EEN PRAKTIJK-VERBETEREND PROJECT ROND OPTIMALISATIE VAN BAARMOEDERHALSKANKERSCREENING IN EEN MULTICULTURELE PATIËNTENPOPULATIE IN BORGERHOUT

Laura van der Linden, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. dr. Veronique Verhoeven, Universiteit Antwerpen

Co-promotor/PO: dr. Kristien Frijns, Huisartsenpraktijk Medilaar

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Achtergrond: Baarmoederhalskanker is een belangrijk gezondheidsprobleem, dat in 80% van de gevallen voorkomen kan worden door screening middels afname van uitstrijkjes. De huidige screeningsgraad in Vlaanderen is, met zo'n 60%, echter ondermaats en ligt nog lager dan gemiddeld in sterk geürbaniseerde gebieden met een grote culturele diversiteit, waar de opleidingspraktijk is gelegen. Er moet aldus getracht worden om de screeningsgraad te verhogen. Eerder werd beschreven dat er sprake is van overdracht van screeningsgedrag tussen moeders en dochters door middel van *downward* en *upward* communicatie. In dit opzicht werd in deze studie nagegaan of dit in de studiepopulatie ook zo is en of dit gegeven gebruikt kan worden om de screeningsgraad te doen verhogen bij de vrouwen in de studiepopulatie en hun moeders.

Methode: Naast het uitvoeren van een literatuurstudie, werden verschillende interventies (poster in de wachtzaal, informatiebrief met daarin de aansporing om baarmoederhalskankerscreening met hun moeder te bespreken en een herinneringsuitnodiging) toegepast met als doel de screeningsgraad bij vrouwen van 25-34 jaar in de studiepopulatie en hun moeders te verhogen. Daarnaast werd er een vragenlijst afgenomen, waarin onder andere werd gepeild naar de beweegreden van de deelneemsters om deel te nemen aan baarmoederhalskankerscreening.

Resultaten: De screeningsgraad in de studiepopulatie (n=85) voorafgaand aan de interventies bedroeg 45,9%, waarbij driekwart van de deelneemsters het uitstrijkje liet afnemen bij de gynaecoloog. De interventies konden de screeningsgraad doen toenemen tot 61,7%. Wat betreft de moeder-dochterrelatie en de invloed op het screeningsgedrag, blijkt een groot deel van de vrouwen (41,3%) niet te weten of haar moeder uitstrijkjes laat afnemen. Als beweegreden voor deelname aan screening, geeft 71,6% van de deelneemsters aan niet beïnvloed te worden in haar beslissing door het screeningsgedrag van haar moeder. Door de interventies kon de screeningsgraad bij de moeders van de deelneemsters (n=22) verhoogd worden van 36,4% tot 68,2%.

Conclusie: Hoewel uit de literatuurstudie blijkt dat het screeningsgedrag van jonge vrouwen in belangrijke mate beïnvloed zou worden door het screeningsgedrag van hun moeder, kon dat in de huidige studie minder sterk worden aangetoond. Mogelijk is dit te wijten aan het feit dat er binnen de moeder-dochterrelatie bij vrouwen in de studiepopulatie weinig gecommuniceerd wordt over baarmoederhalskankerscreening. Anderzijds, blijkt *upward* communicatie bij uitstek een geschikte uitnodigingsstrategie om een populatie oudere vrouwen te bereiken die eerder vatbaar zijn om aan screening te ontglippen. Toekomstige onderzoeken zouden dan ook meer de focus kunnen leggen op dit gegeven om de screeningsgraad naar de aanbevolen screeningsgraad van 80% op te trekken.

Zoektermen: baarmoederhalskankerscreening, *upward* communicatie, *downward* communicatie
ICPC-code: X75 – maligniteit cervix uteri

Inhoudsopgave

Abstract 2
Inhoudsopgave 3
Deel I - Inleiding 5
1. Achtergrond 5
1.1. Baarmoederhalskanker als gezondheidsprobleem 5
1.1.1. Het screeningsprogramma in Vlaanderen 5
1.1.2. Uitnodigingsstrategieën 6
1.1.3. Locatie van afname van het uitstrijkje 7
1.2. Huisartsenpraktijk Medilaar 7
1.2.1. Beschrijving van de praktijkpopulatie die in aanmerking komt voor baarmoederhalskankerscreening 7
1.3. Onderzoeksvragen 8
1.4. Studie-opzet 9
1.4.1. Kwaliteits-verbeterendproject 9
1.5.2. Doelstellingen 9
1.5.3. Implementatie in een PDSA-cyclus 10
Deel II - Oriënterend literatuuronderzoek 11
2. Literatuuronderzoek naar baarmoederhalskankerscreening in een moslimpopulatie en overdracht van screeningsgedrag 11
2.1. Zoekstrategie 11
2.2. Resultaten 11
2.2.1. Screening naar baarmoederhalskanker in een populatie vrouwen van Marokkaanse (moslim) origine 11
2.2.2. Clustering van screeningsgedrag binnen families 12
2.2.3. Screening bevorderen door *downward* en *upward* communicatie 13
Deel II – Praktijk-verbeterend project 15
3. Methode 15
3.1. Studiepopulatie 15
3.1.1. Definiëring van de studiepopulatie 15
3.1.2. Aantal deelnemers en methode van rekrutering 15
3.2. Beschrijving van de studie 16
3.2.1. Studiedesign 16
3.2.2. Opstellen van de vragenlijst 16
3.2.3. Interventies 17
3.2.4. Verloop van de studie 18
4. Resultaten 20
4.1. Voormeting 20
4.1.1. Aantal uitstrijkjes afgenomen over periode 2014-2016 in de praktijkpopulatie 20
4.2. Resultaten vragenlijst 21
4.2.1. Beschrijving onderzochte populatie 21
4.2.2. Screeningsgraad in de studiepopulatie 23
4.2.3. Afnamelocatie van de uitstrijkjes 25
4.2.4. Afwijkend uitstrijkje 25
4.2.5. Screeningsdeelname en de afnamelocatie van uitstrijkjes bij moeders 25
4.2.6. Beweegreden tot deelname aan screening 26
4.2.7. Ter beschikking stellen van het e-mailadres 26
4.3. Toepassen van de interventies 27
4.3.1. Uitnodiging van vrouwen met status ‘niet in orde’ 27
4.4. Nameting 27
4.4.1. Effect van de interventies op het aantal uitstrijkjes in de studiepopulatie 27

4.4.2. Effect van de interventies op het totaal aantal uitstrijkjes in de praktijkpopulatie 28
Deel III – Discussie/Bespreking ... 29
5. Invloed van de moeder-dochterrelatie op screening naar baarmoederhalskanker ... 29
5.1. Familiale clustering in de opleidingspraktijk ... 29
5.2. Screeningsgraad voorafgaand aan de interventies ... 29
5.3. Effect van de interventies op de screeningsgraad bij de deelneemsters ... 30
5.4. *Downward* communicatie: Effect op screeningsgedrag van de deelneemsters ... 30
5.4.1. Beweegredenen om deel te nemen aan screening ... 30
5.4.2. Effect op de afname van uitstrijkjes ... 31
5.5. *Upward* communicatie: Effect op het screeningsgedrag bij de moeders van de deelneemsters ... 31
5.6. Gebruik van het EMD in optimalisatie van het screeningsprogramma ... 32
5.7. Gebruik van email in het benaderen van vrouwen voor screeningsdoeleinden ... 33
6. Beperkingen ... 33
7. Aanbevelingen voor de toekomst ... 34
7.1. Op praktijkniveau ... 34
7.2. Op regionaal niveau ... 34
8. Besluit ... 35
Referentielijst ... 36
Deel IV - Bijlagen ... 38
Bijlage 1: Onderzoeksprotocol ... 38
Bijlage 2: Informatieposter ... 43
Bijlage 3: Vragenlijst ... 44
Bijlage 4: Informatiebrief ... 46
Bijlage 5: Herinneringsbrief ... 47
Bijlage 6: Goedkeuring Ethisch Comité ... 48

Afkortingen

CIN: cervicale intra-epitheliale neoplasie

EMD: elektronisch medisch dossier

GMD: globaal medisch dossier

HPV: humaan papillomavirus

Deel I - Inleiding

1. Achtergrond

1.1. Baarmoederhalskanker als gezondheidsprobleem

Baarmoederhalskanker is een traag ontwikkelende maligniteit, die in België 3% van de van de nieuw ontstane kankers bij vrouwen vertegenwoordigt. Hoewel dit slechts een klein deel van de kankers bij vrouwen beslaat, is het een belangrijk gezondheidsprobleem. Jaarlijks wordt er in Vlaanderen bij ongeveer 350 vrouwen baarmoederhalskanker vastgesteld en overlijden zo'n honderd vrouwen ten gevolge hiervan (1). De incidentie is – in tegenstelling tot bij de meeste andere kankers – het hoogst in een eerder jonge leeftijdsgroep van vrouwen tussen 35 en 60 jaar (2). Wereldwijd ligt de incidentie van baarmoederhalskanker nog veel hoger dan in België, vooral in landen waar er geen georganiseerd bevolkingsonderzoek bestaat. Onderzoek wijst namelijk uit dat 80% van de gevallen van baarmoederhalskanker voorkomen kunnen worden door een goed georganiseerd screeningsprogramma middels de afname van uitstrijkjes (1).

Baarmoederhalskanker en het voorstadium ervan, CIN (cervicale intra-epitheliale neoplasie), ontstaan in de overgrote meerderheid van de gevallen ten gevolge van het humaan papillomavirus (HPV). HPV is een seksueel overdraagbaar virus en kent verschillende typen, waarvan types 16 en 18 het hoogste risico op het ontstaan van CIN en baarmoederhalskanker opleveren (3). Vrijwel alle mannen en vrouwen raken in hun leven een keer besmet met HPV, meestal vlak na het seksueel actief worden. Echter wordt het virus in 80% van de gevallen binnen één tot twee jaar spontaan geklaard door het lichaam en ontstaat er geen CIN. Bij ongeveer 20% van de vrouwen persisteert de infectie in de baarmoederhals, waardoor zij het risico lopen om CIN en later baarmoederhalskanker te ontwikkelen (3). Er is reeds enkele jaren een vaccin tegen HPV beschikbaar, waardoor jonge vrouwen beschermd kunnen worden tegen het oplopen van HPV. In 2010 werd dit vaccin in Vlaanderen opgenomen in het basisvaccinatieschema voor meisjes van 10-12 jaar. Het HPV-vaccin beschermt tegen verschillende types van het HPV (waaronder types 16 en 18), die samen verantwoordelijk zijn voor ongeveer 70% van de baarmoederhalskankers. Ook na vaccinatie is er dus geen volledige bescherming, waardoor screening naar baarmoederhalskanker voorlopig noodzakelijk blijft, in ieder geval totdat er meer gekend is over het effect van vaccinatie op de lange termijn (4).

1.1.1. Het screeningsprogramma in Vlaanderen

Vlaanderen beschikt sinds 2013 over een screeningsprogramma, dat bestaat uit het drie- tot vijfjaarlijks aanbieden van een cytologisch uitstrijkje van de baarmoederhals aan vrouwen tussen

de 25 en 65 jaar. Eén van de voorwaarden voor een effectief screeningsprogramma, is het behalen van een voldoende hoge screeningsgraad. Algemeen wordt aangenomen dat de effectiviteit van een screeningsprogramma toeneemt naarmate de dekkingsgraad hoger is, waarbij wordt gestreefd naar een minimale dekkingsgraad van 80%. In 2016 bedroeg de totale dekkingsgraad van het bevolkingsonderzoek in Vlaanderen echter slechts 62,1% (5). De dekkingsgraad is nog lager dan gemiddeld in Borgerhout (52,0% in postcode 2140 en 48,3% in postcode 2060) waar de opleidingspraktijk gelokaliseerd is (6). Dit kan verklaard worden doordat de populatie in Borgerhout wordt gekenmerkt door een relatief hoog percentage mensen van allochtone origine (voornamelijk Marokkaanse origine), met een lage sociaal-economische status, een lage opleidingsgraad en minder kennis van de Nederlandse taal. Eerder werd aangetoond dat dit belangrijke risicofactoren zijn voor om niet aan screening deel te nemen (4). Dit maakt de barrière om toegang te vinden tot het screeningsprogramma naar baarmoederhalskanker voor vrouwen in Borgerhout groot.

1.1.2. Uitnodigingsstrategieën

Naast een schriftelijke uitnodiging vanuit de Vlaamse overheid om deel te nemen aan het screeningsprogramma, zullen er dus andere methoden moeten worden toegepast om de vrouwen in deze populatie te bereiken. In Nederland werd reeds aangetoond dat een uitnodiging door de eigen huisarts tot een hogere respons leidt, dan een uitnodiging door een centrale instantie. Het verschil in respons bleek zelfs beduidend groter bij vrouwen met een Marokkaanse, Turkse of Surinaamse achtergrond, bij vrouwen met een lage sociaaleconomische status en bij vrouwen woonachtig in sterk verstedelijkte gebieden (7). De manier waarop vrouwen worden benaderd, is hierbij van belang (8). Verschillende haio's voerden reeds praktijk-verbeterende projecten uit met het oog op het verhogen van de responsgraad van baarmoederhalskankerscreening in hun opleidingspraktijk. Het versturen van uitnodigingen door de eigen huisarts is een relatief weinig arbeidsintensieve methode en lijkt effectief om de respons te doen toenemen (9-11). Het online uitnodigen vrouwen kan een kostenbesparende meerwaarde zijn naast een uitnodiging per post en lijkt door patiënten meer en meer te worden geaccepteerd (12). Ook het telefonisch contacteren van vrouwen in de doelpopulatie is effectief, maar blijkt erg tijdrovend (10). Daarnaast kan de respons worden verhoogd door vrouwen voor te lichten over baarmoederhalskanker en het screeningsprogramma (13, 14), waarbij de responsgraad nog extra toeneemt als vrouwen zowel schriftelijk als mondeling worden geïnformeerd (14). Educatie is erg belangrijk, gezien bij een groot deel van de vrouwen kennis over baarmoederhalskanker beperkt is en vrouwen zich slecht geïnformeerd voelen over HPV en de risicofactoren voor het ontwikkelen van baarmoederhalskanker (4).

1.1.3. Locatie van afname van het uitstrijkje

Ondanks dat de huisarts een belangrijke informerende en coördinerende rol kan spelen in het kader van preventief gezondheidsgedrag zoals baarmoederhalskankerscreening, werd in 2016 slechts 16,8% van de screeningsuitstrijkjes afgenomen bij de huisarts en maar liefst 83,0% bij de gynaecoloog (5). Een belangrijke factor hierin is dat een groot aantal vrouwen gewoonweg niet weet dat uitstrijkjes kunnen worden afgenomen bij de huisarts, waarbij vrouwen van niet-Belgische origine hier vaker niet van op de hoogte zijn dan autochtone vrouwen (15). Andere frequent voorkomende argumenten om de voorkeur te geven aan afname van een uitstrijkje bij de gynaecoloog zijn: gewoonte, de gynaecoloog nam het eerste uitstrijkje, van mening zijn dat de gynaecoloog heeft een beter aangepaste onderzoekskamer heeft en dat de gynaecoloog kan afspraken kan geven in de avonduren (15).

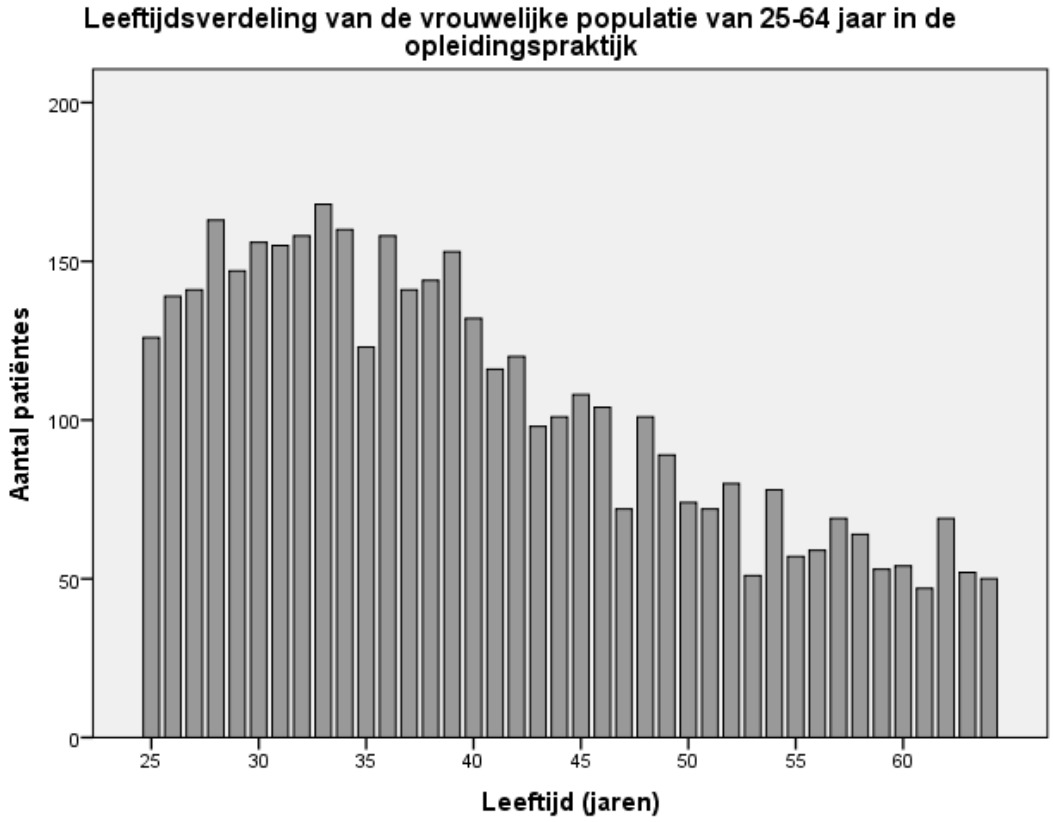
1.2. Huisartsenpraktijk Medilaar

Huisartsenpraktijk Medilaar is een praktijk gelegen in de wijk Borgerhout te Antwerpen, een wijk die bekend staat om zijn grote culturele diversiteit. Er werken drie ervaren huisartsen en twee haio's. In de praktijk werd tot april 2017 gewerkt met de medische software HealthOne, daarna werd overgestapt op het programma CareConnect.

