mag de patiënt individueel aansporen tot deelname aan preventief onderzoek zoals cervixuitstrijkjes. Deze krijgt hiervoor toestemming gezien dit valt binnen een goed beheer van het medisch dossier. (32).

2.5.2 PDCA-cyclus

Om dit praktijkverbeterend project op te zetten, werd gebruik gemaakt van de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus. Deze cyclus werd bedacht door Walter Shewhart en verder uitgewerkt door Edward Deming. Het beschrijft een aantal stappen voor continue verbeteringsprojecten. De cyclus wordt in talrijke domeinen als theoretisch kader gebruikt, waaronder ook de gezondheidssector. Een praktijkverbeterend project vindt hierin dan ook een theoretische leidraad, zoals ook weergegeven in onderstaande figuur. De stappen waaruit deze kwaliteitscyclus opgebouwd wordt zijn: thema selecteren, activiteit plannen, status quo analyseren, doel vastleggen, analyseren, strategie formuleren, uitvoeren en evalueren, resultaten verifiëren, standaardiseren, beoordelen en verbeteren. Dit ziet u samengevat in figuur 2.(34) De bedoeling van dit soort cyclus is dat hij steeds opnieuw doorlopen wordt zodat een "continue verbetercyclus" ontstaat.

Stap 2 tot en met 6 worden besproken bij de methode, stap 7 tot en met 9 bij de resultaten, en stap 10 vindt u terug bij de bespreking.



Figuur 2: PDCA-cyclus (34)

3. Methode

In dit onderdeel wordt de PDCA-cyclus zoals hierboven weergegeven verder uitgewerkt.

3.1 Thema kiezen

Zoals besproken wekte het thema baarmoederhalsscreening onze aandacht omwille van de lage screeningsgraad en de kans om 80-90% van de baarmoederhalskankers te voorkomen door correcte screening.

3.2 Actie plannen

We plannen dus een actie om de screeningsgraad voor baarmoederhalskanker in groepspraktijk Ars Medica te verhogen. Zoals beschreven stelde een andere huisarts-in-opleiding, Liesbeth Haesaert, zich hetzelfde doel in de twee opleidingspraktijken waarin zij achtereenvolgens stage liep.
Hierbij konden we instappen in de studie van het CvKO naar het effect van uitnodigingsbrieven ondertekend door de huisarts.

De onderzoeksvragen die hierbij worden gesteld zijn:

Hoofdonderzoeksvragen:

- Kan de participatiegraad van aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker verhoogd worden door een persoonlijke brief van de huisarts?

Nevenonderzoeksvragen:

- Welke eigenschappen kunnen onderscheiden worden bij de patiënten die ingaan op de uitnodigingsbrief van de huisarts ten opzichte van de patiëntes die hierop niet ingaan?
    - Zijn deze patiëntes vaker of minder vaak derdebetalers?
    - Zijn dit vooral patiëntes die minder lang geleden reeds een uitstrijkje lieten nemen?
- Wat is de bijkomende belasting voor de huisarts?
- Hoe vaak krijgt de huisarts vragen over deze persoonlijke uitnodigingsbrief?
- Welke vragen worden er gesteld door de patiënten wanneer zij een persoonlijke uitnodigingsbrief ontvangen?
- Wordt het uitstrijkje na het krijgen van deze persoonlijke uitnodigingsbrief vaker afgenomen door de huisarts in plaats van de gynaecoloog?
- Wat kan beter bij het versturen van de brieven?
- Wat zijn struikelblokken?

3.3 Status quo analyseren

3.3.1 Praktijkkenmerken Ars Medica, Denderhoutem

In deze praktijk werken 4 vaste artsen samen met 2 huisartsen-in-opleiding (HAIO). De praktijk werkt met 2 halftijdse administratieve medewerkers.

De praktijk heeft een grootte van 4848 actieve patiënten, waarvan 53,5% in 2017 een GMD heeft in de praktijk. Er wordt gewerkt met een relatieve patiëntenstop, waarbij enkel nog patiënten die in Denderhoutem zelf wonen en geen huisarts in de buurt hebben, als nieuwe patiënt worden aanvaard.
Er wordt gewerkt met het medisch programma CareConnect.

De inzet voor screening wordt door alle artsen hoog in het vaandel gedragen. Dit uit zich in het ter sprake brengen van de huidige screeningsstatus bij elke vraag naar een algemene bloedname, en de poging om bij elk consult de planning van screeningsonderzoeken op te volgen.

De elektronische en papieren post wordt grondig opgevolgd: elk laboratoriumresultaat van cervix-, borst- of colonkankerscreening wordt als zorgaanpak gecodeerd in het dossier, zodat vanzelf een planningsbericht wordt weergegeven na respectievelijk 3 of 2 jaar. Deze taak van het gecodeerd invullen wordt opgenomen door de administratieve medewerkers.
CareConnect biedt de mogelijkheid om een 'zorgaanpak' aan te maken bij patiëntes die in aanmerking komen voor cervixkankerscreening. Hiermee wordt ingegeven wanneer het laatste uitstrijkje was en verschijnt ook automatisch in de planningsmodule van het dossier verschijnt wanneer het tijd is voor een volgend uitstrijkje. Een zorgaanpak wordt sinds een drietal jaar aangemaakt bij alle patiëntes die een uitstrijkje hebben gehad. Met behulp van de statistiekmodule van het elektronisch medisch dossier kan aangetoond worden dat bij 28% van de vrouwelijke, GMD-houdende patiëntes met een leeftijd tussen 25 en 65 jaar, er een zorgaanpak voor baarmoederhalskanker aanwezig is.

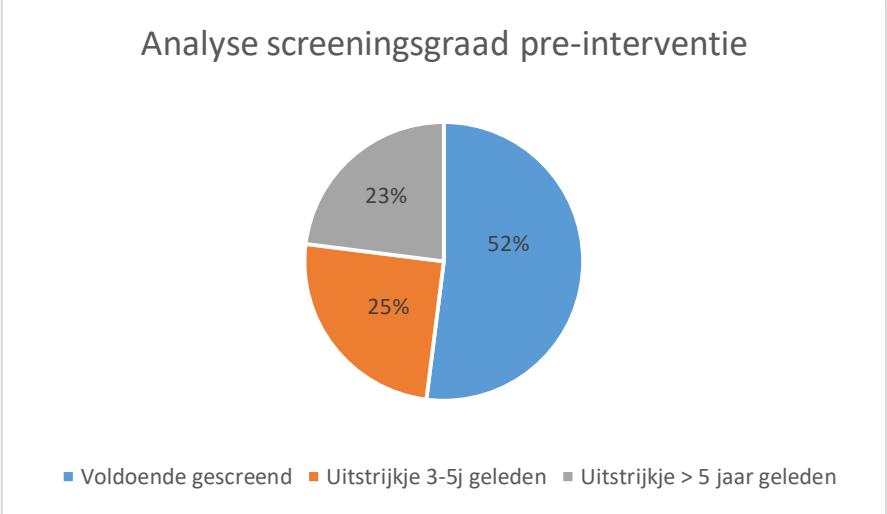
3.3.2 Screeningsgraad voor start

In het elektronisch medisch dossier werd een lijst opgezet van de doelgroep met volgende filters: vrouwen, leeftijd gelijk aan of groter dan 30 jaar, leeftijd kleiner dan of gelijk aan 65 jaar en een GMD vanaf 1 januari 2017. Na deze uitvoering werd een lijst bekomen van 805 patiënten.
Deze lijst werden doorgestuurd naar het CvKO en daar geanalyseerd via een vergelijking met de gegevens van de Stichting Kankerregister, waarin sinds 2008 bijgehouden wordt wie wanneer een uitstrijkje liet uitvoeren. Zoals hogerop besproken beschikt het CvKO ook over lijsten van patiënten die geen uitnodigingsbrieven meer wensen te ontvangen, of patiënten die na 2002 een hysterectomie ondergingen.

De lijst werden teruggestuurd naar de behandelende arts volgens volgende opdeling: patiënten die langer dan 5 jaar geen uitstrijkje lieten nemen, patiënten die tussen 3-5 jaar geen uitstrijkje lieten nemen en patiënten die zich in de voorbije 3 jaar lieten screenen en dus voldoende gescreend waren.

Uit deze lijst kan worden afgeleid dat 184 van de 805 vrouwen (23%) minstens 5 jaar geen uitstrijkje hebben gehad, bij 200 van de 805 vrouwen (25%) was het uitstrijkje tussen de 3 en de 5 jaar geleden. De screeningsgraad in de praktijk werd aldus geschat op 52%. Dit is fors lager dan het nationale gemiddelde van 54-61% (1, 15).

In figuur 3 ziet u een overzicht van deze gegevens.



Figuur 3: Analyse screeningsgraad pre-interventie

3.3.3 Analyse lage screeningsgraad

Om de oorzaak van deze lage screeningsgraad te bepalen, kijken we enerzijds theoretisch naar de mogelijke oorzaken. Dit werd in bovengaande literatuurstudie beschreven. Anderzijds werden de artsen in de praktijk bevraagd naar hun visie op het screenen en struikelblokken bij het screenen.

Mogelijke verklaringen voor een lage screeningsgraad die door de artsen worden geopperd zijn mens-, methode-, materiaal- of praktijkgebonden. Deze factoren worden opgelijst in figuur 4.

Mens:

- Bij de artsen:
  - Artsen weten onvoldoende of de patiënte al opgevolgd wordt door een gynaecoloog. De gynaecoloog stuurt niet altijd een verslag en laboresultaten door.
  - Artsen verwachten te vaak dat het initiatief voor een uitstrijkje van de patiënte zal komen, en wachten op een vraag hiernaar van de patiënte.
  - Artsen zijn soms gehaast tijdens het consult omwille van tijdsgebrek.
  - Er wordt soms vergeten dat ook postmenopauzale vrouwen in aanmerking komen voor een uitstrijkje. Deze vrouwen consulteren ook niet meer voor bijvoorbeeld een pilvoorschrift, waardoor er minder vaak een aanknopingspunt is om gynaecologische screening ter sprake te brengen.
- Bij de patiëntes:
  - Er zijn veel patiëntes die met veel verschillende noden tegelijk komen, waardoor er weinig tijd overblijft om nog een 'arts-agenda' op te maken.
  - Sommige patiënten zijn zich niet bewust van screeningsnood, of zien zichzelf niet als mogelijk vatbaar voor baarmoederhalskanker.

