Kan de deelname aan screening naar baarmoederhalskanker verhogen door een persoonlijke brief van de GMD-houdende huisarts?

Een praktijkverbeterend project

Liesbeth Haesaert
In samenwerking met Nele De Koninck

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

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

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2016 – 2018

Voorwoord

Preventie is een heel belangrijke taak van de huisarts. Ik wist al snel dat ik een onderwerp in dit domein zou kiezen voor mijn masterproef. Als toekomstige huisarts wil ik streven naar een hoge kwaliteit van eerstelijnszorg, waarbij preventie uiteraard niet weg te denken valt. Het uitvoeren van deze masterproef was voor mij een leerzame oefening hierin.

Er zijn een aantal mensen die ik graag wil bedanken voor hun hulp bij het realiseren van deze masterproef.

Allereerst wil ik Nele De Koninck van harte bedanken voor de aangename en productieve samenwerking.

Mijn promotor, Sara Willems, voor het aanreiken van de samenwerking met het CvKO en het snelle handelen bij cruciale momenten.

Mijn co-promotor, Kaatje van Roy, voor het steeds en snel klaar staan met adviezen en antwoorden, zelfs wanneer de deadline naderde.

Eliane Kellen, onze contactpersoon van het CvKO. Zij bezorgde ons steeds een analyse van de lijsten. Zij hielp ons ook met de verduidelijking van problemen en gaf ons extra informatie in verband met het bevolkingsonderzoek.

Dank aan mijn praktijkopleiders Dr. Emy Lambrecht, Dr. Pascal Fermon en Dr. Dirk Lauwerier, voor de interesse en het mogelijk maken van deze masterproef binnen de praktijk.

Sarah Haesaert, Anne Thienpont en Jolien Leclercq hebben met hun kritische blik zowel aan de inhoud als de leesbaarheid van dit werk bijgedragen.

Abstract

Inleiding

Baarmoederhalskanker is een belangrijk gezondheidsprobleem. Te weinig vrouwen laten een uitstrijkje nemen. De huidige screeningsgraad in Vlaanderen ligt slechts op 61%. Er dienen meer inspanningen te gebeuren om te streven naar de aanbevolen 80%. De huisarts kan hierbij een cruciale rol spelen.

Onderzoeksvraag

De hoofdonderzoeksvraag van deze masterproef is: kan de deelname aan screening naar baarmoederhalskanker verhoogd worden door een persoonlijke brief van de GMD-houdende huisarts?
Daarnaast wordt er nagegaan of er een leeftijdsverschil te merken is in respons op de brief. Ten derde onderzochten we of vrouwen vooral voor de huisarts of voor de gynaecoloog kiezen na het ontvangen van de brief. Ten slotte bekijken we de bijkomende belasting voor de huisarts.

Methode

Er werd eerst een literatuurstudie uitgevoerd. Nadien werd een praktijkverbeterend project opgezet aan de hand van de Plan-Do-Check-Act-cyclus (PDCA) in de 2 praktijken waar ik stage liep. De onderzoeksgroep bevatte alle vrouwen tussen 30-64 jaar met een globaal medisch dossier (GMD). Zij kregen een persoonlijke interventiebrief toegestuurd, ondertekend door de GMD-houdende huisarts. De populatie werd verdeeld in verschillende categorieën: vrouwen die 3-5 jaar geen uitstrijkje lieten nemen en vrouwen die meer dan 5 jaar geen uitstrijkje lieten nemen. Deze laatste (meer dan 5 jaar geen uitstrijkje) werden verdeeld in 3 verschillende groepen. De ene groep kreeg de reguliere uitnodigingsbrief van het CvKO (controlegroep), de andere groep (interventiegroep 1) ontving de interventiebrief van de huisarts. Daarnaast kreeg nog een laatste groep (interventiegroep 2) zowel de reguliere uitnodigingsbrief van het CvKO (ooit ontvangen in huidig academiejaar) als de interventiebrief van de huisarts.
Het effect werd geëvalueerd op de participatiegraad van baarmoederhalsscreening 6 maand na het versturen van de brieven. Een gelijkaardige studie werd opgezet door Nele De Koninck, in een andere opleidingsprakijk. De resultaten van de 3 praktijken werden uiteindelijk gebundeld om een grotere statistische sterkte te bereiken.