In januari 2017 werd op basis van gegevens geëxtraheerd uit het EMD, een beschrijving gemaakt van de populatie. De praktijk kende toen een praktijkpopulatie van 8577 patiënten. Voor zo'n 80% van deze patiënten werd er in de laatste 5 jaar een GMD aangemaakt of hernieuwd. Het is een relatief jonge populatie, waarbij de gemiddelde leeftijd op 29 jaar ligt. 44% van de patiënten is mannelijk en 56% is vrouwelijk. Een zeer groot deel van de praktijkpopulatie is van Marokkaanse origine (eerste, tweede of derde generatie). Exacte data omtrent de afkomst zijn echter niet te extraheren uit het medisch programma.

1.2.1. Beschrijving van de praktijkpopulatie die in aanmerking komt voor baarmoederhalskankerscreening

De praktijk telde 2249 vrouwen tussen 25-65 jaar. Het was niet haalbaar om voor elk van deze vrouwen te afzonderlijk bekijken of er sprake was van (tijdelijke) contra-indicaties voor deelname (zoals zwangerschap, hysterectomie, …), dus het aantal vrouwen dat effectief in aanmerking komt, zal lichtelijk worden overschat. De leeftijdsverdeling van deze populatie wordt weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Leeftijdsverdeling van de populatie vrouwen in de opleidingspraktijk tussen 25-64 jaar die in aanmerking komt voor screening naar baarmoederhalskanker.

Opvallend is, dat het aantal vrouwen met een leeftijd tussen 25 en 40 jaar veel groter is dan het aantal vrouwen met hogere leeftijd. Ook hieruit blijkt dus dat de opleidingspraktijk een jonge populatie kent.

1.3. Onderzoeksvragen

Op basis van het idee over het aantal uitstrijkjes dat de artsen in de opleidingspraktijk uitvoeren in verhouding tot het aantal vrouwelijke patiënten en op basis van epidemiologische gegevens van het centrum voor kankeropsporing over de screeningsgraad in Borgerhout (postcode 2060 en 2140) (6), werd er vermoed dat er sprake is van een onderscreening naar baarmoederhalskanker. Er was echter nood aan een accurater beeld van de huidige screeningsgraad van de doelpopulatie en ook van waar vrouwen een uitstrijkje laten afnemen. Daarnaast wilden we graag te weten komen of de vrouwen in de doelpopulatie beïnvloed worden in hun screeningsgedrag door het screeningsgedrag van hun moeder. Daarom luiden de onderzoeksvragen:

- Wat is de huidige screeningsgraad naar baarmoederhalskanker bij vrouwen in de doelpopulatie in de opleidingspraktijk in Borgerhout?

- Hoeveel vrouwen in de praktijk laten zich screenen bij de huisarts en hoeveel bij de gynaecoloog?
- Worden vrouwen in de doelpopulatie in hun deelname aan screening beïnvloed door het screeningsgedrag van hun moeder?
- Hoe goed komen resultaten met betrekking tot afname van uitstrijkjes op basis van zelfrapportage en het dossier met elkaar overeen?

Met betrekking tot het praktijk-verbeterend aspect van dit project worden de volgende onderzoeksvragen gesteld:

- Hoe kan de screeningsgraad naar baarmoederhalskanker in de doelpopulatie worden verhoogd?
- Kan het informeren over screening naar baarmoederhalskanker van jonge vrouwen, screening doen toenemen bij hun moeders (*upward* communicatie) die patiënt zijn in dezelfde praktijk en in aanmerking komen voor screening?
- Hoe kan de registratie van gegevens in het elektronisch medisch dossier met betrekking tot baarmoederhalskankerscreening geoptimaliseerd en geüniformiseerd worden?

1.4. Studie-opzet

1.4.1. Kwaliteits-verbeterend project

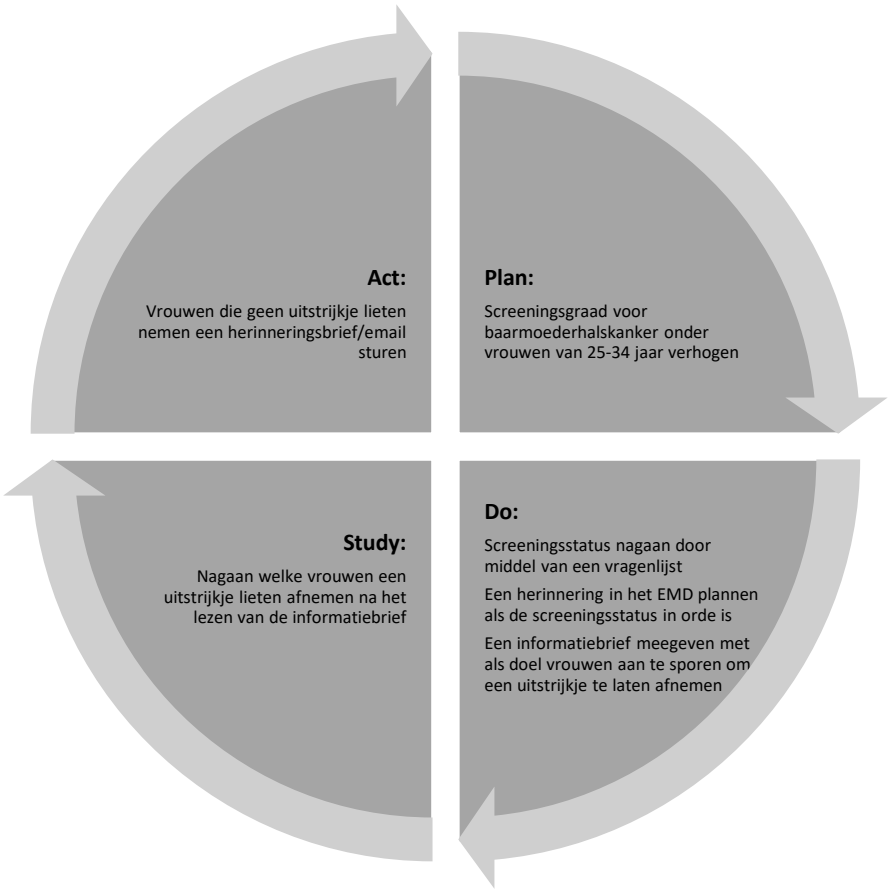
Het onderwerp past binnen een aantal dimensies van kwaliteitsvolle zorg. Er werd reeds aangetoond dat screening naar baarmoederhalskanker effectief is om de incidentie van baarmoederhalskanker te doen dalen en dat screening middels het cervixuitstrijkje een efficiënte wijze is van screenen (1). Daarnaast beoogde dit project de efficiëntie van het screenen naar baarmoederhalskanker in de opleidingspraktijk te vergroten. Ook past het project binnen de dimensie gelijkwaardige zorg, daar we trachten de screening naar baarmoederhalskanker toegankelijk te maken voor een populatie waarvan een groot deel een eerder zwakke socio-economische status kent en vatbaar is om aan screeningsprogramma's te ontglippen (1).

1.5.2. Doelstellingen

Het doel van de studie was om de screeningsgraad naar baarmoederhalskanker bij een vrouwelijke patiëntenpopulatie binnen huisartsenpraktijk Medilaar na te gaan en te verhogen. Een doel op de lange termijn is om de artsen in de opleidingspraktijk te sensibiliseren voor de correcte registratie van informatie in het EMD en om de aandacht voor screening te verhogen, zodat zij dit blijven verderzetten na afloop van het project.

1.5.3. Implementatie in een PDSA-cyclus

Een kwaliteits-verbeterend project wordt gekenmerkt door het doorlopen van een zich herhalend proces van werken aan verbeteringen. Schematisch kan dit worden weergegeven in een *Plan–Do–Study–Act* cyclus (PDSA cyclus). Voor dit project kan de PDSA-cyclus als volgt worden ingevuld:



Figuur 2. Weergave van de doelstellingen van het project in een PDSA-cyclus.

Deel II - Oriënterend literatuuronderzoek

2. Literatuuronderzoek naar baarmoederhalskankerscreening in een moslimpopulatie en overdracht van screeningsgedrag

2.1. Zoekstrategie

Een eerste zoekactie werd uitgevoerd in januari 2017 via de zoekmachine Pubmed. De zoekactie werd nog eens herhaald in januari 2018 om eventuele recent gepubliceerde artikelen aan de zoekactie te kunnen toevoegen. Er werd een filter ingesteld op taal (Nederlands en Engels) en op jaar van publicatie (2002 - 2018). De termen die als Mesh-term in verschillende combinaties werden ingegeven in Pubmed, worden weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Zoektermen ingegeven in Pubmed

Zoektermen in Pubmed
Cervical cancer screening / Pap smear
Immigrant population
Muslim population
Moroccan population / Morocco
Mother-daughter communication
Upward communication
Downward communication

De artikelen werden geselecteerd op basis van relevantie van het abstract en beschikbaarheid van het volledige artikel. Naast de zoekactie in Pubmed werden er via de sneeuwbal-methode nog verschillende andere artikelen geïncludeerd op basis van de relevantie van het abstract. De richtlijn Cervixkankerscreening gepubliceerd door Domus Medica (2012) diende als belangrijke leidraad in het literatuuronderzoek. Daarnaast werd het Bevolkingsonderzoek Jaarrapport 2017 via de website www.bevolkingsonderzoek.be geraadpleegd. Ook de abstracten van eerder verschenen masterproeven met als thema baarmoederhalskankerscreening (via zoekterm X75 – maligniteit cervix uteri) gepubliceerd op de website www.icho-info.be/masterproeven, werden doorgenomen.

2.2. Resultaten

2.2.1. Screening naar baarmoederhalskanker in een populatie vrouwen van Marokkaanse (moslim) origine

Zoals eerder vermeld, wordt de groep vrouwen die niet deelneemt aan screening gekenmerkt door verschillende risicofactoren. Naast een lage socio-economische status en een lage opleidingsgraad, speelt ook etniciteit hierin een rol (4). In 2005 werd in Nederland reeds aangetoond dat deelname aan baarmoederhalskankerscreening aanmerkelijk lager ligt bij

vrouwen van Marokkaanse origine dan bij Nederlandse vrouwen (respectievelijk 35,9% versus 55,7%) (16). Een gelijkaardige bevinding kon in 2013 nog eens worden bevestigd in het kader van deelname aan het HPV-vaccinatieprogramma. Nederlandse onderzoekers zagen dat meisjes met een niet-Westerse origine - met name van Marokkaanse origine - een grotere kans maken om niet deel te nemen aan het HPV-vaccinatieprogramma (17).

Een taalbarrière blijkt een belangrijke factor te zijn voor het niet-deelnemen aan het screeningsprogramma (16, 18). Eveneens is er in een allochtone populatie vaker sprake van een laag opleidingsniveau en laaggeletterdheid, wat leidt tot een laag abstractievermogen en weinig algemene kennis van gezondheid en ziekte. Dit gebrek aan kennis en de taalbarrière maken de toegankelijkheid tot preventieve gezondheidzorg moeilijker en staan een actieve patiëntenrol in de weg (18). Daarnaast speelt ook de religieuze achtergrond een rol in het - al dan niet - deelnemen aan screening naar baarmoederhalskanker. Zo prefereren veel moslim vrouwen een vrouwelijke arts voor het klinisch (gynaecologisch) onderzoek en een gebrek daaraan kan het afnemen van een uitstrijkje doen uitstellen of vermijden (19). Ook ontstaat er voor sommige moslim vrouwen een conflict tussen het preventieve karakter van baarmoederhalskankerscreening en hun religieuze overtuigingen, bijvoorbeeld als een gezondheidsprobleem als een straf van God wordt gezien (20). Anderzijds, bestaan er soms juist bij de arts pre-assumpties over vrouwen met een moslim achtergrond, bijvoorbeeld over seksuele activiteit voor het huwelijk, waardoor zij niet of te laat worden geattendeerd op deelname aan baarmoederhalskankerscreening (21).

2.2.2. Clustering van screeningsgedrag binnen families

Verschillende studies toonden reeds aan dat er sprake lijkt te zijn van overdracht van screeningsgedrag binnen families, meer specifiek tussen moeders en dochters (17, 22, 23). Dit fenomeen werd vooral onderzocht in het kader van het HPV-vaccinatieprogramma bij tienermeisjes. Zo vonden Lefevere *et al.* in Vlaanderen een significant verband tussen deelname aan het screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker bij moeders en vaccinatie tegen HPV bij hun dochters. Het bleek dat hoe vaker een moeder een uitstrijkje laat afnemen, hoe groter de kans is dat haar dochter deelneemt aan het HPV-vaccinatieprogramma. Bovendien kon worden aangetoond dat het verband het sterkste is bij moeder-dochterparen woonachtig in gebieden met de laagste mediane inkomens (22). In Nederland kon een zelfde positief verband worden aangetoond tussen baarmoederhalskankerscreening bij moeders en HPV-vaccinatie bij hun dochters (17). Een Amerikaans onderzoek stelt dat het algehele gebruik van preventieve zorg (zoals het laten nemen van uitstrijkjes en mammografieën en het laten uitvoeren van preventieve controles bij de huisarts of gynaecoloog, afgemeten aan een *preventive care utilization index*) bij

moeders voorspellend is voor deelname aan het HPV-vaccinatieprogramma door hun dochter (23). Een hoge *preventive care utilization index* bij de moeder is hierbij sterker geassocieerd met HPV-vaccinatie bij hun dochter dan wanneer enkel de afname van uitstrijkjes in beschouwing wordt genomen.

Lefevere *et al.* dragen verschillende verklaringen aan die een rol kunnen spelen in dit fenomeen van clustering van screeningsgedrag binnen families. Mogelijk is er sprake van clustering doordat familieleden worden blootgesteld dezelfde sociale, economische en fysieke omstandigheden waardoor hun screeningsgedrag zowel positief als negatief beïnvloed kan worden. Ook kan hun screeningsgedrag beïnvloed worden door onderliggende religieuze of culturele ideeën over preventieve gezondheidszorg, die in meer of mindere mate worden doorgegeven van generatie op generatie. Bovendien kunnen contacten binnen een familie met dezelfde gynaecoloog of huisarts bepalend zijn in hun deelname aan baarmoederhalskankerscreening (22). Deze mogelijke verklaringen vinden hun oorsprong in conceptuele modellen om overeenkomsten in het gebruik van gezondheidszorg binnen families te verklaren. Een van deze modellen is het zogenaamde *household production of health*-model, dat gezondheidsgedrag binnen families probeert te verklaren aan de hand van drie hoofdfactoren, zijnde gedeelde omstandigheden, socialisatie en homogeniteit van de culturele achtergrond. Dit concept wordt uitgebreid beschreven in een artikel van Cardol *et al.*, waarnaar ik verwijs gezien verdere uitweiding hierover buiten de opzet van deze thesis valt (24).

2.2.3. Screening bevorderen door *downward* en *upward* communicatie

Zoals uit bovenstaande alinea's blijkt, bestaat er dus een verband tussen het screeningsgedrag van jonge vrouwen en het screeningsgedrag van hun moeder. Naast het delen van dezelfde demografische factoren, kan ook onderlinge communicatie over preventieve gezondheidszorg hierin een rol spelen.

In het kader van HPV-vaccinatie, werd aangetoond dat dochters van wie de moeder ooit een afwijkend uitstrijkje had, vaker werden gevaccineerd. Andersom bleek er ook een verband; dochters van vrouwen die uit persoonlijke overtuiging niet deelnemen aan baarmoederhalskankerscreening, werden minder vaak gevaccineerd dan dochters van vrouwen die omwille van een medische indicatie niet kunnen deelnemen aan screening (25). Er lijkt hier dus sprake te zijn van *downward* communicatie, waarbij een moeder haar dochter – al dan niet bewust – informeert en activeert om zelf deel te nemen aan screening. De functie van *downward* communicatie werd onderzocht in een Amerikaanse studie, waarin werd nagegaan of er een relatie bestaat tussen maternele communicatie over baarmoederhalskankerscreening en

deelname aan het screeningsprogramma van hun adolescente dochters. Men zag dat, hoe vaker een moeder met haar dochter spreekt over baarmoederhalskankerscreening, hoe groter de kans is dat ze een uitstrijkje laat afnemen (26). Het effect van deze communicatiestrategie bleek ook duurzaam, het verband bleef ook twee jaar na het eerste meetmoment nog aanwezig. Bovendien werd ook op andere vlakken een positief effect van maternele communicatie op het gezondheidsgedrag van adolescenten beschreven, zoals voor rookstop en voor het gebruik van zonneprotectie (26).