- Uitstrijkjes worden gezien als een taak voor de gynaecoloog en daarom niet met de huisarts besproken.
- Angst en ongemak.
- Geen tijd.
- Uitstelgedrag.
- Vergeten in te plannen.

Methode:

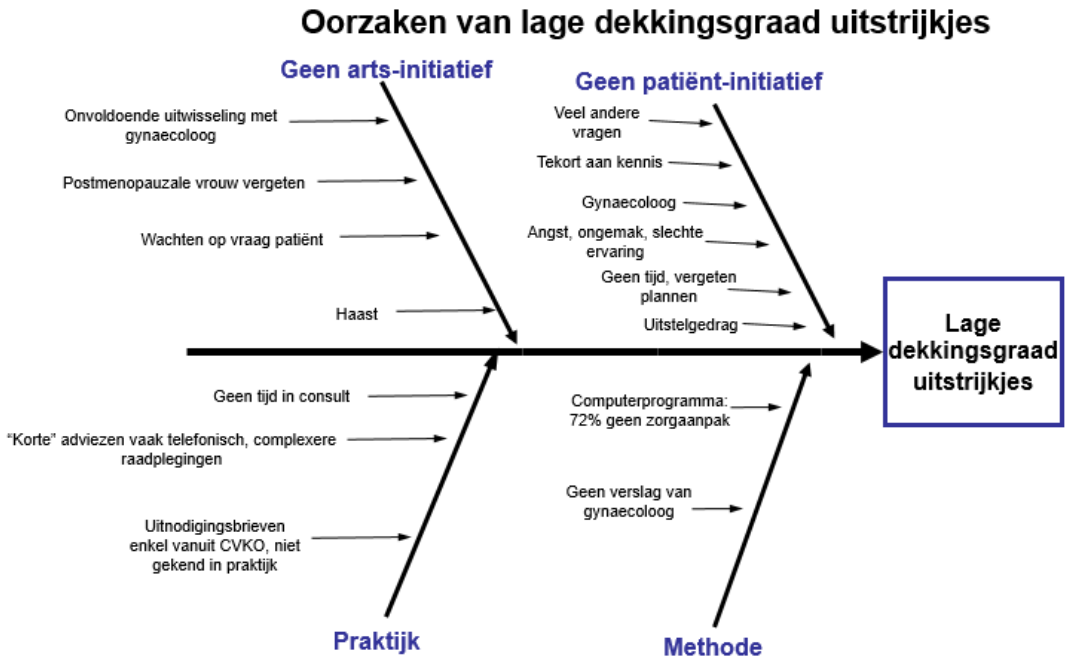
- Geen tijd om bij consult in te plannen.
- Zelden "korte" consulten, patiënten komen haast nooit om enkel voorschrift te vragen. Dit heeft te maken met de praktijkorganisatie, waarbij patiënten telefonisch advies of voorschriften kunnen vragen. Wanneer de patiënt dus naar de praktijk komt, is dit vaak voor uitgebreidere consulten.
- Uitnodigingsbrieven worden verstuurd via het CvKO. De huisarts wordt hier niet standaard in betrokken en wordt ook niet op de hoogte gehouden van de screeningsgraad in zijn praktijk.

Materiaal:

- Hier zijn geen duidelijke gebreken: alle nodige materiaal is vlot beschikbaar, onderzoeksruimtes zijn aangepast voor gynaecologisch onderzoek.

Praktijk:

- Computerprogramma:
  - 28% van de patiënten die in aanmerking komen, hebben een gecodeerde zorgaanpak waardoor de arts om de 3 jaar herinnerd wordt aan de screeningsnood. Dit laat een potentieel van 72% open.



Figuur 4: Visgraatanalyse lage screeningsgraad baarmoederhalskanker

3.4 Doelstelling

Dit brengt ons bij de tweede stap van de PDCA-cirkel: het bepalen van de doelstelling.

Het doel is het verhogen van de screeningsgraad in de praktijk. Een vorige masterthesis (29) bereikte een stijging van de screeningsgraad met 10%. Dit wordt in deze masterproef als streefdoel genomen.
Daarnaast willen we ook kijken wat de obstakels zijn waartegen we botsen bij het versturen van de uitnodigingen. Hierboven (zie inleiding) werden de onderzoeksvragen reeds samengevat.

3.5 Analyseer

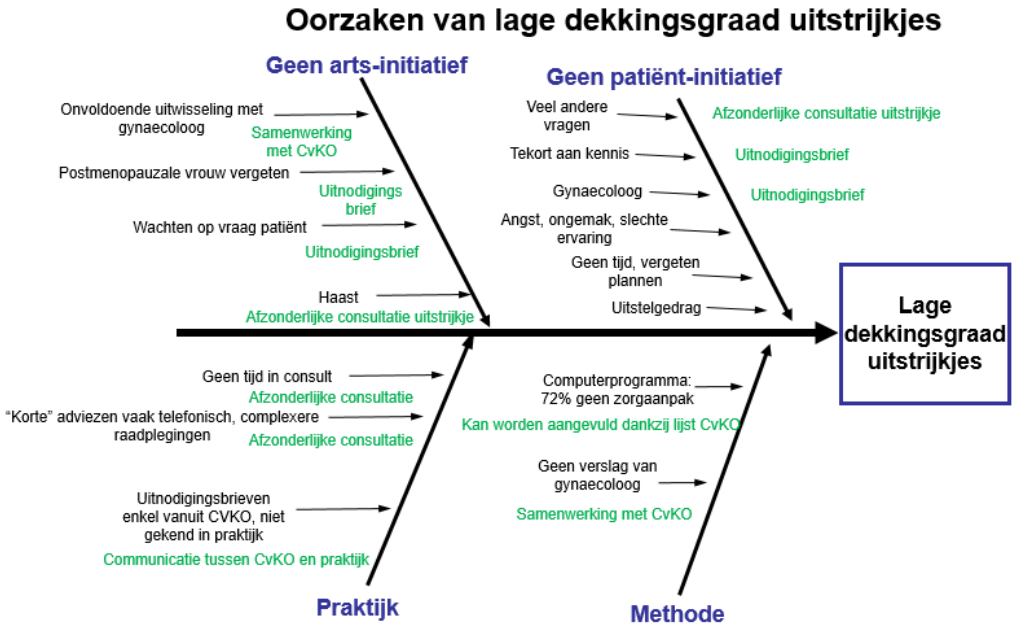
Om een stijging van de screeningsgraad met 10% te bereiken, kan worden ingezet op verschillende tekorten die aan het licht werden gebracht bij de praktijkanalyse. Aangezien een uitnodigingsbrief de motivatie van vrouwen om zich te laten screenen kan verhogen -te meer wanneer deze uitnodiging van de huisarts komt-, werd beslist in te stappen in het project van het CvKO. Dit omzeilt ook het tekort aan screeningsinformatie in het eigen huisartsdossier: het CvKO beschikt over de informatie welke patiëntes gescreend moeten worden.

3.6 Strategie formuleren

Wij hebben beslist in te stappen in het pilootproject van het CvKO. De bedoeling van dit pilootproject is te testen of een interventiebrief van de huisarts, toegevoegd aan de standaard uitnodigingsbrief van het Bevolkingsonderzoek, de screeningsgraad verhoogt. Er wordt gewerkt met een interventie- en een controlegroep met telkens vrouwen tussen 30 en 64 jaar waarbij een uitstrijkje minstens 5 jaar geleden is, en het effect in beide groepen wordt vergeleken na 12 maand.
Aangezien wij slechts over een beperkte tijd beschikken tot het afronden van de masterproef, worden de resultaten in overleg met het CvKO na 4 maand reeds bekeken. Nadien loopt de studie van het CvKO verder om het totale resultaat na 12 maand te bepalen.
In de praktijk werd ook een lijst bijgehouden waarop alle artsen en administratieve medewerkers noteerden indien zij een vraag kregen over de verstuurde brieven, zodat op deze manier de extra belasting kon worden bijgehouden. De lijst was via Dropbox te contacteren, zodat iedere arts op elk moment meteen kon noteren welke vraag hij/zij kreeg.

In figuur 5 ziet u opnieuw de visgraatanalyse van de oorzaken van lage screeningsgraad in de praktijk. In het groen wordt aangegeven hoe de opgestelde studie inspeelt op de oorzaken van de lage dekkingsgraad, die door de analyse naar boven werden gebracht. Het gebrek aan initiatief van de arts- en patiënt wordt gecompenseerd door een uitnodigingsbrief aan alle patiënten die in aanmerking komen. Het gebrek aan een kennis wie in aanmerking komt, wordt gecompenseerd door de samenwerking met het CvKO.

Het gebrek aan tijd in de consulten wordt gecompenseerd doordat de patiënte wordt aangeraden een aparte afspraak te maken voor een uitstrijkje.



Figuur 5: Visgraatanalyse. Hoe werkt de studie in op de oorzaken van de lage dekkingsgraad?

Zoals hierboven vermeld, worden de gegevens van praktijk Ars Medica beschreven in deze masterproef. De resultaten van twee andere praktijken worden beschreven in de masterproef van Liesbeth Haesaert.

Daarna worden de resultaten gebundeld om een grotere statistische sterkte te bereiken. In de masterproef van Liesbeth Haesaert wordt als nevenonderzoeksvraag het effect van leeftijd op het laten afnemen van uitstrijkjes verder geanalyseerd.
Uit de literatuur blijkt dat patiëntes uit een lagere sociale klasse minder vaak deelnemen aan screening. (15-21) Daarom wordt in deze masterproef het effect van het recht hebben op een derdebetalersregeling op het laten afnemen van uitstrijkjes geanalyseerd. Daarnaast wordt ook geanalyseerd of er een verschillend effect is op patiëntes die minstens 10 jaar geen uitstrijkje lieten nemen.

De statistische analyse van proporties van categorische variabelen gebeurt met een Chi-kwadraat analyse wanneer iedere categorie uit minstens 5 personen bestaat. In het andere geval wordt een Fisher's Exact test gebruikt. Voor de analyse van continue variabelen wordt een student t-test gebruikt. De testen worden als statistisch significant beschouwd bij $p<\alpha$, met $\alpha=0,05$.

Tot slot wordt er, na het uitvoeren van de studie, een samenvatting van het resultaat door middel van mail teruggekoppeld naar alle artsen van de praktijk. Zij worden ook gevraagd hun bemerkingen bij het onderzoek en ideeën voor verder gebruik van deze resultaten in de praktijk op te lijsten.