Resultaten

In praktijk 1 werden er in totaal 27 uitstrijkjes afgenomen (28 met controlegroep). We zien een absolute toename van het aantal uitstrijkjes in deze groepen. Er lieten binnen interventiegroep 1 en interventiegroep 2 respectievelijk 3 en 11 vrouwen een uitstrijkje nemen ten opzichte van 1 vrouw uit de controlegroep. De totale screeningsgraad steeg van 64,3 naar 70,6% in praktijk 1. In praktijk 2 werden 9 uitstrijkjes afgenomen (10 met controlegroep) . Uit interventiegroep 1 liet slechts 1 patiënte een uitstrijkje nemen ten opzichte van 1 patiënte uit de controlegroep. Niemand binnen interventiegroep 2 beantwoordde de brief. In praktijk 2 werd een totale stijging van 70 naar 73,1 % gezien. Deze resultaten zijn allen niet significant. Na bundeling van de 2 en 3 deelnemende praktijken kunnen we aantonen dat wie de reguliere uitnodigingsbrief én de interventiebrief ontving, meer geneigd waren een uitstrijkjes te laten nemen ten opzichte van enkel de reguliere uitnodigingsbrief. Wanneer patiënten enkel de interventiebrief ontvingen, kon dit niet aangetoond worden.

Een leeftijdsverschil kon enkel aangetoond worden bij wie een uitstrijkje liet afnemen in praktijk 1 binnen interventiegroep 2 en na bundeling van de 2 en 3 deelnemende praktijken. Hoe jonger de patiënten, hoe meer ze een uitstrijkje te lieten nemen. Er is geen verschil te merken in keuze arts na het ontvangen van de brief. De huisarts nam in 'praktijk 1' 17 uitstrijkjes af en in 'praktijk 2' 2 uitstrijkjes. De bijkomende belasting voor de huisarts is beperkt. Deze studie maakte het mogelijk om het elektronisch medisch dossier aan te vullen. Hierdoor is nu voor iedere patiënte de datum van het laatste uitstrijkje gekend. Vrouwen die langer dan 3 jaar geen uitstrijkje lieten afnemen, kunnen nu veel makkelijker worden aangesproken tijdens de consultatie.

Conclusie

De participatiegraad van screening naar baarmoederhalskanker ligt in beide prakijken hoger dan verwacht vóór de start van het onderzoek. Deze screeningsgraad kon opgetrokken worden door het versturen van een persoonlijke brief van de huisarts met 6,3 % en met 3,1%. De interventiebrief, ondertekend door de huisarts, kon geen statistisch significante stijging van deelname aan het bevolkingsonderzoek bereiken. Mogelijks is dit te wijten aan de kleine onderzoeksgroep en de korte observatietijd. Er dienen meer huisartsenpraktijken deel te nemen aan soortgelijk onderzoek om zo meer data te kunnen analyseren en dus beter gefundeerde uitspraken te kunnen doen. Dit kan makkelijk gebeuren in samenwerking met het CvKO. Er dient hierbij rekening gehouden te worden met de vertraging tussen het afnemen van een uitstrijkje en het bereiken van deze resultaten bij het CvKO. Het onderzoek zou moeten plaatsvinden over een langere termijn om meer resultaten te bekomen van het CvKO.