Anderzijds, zou ook een jonge vrouw haar moeder kunnen informeren en aansporen om gebruik te maken van preventieve gezondheidszorg. In dit kader spreekt men van *upward* communicatie. Mosavel *et al.* toonden reeds aan dat een dochter haar moeder accuraat kan informeren over borstkankerscreening en baarmoederhalskankerscreening en dat moeders er voor open staan om deze informatie via hun dochter te ontvangen (27, 28). Bovendien verbeterde de kennis van dochters omtrent baarmoederhalskankerscreening significant door hun moeders hierover te informeren, wat mogelijk ook een weerslag heeft op hun eigen screeningsgedrag (27). Een grote studie in Groot-Brittannië waarbij schoolgaande adolescenten worden geëduceerd over kanker met als doel hun ouders te informeren over kanker en aan te sporen om deel te nemen aan screeningsprogramma's, is momenteel lopende (29).

Upward communicatie kan in het bijzonder interessant zijn in een moslim populatie, waarbij er eerder werd beschreven dat er in de oudere generaties in de moslim gemeenschap een terughoudendheid bestaat om het begrip kanker te bespreken met hun kinderen, deels uit cultureel en religieus oogpunt, maar ook uit angst om hun kind te belasten met het onderwerp (30). In dit kader is het dan ook interessant als een kind zelf het onderwerp kan aansnijden. Bovendien kan *upward* communicatie als communicatiestrategie bij uitstek dienen voor een groep vrouwen die moeilijk te bereiken is via de reguliere informatiekanalen, bijvoorbeeld door een taalbarrière of laaggeletterdheid. Dit gegeven komt van pas in de opleidingspraktijk in Borgerhout, waar er een grote mate van clustering van families wordt gezien en waarbij er vaak er twee of meer generaties van dezelfde familie in deze praktijk worden opgevolgd. Bovendien heeft de eerste generatie Marokkaanse vrouwen vaak een beperkte kennis van de Nederlandse taal en het Vlaamse gezondheidszorgsysteem, wat hen vatbaar maakt om aan het screeningsprogramma te ontglippen. Dit alles maakt dat het interessant is om de moeder-dochter relatie te betrekken in uitnodigingsstrategieën om deelname aan baarmoederhalskanker screening te verhogen.

Deel II – Praktijk-verbeterend project

3. Methode

3.1. Studiepopulatie

3.1.1. Definiëring van de studiepopulatie

Volgens de richtlijn Cervixkankerscreening (1) komen alle vrouwen van 25-64 jaar die ooit seksueel actief waren, niet zwanger zijn en geen hysterectomie hebben ondergaan, in aanmerking voor screening naar baarmoederhalskanker. Als we deze criteria toepassen op de patiëntenpopulatie in de opleidingspraktijk, komen er ruim 2200 vrouwen in aanmerking voor screening. Het werd niet haalbaar geacht om al deze vrouwen te bereiken in het kader van deze masterproef. Daarom werd ervoor gekozen om ons te richten op een subpopulatie van vrouwen. Verschillende leeftijdscategorieën werden overwogen. Uiteindelijk besloten we ons te richten op vrouwen van 25-34 jaar oud. Dit omdat, hoewel bij deze leeftijdscategorie relatief minder kankers zullen worden gedetecteerd dan bij een oudere subpopulatie, er op termijn het meeste winst kan worden geboekt bij deze vrouwen. De bedoeling is dat, als zij van begin af aan worden aangesproken en geïnformeerd over screening naar baarmoederhalskanker en worden aangespoord tot deelname, zij ook zullen blijven deelnemen aan screening in hun latere leven. Daarnaast werd geacht dat deze jonge leeftijdscategorie relatief 'bereikbaar' zou zijn, met een betere notie van de Nederlandse taal, wat het afnemen van een vragenlijst beduidend eenvoudiger en betrouwbaarder maakt.

Omschrijving van de studiepopulatie:

- Vrouwen van 25-34 jaar oud
- Ooit seksueel actief
- Geen hysterectomie in de voorgeschiedenis
- Niet zwanger
- GMD-houdende arts binnen huisartsenpraktijk Medilaar

3.1.2. Aantal deelnemers en methode van rekrutering

In de opleidingspraktijk kwamen er op het moment van aanvang van de studie (mei 2017) er zo'n 900 vrouwen van 25-34 jaar in aanmerking voor baarmoederhalskankerscreening. Deze populatie werd nog steeds te groot geacht als studiepopulatie voor dit project. Er moest aldus nog een subselectie gemaakt worden binnen de groep vrouwen van 25-34 jaar. Er werd geopteerd om vrouwen opportunistisch te includeren in de studiepopulatie. Dit gebeurde door vrouwen van 25-34 jaar die op raadpleging komen voor een andere klacht, voor aanvang van de raadpleging een

vragenlijst en een interventie (zie ook 3.2.2 en 3.2.3) aan te bieden. Uit praktische overwegingen werd de vragenlijst op willekeurige wijze in de wachtzaal aangeboden aan vrouwen van 25-34 jaar door de praktijksecretaresses.
In het onderzoeksprotocol (bijlage 1) werd een steekproefgrootte berekend. Hierbij kwamen we op een benodigde steekproefgrootte van 270 vrouwen om de praktijkpopulatie van 900 vrouwen van 25-34 jaar te representeren. Uiteindelijk is het niet gelukt om dit aantal vrouwen te includeren binnen de voorziene tijdsspanne en werd de inclusie gestopt nadat er ongeveer 100 bruikbare vragenlijsten werden afgenomen.

3.2. Beschrijving van de studie

3.2.1. Studiedesign

Zoals eerder besproken gaat om een kwaliteits-verbeterend project. De opzet van het project is enerzijds retrospectief; er werd gebruik gemaakt van beschikbare gegevens van uitstrijkjes over de periode 2014-2016 in de opleidingspraktijk om te bepalen hoeveel uitstrijkjes er gedurende deze periode door de huisartsen in de opleidingspraktijk werden afgenomen (zie ook 4.1.1). Hiervoor werden alle resultaten van cervixuitstrijkjes die werden afgenomen in de periode 2014-2016 opgevraagd in het laboratorium waarmee er wordt samengewerkt. De resultaten werden geanalyseerd per leeftijdsgroep. Dit gaf echter een onderschatting van de screeningsgraad, omdat het grootste deel van de uitstrijkjes door een gynaecoloog wordt afgenomen (1). Daarom werden patiënten uit de doelpopulatie prospectief bevraagd over wanneer zij hun laatste uitstrijkje lieten uitvoeren en of dit bij de huisarts of bij de gynaecoloog gebeurde, door middel van een vragenlijst. Het resultaat hiervan werd op uniforme wijze in het EMD genoteerd. Aan het einde van het project, werd als nameting, geëvalueerd wat het effect was van de interventies, door na te gaan of het aantal uitstrijkjes dat wordt afgenomen door de huisartsen binnen de praktijk, toenam.

3.2.2. Opstellen van de vragenlijst

Het doel van de vragenlijst (bijlage 3) is tweeledig. Enerzijds diende de vragenlijst ervoor om inzicht te krijgen in de huidige screeningsstatus van de doelpopulatie (al ooit een uitstrijkje laten afnemen?, wanneer laatste uitstrijkje laten afnemen?, locatie van afname van het uitstrijkje?). Anderzijds diende de vragenlijst om informatie te bekomen over de invloed van de maternele screeningsstatus op de reden waarom vrouwen een uitstrijkje laten afnemen. Dit mede met als doel om aan de hand van familieverbanden in het EMD de participatiegraad van de moeders van deelnemende vrouwen na te kunnen gaan. De vragen werden opgesteld op basis van het literatuuronderzoek en in overleg met de promotor en co-promotor. Bij het opstellen van de vragenlijst werd ervoor geopteerd om deze duidelijk, kort en bondig te houden, zodat meer

vrouwen geëngageerd zouden zijn om de vragenlijst in te vullen en zodat de vragenlijst ook toegankelijk zou zijn voor vrouwen met een beperktere notie van de Nederlandse taal.

De screeningsstatus zoals die bleek uit de vragenlijst, werd voor iedere deelneemster getoetst aan de resultaten in het EMD. Hierbij werd gezocht in labo-resultaten van de huisartsen in de eigen praktijk, in brieven van gynaecologen, maar ook in de '*Hub*' via CoZo (een regionaal uitwisselingsnetwerk via het Collaboratief Zorgplatform; geraadpleegd via 'extern zoeken' in het programma *CareConnect*), een digitaal samenwerkingsplatform dat patiënten, zorgverleners en zorginstellingen toelaat om snel en veilig medische gegevens uit te wisselen en te delen. Hierbij werd er vanuit gegaan dat ook resultaten die niet rechtstreeks door de gynaecoloog aan de huisarts werden geadresseerd, konden worden teruggevonden. De interpretatie van de overeenkomst tussen de antwoorden op de vragenlijst, en de verschillende mogelijkheden van interpretatie en daaropvolgende acties worden weergegeven in tabel 2.

Tabel 2. Overeenkomst tussen de antwoorden op de vragenlijst en resultaten in het EMD en interpretatie van de screeningsstatus.

Situatie	Komt overeen?	Status in orde?	Actie
De deelneemster geeft aan nog *nooit* een uitstrijkje te hebben laten afnemen en er wordt *geen* resultaat teruggevonden in het EMD	Ja	Ja	Uitnodiging eerste uitstrijkje
De deelneemster geeft aan *ooit* een uitstrijkje te hebben laten afnemen maar er wordt *geen* resultaat teruggevonden in het EMD	Nee	Nee	Uitnodiging herhalingsuitstrijkje
De deelneemster geeft aan *nooit* een uitstrijkje te hebben laten afnemen, maar er wordt *wel* een resultaat teruggevonden in het EMD < 3 jaar geleden	Nee	Ja	Geen uitnodiging Herinneringsactie werd gepland
De deelneemster geeft aan *nooit* een uitstrijkje te hebben laten afnemen, maar er wordt *wel* een resultaat teruggevonden in het EMD > 3 jaar geleden	Nee	Nee	Uitnodiging herhalingsuitstrijkje
De datum van het laatste uitstrijkje op de vragenlijst komt overeen de datum in het EMD, < 3 jaar geleden	Ja	Ja	Geen uitnodiging Herinneringsactie werd gepland
De datum van het laatste uitstrijkje op de vragenlijst komt overeen de datum in het EMD, > 3 jaar geleden	Ja	Nee	Uitnodiging herhalingsuitstrijkje
De datum van het laatste uitstrijkje op de vragenlijst en in het EMD komen niet overeen, maar volgens het EMD vond het laatste uitstrijkje < 3 jaar geleden plaats	Nee	Ja	Geen uitnodiging Herinneringsactie werd gepland
De datum van het laatste uitstrijkje op de vragenlijst en in het EMD komen niet overeen, maar volgens het EMD vond het laatste uitstrijkje > 3 jaar geleden plaats	Nee	Nee	Uitnodiging herhalingsuitstrijkje

3.2.3. Interventies

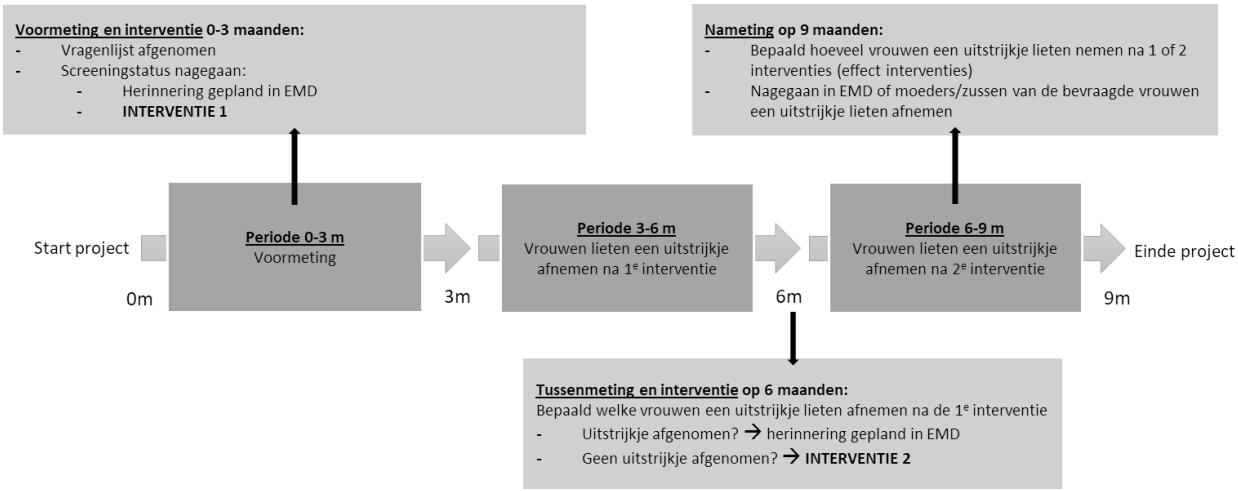
Tijden het project vonden er een aantal interventies plaats met als doel het aantal uitstrijkjes bij de huisarts te doen toenemen. Een eerste interventie was het ophangen van een informatieposter over cervixkankerscreening in de wachtzaal (bijlage 2).

Een tweede interventie was het meegeven van een informatiebrief (bijlage 4) aan de patiënten in de doelpopulatie met als bedoeling de vrouw te informeren over de noodzaak van screening en over het praktisch uitvoeren van het uitstrijkje. Ook werd de vrouw via deze weg aangespoord om screening naar baarmoederhalskanker met hun moeder en/of zussen te bespreken en hen aan te sporen om ook een uitstrijkje te laten afnemen bij hun vaste (GMD-houdende) huisarts. Het doel hiervan was een indirecte toename van het aantal uitstrijkjes bij een oudere populatie vrouwen bekomen. Aanvankelijk stond in het protocol beschreven dat enkel de vrouwen die nog niet eerder een uitstrijkje lieten afnemen of bij wie het laatste uitstrijkje meer dan 36 maanden geleden plaatsvond, een informatiebrief zouden ontvangen. Omdat de vragenlijsten uiteindelijk door de praktijksecretaresses werden verdeeld en de screeningsstatus niet meteen werd geëvalueerd, werd ervoor geopteerd om elke vrouw die de vragenlijst invulde ook een informatiebrief te mee te geven.

Een derde interventie was het schriftelijk herinneren (bijlage 5; per brief of e-mail) van de vrouwen die na evaluatie van de screeningsstatus in aanmerking kwamen voor screening en die drie maanden na het ontvangen van de informatiebrief, geen uitstrijkje lieten nemen.

3.2.4. Verloop van de studie

Het verloop van de studie wordt schematisch weergegeven in figuur 3.



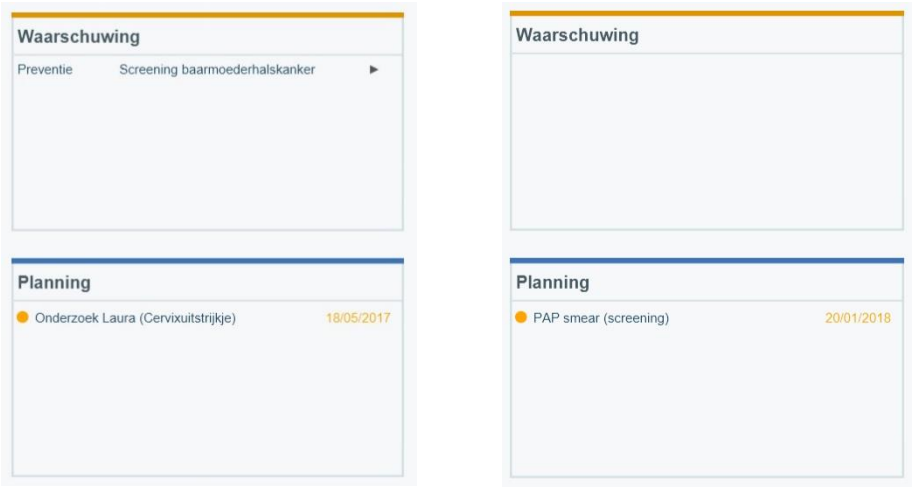
Figuur 3. Schematische weergave van het verloop van de studie

Globale voormeting periode 2014-2016:

Om een beeld te krijgen van het aantal uitstrijkjes dat de laatste 3 jaar voor aanvang van de studie in de opleidingspraktijk werd afgenomen, werden alle resultaten van uitstrijkjes in de periode januari 2014 tot en met december 2016 opgevraagd in het laboratoria waarmee er wordt samengewerkt (Centraal Medisch Laboratorium en Algemeen Klinisch Laboratorium).

Voormeting binnen de studiepopulatie:

Gezien het grootste deel van de uitstrijkjes wordt afgenomen bij de gynaecoloog, geeft enkel een voormeting op basis van de afgenomen uitstrijkjes in de opleidingspraktijk te weinig informatie over de werkelijke screeningsgraad. Daarom werd er een tweede voormeting uitgevoerd bij vrouwen in de studiepopulatie. Dagelijks werden enkele vrouwen van 25-34 jaar (die voor een andere klacht op raadpleging kwamen) op willekeurige basis aangesproken door de praktijksecretaresse, met de vraag of ze wilden meewerken aan het onderzoek. Hiertoe werd hen gevraagd om de korte vragenlijst (bijlage 3) in te vullen in de wachtzaal. De gegevens met betrekking tot de screeningsstatus werden achteraf genoteerd in het EMD. Voorafgaand aan het project, werd tijdens een praktijkvergadering afgesproken hoe de screeningsstatus op uniforme wijze kon worden genoteerd in het EMD. Op deze manier werd voorkomen dat dezelfde vrouw meermaals werd bevraagd over haar screeningsstatus.