3.7 Do: uitvoeren en evalueren

Wij maakten hiervoor een interventiebrief die door de artsen de praktijk werd ondertekend. (Zie bijlage 5.)
Zoals ter sprake gebracht bij de literatuurstudie, blijkt concrete informatie over hoe een afspraak te maken, met telefoonnummer of internetadres bijgevoegd, het aantal vrouwen dat reageert op de brief te verhogen. Dit werd dan ook geïntegreerd bij het opstellen van deze brief. Daarnaast werd gelet op een overzichtelijke lay-out waardoor de hoofdboodschap in het oog springt: indien u nog geen uitstrijkje liet afnemen, richt u dan tot uw huisarts of gynaecoloog voor een afspraak. Ook de afzender van de brief werd duidelijk gemaakt door invoegen van een praktijkhoofding en ondertekening door de artsen van de praktijk. Verder werd de opbouw zo licht mogelijk gehouden, zodat een teveel aan tekst niet leidt tot afhaken van het lezen. Op aanraden van het CvKO werd de aanspreekvorm "je" gebruikt in plaats van "u".

We wensten ook een zicht te krijgen op de correcte indicatie van de verstuurde brieven. Daarom werd de vraag toegevoegd om de huisarts op de hoogte te brengen indien een uitstrijkje toch binnen de 3 jaar gebeurd was. Dit speelt in op de gekende foutenmarge en vertraging in het kennen van de screeningsstatus door het CvKO, en heeft als voordeel dat het elektronisch medisch dossier (EMD) van de patiënt kan worden bijgewerkt.
De bedoeling was de brief van de huisarts te versturen samen met de informatiefolder van het CvKO, waarin het nut en verloop van een baarmoederhalsuitstrijkje op toegankelijke wijze wordt uitgelegd. Echter vanuit het CvKO werd deze brief zonder de informatiefolder verstuurd. Dit werd pas duidelijk wanneer patiëntes op consultatie kwamen met een enveloppe met enkel de brief van de huisarts, zonder bijhorende informatiefolder. Op dit ogenblik kon dit niet meer gecorrigeerd worden.

Vanuit de praktijk werd een lijst verstuurd naar CvKO van alle patiëntes tussen 30 en 65 jaar met een GMD in de praktijk. Door het CvKO werd de datum van het laatste uitstrijkje nagekeken en of de patiënte geen definitieve exclusie of weigering bekend had gemaakt. Vervolgens werd een onderverdeling gemaakt. Patiëntes die minder dan 3 jaar geleden een uitstrijkje lieten maken, werden beschouwd als voldoende gescreend. Patiëntes waarbij het uitstrijkje tussen de 3 en 5 jaar geleden was, ontvingen de interventiebrief, ondertekend door de huisarts. Patiëntes waarbij het uitstrijkje langer dan 5 jaar geleden was, doorliepen de bijkomende exclusiecriteria voor de pilootstudie van het CvKO: wie reeds een uitnodigingsbrief ontving in het huidige werkjaar, kwam niet in aanmerking voor de studie, maar kreeg wel nog de interventiebrief, ondertekend door de huisarts. De patiënten die wel in aanmerking kwamen voor de studie van het CvKO, werden gerandomiseerd in 2 groepen: de controlegroep ontving de reguliere uitnodigingsbrief voor het bevolkingsonderzoek, de interventiegroep ontving de interventiebrief ondertekend door de huisarts. De brieven werden verstuurd in augustus 2017.

In december 2017 ontving het CvKO een eerste resultaat wie van de patiëntes een uitstrijkje liet maken en op welke datum. Zoals eerder werd beschreven, lopen deze resultaten steeds achter op de werkelijke screeningstoestand, omdat het CvKO deze resultaten niet rechtstreeks verkrijgt.

Daarom werd in januari 2018 beslist om ook de eigen patiëntendossiers te doorlopen en na te gaan wie een uitstrijkje liet maken. De patiëntendossiers werden nagekeken op 31/1/2018.

Bij het bekijken van de patiëntendossiers werd het volgende genoteerd:

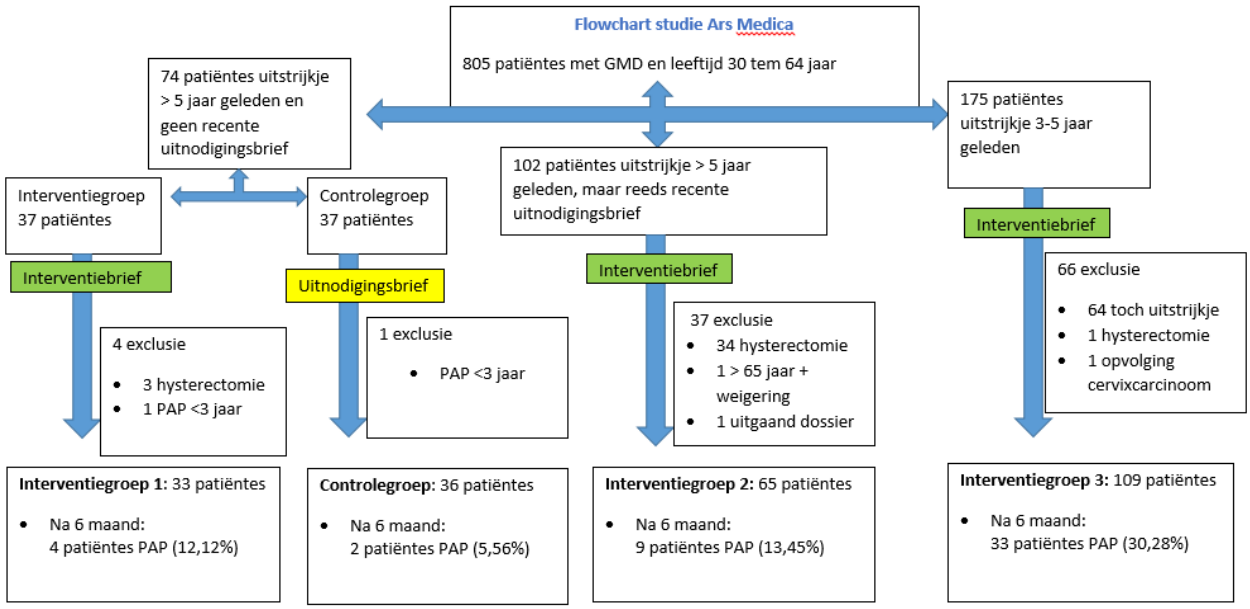
- Liet de patiënte een uitstrijkje maken?
- Wat was de datum van het laatste uitstrijkje?
- Werd dit uitstrijkje afgenomen bij de gynaecoloog of bij de huisarts?
- Heeft de patiënte recht heeft op een derdebetalersregeling?
- Werd het afnemen van een uitstrijkje ook als zorgaanpak gecodeerd in het dossier?

De datum van het laatste uitstrijkje voor het versturen van de interventiebrieven, werd gebaseerd op de gegevens van het CvKO. Zij beschikken over resultaten sinds 2008. In wat volgt zullen patiëntes waar geen datum van het laatste uitstrijkje bekend is, beschreven worden als “patiëntes die minstens 10 jaar geen uitstrijkje hebben gehad”. Onder deze groep vallen ook de patiëntes die nog nooit een uitstrijkje lieten nemen, dit wordt echter voor de bondigheid in wat volgt niet steeds opnieuw geëxpliciteerd.

4. Resultaten

De beschrijving van de resultaten wordt opgesplitst in twee delen: eerst de resultaten van de praktijk Ars Medica zelf. Vervolgens worden de resultaten van 3 praktijken (Ars Medica, Semmerzake en Medizorg) gebundeld.

4.1 Ars Medica Denderhoutem



Figuur 6: Flowchart studie Ars Medica

De lijst die werd doorgestuurd vanuit deze praktijk bestond uit 805 vrouwen die een GMD in deze praktijk hadden en tot de leeftijdscategorie 30 t.e.m. 64 jaar behoorden.
Een analyse door het CvKO in augustus 2017, voor de start van de studie, identificeerde 189 patiëntes waarbij het uitstrijkje minstens 5 jaar geleden was, of dus 23% van de patiëntenpopulatie. Daarnaast hadden nog 175 patiëntes een uitstrijkje laten nemen 3 tot 5 jaar geleden, dit is 22% van de totale populatie.

4.1.1 Groep 1: Uitstrijkje meer dan 5 jaar geleden en nog geen reguliere uitnodiging ontvangen in het huidige werkjaar

74 patiëntes werden geïncludeerd in de studie uitgaande van het CvKO. Deze werden gerandomiseerd in een interventiegroep met beide 37 patiëntes. Alle patiëntes uit de interventiegroep ontvingen de interventiebrief ondertekend door de GMD-houdende huisarts. De patiëntes uit de controlegroep ontvingen de reguliere uitnodigingsbrief van het CvKO.

Bij analyse van het patiëntendossier na het versturen van de brieven, bleken 4 patiëntes uit de interventiegroep en 1 patiëntes uit de controlegroep toch niet in aanmerking te komen voor de studie, hetzij omwille van hysterectomie in het verleden,

hetzij omwille van een recent cervixuitstrijkje (zie figuur 6, flowchart Ars Medica). De redenen hiervoor hebben geen link met de interventie zelf, bijgevolg werden deze patiënten niet meegerekend in de volgende analyses. Dit leidt tot een controlegroep van 36 patiëntes en een interventiegroep van 33 patiëntes.

4.1.1.1 Vergelijkbaarheid van de studiegroepen

Zie tabel 1.

Er waren geen statistisch significante verschillen in de achtergrondkenmerken leeftijd, aantal derde betalers, aantal patiënten die nooit of langer dan 10 jaar geleden een uitstrijkje lieten nemen, noch in de gemiddelde tijd tot het laatste uitstrijkje.

Tabel 1: Achtergrondkenmerken groep 1

Achtergrondkenmerken groep 1 (>5j geen PAP)	Interventiegroep (n=33)	Controlegroep (n=36)	P-waarde
Leeftijd: gemiddelde(standaarddeviatie)	49 (9)	46,62 (10,50)	p=0,36
Derdebetalers	24,24% (n=8)	13,89% (n=5)	p=0.36
Geen uitstrijkje in de laatste 10 jaar	51,51% (n=17)	58% (n=21)	p=0.63
Gemiddelde tijd tot laatste uitstrijkje als ooit al gehad (standaarddeviatie)	6,94 (1,03)	6,4 (1,19)	p=0.11

4.1.1.2 Kan de participatiegraad van aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker verhoogd worden door een persoonlijke brief van de huisarts?