Inhoudsopgave

1 Inleiding 5
2 Oriënterende literatuurstudie 5
2.1 Werkwijze literatuurstudie 5
2.2 Epidemiologie baarmoederhalskanker 6
2.3 Ontstaan en ontwikkeling baarmoederhalskanker 6
2.4 Preventie: baarmoederhalsuitstrijkjes 6
2.4.1 Zin van een uitstrijkje 7
2.4.2 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 7
2.4.3 Uitstrijkje bij de huisarts of gynaecoloog 10
2.4.4 Internationale vergelijking 10
2.4.5 Motivatie voor baarmoederhalskankerscreening 11
2.5 Insteek van een praktijkverbeterend project 13
2.5.1 Advies Orde der Artsen over uitnodigingsbrieven 14
2.5.2 PDCA-cyclus 14
3 Methode 15
3.1 Thema kiezen 15
3.2 Actie plannen 15
3.3 Status quo analyseren 15
3.3.1 Screeningsgraad voor start 15
3.3.2 Analyse praktijk 1 16
3.3.3 Analyse praktijk 2 17
3.3.4 Visgraatanalyse van te lage screeningsgraad 19
3.4 Doelstelling 21
3.5 Analyseer 21
3.6 Strategie formuleren 21
3.7 Do: uitvoeren en evalueren 22
4 Resultaten 24
4.1 Participatiegraad voor interventie 24
4.2 Interventiegroep 1 : Uitstrijkje meer dan 5 jaar geleden en nog geen reguliere uitnodiging ontvangen in het huidige werkjaar 27
4.2.1 Achtergrondkenmerken van de studiegroepen 28
4.2.2 Kan de participatie aan baarmoederhalskankerscreening verhogen door een persoonlijke brief van de huisarts? 28
4.2.3 Bijkomende effecten van de uitnodiging ondertekend door de huisarts 29
4.3 Interventiegroep 2: uitstrijkje meer dan 5 jaar geleden, reeds uitnodigingsbrief in huidige kalenderjaar 30
4.3.1 Kenmerken van de studiegroep 30
4.3.2 Kan de participatie aan baarmoederhalskankerscreening verhogen door een persoonlijke brief van de huisarts? 31
4.3.3 Bijkomende effecten van de interventiebrief 31
4.4 Analyse verschillende praktijken 32
4.5 Interventiegroep 3: uitstrijkje 3 tot 5 jaar geleden 34
4.6 Algemene resultaten 34
5 Discussie 40
6 Conclusie 44
7 Referenties 45
8 Lijst met afkortingen/verduidelijkingen 46
9 Bijlagen 47
9.1 Uitnodigingsbrief 47
9.2 Studieprotocol en amandement 49
9.3 Gunstig advies ethisch comité en goedgekeurd amendement 51

1 Inleiding

Baarmoederhalskanker staat in Vlaanderen op de 8ste plaats van de meest frequente vormen van kanker bij vrouwen. Jaarlijks overlijden er in Vlaanderen nog steeds iets meer dan 100 vrouwen aan deze tumor. Men schat dat door een driejaarlijks uitstrijkje uit te voeren bij 80% van de vrouwen tussen 25 en 65 jaar, 80-90% van deze overlijdens voorkomen kunnen worden (1). De huidige screeningsgraad in Vlaanderen ligt echter op 61% (2) . Te weinig vrouwen laten dus een uitstrijkje nemen om een optimaal effect van deze populatiescreening te bekomen. Er dienen meer inspanningen te gebeuren om te streven naar die 80%. De huisarts speelt hierbij een cruciale rol. Deze studie doet onderzoek naar één mogelijkheid om de screeningsgraad te verhogen: namelijk een uitnodigingsbrief ondertekend door de GMD-houdende huisarts. Dit wordt uitgetest en geëvalueerd in 2 huisartsenpraktijken. Er wordt een brief verstuurd naar patiënten die geen uitstrijkje lieten afnemen in de voorgaande x jaar (minstens 5 jaar geen uitstrijkje). Hiervan wordt het effect geëvalueerd op de participatiegraad. Daarnaast wordt er nagekeken of er een leeftijdsverschil is wat betreft de respons, of het uitstrijkje wordt afgenomen door de huisarts dan wel door de gynaecoloog en wat de bijkomende belasting van deze interventie is voor de huisarts.