Figuur 4. Detail van het dashboard in CareConnect. Links: weergave bij een vrouw die in aanmerking komt voor deelname aan het onderzoek en waarbij screening naar baarmoederhalskanker is nog niet ingepland. Rechts: weergave na inplannen van zorgaanpak 'Screening baarmoederhalskanker'.

Indien uit de vragenlijst bleek dat screening minder dan 3 jaar geleden plaatsvond, werd er een herinneringsactie in het EMD ingesteld om de arts eraan te herinneren om screening aan te bieden als het aanbevolen screeningsinterval van 36 maanden verstrijkt (zie ook tabel 2).

In de wachtzaal werd een poster (bijlage 2) opgehangen met informatie over het onderzoek en over baarmoederhalskankerscreening, met als doel alle vrouwen die in de wachtzaal wachtten, hierover te informeren.

Interventie 1:

De vrouwen in de doelpopulatie die een vragenlijst invulden, ontvingen tevens een brief (bijlage 4) met informatie over baarmoederhalskankerscreening en een uitnodiging om een afspraak te maken voor afname van een uitstrijkje.

Interventie 2:

Ongeveer zes maanden na afloop van de metingsperiode werd nagegaan of de vrouwen die een uitnodigingsbrief ontvingen, ook daadwerkelijk een uitstrijkje lieten afnemen. De vrouwen die dit deden, ontvingen een schriftelijke herinnering (brief of e-mail; bijlage 5).

Ongeveer negen maanden na start van het project werden alle resultaten van cervixuitstrijkjes die werden afgenomen tijdens de duur van het project opgevraagd in het laboratorium en opnieuw geanalyseerd per leeftijdscategorie. Tevens werd berekend welk percentage van de vrouwen die één of meerdere interventies onderging, uiteindelijk een uitstrijkje liet afnemen. Ook werd aan de hand van familieverbanden in het EMD bekeken of er een verwantschap bestaat tussen de vrouwen die tijdens duur van de studie een uitstrijkje lieten nemen.

Statistische analyses werden uitgevoerd met het programma *IBM SPSS Statistics*, versie 24 (2016). Er werden beschrijvende analyses uitgevoerd via de optie '*frequencies*'. Voor de analyse van eventuele onderlinge verbanden tussen de variabelen (via de optie '*crosstabs*') werd de Fisher Exact-toets verkozen boven de Chi-kwadraattoets gezien de eerder geringe steekproefgrootte. De analyses met betrekking tot de leeftijd werden uitgevoerd met een T-test (via de optie '*independent samples*').

Voor de uitvoering van deze studie werd op 03/04/2017 een goedkeuring bekomen van het Ethisch Comité verbonden aan de Universiteit van Antwerpen (bijlage 6).

4. Resultaten

4.1. Voormeting

4.1.1. Aantal uitstrijkjes afgenomen over periode 2014-2016 in de praktijkpopulatie

Tijdens de periode januari 2014 tot en met december 2016, werden in totaal 232 uitstrijkjes door huisartsen in de opleidingspraktijk afgenomen, waarvan 216 uitstrijkjes bij vrouwen van 25-64 jaar en 73 uitstrijkjes bij vrouwen van 25-34 jaar. Dit komt neer op gemiddeld 60 uitstrijkjes gedurende 10 maanden in de groep 25-64-jarigen. Om een vergelijking te kunnen maken met het aantal uitstrijkjes dat werd afgenomen tijdens de studieperiode, wordt het aantal uitstrijkjes

omgerekend naar percentage van het totaal aantal vrouwen van 25-34 jaar in de praktijkpopulatie die een uitstrijkje lieten afnemen/10 maanden, wat neerkomt op 2,67%/10 maanden (n=2249).

4.2. Resultaten vragenlijst

Bovenstaande analyse geeft weer hoeveel uitstrijkjes over een periode van 3 jaar werden afgenomen in de opleidingspraktijk. Echter geeft dit een forse onderschatting van de ware screeningsgraad, gezien het feit dat de meeste uitstrijkjes wordt afgenomen bij de gynaecoloog. Daarom werd er middels de vragenlijst getracht een accurater beeld te krijgen van de screeningsgraad. Tevens werd er gekeken naar de locatie van afname van de uitstrijkjes en of er een relatie bestaat tussen het screeningsgedrag van jonge vrouwen en dat van hun moeder.

Er werden 105 vragenlijsten afgenomen. Twee maal bleek een vragenlijst twee keer door dezelfde vrouw te zijn ingevuld, op één vragenlijst werd een onbekende naam ingevuld en twee vragenlijsten bleken te ontbreken. Twee deelneemsters bleken geen GMD-houdende arts in de opleidingspraktijk te hebben. Aldus werden er 7 vragenlijsten volledig geëxcludeerd en waren er 98 vragenlijsten bruikbaar voor verdere analyse. Hierna bleken van de resterende vragenlijsten 17 deelneemsters niet volledig te voldoen aan de inclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek (tabel 3). Dertien vragenlijsten werden enkel meegenomen in de analyses met betrekking tot de moeder-dochterrelatie. Zwangerschap werd beschouwd als tijdelijke contra-indicatie, aldus wordt deze groep wel meegenomen in de berekeningen (behalve bij de bepaling van de screeningsgraad na de interventies).

Tabel 3. Overzicht van de geïncludeerde en geëxcludeerde deelneemsters. De vetgedrukte groepen werden geïncludeerd voor analyses met betrekking tot de moeder-dochterrelatie, de cursief gedrukte groepen werden geïncludeerd voor de analyses met betrekking tot de screeningsstatus.

Kenmerk	Aantal deelneemsters
Voldoen aan alle inclusiecriteria	***81***
Zwanger	***4***
Niet seksueel actief	**2**
< 25 jaar	**11**
Geen GMD-houdende arts	2
Ontbrekende of dubbele vragenlijsten	5
Totaal:	**105**

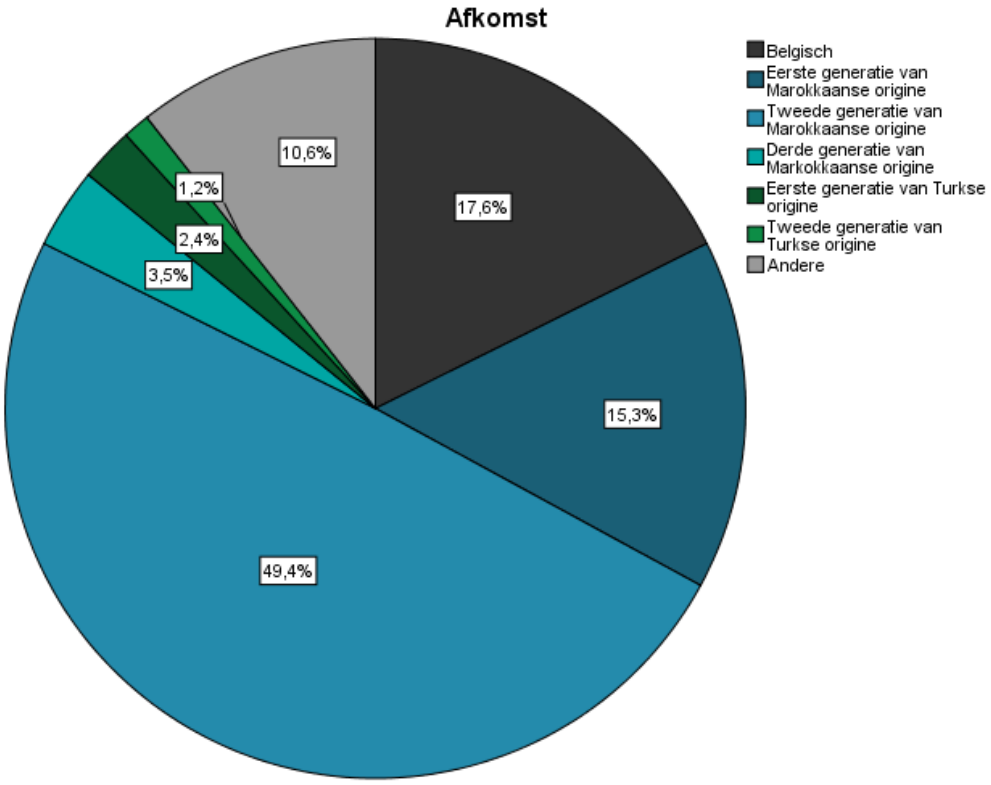
4.2.1. Beschrijving onderzochte populatie

Leeftijd en etnische afkomst van de deelneemsters

De gemiddelde leeftijd van de deelneemsters in de studiepopulatie (n=85) ligt op 29,3 (28,7-29,8) jaar. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen van 25-34 jaar in de praktijkpopulatie ligt op 29,6

(29,4-29,8) jaar. Het verschil is niet statistisch significant (p=0,20), aldus wordt er van uitgaan dat de studiepopulatie wat leeftijd betreft representatief is voor de praktijkpopulatie.

Van de 85 vrouwen in deze analyse is het grootste deel van Marokkaanse origine (68,3%), waarvan de meesten behoren tot de tweede generatie van Marokkaanse origine (49,4%) (figuur 5).



Figuur 5. Etnische achtergrond van de deelneemsters, uitgedrukt in percentage van het totaal.

Deelneemsters die vallen onder de categorie 'andere' zijn afkomstig uit Libanon, Afghanistan, Iran, Kongo, Suriname, Wit-Rusland, Macedonië, Frankrijk en Nederland.

Leeftijd en etnische afkomst van de moeders

Van de 98 deelneemsters vulden 94 vrouwen de leeftijd van hun moeder in op de vragenlijst. De gemiddelde leeftijd van de moeders ligt op 56,0 jaar. Uiteraard komt de etnische origine van de moeders overeen met die van hun dochters en is het overgrote deel van Marokkaanse origine (63,3% Marokkaans; 17,3% Belgisch, 6,1% Turks en 13,3% andere nationaliteit).

Op 41 vragenlijsten (41,8%) werd aangegeven dat de moeder van de deelneemster ook patiënte is in de opleidingspraktijk (4 vrouwen vulden geen antwoord op deze vraag in). Hierbij wordt een significant verschil in familiale clustering in de opleidingspraktijk waargenomen tussen de Belgische deelneemsters en Belgische deelneemsters van Marokkaanse origine (2e en 3e generatie

Marokkanen), waarbij de Belgische deelneemsters slechts in 14,3% van de gevallen aangeven dat hun moeder ook patiënte is in de opleidingspraktijk, tegenover 62,0% van de Belgische deelneemsters van Marokkaanse origine (p=0,002).

4.2.2. Screeningsgraad in de studiepopulatie

Screeningsdeelname en screeningsgraad op basis van de vragenlijst

Van de 85 deelneemsters van 25-34 jaar, lieten 52 vrouwen ooit een uitstrijkje afnemen, 28 vrouwen lieten nog nooit een uitstrijkje afnemen en 5 vrouwen wisten niet of ze ooit een uitstrijkje lieten afnemen. Van de 52 vrouwen die aangaven ooit een uitstrijkje te hebben laten afnemen, vulden 37 vrouwen (71,2%) in, dat dit korter dan 3 jaar geleden had plaatsgevonden. 11 vrouwen (21,2%) dachten dat het langer dan 3 jaar geleden had plaatsgevonden en 4 vrouwen (7,7%) wisten niet wanneer ze hun laatste uitstrijkje lieten afnemen.

De screeningsgraad op basis van de vragenlijst (percentage van de vrouwen die 'in orde' zijn met de screening) in deze populatie bedraagt aldus 43,5% (vrouwen die niet wisten of ze ooit een uitstrijkje lieten afnemen of wanneer het laatste uitstrijkje plaatsvond, worden hierbij beschouwd als 'niet in orde').

Er wordt hierbij een significant verschil vastgesteld tussen deelneemsters die in België zijn geboren ten opzichte van vrouwen die elders werden geboren maar in België wonen. 70,5% van de vrouwen die in België zijn geboren liet ooit een uitstrijkje afnemen, ten opzichte van 37,5% van de vrouwen die elders werden geboren (p=0,007). Als de tweede en derde generatie deelneemsters van Marokkaanse afkomst worden vergeleken met eerste generatie deelneemsters van Marokkaanse afkomst, wordt dezelfde trend opgemerkt (p=0,54). Er kon echter geen significant verschil worden aangetoond in de afname van uitstrijkjes tussen vrouwen van Belgische origine en tweede en derde generatie vrouwen van Marokkaanse afkomst. Noch kon er een significant effect van de etnische afkomst op de screeningsstatus ('in orde' versus 'niet in orde') worden weerhouden.

Overeenkomst resultaat vragenlijst en dossier

De screeningsstatus zoals die werd aangegeven in de vragenlijst, werd voor iedere deelneemster getoetst aan de resultaten van eventuele afgenomen uitstrijkjes in het EMD. Bij 73,7% van de vrouwen kwam de screeningsstatus op basis van de vragenlijst overeen met de beschikbare gegevens in het EMD (10 vrouwen die niet wisten of ze ooit een uitstrijkje lieten afnemen of wanneer het laatste uitstrijkje plaatsvond, werden buiten beschouwing gelaten). In 26,3% kwam het resultaat niet overeen (zie tabel 4).

Tabel 4. Overeenkomst tussen het gegevens met betrekking tot afname van het uitstrijkje ten opzichte van de resultaten beschikbaar in het EMD

		Aantal	Percentage	Deelpercentage
	komt overeen	56	65,9	73,7
	liet al wel ooit een uitstrijkje afnemen, > 3 jaar geleden	2	2,4	2,6
	liet al wel ooit een uitstrijkje afnemen, < 3 jaar geleden	5	5,9	6,6
	uitstrijkje vond langer geleden plaats dan gedacht, > 3 jaar geleden	5	5,9	6,6
	uitstrijkje vond langer geleden plaats dan gedacht, < 3 jaar geleden	1	1,2	1,3
	zegt ooit een uitstrijkje te hebben laten afnemen, maar geen resultaat in dossier	7	8,2	9,2
	Subtotaal	**76**	**89,4**	**100,0**
Wist niet of ze ooit een uitstrijkje liet afnemen of wanneer het laatste uitstrijkje plaatsvond		9	10,6	
Totaal		**85**	**100,0**	

Er kon geen significant verband tussen afkomst of leeftijd en het al dan niet overeenkomen van het resultaat tussen vragenlijst en EMD worden vastgesteld.

Screeningsdeelname en screeningsgraad na controle van het dossier

Na controle van het EMD werd de screeningsdeelname van de vrouwen in de studiepopulatie bekeken (n=85). Bij 63 vrouwen (74,1%) werd er een resultaat van een uitstrijkje teruggevonden in het dossier. Bij 39 vrouwen (45,9%) gebeurde dit in de afgelopen 3 jaar. Bij de overige 46 vrouwen bleek de screeningsstatus niet in orde, waarbij 22 vrouwen (25,9%) nog nooit een uitstrijkje lieten afnemen en bij 24 vrouwen (28,2%) het laatste uitstrijkje langer dan 3 jaar geleden plaatsvond.

Op basis van het dossier bedraagt de huidige screeningsgraad bij de onderzochte vrouwen in de opleidingspraktijk dus 45,9%.

Er kan geen significante invloed van afkomst of leeftijd op het al dan niet laten afnemen van een uitstrijkje worden weerhouden, noch wordt er een verband tussen screeningsdeelname bij de moeder en screeningsgraad bij de dochter weerhouden.

Screeningdeelname bij vrouwen jonger dan 25 jaar

Van de deelneemsters jonger dan 25 jaar (n=11) zeggen 4 vrouwen (36,4%) ooit een uitstrijkje te hebben laten afnemen, 5 vrouwen (45,5%) lieten nooit een uitstrijkje afnemen en 2 vrouwen (18,2%) weten het niet. Na controle van het dossier bleken 5 vrouwen al ooit een uitstrijkje te hebben laten afnemen (45,5%), waarvan 3 vrouwen ooit zijn bevallen.

4.2.3. Afnamelocatie van de uitstrijkjes

Van de 52 vrouwen die in de vragenlijst aangaven ooit een uitstrijkje te hebben laten afnemen, laat het overgrote deel (75,0%) dit doen bij de gynaecoloog, 15,4% laat het uitstrijkje afnemen bij de huisarts en 9,6% laat een uitstrijkje afnemen bij zowel de huisarts als de gynaecoloog.

Er kon geen significante invloed van afkomst, noch leeftijd, noch afnamelocatie van de moeder op de afnamelocatie van de dochter worden weerhouden.

4.2.4. Afwijkend uitstrijkje

Van de 52 vrouwen (n=85) die ooit een uitstrijkje lieten afnemen, gaven 12 vrouwen (23,1%) in de vragenlijst aan ooit een afwijkend uitstrijkje gehad te hebben, 4 vrouwen wisten niet of ze ooit een afwijkend uitstrijkje hadden en 36 vrouwen hadden nog nooit een afwijkend uitstrijkje. Na controle van het EMD kon bij 9 vrouwen een afwijkend resultaat bevestigd worden. Bij 2 van deze vrouwen stond deze afwijkende cytologie in de voorgeschiedenis vermeld en bij 3 vrouwen stond er een herinneringsactie ingepland voor een opvolgingsuitstrijkje, bij 3 vrouwen stond er geen herinnering gepland en 3 vrouwen volgden ondertussen terug het normale screeningsschema.

4.2.5. Screeningsdeelname en de afnamelocatie van uitstrijkjes bij moeders

Van de 92 deelneemsters die de vragen over de afname van uitstrijkjes bij hun moeder invulden, gaven 36 vrouwen (39,1%) aan dat hun moeder driejaarlijks uitstrijkjes laat afnemen, 18 vrouwen (19,6%) dat hun moeder geen uitstrijkjes laat afnemen en 38 vrouwen (41,3%) weten niet of hun moeder dit doet.