In de interventiegroep lieten na 5 maand 4 van de 33 patiëntes (12,12%) een uitstrijkje maken, terwijl in de controlegroep slechts 2 van de 36 patiëntes (5,56%) een uitstrijkje lieten maken na dezelfde termijn. Dit verschil is echter niet statistisch significant (p=0,42). Zie tabel 2.
Zou men er toch vanuit gaan dat deze resultaten bij een grotere steekproef wel statistisch significant zouden zijn, zou de interventiebrief 2,18 keer meer deelname aan het bevolkingsonderzoek verwezenlijken dan de gekende uitnodigingsbrief. De number needed to treat is 15,24. Om 1 patiënte extra een uitstrijkje te laten maken, dienen dus iets meer dan 15 vrouwen de interventiebrief van de huisarts te krijgen in plaats van de gekende uitnodigingsbrief.

Subgroepanalyses leveren evenmin statistisch significante resultaten. Dit vindt u terug in tabel 2.

In de subgroep van de derdebetalers liet 1 van de 8 (12,5%) een uitstrijkje maken na het ontvangen van de interventiebrief. Geen enkele van de 5 derdebetalers liet een uitstrijkje maken na het ontvangen van de controlebrief. Dit resultaat is niet statistisch significant (p=1).

In de subgroep van de niet-derdebetalers lieten 3 van de 25 een uitstrijkje maken na het ontvangen van de interventiebrief (12%), en 2 van de 31 na het ontvangen van de controlebrief (6,45%). Indien deze resultaten toch bij grotere studiegroepen zouden bevestigd worden, zou dit betekenen dat de brief van de huisarts een relatief groter effect heeft op derdebetalers, echter in deze studiepopulatie is dit resultaat is niet statistisch significant (p=0,647).

Een subgroepanalyses in diversegroepen (zie tabel 2) tonen evenmin statistisch significante effecten van de interventiebrief ten opzichte van decontrolebrief.

Tabel 2: Resultaten groep 1

	Interventiegroep	Controlegroep	p-waarde
Totale groep: aantal uitstrijkjes	4 van 33 patiëntes (12,12%)	2 van de 36 patiëntes (5,56%)	p = 0,4156
Subgroepanalyses			
3e betalers	1 van 8 patiëntes	0 van de 5 patiëntes	p = 1
Niet-3e betalers	3 van 25 patiëntes	2 van 31 patiëntes	p = 0,647
Vorige uitstrijkje 5-10 jaar geleden	3 van 16 patiëntes	1 van 15 patiëntes	p = 0,5996
Minstens 10 jaar geen uitstrijkje voordien	1 van 17 patiëntes	1 van 21 patiëntes	p = 1
Jonger dan 40 jaar	1 van 9 patiëntes	1 van 12 patiëntes	p = 1
Ouder dan 40 jaar	3 van 24 patiëntes	1 van 24 patiëntes	p = 0,6085
Jonger dan 50 jaar	4 van 17 patiëntes	1 van 21 patiëntes	p=0,1524
Ouder dan 50 jaar	0 van 16 patiëntes	1 van 15 patiëntes	p = 0,4839
Jonger dan 60 jaar	4 van 29 patiëntes	1 van 31 patiëntes	p = 0,1877
Ouder dan 60 jaar	0 van 4 patiëntes	1 van 5 patiëntes	p = 1

4.1.1.3 Bijkomende effecten van de uitnodiging ondertekend door de huisarts

Worden 3e betalers meer aangesproken door de uitnodigingsbrief van de huisarts dan niet-3e betalers?

Na het ontvangen van de interventiebrief, liet 1 van de 8 derdebetalers (12%) een uitstrijkje maken, en 3 van de 25 (12,5%) van de niet-derdebetalers. Na het ontvangen

van de controlebrief liet geen enkele derdebetaler (0%) een uitstrijkje nemen, en 2 van de 31 niet-derdebetalers (6,45%).

Leeftijd van wie een uitstrijkje laat nemen
De gemiddelde leeftijd van de patiëntes die ingingen op de controlebrief was 48,38 jaar met een standaarddeviatie van 17,73. De patiëntes die ingingen op de interventiebrief hadden een gemiddelde leeftijd van 42,13 jaar, met een standaarddeviatie van 5,63. Dit verschil is niet statistisch significant (p=0,52).

Keuze voor huisarts of gynaecoloog
2 van de 4 patiëntes waarbij het uitstrijkje meer dan 5 jaar geleden was en dit na een interventiebrief ondertekend door de huisarts toch laten uitvoeren, richtten zich hiervoor tot de huisarts, de andere 2 patiëntes richtten zich tot de gynaecoloog. De 2 patiëntes die ingingen op de standaard uitnodigingsbrief, gingen beiden naar de gynaecoloog. Dit verschil is niet statistisch significant (p=0.4667).

Effect op patiënten die minstens 10 jaar geen uitstrijkje lieten maken
De voorwaardelijke kans werd berekend om een uitstrijkje te laten maken na de uitnodigingsbrief, gegeven dat de patiënte minstens 10 jaar geen uitstrijkje liet maken. In de interventiegroep was deze kans 5,88% ten opzichte van 4,76% in de controlegroep. Om 1 patiënte extra te motiveren tot een uitstrijkje, dient men naar 43 patiëntes de interventiebrief te sturen in plaats van de standaard uitnodigingsbrief. Dit verschil is niet statistisch significant (p=1).

Wie wel reeds in de voorbije 10 jaar een uitstrijkje liet maken, ging veel vlotter in op de uitnodigingsbrief: 18,75% ging in op de interventiebrief ondertekend door de huisarts, 6,67% op de standaard uitnodigingsbrief. Om 1 patiënte extra te motiveren tot een uitstrijkje, dient men dus naar 8 patiëntes de interventiebrief te sturen in plaats van de standaard uitnodigingsbrief. Dit verschil is niet statistisch significant (p=0,599).

Snelheid van respons op uitnodigingsbrief
In de controlegroep werd het uitstrijkje statistisch significant sneller afgenomen na het ontvangen van de brief dan na het ontvangen van de interventiebrief (p = 0,00). In de interventiegroep duurde het gemiddeld 156 dagen tussen het versturen van de brief en het laten afnemen van een uitstrijkje, met een standaarddeviatie van 9 dagen. In de controlegroep werd het uitstrijkje gemiddeld na 32 dagen genomen, met een standaarddeviatie van 7 dagen. De verklaring voor dit verschil is onduidelijk. Mogelijk hadden de twee patiëntes in de controlegroep reeds vooraf hun afspraak met de gynaecoloog vastgelegd, en was dit niet afhankelijk van het ontvangen van de brief.

Tabel 3: Interventiegroep 1 versus controlegroep 1: verschillende tijd tot afname uitstrijkje

	Interventiegroep 1	Controlegroep	p-waarde
Dagen tot uitstrijkje na brief	156 dagen (st.dev = 9)	32 dagen (st.dev = 7)	p=0,00

4.1.2 Interventiegroep 2: uitstrijkje meer dan 5 jaar geleden, reeds uitnodigingsbrief in huidige kalenderjaar

102 patiënten kwamen niet in aanmerking voor de studie van het CvKO omdat ze reeds een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek ontvingen in het huidige werkjaar. Daarom ontvingen deze 102 patiënten in augustus 2017 enkel de uitnodigingsbrief van de huisarts.

37 patiëntes uit deze groep werden geëxcludeerd (zie flowchart in figuur 6): 34 patiëntes ondergingen in het verleden een hysterectomie, 1 patiënte werd 65 in de periode tussen versturen van de brieven en analyse, en 1 patiënte veranderde van huisarts. Omdat deze exclusieredenen niet gelinkt zijn aan de interventie, werden deze patiëntes niet meegerekend in onderstaande analyses. De analyses betreffen de 65 overige patiëntes.

4.1.2.1 Kenmerken van de studiegroep

De gemiddelde leeftijd van deze patiëntes was 50 jaar. 18 patiëntes (27,69%) hebben recht op een derdebetalersregeling. 32 patiëntes (49,23%) lieten geen uitstrijkje maken in de voorbije 10 jaar. Indien er wel een laatste uitstrijkje gekend was, was dit gemiddeld 6,21 jaar geleden.

4.1.2.2 Kan de participatiegraad van aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker verhoogd worden door een persoonlijke brief van de huisarts?

6 maand na het krijgen van de interventiebrief, ondertekend door de GMD-houdende arts, hadden 9 van de 65 patiëntes (13.84%) een uitstrijkje laten maken. Dit is niet statistisch significant verschillend van de 2 op 34 patiëntes (5,88%) die een uitstrijkje lieten maken in controlegroep 1 (p=0,2).

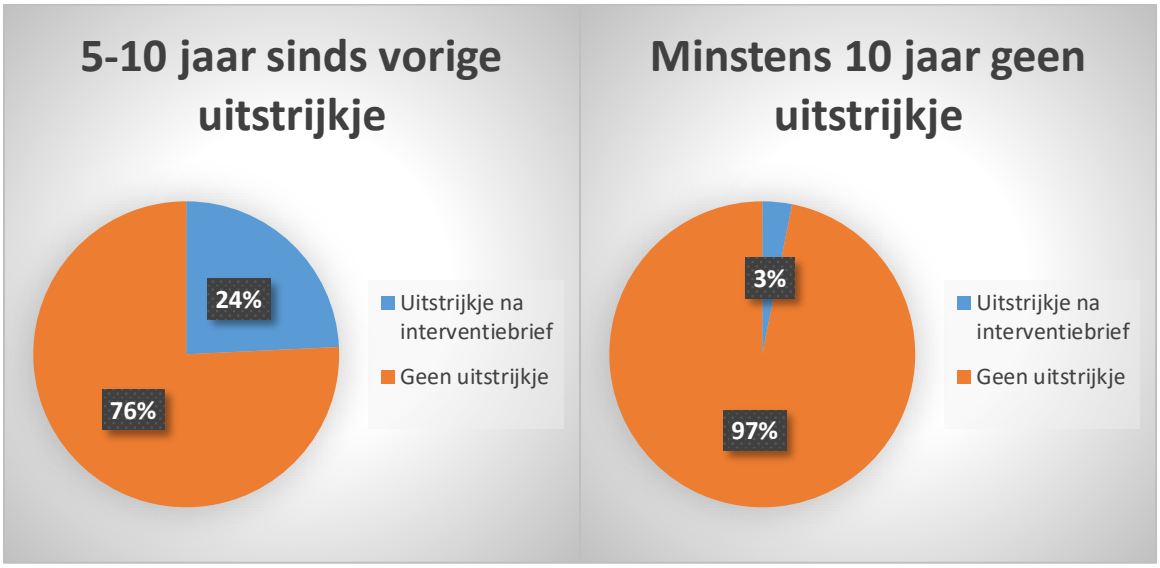
4.1.2.3 Bijkomende effecten van de uitnodiging ondertekend door de huisarts

Leeftijd van wie een uitstrijkje laat nemen
Patiëntes die ingingen op de uitnodigingsbrief waren gemiddeld 47 jaar.