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

2 Oriënterende literatuurstudie

2.1 Werkwijze literatuurstudie

Er wordt een literatuurstudie uitgevoerd volgens het watervalprincipe. Dit wil zeggen dat eerst de richtlijnen (voor deze thesis betreft dat de Vlaamse en Nederlandse richtlijnen) opgezocht en doorgenomen worden. Via de referentielijsten wordt verder gezocht naar relevante artikels (meta-analyses en systematische reviews), om zo tot de oorspronkelijke artikels te komen.

Verder werd gekeken via Pubmed en Embase met de volgende zoektermen ‘pap smear, cervix cancer, prevention, screening, age’. De databank van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) werd geraadpleegd, op zoek naar vorige masterproeven betreffende dit onderwerp. De meest recente dateert van 2016. Tot slot werd naar Belgische databanken gekeken, zoals rapporten van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en de website van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

2.2 Epidemiologie baarmoederhalskanker

Wereldwijd is baarmoederhalskanker de derde meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen en de meest voorkomende gynaecologische kanker (3). Baarmoederhalskanker komt vooral voor bij jonge vrouwen, tussen 15 en 44 jaar, en is in deze leeftijdscategorie zelfs de tweede meest voorkomende kanker (4, 5).

Volgens een recent rapport van de WHO zijn er in 2012 wereldwijd ongeveer 527.000 nieuwe gevallen van cervixkanker ontdekt en waren net geen 270.000 overlijdens het gevolg hiervan (4, 5).

In België behoort cervixkanker tot 3% van de nieuwe kankers bij vrouwen en zijn er zo'n 643 nieuwe gevallen per jaar (waarvan 350-tal vrouwen in Vlaanderen). Hiermee staat het in de top 10 in België (na borst-, colon-, uterus-, rectum-, long-, ovarium- en non-Hodgkinlymfoomkanker) (1, 6, 7). Deze kanker is in België verantwoordelijk voor bijna 190 overlijdens per jaar. Er wordt geschat dat 80-90% hiervan had kunnen vermeden worden door een regelmatige vroege opsporing aan de hand van een cervixuitstrijkje (1).

2.3 Ontstaan en ontwikkeling baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker ontstaat meestal (99,7%) ten gevolge van een besmetting met het humaan papillomavirus (HPV) (4). Er bestaan 118 verschillende types van het HPV virus, maar hoofdzakelijk HPV 16 en 18 zijn verantwoordelijk voor cervixkanker (voor zo'n 70%) (3). Dit virus is een seksueel overdraagbare aandoening en is zeer infectieus. Ongeveer 80% van alle vrouwen wordt ooit in haar leven besmet. Dit virus wordt meestal spontaan door het lichaam verwijderd binnen de twee jaar. Wanneer dit niet gebeurt, kunnen er afwijkende cellen (precancereuze letsels) ontstaan door een chronische infectie. Het zijn deze cellen die, zo'n 10-15 jaar na de besmetting, cervixkanker kunnen veroorzaken (4, 7).

Deze celveranderingen kunnen opgespoord worden met een baarmoederhalsuitstrijkje. De veranderingen worden onderverdeeld in een CIN-classificatie. CIN 1 (cervicale intraepitheliale neoplasie graad 1) betekent dat er een milde dysplasie van de cervicale cellen gezien wordt. CIN 2 betekent een matige dysplasie, CIN 3 is een ernstige dysplasie. CIN 1 manifesteert zich gemiddeld ongeveer een jaar na de besmetting, terwijl CIN 2 zich in de loop van ongeveer 5 jaar ontwikkelt. CIN 2 en CIN 3 worden gezien als precursoren van invasieve kanker.