Hierbij wordt waargenomen dat vrouwen die in aanmerking komen voor screening (n=85) in de vragenlijst vaker aangaven ooit een uitstrijkje te hebben laten afnemen als hun moeder dit ook laat doen (78,8%) ten opzichte van 43,3% van de vrouwen van wie de moeder geen uitstrijkjes laat afnemen (p=0,023). Echter kan dit verband niet worden weerhouden al we ons baseren op de gegevens beschikbaar in het dossier, noch kan er een significant verband met de screeningsstatus (‘in orde’ versus ‘niet in orde’) worden weerhouden.

Als haar moeder uitstrijkjes laat afnemen, vindt dit volgens de deelneemster in 41,7% van de gevallen plaats bij de huisarts, in 44,4% bij de gynaecoloog, in 2,8% zowel bij de huisarts als bij de gynaecoloog en 11,1% van de deelneemsters weet niet waar haar moeder uitstrijkjes laat afnemen.

Er lijkt geen significante relatie te bestaan tussen de afnamelocatie van de deelneemster en die van haar moeder. Noch kan er een verband worden weerhouden tussen de afkomst van de moeder (Belgisch versus niet-Belgisch) en het laten afnemen van uitstrijkjes of de afnamelocatie.

4.2.6. Beweegreden tot deelname aan screening

91 vrouwen vulden de vraag over de beweegreden om deel te nemen aan screening naar baarmoederhalskanker in. Een kwart van deze vrouwen geeft aan dat ze niet weet of haar moeder uitstrijkjes laat afnemen. Van de overige vrouwen geeft 71,6% aan dat hun beslissing om deel te nemen aan baarmoederhalskankerscreening, niet wordt beïnvloedt door of hun moeder uitstrijkjes laat afnemen (zie tabel 5).

Tabel 5. Beweegredenen van de deelneemsters om een uitstrijkje te laten afnemen.

		Aantal	Percentage	Deelpercentage
	ja, mede omdat mijn moeder uitstrijkjes laat afnemen, doe ik dit ook	12	12,2	17,9
	ja, mede omdat mijn moeder geen uitstrijkjes laat afnemen, doe ik dit ook niet	4	4,1	6,0
	ja, mede omdat mijn moeder geen uitstrijkjes laat afnemen, wist ik niet dat ik dit kon laten doen	3	3,1	4,5
	nee, of mijn moeder wel of geen uitstrijkjes laat afnemen, beïnvloedt mijn beslissing om dit zelf te laten doen niet	48	49,0	71,6
	Subtotaal	**67**	**68,4**	**100,0**
Ik weet niet of mijn moeder uitstrijkjes laat afnemen		24	24,5	
Geen antwoord ingevuld		7	7,1	
Totaal		**98**	**100,0**	

Etnische afkomst, leeftijd van de deelneemster of het screeningsgedrag van haar moeder lijkt de reden om uitstrijkjes te laten afnemen niet significant te beïnvloeden. Wel zien we dat vrouwen die aangeven dat ze niet worden beïnvloed door de afnamestatus van haar moeder, vaker kiezen voor de gynaecoloog als afnamelocatie (92,3% van de vrouwen die zich niet laat beïnvloeden kiest voor de gynaecoloog ten opzichte van 58,3% van de vrouwen die zich wel laat beïnvloeden door de afnamestatus van haar moeder; p=0,022).

4.2.7. Ter beschikking stellen van het e-mailadres

Van de 98 deelneemsters gaven 40 aan het gemakkelijk te vinden om in de toekomst oproepbrieven voor preventieprogramma's zoals voor het bevolkingsonderzoek of de griepvaccinatie per e-mail te ontvangen en noteerden hun e-mailadres. 52 vrouwen ontvangen deze informatie liever niet per e-mail en 6 vrouwen lieten deze vraag blanco.

Er bestaat geen significant verschil in afkomst of leeftijd tussen de vrouwen die hun e-mailadres wel of niet ter beschikking stelden.

4.3. Toepassen van de interventies

4.3.1. Uitnodiging van vrouwen met status 'niet in orde'

Zoals eerder beschreven bleek de screeningsstatus op basis van het dossier van 46 deelneemsters die in aanmerking komen voor screening (n=85) niet in orde (22 vrouwen lieten nog nooit een uitstrijkje afnemen en bij 24 vrouwen vond het laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden plaats).

Op het moment van het versturen van de uitnodigingen bleken 4 deelneemsters zwanger te zijn (tijdelijke contra-indicatie tot deelname aan screening), zij ontvingen geen uitnodiging. Uiteindelijk werd aan 21 vrouwen de herinneringsuitnodiging 'eerste uitstrijkje' en aan 19 vrouwen de herinneringsuitnodiging 'herhalingsuitstrijkje' (bijlage 5) verstuurd. Dit gebeurde in 47,5% van de gevallen per e-mail en in 52,5% van de gevallen per post.

4.4. Nameting

4.4.1. Effect van de interventies op het aantal uitstrijkjes in de studiepopulatie

Respons na verdeling van de informatiebrief

Van de 46 vrouwen die niet in orde waren met het uitstrijkje, lieten slechts 2 vrouwen (4,3%) een uitstrijkje afnemen binnen 3 maanden na het ontvangen van de informatiebrief die bij de vragenlijst werd aangeboden. 1 vrouw liet het uitstrijkje afnemen bij de huisarts en 1 vouw bij de gynaecoloog.

Respons na verdeling van de herinneringsuitnodiging

Van de 40 vrouwen die na 3 maanden een herinneringsuitnodiging ontvingen, lieten 9 vrouwen een uitstrijkje afnemen binnen 3 maanden na het ontvangen van de herinneringsuitnodiging. Vijf vrouwen (12,5%) lieten het uitstrijkje afnemen bij de huisarts en 4 vrouwen (10,0%) lieten het uitstrijkje afnemen bij de gynaecoloog. Er waren 31 vrouwen (77,5%) die geen gehoor gaven aan de uitnodiging.

Bij de vrouwen in de responsgroep (n=11), lijkt er de tendens te bestaan dat hun moeders vaker deelnemen aan screening dan bij vrouwen die niet op de uitnodiging ingingen (100,0% van de moeders in de responsgroep laat een uitstrijkje afnemen, ten opzichte van 52,9% van de moeders in de groep deelneemsters die geen gehoor gaven aan de interventies; p=0,058). Er kon echter geen verband worden weerhouden tussen de reden waarom de vrouw uitstrijkjes laat afnemen

(beïnvloed door het screeningsgedrag van hun moeder versus niet beïnvloed) en of ze op de herinneringsuitnodiging in ging.

Screeningsgraad na de interventies in de studiepopulatie

Na bovenstaande interventies nam de screeningsgraad in de studiepopulatie significant toe van 45,9% tot 61,7% (39 vrouwen met status 'in orde' vóór de interventies ten opzichte van 50 vrouwen met status 'in orde' na de interventies) bij deelneemsters die aanmerking komen voor screening (n=85/81; p=0,045).

Respons bij de moeders van de deelneemsters

Van de 98 deelneemsters, gaven 41 deelneemsters aan dat hun moeder ook patiënt is in de opleidingspraktijk. Na een zoektocht in het EMD of na navraag bij collega's, kon er bij 30 vrouwen een familieverband worden aangeduid. Van deze groep bleken 4 moeders ouder dan 64 jaar en 4 keer werd tweemaal dezelfde moeder aangeduid. Van de 22 resterende moeders, werd bij 8 moeders (36,4%) de screeningsstatus 'in orde' bevonden (laatste uitstrijkje vond plaats in de 3 jaar voorafgaand aan de studie). Zeven moeders (31,8%) lieten een uitstrijkje herhalen tijdens de duur van de studie, waarvan 6 keer (85,7%) bij de huisarts. De 7 overige moeders (31,8%) die voor screening in aanmerking kwamen, lieten geen uitstrijkje afnemen. De screeningsgraad nam aldus niet-significant toe van 36,4% tot 68,2% (n=22, p=0,061).

4.4.2. Effect van de interventies op het totaal aantal uitstrijkjes in de praktijkpopulatie

In de periode mei 2017 tot maart 2018 (10 maanden) werden er in het totaal 78 uitstrijkjes afgenomen in de opleidingspraktijk, waarvan 75 bij vrouwen van 25-64 jaar.

Screeningsgraad in de praktijkpopulatie

Het aantal uitstrijkjes afgenomen door de huisarts bij vrouwen in de praktijkpopulatie van 25-64 jaar, nam toe van 60 tot 75 uitstrijkjes gedurende 10 maanden. Echter nam de praktijkpopulatie ook toe ten opzichte van januari 2017. Gedurende de duur van het project (10 maanden) liet 3,24% van de vrouwen van 25-64 jaar een uitstrijkje afnemen (n=2411) ten opzichte van 2,67%/10 maanden tijdens de voormeting (n=2249). Significantie van de toename kon niet worden aangetoond (p=0,38).

Deel III – Discussie/Bespreking

5. Invloed van de moeder-dochterrelatie op screening naar baarmoederhalskanker

5.1. Familiale clustering in de opleidingspraktijk

Zo'n 40% van de deelneemsters geeft aan dat haar moeder ook patiënte is in opleidingspraktijk, waarbij vrouwen van Marokkaanse origine (2e en 3e generatie) veel vaker aangeven dat hun moeder ook patiënte is in de praktijk dan vrouwen van Belgische origine. Dit zou verklaard kunnen worden door cultureel-religieuze achtergrond de belangrijke 'zorgcultuur' binnen de Marokkaanse gemeenschap, waardoor jonge vrouwen vaak langer thuis blijven wonen (tot aan het huwelijk) en daarna in de buurt van hun familie blijven wonen. Dit maakt dat ze vaak dezelfde gekende zorgpaden blijven betreden als hun directe familieleden en dus patiënt blijven in dezelfde huisartsenpraktijk.

5.2. Screeningsgraad voorafgaand aan de interventies

De screeningsgraad op basis van het dossier bedraagt 45,9%, wat ongeveer overeenkomt met het resultaat op basis van de vragenlijst. Dit cijfer ligt nog steeds ruim onder de gewestelijke screeningsgraad van 62,1% in Vlaanderen en zelfs onder de lokale screeningsgraad van ±50% in Borgerhout. Mogelijks is deze lage screeningsgraad in vergelijking met de lokale screeningsgraad te wijten aan een onderschatting van het resultaat op basis van het dossier, indien bepaalde resultaten van uitstrijkjes afgenomen bij de gynaecoloog toch niet terug te vinden zouden zijn in de *Hub.*

Zoals men zou kunnen verwachten naar aanleiding van de beschikbare literatuur, werd op basis van de vragenlijst vastgesteld dat vrouwen die niet in België zijn geboren vaker nooit eerder een uitstrijkje lieten afnemen dan vrouwen die wel in België zijn geboren. Dit lijkt ook zo te zijn voor 1e generatie Marokkaanse vrouwen ten opzichte van 2e en 3e generatie Marokkaanse vrouwen. Echter kon dit verband niet worden weerhouden uitgaande van de resultaten in het dossier. Dit betekent wellicht dat vrouwen die niet in België zijn geboren, vaker niet op de hoogte zijn dat er bij hen een uitstrijkje werd afgenomen (16,7%) dan vrouwen die wel in België zijn geboren (1,6%), wat ook statistisch kon worden aangetoond (p=0,021). Mogelijks heeft dit te maken met de taalbarrière, waardoor ze misschien de vragenlijst niet goed begrepen. Anderzijds weten ze mogelijks niet goed wat baarmoederhalskankerscreening of een uitstrijkje juist inhouden en leggen ze het verband niet met een onderzoek dat ze ooit bij de huisarts of bij de gynaecoloog lieten uitvoeren.

5.3. Effect van de interventies op de screeningsgraad bij de deelneemsters

Algemeen kan gesteld worden dat het effect van de interventies (poster in de wachtzaal, informatiebrief en herinneringsuitnodiging) eerder beperkt is. De respons op deze interventies bedroeg 24%, waarbij de screeningsgraad toenam van 45,9% tot 61,7%. Deze respons ligt wat lager dan wat eerder werd gevonden in gelijkaardige praktijk-verbeterende projecten (9-11). Mogelijk is dit te wijten aan een verschil in praktijkpopulatie, aangezien één van deze projecten werd uitgevoerd in Noord-Limburg, een gebied dat algemeen toch een minder grote culturele diversiteit kent. De twee andere projecten werden uitgevoerd in een gelijkaardige populatie als onze praktijkpopulatie, maar maakten als interventie ook gebruik van een telefonische oproep, wat mogelijk meer effect heeft omdat dit vrouwen rechtstreeks en persoonlijk aanspreekt en beter kan inspelen op een eventuele taalbarrière.

Er werd hierbij waargenomen dat vrouwen die gehoor geven aan de interventies, vaker aangeven dat hun moeder ook deelneemt aan screening. Echter geven zij hierbij niet aan dat dit meespeelt in hun persoonlijke beweegreden om deel te nemen aan screening. Mogelijks worden zij dus onbewust beïnvloed door het feit dat hun moeder ook deelneemt aan screening. Hoewel het hierbij gaat om slechts een klein aantal vrouwen (n=22), lijkt er toch sprake te zijn van een duidelijke tendens (p=0,058).

5.4. *Downward* communicatie: Effect op screeningsgedrag van de deelneemsters

5.4.1. Beweegredenen om deel te nemen aan screening

Een groot deel van de vrouwen (71,6%) geeft aan niet beïnvloed te worden in haar beslissing om deel te nemen aan screening door het screeningsgedrag van haar moeder. Dit in tegenstelling tot verschillende onderzoeken waarin werd aangetoond dat er een belangrijke overdracht bestaat van screeningsgedrag tussen een moeder en haar dochter (17, 22, 23). Deze discrepantie zou verklaard kunnen worden door het feit dat een groot deel van de vrouwen (41,3%) niet weet of haar moeder uitstrijkjes laat afnemen, wat aangeeft dat er binnen de moeder-dochterrelatie weinig over deelname aan baarmoederhalskankerscreening wordt gesproken. Dit werd eerder al beschreven in een moslim populatie, waar er bij de oudere generaties een terughoudendheid werd opgemerkt ten aanzien van het bespreken van baarmoederhalskankerscreening met hun dochters (30). Echter kon er in dit onderzoek geen significant verband tussen afkomst van de dochter en kennis over het screeningsgedrag van haar moeder worden aangetoond, wat impliceert dat er ook in de autochtone populatie relatief weinig over baarmoederhalskanker-screening wordt gesproken.

5.4.2. Effect op de afname van uitstrijkjes

Zoals hierboven vermeld, geeft bijna driekwart van de vrouwen aan niet beïnvloed te worden in haar eigen screeningsgedrag, door het screeningsgedrag van haar moeder. Er kon dan ook geen relatie worden weerhouden tussen de screeningsdeelname bij moeder en dochter.

Het overgrote deel van de deelneemsters (75,0%), laat een uitstrijkje afnemen bij de gynaecoloog. Dit komt overeen met het Jaarrapport Bevolkingsonderzoek Vlaanderen (5), waarin wordt beschreven dat tot 83% van de uitstrijkjes wordt afgenomen bij de gynaecoloog. Vrouwen van niet-Belgische origine blijken hierbij vaker niet op de hoogte te zijn dat uitstrijkjes kunnen worden afgenomen bij de huisarts dan autochtone vrouwen (15), wat het hoge percentage uitstrijkjes bij de gynaecoloog onder multiculturele studiepopulatie zou kunnen verklaren. Een significante relatie tussen afkomst en afnamelocatie van de uitstrijkjes kon in de huidige studie echter niet worden weerhouden. Wel werd opgemerkt dat juist 2e en 3e generatie vrouwen van Marokkaanse origine iets vaker een uitstrijkje bij de gynaecoloog lijken te laten afnemen dan 1e generatie vrouwen van Marokkaanse origine (p=0,075).

Moeders daarentegen, laten veel minder vaak (51,6%) een uitstrijkje afnemen bij de gynaecoloog en veel vaker bij de huisarts. Mogelijks ligt het feit dat zij de vruchtbare leeftijd zijn gepasseerd of minder frequent gynaecologische klachten ervaren en hierdoor uit (zwangerschaps)opvolging bij de gynaecoloog raken, hieraan ten grondslag.

Wat betreft overdracht van screeningsgedrag tussen moeders en dochters, kon er in de huidige studie geen significante relatie worden aangetoond tussen de afnamelocatie van moeder en dochter. Zelfs bij de groep vrouwen die aangeeft dat ze beïnvloed wordt in haar screeningsdeelname door het screeningsgedrag van haar moeder, kon geen verband worden gevonden tussen de afnamelocatie van moeder en dochter. Dit impliceert dat vrouwen, hoewel ze in hun screeningsdeelname beïnvloed worden door het screeningsgedrag van hun moeder, in hun keuze voor een bepaalde afnamelocatie niet worden beïnvloed door afnamelocatie van hun moeder.