Keuze voor huisarts of gynaecoloog
Van de 9 patiëntes die een uitstrijkje lieten nemen, kozen 3 hiervoor voor de huisarts (33%), 6 kozen koos voor de gynaecoloog (66%). Dit is niet verschillend van wie een reguliere uitnodigingsbrief ontving (p=1).

Effect op patiënten in de voorbije 10 jaar geen uitstrijkje lieten maken
De door de huisarts ondertekende brief heeft een statistisch significant groter effect op patiënten die recent (minder dan 10 jaar geleden) een uitstrijkje lieten nemen (p=0,0137). Van de 32 patiënten die minstens 10 jaar geen uitstrijkje lieten nemen, deed

slechts 1 (3,13%) dit wel na het ontvangen van de uitnodigingsbrief ondertekend door de huisarts.
Van de 33 patiënten die wel reeds in de voorbije 5 tot 10 jaar een uitstrijkje lieten maken, gingen er 8 (24,24%) in op de ondertekende brief.



Figuur 7: Interventiegroep 2, verschillend effect naargelang tijd tot vorige uitstrijkje

Effect op patiënten met recht op derdebetalersregeling
Van de 18 patiënten die recht hebben op een derdebetalersregeling, ging er slechts 1 (5,55%) in op de ondertekende brief. Van de 47 patiënten die geen recht hebben op een derdebetalersregeling, lieten er 8 (17,02%) een uitstrijkje maken. Dit verschil is niet statistisch significant (p=0,42).
We merken hier een verschil met interventiegroep 1 bij de patiënten die nog geen uitnodigingsbrief ontvingen in het huidige werkjaar: hoewel in beide gevallen een interventiebrief werd gestuurd, lijken er meer derdebetalers (12%) te reageren in interventiegroep 1. Een mogelijkheid is dat interventiegroep 2 een geselecteerde groep betreft, aangezien ze reeds enkele maanden voordien besloten niet in te gaan op de reguliere uitnodigingsbrief. Dit is echter evenmin statistisch significant (p=0,53).

Snelheid van respons op uitnodigingsbrief?
De gemiddelde tijd tussen het versturen van de uitnodiging en het laten maken van een uitstrijkje, was 90 dagen, met een grote standaarddeviatie van 50 dagen.

4.1.3 Studiegroep 3: uitstrijkje 3 tot 5 jaar geleden

175 patiëntes waarbij volgens de gegevens bekend bij het CvKO het uitstrijkje tussen 3 en 5 jaar geleden was, ontvingen een uitnodigingsbrief ondertekend door de huisarts. Na doorname van hun dossier werden 66 patiëntes geëxcludeerd: 64 lieten toch nog recenter een uitstrijkje uitvoeren, 1 patiënte onderging een hysterectomie, en 1 patiënte

was in opvolging voor een cervixcarcinoom. De onderstaande analyses betreffen enkel de 109 overige patiëntes.

4.1.3.1 Kenmerken van de studiegroep

Deze patiëntes hebben een gemiddelde leeftijd van 46 jaar met een standaardvariatie van 9 jaar. 21 van deze patiënten (19,27%) hebben recht op een derdebetalersregeling. De tijd tot het vorige uitstrijkje was gemiddeld 3,34 jaar.

4.1.3.2 Kan de participatiegraad van aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker verhoogd worden door een persoonlijke brief van de huisarts te voegen bij de herinneringsbrief?

6 maand na het versturen van de uitnodigingsbrieven, lieten 33 patiëntes (30,28%) een uitstrijkje maken.

4.1.3.3 Bijkomende effecten van de uitnodiging ondertekend door de huisarts

Effect op leeftijd
De gemiddelde leeftijd van de patiëntes die ingingen op de uitnodigingsbrief, was 48 jaar.

Effect op derdebetalers
De kans dat een derdebetaler een uitstrijkje liet nemen na het ontvangen van de brief, was 38.09%. De kans dat een niet-derdebetaler een uitstrijkje liet nemen na het ontvangen van de brief, was 28.40%. Dit resultaat is niet statistisch significant (p=0,385).

Uitstrijkje bij gynaecoloog of huisarts
Van de 33 patiëntes die een uitstrijkje lieten nemen, lieten 20 patiëntes (60,61%) dit uitvoeren bij de gynaecoloog. 13 patiëntes consulteerden hiervoor de huisarts (39,39%). Dit is niet verschillend de specialistkeuze in interventiegroep 2.

4.1.4 Algemene resultaten Ars Medica

Tabel 4: Studieresultaten Ars Medica

Studieresultaten	Interventie-groep 1 (PAP >5j geleden) (n=33)	Controle-groep 1 (PAP >5j geleden) (n=36)	Interventiegroep 2 (PAP >5j geleden) (n=65)	Interventiegroep 3 (PAP 3-5j geleden) (n=109)
Uitstrijkje binnen 6 maand na brief	**4 van 33 (12,12%)**	**2 van 36 (5,56%)**	**9 van 65 (13,85%)**	**33 van 109 (30,28%)**
Als uitstrijkje laten nemen:				
Gemiddelde leeftijd in jaar (standaarddev.)	42,13 (5,63)	48,38 (17,74)	47,47 (9,88)	48,26 (9,34)
Gemiddelde tijd tussen brief en uitstrijkje in dagen (standaarddev.)	156 dagen (8,8)	32 dagen (7)	90 dagen (50,76)	63,39 dagen (39,02)
Uitstrijkje bij huisarts	2 van 4 (50%)	0 van 2 (0%)	3 van 9 (33,33%)	13 van 33 (39,39%)
Uitstrijkje bij gynaecoloog	2 van 4 (50%)	2 van 2 (100%)	6 van 9 (66,67%)	20 van 33 (60,61%)

4.1.4.1 Screeningsgraad baarmoederhalskanker

Op basis van de analyse door het CvKO in augustus 2017, voor de start van de studie, was de screeningsgraad in deze praktijk 55%. Echter, wanneer rekening gehouden wordt met patiëntes die volgens het dossier van de huisarts toch reeds een recent uitstrijkje lieten uitvoeren of een hysterectomie ondergingen in het verleden, is deze screeningsgraad 70% (565 van de 805 patiëntes zijn voldoende gescreend).
Bij analyse van de gegevens op 31/1/18, lieten 48 patiëntes na het versturen van de brieven een uitstrijkje maken. In totaal zijn dus 613 van de 805 patiëntes voldoende gescreend. De interventie verhoogde de screeningsgraad dus van 70% tot 76%.

4.1.4.2 Bijkomende belasting voor de huisarts?

Subjectief werd door de artsen een toename in het **aantal uitstrijkjes** bij de huisarts gevoeld. Op tijd van enkele maanden waren er meer consultaties voor het afnemen van een uitstrijkje. Het is echter mogelijk dat dit een tijdelijke piek betreft, gezien de interventiebrieven gelijktijdig werden verstuurd.

Daarnaast waren er ook **telefonisch meer vragen** over de noodzaak van een uitstrijkje. Op 2 maand tijd werden de artsen van de praktijk 16 keer gecontacteerd met een vraag

over de verstuurde brief. Patiëntes contacteerden de arts vooral wanneer zij meenden onterecht een interventiebrief te hebben ontvangen: 4 patiëntes hadden in het verleden een hysterectomie ondergaan (25%), 9 patiëntes lieten reeds een recent uitstrijkje uitvoeren (56%). Daarnaast twijfelde 1 patiënte over de datum van het laatste uitstrijkje, 1 patiënte vroeg zich af wanneer ze een uitstrijkje best liet afnemen omwille van intercurrente therapie en 1 patiënte nam contact omwille van moeilijk begrip van de Nederlandse taal. Op een totaal van 360 verstuurde brieven, werd dus slechts 16 maal telefonisch contact genomen met een vraag over de brief (4,44%).

Daarnaast valt op dat van de 33 patiëntes die niet in aanmerking kwamen omwille van een **hysterectomie**, slechts 4 (12%) contact neemt ondanks de **onterechte interventiebrief.**
Ook de respons van vrouwen die een **recent uitstrijkje** hebben gehad, ligt laag. De interventiebrief bevatte de expliciete vraag om de datum van een vorig uitstrijkje te laten weten. Van de 81 vrouwen bij wie achteraf- door controle van het dossier en door bekend worden van de resultaten bij het CvKO- bleek dat ze toch een recent uitstrijkje lieten uitvoeren, meldde slechts 9 (11%) de **onterechte brief**.

Van de 360 verstuurde brieven, werd na inzage in het dossier bij 33 patiëntes **(9%)** duidelijk dat zij in het verleden een **hysterectomie** ondergingen. Een eenmalige communicatie van huisarts naar CvKO kan in de toekomst veel onnodige brieven voorkomen.

Het percentage patiëntes (33%) dat het **uitstrijkje** laat maken **bij de huisarts**, ligt in deze praktijk hoger dan de 14-20% die in onderzoek wordt gevonden(6), maar of de patiëntes een interventiebrief kregen, ondertekend door de huisarts, of de gekende uitnodigingsbrief van het CvKO, heeft hier geen bijkomend effect op.

4.2 Bundeling resultaten van Ars Medica, Semmerzake en Medizorg Oosterzele

Zoals eerder vermeld, werd deze studie uitgevoerd in samenwerking met Liesbeth Haesaert. Zij verzamelde gelijkaardige gegevens in twee andere huisartsenpraktijken: Semmerzake en Medizorg Oosterzele.
In bovenstaande resultaatverwerking wordt duidelijk dat omwille van de kleine studiegroepen, de statistische kracht onvoldoende hoog ligt. Daarom werden vervolgens de resultaten van deze 3 praktijken gebundeld.

4.2.1 Studiegroep 1: effect van de interventiebrief ten opzichte van de controlebrief

De interventiebrief werd gestuurd naar 70 patiënten. Hiervan lieten 8 patiënten (11,4%) een uitstrijkje nemen. De controlebrief werd gestuurd naar 74 patiënten, waarvan 4 patiënten (5,4%) een uitstrijkje lieten nemen. Er werd geen significant effect gezien van

de interventiebrief ten opzichte van de controlebrief op het aantal afgenomen uitstrijkjes binnen de 6 maand (p=0,168).