Regelmatige screening is de beste manier om cervixkanker vroeg te ontdekken en behandelen (3, 8).

2.4 Preventie: baarmoederhalsuitstrijkjes

Wat betreft de preventie van cervixkanker kenden we de laatste jaren veel nieuwe ontwikkelingen: het bevolkingsonderzoek dat opgestart werd in 2013, de HPV-vaccinatie die aangeboden wordt sinds 2010, en nieuw onderzoek dat verricht wordt naar de mogelijkheid van HPV-zelftesting.

In wat volgt wordt de zinvolheid van baarmoederhalsuitstrijkjes en de werking van het bevolkingsonderzoek bekeken, en vergelijken we het effect internationaal. Voorts worden de tekortkomingen onder de loep genomen: waar liggen de drempels voor deelname aan het bevolkingsonderzoek en hoe kan de motivatie hiervoor verhoogd worden?

2.4.1 Zin van een uitstrijkje

Het uitstrijkje vormt een goed screeningsonderzoek met een specificiteit van 97,7% en een positief voorspellende waarde voor een CIN 1 letsel bij een protocollering als 'hoge graad squameuze intra-epitheliale laesie (HSIL)[1]' van 85%.

Omdat baarmoederhalskanker zich uiterst langzaam ontwikkelt en vele voorstadia kent, kan een regelmatige opsporing door middel van een baarmoederhalsuitstrijkje 80-90% van die kankers voorkomen door letsels in een beperkt, vroeg en behandelbaar stadium te ontdekken. Om dit doel te bereiken, moet 80% van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar om de 3 jaar gescreend worden (9). De terugbetalingscriteria in België zijn hieraan aangepast: de technische prestatie van het uitstrijkje en het laboratoriumonderzoek worden volledig terugbetaald als een uitstrijkje minstens 3 kalenderjaren geleden is (10).

2.4.2 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Om een hoge screeningsgraad te verwezenlijken gebeurt screening best in de vorm van georganiseerd bevolkingsonderzoek. Daarover is men het eens in de literatuur. In België bestaat er een combinatie van een opportunistisch screeningsbeleid, waarbij de arts of patiënte zelf initiatief neemt tot het afnemen van een uitstrijkje enerzijds, en het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker anderzijds.

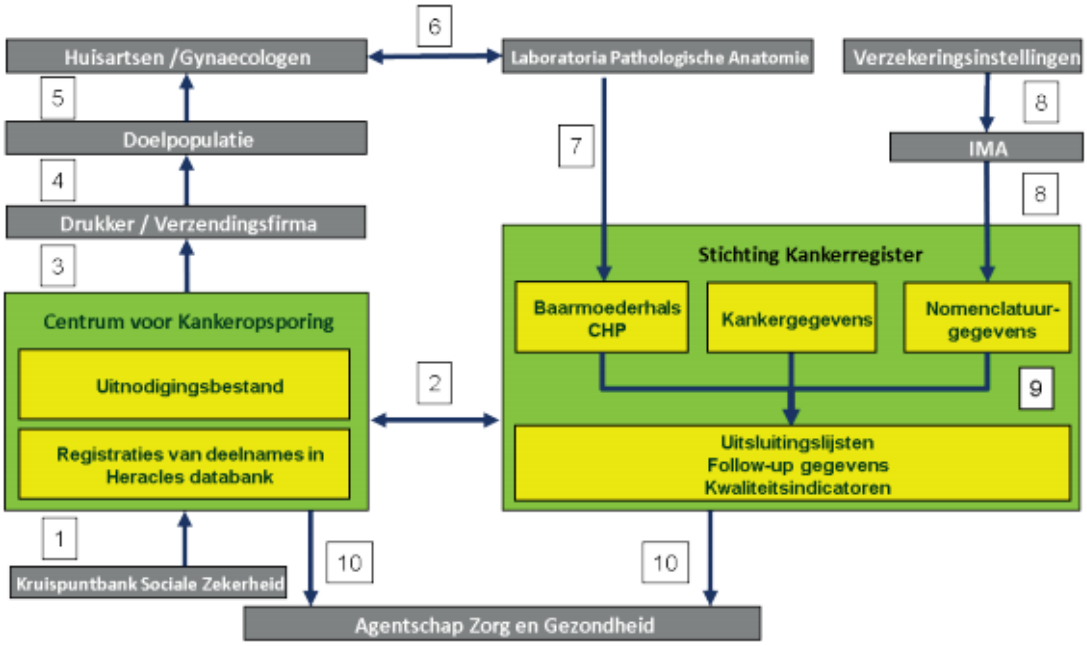
Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker van de Vlaamse overheid startte in juni 2013 en moedigt alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar ertoe aan om elke 3 jaar een uitstrijkje te laten nemen. Hiertoe worden promotiecampagnes opgezet, bestaat er een uitnodigende site met informatie, en worden brieven verstuurd naar vrouwen die te lang geen uitstrijkje lieten nemen. Sinds 2017 werd voor patiënten ook een mogelijkheid beschikbaar gemaakt om via Vitalink na te gaan wanneer hun laatste uitstrijkje afgenomen werd, en om per mail herinnerd te worden wanneer hun uitstrijkje 3 jaar geleden is (10).