5.5. *Upward* communicatie: Effect op het screeningsgedrag bij de moeders van de deelneemsters

Zoals eerder aangehaald, werd reeds aangetoond dat dochters hun moeder op een correcte en effectieve wijze kunnen informeren over baarmoederhalskankerscreening en dat moeders er over het algemeen voor open staan om deze informatie via hun dochter te ontvangen (27). Het betrekken van de moeder-dochter relatie in *upward* communicatie als methode om

screeningsdeelname bij een oudere populatie te verhogen, is echter een uniek kenmerk van dit project en werd in deze setting nog niet eerder in de literatuur beschreven. Van de 22 moeders die konden geïncludeerd na het nagaan van het familieverband, lieten 7 vrouwen in de studieperiode een uitstrijkje afnemen. Dit resulteerde in een toename van de screeningsgraad van 36,4% vóór tot 68,2% na de interventie. Hoewel de power van de studie mogelijk te klein is om statistische significantie waar te nemen, lijkt *upward* communicatie desalniettemin een interessante piste om een oudere doelgroep te kunnen bereiken.

5.6. Gebruik van het EMD in optimalisatie van het screeningsprogramma

Resultaten met betrekking tot de afname van uitstrijkjes op basis van zelfrapportage (vragenlijst) en het dossier komen in ongeveer driekwart van de gevallen overeen. Bij 20 van de 76 vrouwen kwam het resultaat niet overeen, waarbij het termijn dat het laatste uitstrijkje werd afgenomen door ongeveer evenveel vrouwen werd overschat als onderschat in vergelijking met de gegevens het dossier (zie ook tabel 4 in 4.2.2). Zeven vrouwen gaven aan ooit een uitstrijkje te hebben laten afnemen, hoewel er in het dossier geen enkel resultaat kon worden teruggevonden. Mogelijks zijn er bij deze vrouwen resultaten in het dossier verloren gegaan, waardoor de werkelijke screeningsgraad op basis van het dossier iets werd onderschat. Anderzijds is het ook mogelijk dat deze vrouwen de vragenlijst niet goed hebben begrepen en een uitstrijkje verwarren met bijvoorbeeld een vaginale wisser. In dit opzicht zouden we kunnen verwachten dat het dossier van vrouwen die niet in België geboren zijn (en daardoor minder taalvaardig zijn) vaker niet overeenkomt met de vragenlijst dan het dossier van vrouwen die wel in België geboren zijn. Dit verband kon echter niet worden aangetoond.

Vóór aanvang van het project, bestond er geen uniformiteit omtrent registratie van de screeningsstatus en het plannen van herinneringsacties in het EMD. Na dit te hebben besproken op een praktijkvergadering, werd er een gelijkvormige registratiemethode (zoals beschreven onder 3.2.4) gekozen waar alle artsen zich aan houden. Bovendien wordt deze methode nu ook aangehouden voor registratie van screening naar borst- en darmkanker.

Bij controle van het dossier in de studiepopulatie, bleek de screeningsstatus slechts bij enkele van de 98 vrouwen correct vermeld te staan in het dossier, meestal als het laatste uitstrijkje werd afgenomen in de opleidingspraktijk. Van de 9 vrouwen bij wie een afwijkend uitstrijkje in het dossier kon worden weerhouden, stond de afwijkende cytologie slechts bij 2 vrouwen vermeld in de voorgeschiedenis en slechts bij 3 vrouwen stond een controle-uitstrijkje gepland. Op vlak van registratie in het dossier kan er dus duidelijk nog veel winst geboekt worden. Controle van het EMD via de *Hub* op resultaten van uitstrijkjes afgenomen bij de gynaecoloog, is echter erg

tijdrovend en het lijkt in de praktijk dan ook niet haalbaar om alle dossiers van vrouwen die in aanmerking komen voor screening te controleren.

5.7. Gebruik van email in het benaderen van vrouwen voor screeningsdoeleinden

Zo'n 40% van de vrouwen in de studiepopulatie gaf aan het gemakkelijk te vinden om via e-mail benaderd te worden in het kader van preventieve gezondheidszorg en stelde een e-mailadres ter beschikking. Er kon hierbij geen significante invloed van afkomst op het - al dan niet - ter beschikking stellen van het e-mailadres worden weerhouden. Dit percentage lijkt eerder aan de lage kant te liggen, gezien de jonge leeftijd van de bevraagden en het belang van online communicatie in het huidige tijdperk. Het lijkt dan ook interessant om als praktijk verder te investeren in het belang van online communicatie en hiervoor een breder draagvlak te creëren onder de praktijkpopulatie. In dit opzicht wordt sinds kort bij elke patiënt die zich voor een afspraak aanmeldt, het e-mailadres gevraagd, dat wordt genoteerd in het dossier. Voorlopig wordt het e-mailadres voornamelijk gebruikt voor communicatie rond afspraken (afspraakbevestiging per e-mail), maar het is de bedoeling dat in de toekomst ook herinneringsuitnodigingen voor preventieprogramma's (zoals het screeningsprogramma voor baarmoederhalskankers) via deze weg verstuurd zullen worden.

6. Beperkingen

In retrospectie hadden een aantal aanpassingen in de studie-opzet, nóg meer de focus kunnen leggen op *upward* communicatie. Ten eerste hadden we de vrouwen in de studiepopulatie sterker kunnen aansporen baarmoederhalskankerscreening met hun moeder te bespreken, door dit bijvoorbeeld mondeling te benadrukken bij het verdelen van de vragenlijsten. Daarnaast hadden we enkel vrouwen kunnen includeren, waarvan de moeders ook patiënt zijn in de opleidingspraktijk om zo een grotere studiepopulatie te kunnen creëren. Tot slot zou het interessant geweest zijn om ook moeders te bevragen, om na te gaan of er daadwerkelijk informatieoverdracht heeft plaatsgevonden tussen moeder er dochter, hoe dit gebeurde en of dit heeft meegespeeld in hun beweegredenen om deel te nemen aan screening. Toekomstige studies zouden zich aldus meer kunnen toespitsen op de manier waarop informatieoverdracht plaatsvindt en de tevredenheid en aanvaardbaarheid van dochters en moeders over deze uitnodigingsstrategie.

Ook wat betreft de vragenlijst en interventies zijn er enkele opmerkingen te weerhouden. In het kader van de beschrijving van de studiepopulatie zou het interessant geweest zijn om ook vragen over opleidingsniveau en begrip van de Nederlandse taal op te nemen. Op vlak van de interventies

had het mondeling informeren van de deelneemsters door een arts en het benadrukken van het belang van baarmoederhalskankerscreening, de respons kunnen vergroten. Bovendien had voor de vrouwen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn, een informatiebrief en herinneringsuitnodiging in hun moedertaal voorzien kunnen worden.

7. Aanbevelingen voor de toekomst

7.1. Op praktijkniveau

De screeningsgraad van de studiepopulatie bleek ruim onder de gewestelijke screeningsgraad te liggen en kon ook na interventies niet tot de beoogde screeningsgraad van 80% worden getild. Hiertoe zullen door de artsen in de opleidingspraktijk dus nog de nodige inspanningen moeten worden verricht. Een eerste stap werd gezet door de registratie van screening in het EMD te uniformiseren. Dit zal echter in de toekomst voor alle dossiers moeten worden bijgehouden. Het versturen van herinneringsuitnodigingen is effectief, weinig tijdrovend en het lijkt haalbaar om hiermee ook een groter deel van de praktijkpopulatie te bereiken. Schriftelijke uitnodigingen zouden waarschijnlijk echter beter gepaard gaan met mondelinge uitleg en aansporing. Hierbij kan extra worden ingezet op *upward* communicatie, wat in dit kader een interessante methode lijkt om een oudere - in onze praktijkpopulatie, vaak minder taalvaardige - populatie te bereiken. Het nut van *upward* communicatie zal hierbij niet enkel beperkt zijn tot baarmoederhalskankerscreening, maar kan zich ook uitbreiden op andere vlakken van preventieve gezondheidszorg (zoals borst- en darmkankerscreening, griepvaccinatie, etc.). Hoe en in welke omstandigheden deze *upward* communicatie het meest effectief plaatsvindt, zou het onderwerp van een volgende masterthesis kunnen vormen.

7.2. Op regionaal niveau

Op gewestelijk en regionaal niveau, zou vooral moeten worden ingezet op betere informatieoverdracht tussen huisarts en gynaecoloog. Het zou interessant zijn om de registratie van screeningsuitstrijkjes te centraliseren en deze informatie direct beschikbaar te stellen aan de betrokken artsen. Een notificatie verzonden vanuit een centrale instantie zoals het CKO (Centrum voor Kankeropsporing) naar de persoonlijke *e-health* inbox van de GMD-houdende arts als er een uitstrijkje voor screeningsdoeleinden wordt afgenomen, kan hierin uitkomst bieden. Dit gebeurt reeds in het kader van borst- en darmkankerscreening en lijkt dus haalbaar om toe te passen in registratie van baarmoederhalskankerscreening. Op de lange termijn zou *upward* communicatie als communicatiestrategie om een oudere populatie te bereiken, ook geïmplementeerd kunnen worden in de gewestelijke informatiecampagnes over het bevolkingsonderzoek.

8. Besluit

In het kader van het praktijk-verbeterend project, werd de screeningsgraad naar baarmoederhalskanker in huisartsenpraktijk Medilaar in een cultureel diverse studiepopulatie van 85 vrouwen van 25-34 jaar bepaald. Deze bleek met 45,9% ondermaats te zijn. Driekwart van de deelneemsters geeft hierbij aan het uitstrijkje te laten afnemen bij de gynaecoloog. Er werden verschillende interventies toegepast met als doel de screeningsgraad te verhogen. Het verdelen van een informatiebrief had slechts zeer beperkt effect op de afname van uitstrijkjes. Na het versturen van een herinneringsuitnodiging kon een grotere respons kon worden vastgesteld. Uiteindelijk kon de screeningsgraad worden verhoogd tot 61,7%. Wat betreft het dossierbeheer, werd er naar aanleiding van het project een eenvormige wijze van het noteren van screening in het dossier afgesproken, waar de artsen zich aan houden. Het *up-to-date* brengen van de dossiers met nagaan van de screeningsstatus door resultaten op te zoeken in de *Hub*, blijkt echter erg tijdrovend. Er wordt dan ook gepleit voor een centralisatie van de registratie van screeningsuitstrijkjes, waarbij de huisarts direct van het resultaat op de hoogte wordt gesteld als er een uitstrijkje wordt afgenomen.

Dit project behelsde nog een tweede luik, waarin de invloed van de moeder-dochterrelatie op baarmoederhalskankerscreening werd nagegaan. Literatuuronderzoek wijst uit dat er een belangrijke overdracht van screeningsgedrag van moeders op dochters bestaat. In het huidige onderzoek kon dit echter minder sterk worden aangetoond, daar 71,6% van de deelneemsters aangeeft niet te worden beïnvloed in haar beslissing om deel te nemen aan screening door het screeningsgedrag van haar moeder. Mogelijks komt dit voort uit het feit dat bijna de helft van de vrouwen aangeeft niet te weten of haar moeder deelneemt aan screening. Dit kan betekenen dat er binnen de moeder-dochterrelatie bij vrouwen in de studiepopulatie weinig over baarmoederhalskankerscreening gecommuniceerd wordt. Anderzijds kan er ook overdracht van screeningsgedrag plaatsvinden van dochters op hun moeder. Dit gegeven lijkt bij uitstek interessant in een populatie oudere vrouwen, die minder taalvaardig zijn en vatbaar zijn om aan screening te ontglippen, zoals de populatie in de opleidingspraktijk. In dit kader kon de screeningsgraad naar baarmoederhalskanker bij 22 moeders van de deelneemsters aan de studie, verhoogd worden van 36,4% tot 68,2%. Hoewel het aantal deelnemers in deze groep mogelijk te klein is om een statistische significantie waar te nemen, lijkt het interessant om het nut van deze uitnodigingsstrategie in toekomstig onderzoek verder uit te werken, zodat het op lange termijn wellicht geïmplementeerd kan worden in de gewestelijke campagnes rond bevolkingsonderzoek.

Referentielijst

1. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu. 2011;40:S64-S88.
2. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: Risicofactoren - Baarmoederhalskanker 2017 [Available from: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be].
3. Werkgroep Richtijn CIN. Landelijke Richtlijn CIN, AIS en VAIN. Integraal Kankercentrum Nederland; 2015.
4. Smeets F. L. De Deken RB, F. Govaerts. Domus Medica - Richtlijn Cervixkankerscreening. 2017.
5. Bevolkingsonderzoek Vlaanderen. Jaarrapport 2017: Bevolkingsonderzoek Borstkanker, Baarmoederhalskanker, Dikkedarmkanker. Centrum voor Kankeropsporing; 2017.
6. Jive - Dekkingsgraad door screening 2017 - Gemeenten Vlaanderen 2017 [Available from: http://bevolkingsonderzoek.incijfers.be/jive?var=11_adsei_v_50_69_pbk&cat_open_code=c2&geolevel=afdeling&view=map&multipage=true].
7. de Nooijer D, van Leeuwen A, Spijker W. Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. 2009.
8. Everett T, Bryant A, Griffin MF, Martin-Hirsch PP, Forbes CA, Jepson RG. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. Cochrane Database Syst Rev. 2011(5):Cd002834.
9. Dalende trend cervixuitstrijkjes in Noord-Limburg. Hoe tot een betere screening komen in deze praktijk? Huisarts-in-opleiding: Michaël Hoffmann, Katholieke Universiteit Leuven. Academiejaar: 2015-2016. Promotor: Patrik Vankrunkelsven, Katholieke Universiteit Leuven. Praktijkopleider: Schraepen Veronique.
10. Verhogen van de participatie aan cervixkankerscreening: haalbare interventies in de huisartsenpraktijk. Huisarts-in-opleiding: Karolien Janssens, Universiteit Antwerpen. Academiejaar: 2015-2016. Promotor: Veronique Verhoeven, Universiteit Antwerpen. Co-Promotor: Josefien Béghin. Co-Promotor 2: Liesbeth Verpooten. Praktijkopleider: Cramm Myriam.
11. Cervixkanker: Welke doelgroep wordt onderscreend en hoe kunnen we die toch bereiken? Praktijkverbeteringsproject in wijkgezondheidscentrum De Kaai. Huisarts-in-opleiding: Eva Vandermeulen, Universiteit Gent. Academiejaar: 2012-2013. Promotor: Veronique Verhoeven, Universiteit Antwerpen, Co-Promotoren: Sarah Calis, Katleen Keppens, Universiteit Gent. Praktijkopleider: Kaatje Vanholder.
12. Kan de participatie aan baarmoederhalskankerscreening worden verbeterd met een online interventie? Huisarts-in-opleiding: Vinod Bhagwanbali, Katholieke Universiteit Leuven. Academiejaar: 2016-2017. Promotor: Veronique Prof. Dr. V. Verhoeven, Universiteit Antwerpen. Co-Promotor: Egbert van Wijk. Praktijkopleider: Egbert Van Wijk.
13. Deelname aan de screening voor baarmoederhalskanker bij vrouwen tussen 25 en 35 jaar in onze praktijk: een praktijkverbeterend project. Huisarts-in-opleiding: Tine Van der Auwera, Universiteit Gent. Academiejaar: 2016-2017. Promotor: Guido Van Hal, Universiteit Antwerpen. Praktijkopleider: Marc Dusauchoit.
14. Optimalisatie van baarmoederhalskankerscreening in een multiculturele huisartsenpraktijk. Huisarts-in-opleiding: Sofie De Becker, Universiteit Gent. Academiejaar 2013-2014. Promotor: Kristin Hendrickx, Universiteit Antwerpen. Praktijkopleider: Roger Renders.
15. Waarom kiezen vrouwen voor een gynaecoloog en niet voor hun huisarts voor een cervixuitstrijkje? Huisarts-in-opleiding: Nelly Vandewalle, Universiteit Gent. Academiejaar: 2012-2013. Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent. Co-Promotor: Fien Mertens, Katholieke Universiteit Leuven. Praktijkopleider: Philippe Charlier.
16. van Leeuwen AW, de Nooijer P, Hop WC. Screening for cervical carcinoma. Cancer. 2005/06/07 ed2005. p. 270-6.

17. Steens A, Wielders CC, Bogaards JA, Boshuizen HC, de Greeff SC, de Melker HE. Association between human papillomavirus vaccine uptake and cervical cancer screening in the Netherlands: implications for future impact on prevention. Int J Cancer. 2013;132(4):932-43.
18. Fransen M, Harris VC, Essink-Bot ML. [Low health literacy in ethnic minority patients: understandable language is the beginning of good healthcare]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157(14):A5581.
19. Vu M, Azmat A, Radejko T, Padela AI. Predictors of Delayed Healthcare Seeking Among American Muslim Women. J Womens Health (Larchmt). 2016;25(6):586-93.
20. Padela AI, Peek M, Johnson-Agbakwu CE, Hosseinian Z, Curlin F. Associations between religion-related factors and cervical cancer screening among Muslims in greater chicago. J Low Genit Tract Dis. 2014;18(4):326-32.
21. Matin M, LeBaron S. Attitudes toward cervical cancer screening among Muslim women: a pilot study. Women Health. 2004;39(3):63-77.
22. Lefevere E, Hens N, Theeten H, Van den Bosch K, Beutels P, De Smet F, et al. Like mother, like daughter? Mother's history of cervical cancer screening and daughter's Human Papillomavirus vaccine uptake in Flanders (Belgium). 2011;29(46):8390–6.
23. Markovitz AR, Song JY, Paustian ML, El Reda DK. Association between maternal preventive care utilization and adolescent vaccination: it's not just about Pap testing. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2014;27(1):29-36.
24. Cardol M, Groenewegen PP, Spreeuwenberg P, Van Dijk L, Van Den Bosch WJ, De Bakker DH. Why does it run in families? Explaining family similarity in help-seeking behaviour by shared circumstances, socialisation and selection. Soc Sci Med. 2006;63(4):920-32.
25. Spencer Nee Pilkington AM, Brabin L, Verma A, Roberts SA. Mothers' screening histories influence daughters' vaccination uptake: an analysis of linked cervical screening and human papillomavirus vaccination records in the North West of England. Eur J Cancer. 2013;49(6):1264-72.
26. Kahn JA, Huang B, Ding L, Geller A, Frazier AL. Impact of maternal communication about skin, cervical, and lung cancer prevention on adolescent prevention behaviors. J Adolesc Health. 2011;49(1):93-6.
27. Mosavel M, Ports KA. Upward Communication About Cancer Screening—Adolescent Daughter to Mother. J Health Commun. 2015;20(6):680-6.
28. Mosavel M, Genderson MW. Daughter-Initiated Cancer Screening Appeals to Mothers. J Cancer Educ. 2016;31(4):767-75.
29. Kyle RG, Macmillan I, Rauchhaus P, O'Carroll R, Neal RD, Forbat L, et al. Adolescent Cancer Education (ACE) to increase adolescent and parent cancer awareness and communication: study protocol for a cluster randomised controlled trial. Trials. 2013;14:286.
30. Vahabi M, Lofters A. Muslim immigrant women's views on cervical cancer screening and HPV self-sampling in Ontario, Canada. BMC Public Health. 2016;16(1):868.