Subgroepanalyse van patiënten die 5-10 jaar geleden een uitstrijkje lieten nemen, toonde geen statistisch significant effect (p=0,45), evenmin als de patiëntengroep die reeds minstens 10 jaar geen uitstrijkje liet nemen (p=0,25).

4.2.2 Bundeling Studiegroep 1+2: effect van de interventiebrief ten opzichte van de controlebrief

Bundelen we over de 3 praktijken heen studiegroep 1 en 2, waarin beide patiënten werden geïncludeerd die reeds meer dan 5 jaar geen uitstrijkje lieten nemen, en vergelijken we deze met de controlegroep, dan vinden we evenmin een significant verschil in afname van uitstrijkjes (p=0,08).

Subgroepanalyses zijn opnieuw niet significant, zowel bij patiënten die reeds 5-10 jaar geleden een uitstrijkje lieten nemen (p=0,19) als bij patiënten die minstens 10 jaar geen uitstrijkje lieten nemen (p=0,24).

Wel significant is het verschil in de kans om een uitstrijkje te laten nemen in de interventiegroep, afhankelijk van hoe lang een vorig uitstrijkje geleden is (p=0,01). Van de patiënten die al 5-10 jaar geen uitstrijkje lieten nemen, lieten 20 van de 105 (19%) nu wel een uitstrijkje nemen na de interventiebrief. Van de patiënten die nog nooit of al meer dan 10 jaar geen uitstrijkje lieten nemen, lieten slechts 8 van de 109 (7,34%) een uitstrijkje maken na de interventiebrief.

Vergelijken we met de controlegroep. Van de patiënten die 5-10 jaar geen uitstrijkje lieten nemen, lieten 3 van de 32 (9,38%) patiënten dit wel uitvoeren na de controlebrief. Van de patiënten die nog nooit of langer dan 10 jaar geen uitstrijkje lieten nemen, liet 1 van de 42 dit wel uitvoeren na de controlebrief (2,38%). Dit verschil was niet significant (p=0,17).

Dit betekent dat de controlebrief niet differentieert tussen patiënten naargelang de tijd tot het vorige uitstrijkje. De brief ondertekend door de huisarts doet dit wel: ze heeft significant meer effect op patiënten die minder dan 10 jaar geleden een uitstrijkje lieten maken.

Tabel 5: Onderscheid naargelang tijd tot vorige uitstrijkje

	5-10 jaar geleden vorig uitstrijkje, na brief wel uitstrijkje	Minstens 10 jaar geen uitstrijkje, na brief wel uitstrijkje	p-waarde
Controlegroep 3 praktijken (n=74)	3 van 32 (9,38%)	20 van 105 (19%)	P=0,17
Interventiegroep 1 + 2 3 praktijken (n=214)	1 van 42 (2,38%)	8 van 109 (7,34%)	p=0,01

4.2.3 Analyse derdebetalers

Patiënten met recht op een derdebetalersregeling hadden geen significant grotere of kleinere kans om een uitstrijkje te laten nemen dan patiënten die hier geen recht op hadden, noch in de controlegroep (p=1), interventiegroep 1 (p=0,98), interventiegroep 2 (p=0,53), interventiegroep 3 (p=0,28), noch wanneer interventiegroep 1 en 2 gebundeld werden (p=0,58).

5. Discussie

Hier volgt de 10de en laatste stap van de PDCA-cyclus: bespreken en verbeteren.

Om een continue kwaliteitsverbetering mogelijk te maken, is het belangrijk de resultaten nadien te integreren in het praktijkvoeren, en verbeterpunten aan te kaarten voor toekomstige studies.

5.1 Suggesties door de artsen

De artsen in de praktijk gaven na doornemen van de studieresultaten hun visie hierop. Zij waren tevreden met de stijging van de screeningsgraad van 70 naar 76%, ook al bereikte dit niet de beoogde stijging met 10%, want deze ging uit van een beginwaarde van 52%. Ze waren verbaasd dat de screeningsgraad in de praktijk in werkelijkheid zo fors verschilde van de geschatte screeningsgraad door het CvKO.
De werkbelasting die veroorzaakt werd door de extra uitstrijkjes was zeer aanvaardbaar en de artsen vonden het aangenaam om meer uitstrijkjes uit te voeren. De suggestie werd genoteerd om, indien er in de toekomst uitnodigingsbrieven door de praktijk zelf zouden worden verstuurd, deze te versturen op een rustig moment, bijvoorbeeld in april, zodat de extra consultaties voor uitstrijkjes niet zouden samenvallen met bijvoorbeeld een griepseizoen.
Er was extra interesse in de patiëntengroep die nog nooit of al langer dan 10 jaar geen uitstrijkje liet maken, omdat ook door het versturen van een uitnodigingsbrief door de huisarts deze groep significant moeilijker te motiveren viel. Toch zou net het motiveren van deze groep een groot effect kunnen hebben om het aantal carcinomen terug te dringen. Er werd gesuggereerd om deze patiëntengroep persoonlijk aan te spreken bij een consultatie om een andere reden, zoals ook in de literatuur (26,27) als mogelijk effectief wordt gezien.
De patiëntendossiers waren reeds voor 28% voorzien van een zorgaanpak voor baarmoederhalsscreening. Aan de hand van de bekomen lijsten door de samenwerking met het CvKO, kunnen deze nu aangevuld worden tot 100% van de patiënten die in de voorbije 3 jaar een uitstrijkje lieten nemen. Voor de andere patiënten kan een herinnering in het dossier worden geplaatst om de patiënte mondeling te wijzen op de nood aan screening. Er werd beslist dat deze taak zou worden opgenomen door de administratieve medewerkers.

5.2 Algemene bemerkingen bij de studie

5.2.1 Onterecht verstuurde brieven

Zoals hierboven beschreven (zie exclusies in figuur 6: flowchart Ars Medica), werd 13,42% van de brieven onterecht gestuurd. Dit wordt veroorzaakt doordat de gegevens, beschikbaar bij het CvKO, niet volledig up-to-date zijn.

Enerzijds wordt pas sinds 2002 bijgehouden welke patiënten een hysterectomie lieten ondergaan. Vrouwen die reeds vroeger een hysterectomie lieten ondergaan, krijgen onterecht een uitnodigingsbrief. Dit betreft in praktijk Ars Medica 21% van de patiënten waarbij een uitstrijkje langer dan 5 jaar geleden is. Het valt op te merken dat de vrouwen zelf niet geneigd zijn dit te laten weten aan het CvKO, wanneer ze een onterechte brief krijgen. Een eenmalige communicatie van de hysterectomietoestand, van de GMD-houdende huisartsen naar het CvKO, zou een grote besparing kunnen betekenen. Dit werd ook voorgesteld aan de contactpersoon bij het CvKO.

Anderzijds werden er veel brieven verstuurd naar patiënten die toch reeds recent een uitstrijkje hadden laten afnemen. In de groep waar volgens de gegevens van het CvKO het uitstrijkje 3 tot 5 jaar geleden was, had 36.57% toch reeds recent een uitstrijkje laten maken. Dat dit nog niet bekend was bij het versturen van de brieven, ligt bij de vele tussenstappen vooraleer het CvKO de screeningsresultaten kan inkijken, zoals hogerop werd besproken.

5.2.2 Incorrecte bepaling screeningsgraad

Door de vertraging van gegevens en door het niet altijd bekend zijn van de hysterectomietoestand, werd in groepspraktijk Ars Medica de screeningsgraad onterecht op 52% geschat in plaats van 70%. De vraag rijst hierbij of ook de totale screeningsgraad in ons land (11) niet te laag wordt ingeschat.

5.2.3 Kenmerken van de brief

De brief zelf werd door de patiënten goed ontvangen. We merkten bij 1 patiënte een probleem bij het begrijpen van de brief omwille van anderstaligheid. Deze patiënte nam contact op met de praktijk omdat de hoofding van de praktijk wel duidelijk was. In de toekomst lijkt het wel zinvol deze brief te combineren met de informatiefolder van het CvKO, zoals ook oorspronkelijk de bedoeling was bij deze studie. Door het toevoegen van de informatiefolder, krijgen patiënten dan ook een aanspreekpunt waar ze bvb. kunnen doorgeven dat ze in het verleden een hysterectomie ondergingen, en informatie over het verloop en de prijs van het onderzoek.

5.2.4 Patiënteneducatie

Patiënten namen contact omdat ze meenden dat zijzelf geen risico lopen, zoals patiënten die al jaren geen seksueel contact hebben gehad of patiënten die gevaccineerd zijn tegen HPV. Hier is educatie van patiënten zeer belangrijk, reeds bij het vaccinatiemoment.

5.2.5 Korte observatietijd

Deze studie liep slechts gedurende 6 maand. In de praktijk zelf viel echter op dat vanaf 6 maand na het versturen van de studie duidelijk meer uitstrijkresultaten afkomstig van gynaecologen toekwamen. We verwachten dus dat het effect na 12 maand merkelijk groter zal zijn. Dit resultaat zal worden beschreven in de studie "Bereiken van niet-deelnemers in het BVO Baarmoederhalskanker aan de hand van een herinneringsbrief van de GMD-houdende huisarts, die door Eliane Kellen werd opgezet.

De korte periode van 6 maand in combinatie met de vertraging op het bekend zijn van de screeningsresultaten bij het CvKO, maakte ook dat de oorspronkelijke opzet van de studie, namelijk het bepalen van de screeningsresultaten door een eenmalige vergelijking met de lijsten van het CvKO, niet kon plaatsvinden. In de plaats hiervan werd patiënt per patiënt het huisartsdossier gecontroleerd. Dit is een tijdrovende handeling en bovendien is het mogelijk dat ook de huisarts nog niet op de hoogte was van een recent uitstrijkje.

5.3 Suggesties voor de toekomst

5.3.1 Bekijken van de hysterectomietoestand en screeningsgraad nationaal

Zoals hierboven beschreven, kan een grote winst bereikt worden door een correcte informatie over de hysterectomietoestand van patiëntes. Indien alle huisartsen in hun elektronisch medisch dossier een lijst zouden kunnen maken van alle patiëntes die in het verleden een hysterectomie ondergingen en deze doorgeven aan het CvKO, zouden deze brieven niet meer onnodig verstuurd moeten worden. Dit zou bovendien een eenmalige taak zijn, omdat gegevens van een nieuwe hysterectomie automatisch worden doorgegeven aan het CvKO.

5.3.2 Begeleidende brief van de huisarts?

Zoals beschreven kon deze masterproef geen statistisch significant effect weerhouden, mogelijk omwille van bovengaande limitaties. Indien uit verder onderzoek na 12 maand wel een statistisch significant effect blijkt, is een begeleidende brief door de huisarts ons inziens zeker wel te overwegen. De bijkomende belasting voor de huisarts is beperkt, en mogelijke winsten groot. Deze brief wordt dan best wel verstuurd in combinatie met de informatiefolder van het CvKO. Hij wordt best verstuurd naar patiënten waar het uitstrijkje minstens 5 jaar geleden is, om onterecht verstuurde brieven te vermijden.

Een andere optie is dat de GMD-houdende huisarts zelf initiatief neemt tot het versturen van brieven of mails naar patiënten die reeds minstens 3 jaar geen uitstrijkje lieten nemen. Hiervoor dient het dossier van de huisarts wel in orde te zijn. In deze praktijk kon, dankzij het uitvoeren van deze studie, het dossier grondig aangevuld worden, zodat enerzijds de datum van het laatste uitstrijkje kon worden ingevoerd voor alle patiëntes,

en anderzijds een automatische planning kon worden ingevoerd voor alle patiëntes waar het uitstrijkje reeds te lang geleden was. Dit maakt een mondeling herinneren van de patiëntes aan de nood aan screening mogelijk, maar ook eventueel een brief of mail. Bovendien kan het dossier nu veel makkelijker up-to-date gehouden worden.

5.3.3 Verder onderzoek naar motivatie van patiënten die reeds meer dan 5 jaar geen uitstrijkje lieten nemen

In studiegroep 2 werd een statistisch significant verschillend effect gezien van de uitnodigingsbrief op patiëntes die 5 tot 10 jaar geleden reeds een uitstrijkje lieten nemen in vergelijking met patiëntes die dit nog nooit of langer dan 10 jaar niet lieten doen. De laatste groep is significant moeilijker te motiveren. Uit de literatuur lijkt vooral een mondeling aanspreken van deze groep zinvol. Hiervoor dienen de patiëntendossiers van de huisarts aangevuld te zijn met de laatste screeningsdatum, en eventueel een automatische herinnering te bevatten om de patiënt aan te spreken. Misschien kan verder onderzoek aantonen of dit een hogere screeningsgraad kan bereiken dan een uitnodigingsbrief.

6. Conclusie

Het versturen van een uitnodigingsbrief, ondertekend door de huisarts, kan geen statistisch significant effect tonen ten opzichte van de reguliere uitnodigingsbrief verstuurd door het CvKO, ook niet na bundeling van de resultaten van 3 praktijken. De screeningspercentages in de verschillende groepen zijn wel uiteenlopend (tabel 4), maar kunnen geen statistisch significant aantonen, mogelijk omwille van de kleine studiegroepen. Mogelijk geeft een analyse na 12 maand in grotere groep wel significant resultaat.

Het effect bij de patiëntes die in de in de voorbije 5 tot 10 jaar ook al eens een uitstrijkje lieten maken, is wel significant hoger dan bij wie nog nooit of meer dan 10 jaar geen uitstrijkje liet maken, zowel binnen praktijk Ars Medica als wanneer de resultaten van 3 praktijken gebundeld worden. Dit betekent dat voor deze patiëntengroep extra motivatie en eventueel een andere aanpak noodzakelijk zal zijn.

Wie minder dan 5 jaar geleden een uitstrijkje liet maken, gaat zeer gemakkelijk in op de uitnodigingsbrief. Door een gebrek aan controlegroep, kan niet worden vergeleken of de responsgraad hier hoger ligt dan bij de reguliere uitnodigingsbrief. De responsgraad ligt echter wel hoger dan de responsgraad op de reguliere uitnodigingsbrief, die 17,6% was in 2014 (10).

Er werd geen significant verschillend effect gezien op patiënten die al dan niet recht hebben op een derdebetalersregeling.

De bijkomende belasting voor de huisarts is beperkt: slechts een 4% van de patiëntes neemt contact op met een vraag hierover. Hiervan kan een groot deel worden vermeden door een eenmalige communicatie van hysterectomietoestand door de huisarts naar het CvKO. De vertraging tussen het laten afnemen van een uitstrijkje en het bekend zijn hiervan bij het CvKO is de tweede reden voor onnodige brieven en contact met de huisarts.

In groepspraktijk Ars Medica kon de studie de screeningsgraad verhogen van 70 naar 76%. Bovendien konden dankzij samenwerking met het CvKO de patiëntendossiers worden bijgewerkt, zodat van elke patiënte de datum van het laatste uitstrijkje gekend is, en een herinnering verschijnt wanneer dit uitstrijkje langer dan 3 jaar geleden is. Dit zal in de toekomst het behouden of verbeteren van de screeningsgraad mogelijk maken.

7. Referenties

1.Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Cervixkankerscreening: aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. huisarts nu. 2011;40.
2.Heinonen P. Gynaecologische kankers. Duodecim Medical Publications Ltd. 2013.
3.WHO/ICO. HPV and related cancers and diseases 2010 [Available from: http://www.hpv.com/hpv-related-cancers-and-diseases/.
4.Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, et al. Human Papillomavirus and Related Diseases Report. Summary Report 27 July 2017 2017.
5.Domus Medica. Preventie van Baarmoederhalskanker 2007 [Available from: https://domusmedica.be/documentatie/archief/persberichten/77-preventie-van-baarmoederhalskanker.html.
6.Baarmoederhalskanker. Baarmoederhalskanker. 2017.
7.Kankerstichting 2017 [Available from: http://www.kanker.be/.
8.KCE. De perfomantie van het belgische gezondheidssysteem rapport 2012. 2013.
9.CvKO. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2017 [Available from: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/.
10.CVKO. JAARRAPPORT 2016. 2016.
11.Preventie baarmoederhalskanker 2017 [Available from: http://www.kankerregister.org/Preventie_nbaarmoederhalskanker.
12.Peeters J. Cervixkankerscreening: een taak van de huisarts? 2013.
13.Vandewalle N. Waarom kiezen vrouwen voor een gynaecoloog en niet voor hun huisarts voor een cervixuitstrijkje? 2013.
14.Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition--summary document. Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO. 2010;21(3):448-58.
15.Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Cecile Dubois, Jonckheer P, et al. De perfomantie van het belgische gezondheidssysteem- rapport 2015. 2016.
16.RIZIV dvdw. Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. 2014.
17.Wetenschappelijk instituut volksgezondheid. Gezondheidsenquete 2013: rapport 5 preventie. 2013.
18.Boomsma LJB, P.A.J.;, Collette C, Janssens PGH. NHG-standaard Preventie en Vroegdiagnostiek van Cervixcarcinoom. Huisarts en wetenschap 2009;52 (4).
19.Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F Cervixkankerscreening. Huisarts Nu. 2011;april 2011.
20.Vandermeulen E. Cervixkanker: Welke doelgroep wordt onderscreend en hoe kunnen we die toch bereiken?
Praktijkverbeteringsproject in wijkgezondheidscentrum De Kaai. 2013.
21.Boomsma L, Assendelft W. De Belgische Aanbeveling Cervixkankerscreening en de NHG-Standaard Cervixuitstrijken vergeleken. Huisarts en Wetenschap. 2003;46(4):745-7.
22.Miranda-Diaz C, Betancourt E, Ruiz-Candelaria Y, Hunter-Mellado RF. Barriers to Compliance to Breast, Colorectal, and Cervical Screening Cancer Tests among Hispanic Patients. 2015.
23.Waller J, Bartoszek M, Marlowand L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. J Med Screen 2009;16:199–204 DOI: 101258/jms2009009073. 2009.
24.Perry MA. How can the uptake of cervical cytology screening be improved? Nursing Standard 16, 11, 33-36 2001.
25.Piessens V, Van Roy K, Willems S. Baarmoederhalskankerscreening in de huisartspraktijk: rapport focusgroepgesprekken met huisartsen. Domus medica. 2015.
26.Van Roy, K. & Willems, S. (2017). Focusgroepen met Vlaamse vrouwen die niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Universiteit Gent.

27.de Nooijer D.P., de Waart F.G., van Leeuwen A.W.F.M., Spijker W.W.J. Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:2339-43. 2005.
28.Demirtas B. Review of Strategies in Promoting Attendance for Cervical Screening. Asian Pacific J Cancer Prev, 14 (5), 3263-3267.
29.De Smedt E. Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen tussen 25 en 45 jaar: Een praktijkverbeterend project. 2016.
30.Haguenoer K, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Boyard J, Fontenay R, Marret H, et al. Vaginal self-sampling is a cost-effective way to increase participation in a cervical cancer screening programme: a randomised trial. Br J Cancer. 2014;111(11):2187-96.
31.Cornet K. Kan de dekkingsgraad voor screening van baarmoederhalskanker verhoogd worden door gebruik te maken van een thuistest voor screening: een pilootstudie in een huisartsenpraktijk? 2015.
32.Orde der artsen. Preventie van baarmoederhalskanker. Orde der artsen. 2003;102.
33.Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Praktijkhandleiding Baarmoederhalskanker Bevolkingsonderzoek en diagnostiek. Nederlands Huisartsen Genootschap. 2016.
34. Wang et al. The role of quality control circles in sustained improvement of medical quality. Springer Plus. 2013; 2:141

8. Bijlagen

8.1 Studieprotocol

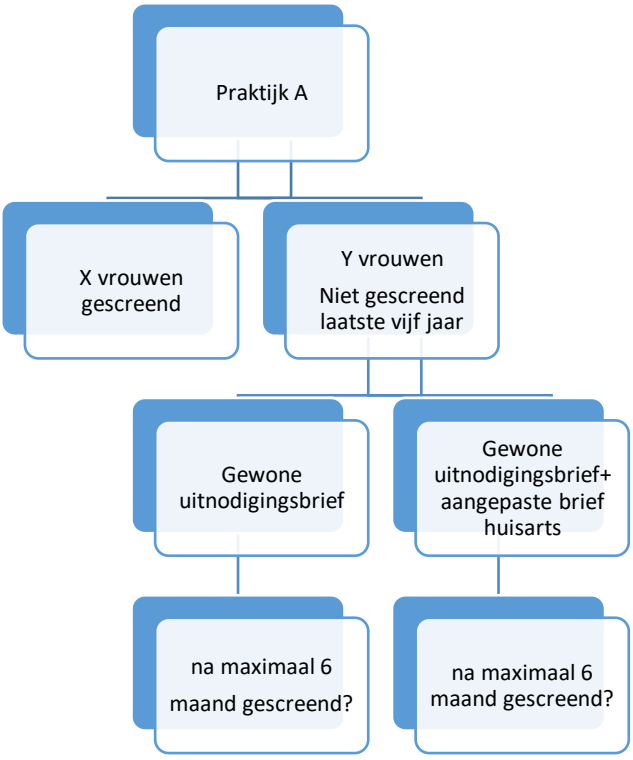
Protocol praktijkverbeterend project: bijkomende herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts

- **<u>Onderzoeksvraag:</u>**
  Verhoogt het toevoegen van een brief ondertekend door de GMD-houdende huisarts aan de herinneringsbrief, de participatiegraad van aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?