Deel IV - Bijlagen

Bijlage 1: Onderzoeksprotocol

Afkortingen

EMD: elektronisch medisch dossier
GMD: globaal medisch dossier

Achtergrond

Hoewel baarmoederhalskanker slechts een klein deel van de kankers bij vrouwen vertegenwoordigt, is het een belangrijk gezondheidsprobleem, dat in 80% van de gevallen voorkomen kan worden door screening middels een driejaarlijks uitstrijkje. De screeningsgraad ligt in Vlaanderen echter relatief laag en is nog lager dan gemiddeld in Borgerhout (postcodes 2140 en 2060) waar de opleidingspraktijk gelokaliseerd is. De patiëntenpopulatie kent een eerder zwakke socio-economische status en een lager opleidingsniveau, wat hen vatbaar maakt om aan screeningsprogramma's te ontglippen (1).
Jonge vrouwen lijken in hun screeningsgedrag beïnvloed te worden door het screeningsgedrag van hun moeder (22, 24). Anderzijds blijkt dat een jonge vrouw haar moeder effectief kan informeren over screening (verticale communicatie) en aansporen deel te nemen aan screening indien zij daar voor in aanmerking komt (27). Dit gegeven komt van pas in de in de opleidingspraktijk in Borgerhout waar er een grote mate van clustering van families wordt gezien en waarbij er vaak er twee of meer generaties binnen dezelfde familie in deze praktijk worden opgevolgd.
De artsen in de opleidingspraktijk besteden al veel aandacht aan preventie. Er is echter nog niet echt een uniform beleid binnen de praktijk met betrekking tot registratie en opvolging van de preventieve onderzoeken. Ook hier kan dus nog winst worden behaald.
Al deze factoren maken dat deze praktijk een interessante locatie is om een praktijk-verbeterend project rond de optimalisatie van cervixkankerscreening uit te voeren.

Doel van het project

Het doel van de studie is om de huidige screeningsgraad naar baarmoederhalskanker bij vrouwen binnen de doelpopulatie te bepalen en te verhogen. Een doel op de lange termijn is om de artsen in de opleidingspraktijk te sensibiliseren voor de correcte registratie van informatie in het EMD en om de aandacht voor screening te verhogen, zodat zij dit blijven verderzetten na afloop van het project.

Doelpopulatie

Volgens de richtlijn Cervixkankerscreening (1) komen alle vrouwen van 25-64 jaar die ooit seksueel actief waren, niet zwanger zijn en geen hysterectomie hebben ondergaan, in aanmerking voor screening naar baarmoederhalskanker. Als we deze criteria toepassen op de patiëntenpopulatie in de opleidingspraktijk, komen er ruim 2200 vrouwen in aanmerking voor screening. Het is niet haalbaar om al deze vrouwen te bereiken in het kader van dit masterproef-project. Daarom wordt ervoor gekozen om ons te richten op een subpopulatie van vrouwen. Verschillende leeftijdscategorieën werden overwogen. Uiteindelijk besluiten we ons te richten op vrouwen van 25-34 jaar oud. Hoewel bij deze leeftijdscategorie relatief minder kankers zullen worden gedetecteerd dan bij een oudere subpopulatie, kan er bij deze vrouwen op termijn het meeste winst worden geboekt als zij van begin af aan worden aangesproken en geïnformeerd over screening naar baarmoederhalskanker, met als doel dat zij ook zullen blijven deelnemen aan screening in hun latere leven.

Omschrijving doelpopulatie:
- Vrouwen van 25-34 jaar oud
- Ooit seksueel actief
- Geen hysterectomie in de voorgeschiedenis
- Niet zwanger
- GMD-houdende arts binnen huisartsenpraktijk Medilaar

Locatie van het project

Huisartsenpraktijk Medilaar

Laar 73
2140 Borgerhout

Periode
01/05/2017 - 01/03/2018

Onderzoeksvragen
Op basis van het idee over het aantal uitstrijkjes dat de artsen in de opleidingspraktijk uitvoeren in verhouding tot het aantal vrouwelijke patiënten en epidemiologische gegevens van het centrum voor kankeropsporing over de screeningsgraad in Borgerhout (postcode 2060 en 2140) (6), wordt er vermoed dat er sprake is van een onderscreening van de vrouwelijke patiënten van 25-34 jaar in de opleidingspraktijk. We zouden echter graag een duidelijker beeld krijgen van de huidige screeningsgraad bij de doelpopulatie in de opleidingspraktijk en bij waar vrouwen een uitstrijkje laten afnemen (huisarts of gynaecoloog?). Daarnaast zijn we zouden we graag te weten komen of de vrouwen in de doelpopulatie in hun eigen screeningsgedrag beïnvloed worden door het screeningsgedrag van hun moeder. Daarom luiden de onderzoeksvragen:

- Wat is de huidige screeningsgraad voor cervixkanker bij vrouwen in de doelpopulatie van 25-35 jaar in de opleidingspraktijk in Borgerhout?
- Hoe groot is het deel van de doelpopulatie dat zich laat screenen bij de gynaecoloog?
- Worden vrouwen in de doelpopulatie beïnvloed door het screeningsgedrag van hun moeder?

Met betrekking tot het praktijk-verbeterend aspect van dit project worden de volgende onderzoeksvragen gesteld:

- Hoe kan de screeningsgraad voor baarmoederhalskanker in de doelpopulatie worden verhoogd?
- Doet het informeren over screening naar baarmoederhalskanker van jonge vrouwen, screening toenemen bij hun moeders (verticale communicatie) en/of zussen (horizontale communicatie), die patiënt zijn in dezelfde praktijk en in aanmerking komen voor screening?
- Hoe kan de registratie van gegevens in het elektronisch medisch dossier met betrekking tot cervixkankerscreening geoptimaliseerd en geüniformiseerd worden?
- Hoe is de tevredenheid van de artsen in de opleidingspraktijk over de interventies en het behaalde screeningspercentage?

Onderzoeksopzet
Het gaat om een kwaliteits-verbeterend project. Het onderwerp past binnen een aantal dimensies van kwaliteitsvolle zorg. Er werd reeds aangetoond dat screening naar cervixkanker effectief is om de incidentie van cervixkanker te doen dalen en dat screening middels het cervixuitstrijkje een efficiënte wijze is van screenen (1). Daarnaast beoogt dit project de efficiëntie van het screenen naar cervixkankerscreening in de opleidingspraktijk te vergroten. Ook past het project binnen de dimensie gelijkwaardige zorg, daar we trachten de screening naar cervixkanker toegankelijk te maken voor een populatie waarvan een groot deel een eerder zwakke socio-economische status kent en vatbaar is om aan screeningsprogramma's te ontglippen (1).

De opzet van het project is enerzijds retrospectief; er wordt gebruik gemaakt van beschikbare gegevens van uitstrijkjes over de periode 2014-2016 in de opleidingspraktijk om te bepalen hoeveel uitstrijkjes er gedurende deze periode door de huisartsen in de opleidingspraktijk werden afgenomen. Hiervoor worden alle resultaten van cervixuitstrijkjes die werden afgenomen in de periode 2014-2016 opgevraagd in het laboratorium waarmee er wordt samengewerkt. De resultaten worden geanalyseerd per leeftijdsgroep. Dit geeft echter een onderschatting van de screeningsgraad, omdat het blijkt dat het grootste deel van de uitstrijkjes door een gynaecoloog wordt afgenomen (1). Daarom zullen patiënten uit de doelpopulatie van wie geen gegevens beschikbaar zijn, prospectief worden bevraagd over wanneer zij hun laatste uitstrijkje lieten uitvoeren en of dit bij de huisarts of bij de gynaecoloog gebeurde. Het resultaat hiervan zal op uniforme wijze in het EMD worden genoteerd. Aan het einde van het project, zal prospectief worden geëvalueerd wat het effect is van de interventies door na te gaan of het aantal uitstrijkjes dat wordt afgenomen door de huisartsen binnen de praktijk is toegenomen.

Aantal deelnemers en methode van rekrutering
In de opleidingspraktijk zijn er zo'n 900 vrouwen van 25-34 jaar die in aanmerking komen voor baarmoederhalskankerscreening. Tijdens de duur van het project wordt getracht een zo groot mogelijk deel van de doelpopulatie te bereiken. Het is echter niet haalbaar om al deze vrouwen te bevragen over hun

screeningsstatus, als deze onbekend is. Daarom wordt ervoor geopteerd om vrouwen opportunistisch te bevragen over hun screeningsstatus middels een korte vragenlijst (bijlage 2). We doen dit door vrouwen van 25-34 jaar die op raadpleging komen voor een andere klacht, aan het einde van de raadpleging een vragenlijst en – afhankelijk van hun screeningsstatus – een interventie (informatiebrief over baarmoederhalskankerscreening) aan te bieden. Uitleg over het onderzoek en over het invullen van de vragenlijst (of samen met de patiënt overlopen van de

$$\frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1+(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N})}$$

vragenlijst) zal ongeveer 5 minuten in beslag nemen. Daarom is het niet haalbaar om elke patiënt uit de doelpopulatie aan te spreken. We doen dus een steekproef binnen de doelpopulatie 25-34 jarige vrouwelijke patiënten in de praktijk. De benodigde steekproefgrootte werd berekend aan de hand van de volgende formule: Hierbij nemen we N = omvang populatie = 900, e = foutmarge (5%, 0,05 als decimaal), z= betrouwbaarheidsniveau (95%, 1,96 als z-score), P = percentagewaarde (50%, 0,5 als decimaal). Als doelpopulatie wordt het aantal van 900 vrouwen genomen (gebaseerd op gegevens uit het EMD-programma Health One). Met een betrouwbaarheidsinterval van 95% en foutenmarge van 5% komt de benodigde steekproefgrootte op 270 vrouwen. Er zijn 5 artsen werkzaam in de opleidingspraktijk. Het komt erop neer dat elke arts zo'n 5 vrouwen per week zou moeten bevragen om de benodigde steekproefgrootte te halen in drie maanden tijd ((270/5 artsen)/12 weken).

Het wordt haalbaar geacht om per dag twee vrouwen te bevragen. Om selectiebias te voorkomen, zal steeds willekeurig de eerste vrouw die aan de criteria voldoet (en met een onbekende screeningsstatus) van de ochtendraadpleging en de eerste vrouw van de namiddag raadpleging worden bevraagd middels de vragenlijst. Zo zal één arts zo'n 100-120 vrouwen kunnen bevragen tijdens de eerste drie maanden van het project. De steekproefgrootte van 270 vrouwen lijkt dus haalbaar als alle artsen meewerken, met voldoende marge voor eventuele vakanties en vrije dagen van de artsen.

De screeningsstatus zal worden genoteerd in het EMD en er zal een herinneringsactie worden gepland indien het uitstrijkje in de afgelopen 36 maanden plaatsvond. De gegevens die tijdens deze drie maanden worden verzameld zullen samen met de reeds beschikbare gegevens dienen als voormeting.

Interventies

Tijden het project zullen er een aantal interventies plaatsvinden met als doel het aantal uitstrijkjes bij de huisarts te doen toenemen.

Een eerste interventie is het ophangen van een informatieposter over cervixkankerscreening in de wachtzaal (bijlage 3).

Een tweede interventie is het meegeven van een informatiebrief (bijlage 4) aan de patiënten in de doelpopulatie die nog niet eerder een uitstrijkje lieten afnemen of bij wie het laatste uitstrijkje meer dan 36 maanden geleden plaatsvond. Met deze interventie kan de vrouw worden geïnformeerd over de noodzaak van screening en over het praktisch uitvoeren van het uitstrijkje, met als doel dat de vrouw deelneemt aan de screening. Ook kan de vrouw via deze weg worden aangespoord om screening naar baarmoederhalskanker met hun moeder en/of zussen te bespreken en hen hierover te informeren en hen aansporen een uitstrijkje te laten afnemen bij hun vaste (GMD-houdende) huisarts. Dit leidt mogelijk indirect tot een toename van het aantal uitstrijkjes bij een oudere populatie vrouwen, indien de naaste familieleden van de jonge vrouw ook patiënt zijn in de opleidingspraktijk.

Een derde interventie is het schriftelijk (bijlage 5; per brief of e-mail) herinneren van de vrouwen die in aanmerking kwamen voor screening en die na drie maanden geen uitstrijkje lieten nemen.

Verloop van de studie

Voormeting: Gedurende drie maanden zullen vrouwen van 25-34 jaar worden bevraagd over hun screeningsstatus middels opportunistische screening. Hiervoor zal steeds de eerste vrouw die die in aanmerking komt en consulteert tijdens de ochtendraadpleging en de eerste vrouw die consulteert tijdens de middagraadpleging

worden bevraagd. Hiertoe wordt hen gevraagd om de korte vragenlijst (bijlage 2) in te vullen in na afloop van het consult of samen met de arts te overlopen als de vrouw de Nederlandse taal niet goed machtig is. De gegevens met betrekking tot de screeningsstatus worden direct genoteerd in het EMD. Voorafgaand aan het project wordt tijdens een praktijkvergadering afgesproken hoe de screeningsstatus door alle artsen op dezelfde wijze zal worden genoteerd in het EMD, zodat in één oogopslag duidelijk is wanneer de vrouw zich liet screenen en wat hiervan het resultaat was. Op deze manier wordt voorkomen dat dezelfde vrouw meermaals wordt bevraagd over haar screeningsstatus.
Als uit de bevraging blijkt dat screening minder dan 36 maanden geleden plaatsvond, zal er een herinneringsactie in het EMD worden ingesteld om de arts eraan te herinneren om screening aan te bieden als het aanbevolen screeningsinterval van 36 maanden verstrijkt.
In de wachtzaal zal een poster (bijlage 3) worden opgehangen met informatie over cervixkankerscreening, met als doel vrouwen die in de wachtzaal wachten vrouwen te informeren over cervixkankerscreening.
Interventie 1: De vrouwen die zijn bevraagd tijdens de raadpleging en die volgens de richtlijn in aanmerking komen om (opnieuw) gescreend te worden, zullen aan het einde van die raadpleging een brief (bijlage 4) ontvangen met informatie over cervixkankerscreening en een uitnodiging om een afspraak te plannen voor het afnemen van een uitstrijkje.
Interventie 2: Zes maanden na afloop van de metingsperiode zal worden nagegaan of de vrouwen die een uitnodigingsbrief ontvingen, ook daadwerkelijk een uitstrijkje hebben laten afnemen. De vrouwen die dit niet lieten doen, zullen schriftelijk (brief of e-mail; bijlage 5) een herinnering krijgen.
Aan het einde van het project (na negen maanden) zullen alle resultaten van cervixuitstrijkjes die werden afgenomen tijdens de duur van het project worden opgevraagd in het laboratorium waarmee er wordt samengewerkt en opnieuw worden geanalyseerd per leeftijdscategorie. Tevens zal dan worden berekend welk percentage van de vrouwen die één of meerdere interventies onderging, uiteindelijk een uitstrijkje liet afnemen. Ook zal worden bekeken aan de hand van familieverbanden in het EMD of er een verwantschap bestaat tussen de vrouwen die in de studieperiode een uitstrijkje lieten nemen.

Ethische overwegingen en veiligheid

Een ethische overweging zou kunnen zijn dat als patiënten uit de doelpopulatie bevraagd worden met een vragenlijst middels opportunistische screening, zij het gevoel hebben dat ze worden 'lastig gevallen' met een vraag die niet relevant is voor de klacht waar zij op dat moment mee consulteren. Opportunistisch screening naar baarmoederhalskanker aanbieden is echter conform de richtlijn Cervixkankerscreening en blijkt door de meeste vrouwen te worden aanvaard (1). Theoretisch zou het kunnen voorvallen dat de vragenlijst meer dan één keer aan dezelfde vrouw wordt aangeboden. Dit wordt echter voorkomen door op een duidelijk zichtbare plaats in het EMD te noteren wanneer het laatste uitstrijkje werd afgenomen als dat bij een eerder contact reeds bevraagd werd.