- **<u>Methode:</u>**
  1) Literatuurstudie en overleg met CVKO
     a) Praktijkstudie: wat is de deelnamegraad aan het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker? Hoe kan deze deelname verhoogd worden?
     b) Een literatuurstudie wordt verricht volgens het watervalprincipe:
        a. Wat zijn mogelijkheden om deelname aan preventieve onderzoeken te verhogen?
     c) Het CVKO organiseert een pilootstudie naar de mogelijkheid om de herinneringsbrief voor baarmoederhalskanker te laten ondertekenen/bijwerken door de huisarts. Deze thesis geeft reeds, voor 3 verschillende praktijken, een beeld van het mogelijke effect hiervan.
     d) Met het CVKO wordt overlegd:
        a. Dat zij per praktijk nakijken welke vrouwen tussen 30 en 64 jaar onvoldoende gescreend zijn voor de start van het onderzoek.
        b. Dat zij, maximaal 6 maand na het versturen van de brief, deze data opnieuw berekenen.
        c. Dat zij de brief, inbegrepen in hun onderzoek, doorsturen ter bijwerking en ondertekening door de eigen huisarts.

  2) In 3 praktijken wordt aan de hand van het medisch programma een lijst gemaakt van alle patiëntes met een GMD in deze praktijk met een leeftijd tussen 30 en 64 jaar.
  3) Deze lijst wordt ter controle naar het CVKO gestuurd, zij maken een lijst wie van deze patiëntes de laatste 5 jaar niet gescreend werd.
  4) Deze patiëntes worden computergestuurd per praktijk gerandomiseerd in 2 groepen, een controle-arm die de standaard herinneringsbrief krijgt van het CVKO en een interventie-arm die naast de standaard herinneringsbrief bovendien de ondertekende brief krijgt.
  5) 4-6 maanden na het versturen van de brieven, wordt door het CVKO het percentage gescreende vrouwen berekend in de twee groepen.

  Flowchart:


Praktijk A
X vrouwen gescreend
Y vrouwen
Niet gescreend laatste vijf jaar
Gewone uitnodigingsbrief
Gewone uitnodigingsbrief+ aangepaste brief huisarts
na maximaal 6 maand gescreend?
na maximaal 6 maand gescreend?

8.2 Goedkeuring door ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Att: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK
Voorzitter:
Prof. Dr. D. Mathys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethischcomite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2017/0878	01-aug-17	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Verhogen van de deelname aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker aan de hand van een herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts: haalbaarheid en effect in een groepspraktijk. - Mariama Naila De Kornick

Belgisch Registratienummer: B670201732878

* Brief
  Uitnodigingsbrief (bijlage 2)
* Brief
  voorbeeld uitnodigingsbrief bewerkt door huisarts (bijlage 3)
* Antwoord onderzoekers
  via mail dr. N. De Kornick dd. 22/06/2017 (ontv. via Bimetra dd. 28/06/2017) op opmerkingen EC dd. 27/06/2017
* Adviesaanvraagformulier dd. 22/06/2017
* Diverse
  - Goedkeuring EC studie CVKO (bijlage 1)
  - Bevlijs deelname studie Centrum voor KankerOpsporing dd. 15/06/2017 (bijlage 2)
* Protocol
  Protocol praktijkverbeterend project, bijkomende herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts (bijlage 3)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 31/07/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 31/07/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**
Voorafgaand het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 31/07/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 31/07/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 22/06/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 22/06/2017**

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beschouwt dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er voor te zorgen dat De inwing als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid en, die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten hoogst 3 delen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers ervoor te zorgen dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité beschouwt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de wetenschap informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker beschikken bij deze studie in dit van het Ethisch Comité*
° *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De lijst(en) is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0876	01-aug-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0876

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. S. WILLEMS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

8.3 Amendement studieprotocol

Geachte,

Wij wensen een amendement aan te vragen voor 2 gekoppelde MaNaMa thesissen:

- Studie: "Verhogen van de deelname aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker aan de hand van een herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts: haalbaarheid en effect in een groepspraktijk" – Manama Liesbeth Haesaert
    - Belgisch registratienummer: B67021732975
- Studie: "Verhogen van de deelname aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker aan de hand van een herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts: haalbaarheid en effect in een groepspraktijk" – Manama Nele De Koninck
    - Belgisch registratienummer: B670201732976
    - Indieningsdatum: 22/6/2017
    - Datum goedkeuring: 1/8/2017

Situering van het probleem:

Zoals beschreven in het protocol, werden de patiënten die in aanmerking kwamen voor de studie bepaald door het CvKO (centrum voor KankerOpsporing). Het CvKO verstuurde uitnodigingsbrieven naar de patiëntes om een uitstrijkje te laten afnemen.

De resultaten worden door het CvKO opgevolgd, en zouden vervolgens onder vorm van een lijst aan de behandelende GMD-houdende artsen van de respectievelijke praktijken worden overgemaakt. Zo kunnen we berekenen hoeveel patiënten uit de controlegroep en hoeveel uit de interventiegroep een uitstrijkje hebben laten nemen.

4-6 maand na het versturen van de uitnodigingsbrieven zijn echter bij het CvKO nog amper gegevens beschikbaar wie wel/geen uitstrijkje liet maken. Zij ontvangen deze resultaten via de Stichting Kankerregister, die ze op haar beurt ontvangt van de labo's. Dit zorgt voor een vertraging die tot een jaar kan oplopen. Dit was bij aanvang van onze masterproef niet duidelijk gecommuniceerd, maar blijkt nu in het kader van het tijdig indienen van onze masterproef een probleem.

Voorstel tot wijziging van het protocol:

Daarom zouden wij het protocol als volgt willen aanpassen: dat de behandelende GMD-houdende arts, naast het opvragen van de resultaten via het CvKO, ook in de eigen medische dossiers nagaat wie van de patiënten uit de studie een uitstrijkje liet maken de afgelopen 4 tot 6 maand. Op deze manier kan de GMD-houdende arts dan zelf een lijst creëren.

Hierbij nemen wij het volgende in acht:

- Het betreft dezelfde gegevens, maar die rechtstreeks van het labo naar de huisarts werden verstuurd, zonder tussenstap via de Stichting Kankerregister en het CvKO.
- Het betreft enkel de screeningsgegevens van de patiëntes die een GMD lieten afsluiten bij de huisarts in kwestie, waarmee zij deze toestemming gaven om hun preventiedossier mee op te volgen.
- De gegevens zullen, net als bij het verkrijgen van de gegevens via het CvKO, enkel gebundeld als responspercentage of gegevens over de volledige studiegroep beschreven worden.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw advies.

Met hoogachting,

Dr. Liesbeth Haesaert

Dr. Nele De Koninck

8.4 Goedkeuring amendement door ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Mathys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0877	01-aug-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Verhogen van de deelname aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker aan de hand van een herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts: haalbaarheid en effect in een groepspraktijk - Mariama Liesbeth Haesaert

Belgisch Registratienummer: B670201732975

- Brief
  Uitnodigingsbrief (bijlage 2)
- Brief
  voorbeeld uitnodigingsbrief bewerkt door huisarts (bijlage 3)
- Antwoord onderzoekers
  via mail dr. N. De Koninck dd. 22/06/2017 (ontv. via Bimetra dd. 28/06/2017) op opmerkingen EC dd. 27/03/2017
- Adviesaanvraagformulier dd. 22/06/2017
- Diverse
  - Goedkeuring EC studie CVKO (bijlage 1)
  - Bewijs deelname studie Centrum voor KankerOpsporing dd. 16/06/2017 (bijlage 2)
- Protocol
  Protocol praktijkverbeterend project: bijkomende herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts (bijlage 3)

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 31/07/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 31/07/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Voorafgaand het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 55 66).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 31/07/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 31/07/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 55 66).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 22/08/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 22/08/2017

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité bekrachtigt dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw naam als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de ondertalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

8.5 Uitnodigingsbrief

GROEPSPRAKTIJK ARS MEDICA
Dwarsstraat 31A1
9450 Denderhoutem
054320666
www.arsmedica.be

Beste mevrouw,

In deze enveloppe zit een uitnodigingsbrief voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Als jouw huisartsen vinden wij het ook zeer belangrijk dat vrouwen gescreend worden. Met een uitstrijkje om de 3 jaar wordt een eventuele afwijking vroeg ontdekt en kan baarmoederhalskanker vaak voorkomen worden.

Ik neem het initiatief om je te contacteren omdat ik dit jaar je Globaal Medisch Dossier (GMD) beheer. Registratie van preventieve onderzoeken zoals het uitstrijkje, maken immers ook deel uit van het GMD. Voor zover mijn gegevens volledig zijn, liet je de voorbije jaren geen uitstrijkje nemen.

- **Liet je de voorbije drie jaar wel een uitstrijkje maken?** Dan heeft mijn collega-arts mij niet op de hoogte gebracht en is een directe herhaling van het onderzoek waarschijnlijk niet nodig. Als beheerder van jouw GMD, volg ik je dossier graag goed op. Mag ik je daarom vragen om mij de datum van het laatste onderzoek te laten weten?

- **Liet je geen uitstrijkje afnemen in de voorbije 3 jaar, dan nodig ik je graag uit om een uitstrijkje laten afnemen.** Dit gebeurt via een gynaecologisch onderzoek, en kan zowel bij de huisarts als bij de gynaecoloog.

Voor meer informatie over dit onderzoek, kan je steeds bij mij of bij je gynaecoloog terecht.

Een afspraak kan je maken via de site www.arsmedica.be of via 054/32 06 66.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Hilde Meert

Dr. Ingeborg Hofman

Dr. Sigrid Musch

Dr. Nele De Koninck