Een tweede overweging is dat vrouwen uit privacyoverwegingen baarmoederhalskankerscreening niet kunnen of willen bespreekbaar maken bij hun vrouwelijke familieleden (moeders of zussen). Het bespreekbaar maken van dit onderwerp wordt aanbevolen in de informatiebrief, maar wordt echter op geen enkele manier verplicht gesteld. De vrouw kan naar eigen afweging beslissen of ze het onderwerp, al dan niet, bespreekt. De ervaring in de praktijk leert echter dat in de patiëntenpopulatie in Borgerhout familieleden vaak goed op de hoogte zijn van elkaars gezondheidstoestand en dat er onderling laagdrempelig over gezondheid wordt gesproken. We vermoeden dan ook dat aanspreken en informeren van jonge vrouwen een efficiënte strategie zou kunnen zijn om een populatie van oudere vrouwen met mindere toegang tot screening, te kunnen bereiken.

Een derde overweging is dat er sprake zou kunnen zijn van indirecte patiëntenwerving als we vrouwen aansporen om hun naaste familieleden te laten screenen in dezelfde huisartsenpraktijk. Het is uiteraard absoluut niet de bedoeling om deze vrouwen te aan te sporen om nieuwe patiënt te worden in de praktijk. Daarom zal zowel mondeling tijdens de uitleg over het project, als schriftelijk in de informatiebrief, expliciet vermeld worden dat familieleden zich dienen te laten screenen bij hun vaste huisarts of gynaecoloog. Bovendien is er momenteel sprake van een patiëntenstop in de opleidingspraktijk en is het dus niet mogelijk om aan te melden als nieuwe patiënt. Echter zien wij in de opleidingspraktijk in Borgerhout een hoge mate aan familiale clustering, waarbij er vaak twee of meer generaties patiënten uit één familie in de dezelfde praktijk worden opgevolgd, wat natuurlijk een interessant gegeven is ten aanzien van dit project. De resultaten met betrekking het luik rond verticale en horizontale communicatie over baarmoederhalskankerscreening, zullen dan ook enkel afkomstig zijn van vrouwen

wiens familieleden op moment van de start van het project reeds een GMD-houdende arts binnen de dezelfde huisartsenpraktijk hebben.

Er wordt verwacht dat dit project geen enkel risico voor de patiënt inhoudt en dat de doelpopulatie baat heeft bij dit project. Om het doel van het project - het doen toenemen van de screening naar cervixkanker - te realiseren, baseren we ons op de richtlijn Cervixkankerscreening (1). Het gaat erom om deze richtlijn, die een aanbeveling voor goede medische praktijkvoering op dit vlak geeft, zo veel mogelijk te implementeren in het praktijkhandelen in de opleidingspraktijk. Er worden geen nieuwe interventies toegepast die de deelnemers zouden kunnen schaden.

Privacy van de deelnemers
Als voor- en nameting wordt een overzicht van resultaten van de uitstrijkjes over een bepaalde periode bekomen uit de online resultatenserver van de samenwerkende laboratoria. Dit overzicht wordt geëxporteerd naar een Excel-bestand en gecodeerd door de datum van afname, de leeftijd van de patiënte en de aanvragende arts te koppelen aan een nummer dat overeenkomt met de naam en geboortedatum van de patiënt, zodat de gegevens over het uitstrijkje kunnen worden genoteerd in het EMD. Het bestand met de coderingssleutel zal worden bewaard door een GMD-houdende arts (dr. Frijns) in de praktijk. Op deze manier wordt de privacy van de patiënten gewaarborgd. Het gecodeerde Excel-bestand zal gedurende de duur van de studie worden bewaard en daarna verwijderd.

Op de vragenlijsten wordt gevraagd de naam, voornaam en leeftijd in te vullen. Het invullen van de vragenlijst kan niet anoniem gebeuren, omdat het van belang is dat de gegevens met betrekking tot de screeningsstatus van de vrouw later correct worden genoteerd in haar dossier. Tijdens de duur van het onderzoek worden de vragenlijsten bewaard in een map in de praktijk. De gegevens uit de vragenlijst die van belang zijn voor het onderzoek worden overgebracht in een Excel-document zonder naam en verder wel anoniem verwerkt.

Verzekering
Niet van toepassing

Referenties
Zie voorgaande referentielijst

Bijlage 2: Informatieposter



Onderzoek voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar.

Het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker moedigt vrouwen van 25 tot en met 64 jaar ertoe aan om elke drie jaar een uitstrijkje te laten nemen. Het bevolkingsonderzoek maakt het mogelijk om baarmoederhalskanker te voorkomen of al in een vroeg stadium op te sporen. Voor meer informatie kun je terecht op het gratis nummer **0800 60 160.**

Ontdek hoe ook jij
kan deelnemen op
www.bevolkingsonderzoek.be

BEVOLKINGS ONDERZOEK.BE Vlaanderen CvKO

BEVOLKINGS
ONDERZOEK
BAARMOEDER
HALSKANKER

Beste mevrouw,

Naar aanleiding van de thesis van dr. van der Linden voeren we een **onderzoek uit naar hoe we het aanbieden van uitstrijkjes in deze huisartsenpraktijk kunnen verbeteren**. Er wordt aangeraden dat alle seksueel actieve vrouwen tussen 25 en 64 jaar om de drie jaar een uitstrijkje laten afnemen tijdens een gynaecologisch onderzoek, om baarmoederhalskanker in een vroegtijdig stadium op te sporen. Daarom zouden we graag willen weten hoeveel vrouwen in deze praktijk afgelopen drie jaar een uitstrijkje liet afnemen, zodat we dit kunnen noteren in het dossier. We hebben hiertoe een **korte vragenlijst** opgesteld, die **3-5 minuten** in beslag zal nemen om in te vullen. Om het onderzoek zo eerlijk mogelijk te laten verlopen, zullen de artsen of de secretaresses gedurende 3 maanden aan willekeurige **vrouwelijke patiënten van 25-34 jaar** vragen of ze de vragenlijst willen invullen. Als u hier niet aan wenst mee te werken, is dit uiteraard geen enkel probleem en zullen we de vragenlijst niet opnieuw aan u aanbieden. Ook als u geen vragenlijst hoeft in te vullen, wordt u uitgenodigd om **tijdens de consultatie spontaan te vermelden wanneer u voor het laatst een uitstrijkje liet afnemen**, zodat we dit zo nodig kunnen aanpassen in het dossier.

Voor verdere vragen kunt u altijd terecht bij een van de artsen. Hartelijk dank voor uw medewerking!

Team Huisartsenpraktijk Medilaar

Bijlage 3: Vragenlijst

Huisartsenpraktijk Medilaar
Dr. Tambour - Dr. Frijns - Dr. De Loecker
Dr. Kerckhofs - Dr. van der Linden

Beste mevrouw,

Naar aanleiding van de thesis van dr. van der Linden voeren we een onderzoek uit naar het **voorkómen van baarmoederhalskanker**.
Er wordt aangeraden dat alle seksueel actieve vrouwen tussen 25 en 64 jaar om de drie jaar een **uitstrijkje** laten afnemen tijdens een gynaecologisch onderzoek om baarmoederhalskanker in een vroegtijdig stadium op te sporen. Als arts in uw vaste huisartsenpraktijk, willen we er voor zorgen dat u **op tijd een uitstrijkje aangeboden krijgt**. Daarom zouden we graag willen weten of u de afgelopen drie jaar een uitstrijkje liet afnemen, bij de huisarts of bij een gynaecoloog, zodat we dit kunnen noteren in uw dossier.
Daarnaast weten we uit andere onderzoeken dat of vrouwen uitstrijkjes laten afnemen om baarmoederhalskanker op te sporen, mede wordt bepaald door of hun moeder dit doet. We willen graag te weten komen of dit ook zo is voor de vrouwen die patiënt zijn in deze praktijk. Daarom ook hierover zijn vragen opgenomen in de vragenlijst.

Door deze vragenlijst in te vullen geef ik toestemming aan de onderzoeker om mijn gegevens te verzamelen, te verwerken en te gebruiken. Mijn gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Wanneer de studieresultaten gepubliceerd worden, zal mijn identiteit geheim blijven. Ik weet dat ik mijn deelname aan dit onderzoek op elk ogenblik kan stopzetten, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen.

Naam: …… Voornaam: …… Handtekening: ……

1) **Uw leeftijd:** ……

2) **Bent u in België geboren?**

☐ ja ☐ nee, namelijk in ……

3) **Is uw moeder in België geboren?**

☐ ja ☐ nee, namelijk in ……
Leeftijd van uw moeder: ……

Is zij ook patiënt in deze huisartsenpraktijk? ☐ ja ☐ nee

4) **Liet u ooit al een uitstrijkje afnemen?**

☐ ja ☐ nee ☐ weet ik niet

5) **Indien u al ooit een uitstrijkje liet afnemen:**

a) **Mijn laatste uitstrijkje is <u>meer dan 3 jaar</u> geleden:**

☐ ja ☐ nee ☐ weet ik niet

☐ datum van het laatste uitstrijkje (ongeveer): …… ☐ weet ik niet

b) **Ik laat een uitstrijkje afnemen bij:**

☐ de huisarts ☐ de gynaecoloog

c) Ik had ooit een afwijkend uitstrijkje:

☐ ja ☐ nee ☐ weet ik niet

6) Laat uw moeder om de drie jaar een uitstrijkje laten afnemen om baarmoederhalskanker op te sporen?

☐ ja ☐ nee ☐ weet ik niet

a) Zij laat een uitstrijkje afnemen bij:

☐ de huisarts ☐ de gynaecoloog ☐ weet ik niet

7) Is uw keuze om regelmatig uitstrijkjes te laten afnemen, beïnvloed door of uw moeder dit laat doen?

☐ ja, mede omdat mijn moeder uitstrijkjes laat afnemen, doe ik dit ook.

☐ ja, mede omdat mijn moeder geen uitstrijkjes laat afnemen, doe ik dit ook niet.

☐ ja, mede omdat mijn moeder geen uitstrijkjes laat afnemen, wist ik niet dat ik dit kon laten doen.

☐ nee, of mijn moeder wel of geen uitstrijkjes laat afnemen, beïnvloedt mijn beslissing om dit zelf te laten doen niet.

☐ ik weet niet of mijn moeder uitstrijkjes laat afnemen.

8) Tot slot, zou u het gemakkelijk vinden om in de toekomst oproepbrieven voor preventieprogramma's zoals bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, borstkanker, griepvaccinatie, etc. via e-mail te ontvangen?

☐ ja, dit lijkt mij gemakkelijk (e-mailadres: ……)

☐ nee, dit soort informatie ontvang ik liever niet per e-mail

Als u deze vragenlijst invulde in de wachtzaal, mag u deze afgeven aan de balie. U mag ook steeds uw e-mailadres doorgeven aan de secretaresse als dit nog niet in het dossier vermeld is.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Laura van der Linden
Mede namens Dr. Tambour, Dr. Frijns, Dr. De Loecker en Dr. Kerckhofs

Huisartsenpraktijk Medilaar
Dr. Tambour - Dr. Frijns - Dr. De Loecker
Dr. Kerckhofs - Dr. van der Linden

Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker is een **kwaadaardig gezwel** ter hoogte van de baarmoederhals. Deze kanker wordt veroorzaakt door een virus: het humaan papillomavirus of HPV. Dit virus wordt overgedragen via seksueel contact. De meeste vrouwen raken vroeg of laat met dit virus besmet. Meestal verdwijnt het weer vanzelf, maar soms blijft het in het lichaam aanwezig. Tien tot vijftien jaar later kan dat tot kanker leiden. Baarmoederhalskanker **ontwikkelt zich heel traag**. Het begint met voorlopercellen die nog niet tot kanker zijn uitgegroeid. **Deze voorlopercellen kunnen worden opgespoord met een uitstrijkje.** Als baarmoederhalskanker in een vroeg stadium wordt ontdekt en behandeld, is de kans op genezing groot. Daarom is het belangrijk **om elke 3 jaar een uitstrijkje** te laten afnemen.

Er zijn een aantal redenen waarom u **geen uitstrijkje** hoeft te laten afnemen of waarom u een uitstrijkje beter kan uitstellen:

- Als u al wordt behandeld voor baarmoederhalskanker of een operatie aan de baarmoeder hebt ondergaan;
- Als u in de afgelopen 3 jaar een uitstrijkje liet afnemen en dit normaal was;
- Als u **zwanger** bent.

Het uitstrijkje

Met een uitstrijkje kunnen voorlopercellen van baarmoederhalskanker worden opgespoord. Het is een onderzoek dat kan worden uitgevoerd **bij de huisarts** of bij de gynaecoloog. Het onderzoek zelf neemt meestal niet meer dan enkele minuten in beslag. U wordt gevraagd met opgetrokken benen op de onderzoeksbank te gaan liggen, met uw voeten steunen op speciale beensteunen. Om de baarmoedermond goed zichtbaar te maken, is het nodig dat de vagina wat verder wordt geopend. Dat gebeurt met een metalen instrument, het speculum. Met een klein borsteltje worden er wat **cellen van de baarmoederhals afgestreken** en opgestuurd naar het laboratorium voor onderzoek. Het onderzoek kan wat onaangenaam aanvoelen, maar **is niet pijnlijk**. Na ongeveer een week kunt u bellen voor het resultaat.

Een uitstrijkje laat u afnemen op een moment dat u uw regels niet hebt.

De **kans dat een uitstrijkje afwijkend is**, is 3%. Wanneer er afwijkende cellen worden gevonden in het uitstrijkje, zal er afhankelijk van de specifieke afwijking een opvolgingsonderzoek gebeuren. Meestal wordt er na een aantal maanden een nieuw uitstrijkje gemaakt. Blijft het uitstrijkje afwijkend, of gaat het om matige tot ernstige afwijkingen, dan is verder onderzoek bij de gynaecoloog nodig.

Wie komt in aanmerking?

Alle **vrouwen tussen 25 en 65 jaar** die ooit seksueel contact hadden, komen in aanmerking om **elke 3 jaar** een uitstrijkje te laten afnemen. De kosten van het uitstrijkje worden dan volledig door de mutualiteit **terugbetaald**, u betaalt zelf enkel het remgeld voor de consultatie.
Als arts in uw vaste huisartsenpraktijk doen we ons best om u steeds aan het uitstrijkje te herinneren. Als u een uitstrijkje liet afnemen bij de gynaecoloog en als u weet wanneer dat plaatsvond, **geef dit dan aan ons door** zodat wij het kunnen noteren in het dossier.

Het is belangrijk dat zoveel mogelijk vrouwen tussen 25 en 65 jaar elke drie jaar een uitstrijkje laat afnemen. Toch is niet iedereen hiervan op de hoogte. **Praat er daarom over met uw moeder of zussen en spoor hen aan om ook een uitstrijkje te laten afnemen**, als ze dit nog niet deden in de afgelopen drie jaar.

Heeft u nog vragen? Aarzel niet om contact op te nemen tijdens het telefonisch half uurtje of maak een afspraak om uw vragen met een van de artsen te bespreken.

Bijlage 5: Herinneringsbrief



Huisartsenpraktijk Medilaar
Dr. Tambour - Dr. Frijns - Dr. De Loecker
Dr. Van Camp - Dr. van der Linden

Beste mevrouw,

Een aantal weken geleden vulde u een vragenlijst in over de opsporing van baarmoederhalskanker, door middel van een uitstrijkje. Met een uitstrijkje om de drie jaar bij seksueel actieve vrouwen tussen 25 en 65 jaar, kunnen afwijkingen in de baarmoederhals vroegtijdig worden opgespoord en in vroeg stadium worden behandeld. Hierdoor is de behandeling van eventuele afwijkingen minder zwaar. Maar u beslist uiteraard zelf of u een uitstrijkje wenst te laten afnemen.

Uit onze gegevens blijkt dat u nog nooit een uitstrijkje liet afnemen. Daarom nodigen wij u uit om een afspraak bij ons te maken om een uitstrijkje te laten afnemen.

of

Uit onze gegevens blijkt dat u uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden plaatsvond. Daarom nodigen wij u uit om een afspraak bij ons te maken om opnieuw een uitstrijkje te laten afnemen.

Als u een uitstrijkje laat afnemen bij de gynaecoloog, vragen wij u de afnamedatum en eventueel het resultaat van het uitstrijkje aan ons door te geven, zodat wij dit kunnen noteren in uw dossier. Op deze manier kunnen wij u eraan helpen herinneren als u opnieuw een uitstrijkje dient af te laten nemen.

In de bijlage vindt u nog een brief met uitgebreide informatie over het opsporen van baarmoederhalskanker door middel van een uitstrijkje. Als u nog vragen heeft naar aanleiding van deze herinneringsbrief, aarzel dan niet om contact op te nemen met een van de artsen tijdens het telefonisch halfuurtje of om een afspraak te maken.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Laura van der Linden

Mede namens
Dr. Tambour - Dr. Frijns - Dr. De Loecker - Dr. Van Camp

Bijlage 6: Goedkeuring Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. V. Verhoeven
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Een praktijkverbeterend project rond optimalisatie van baarmoederhalskankerscreening in een multiculturele huisartsenpraktijk in Borgerhout. (manama huisartsgeneeskunde Laura Van Der Linden)

Belgisch Registratienummer: B300201732114

datum	ons kenmerk	contactpersoon
3/04/2017	17/10/106	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 3/04/2017.

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

- CV onderzoeker
  dr. van der Linden
- Protocol aangepaste versie dd. 25/03/2017
  versie 2
- Vragenlijst(en) dd. 1/03/2017
  versie 1
- Patiënten - Rekruteringsstrategie
  - folder, versie 2 dd. 25/03/2017, aangepaste versie
  - herinneringsbrief, versie 1 dd. 01/03/2017

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874 619 603

datum
3/04/2017

ons kenmerk
17/10/106

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Marleen Bolens
ethisch.comite@uza.be

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

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. L. Van der Linden, NVT, Spoorweglaan 61 - 2610 Wilrijk