2.4.2.1 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: basis gegevensdatabank

Om het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker te begrijpen, is kennis van de werking hiervan noodzakelijk. Waar cijfermateriaal gebruikt wordt, verwijzen we naar het jaar 2013 omdat deze informatie volledig is. Data van latere jaren zijn nog onderhevig aan verandering.

[1] Gematigde tot ernstige dysplasie, ook CIN 2 of CIN 3 genaamd.

De organisatie van het versturen van uitnodigingsbrieven door het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) is complex. Om correcte uitnodigingsbrieven te kunnen versturen, rekent het CvKO op de gegevens verzameld in verschillende databanken, die hieronder beschreven worden. Er dient gelet te worden op de complexiteit maar ook op de belangrijke vertraging die op het verkrijgen van de gegevens zit. Figuur 1 geeft een schematisch overzicht weer van de organisatie van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in België.



Figuur 1: organisatie-overzicht van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (11)

Wanneer een uitstrijkje afgenomen wordt door de arts, wordt dit verwerkt in het laboratorium. Deze gegevens worden sinds 2008 drie keer per jaar doorgestuurd door de laboratoria naar het Cytohistopathologieregister (CHP) van de Stichting Kankerregister (SKR). Er zit een duidelijke vertraging op deze gegevens, omdat de gegevens in de databank éénmaal per jaar, in juni, verwerkt worden. Daardoor zijn de gegevens uit het jaar 20xy beschikbaar op 1/7/20xy+1. De volledigheid van het CHP was in 2013 90,8%, dit wil zeggen dat voor 9,2% van de afgenomen uitstrijkjes wel een nomenclatuurnummer werd aangerekend, maar er geen resultaat van een uitstrijkje bekend is in het CHP. Mogelijks zijn er ook uitstrijkjes die zowel in het CHP als in de nomenclatuurdatabank van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) gekend zijn, maar deze zijn dus niet traceerbaar. Minder dan 1% van de staalresultaten in laboratoria wordt niet doorgegeven aan het CHP (11).

Het CHP wordt verder aangevuld door de nomenclatuurgegevens bekend bij de databank van het IMA. Omdat verzekerde prestaties tot 2 jaar na datum kunnen worden terugbetaald, zijn de gegevens uit het jaar 20xy pas volledig in het jaar 20xy+2. Sinds 2002 wordt aan de hand van nomenclatuurnummers ook geregistreerd of een patiënte een hysterectomie liet uitvoeren. Vrouwen kunnen ook zelf laten weten aan het CvKO dat ze niet in aanmerking komen voor een uitstrijkje. Dit wordt dan gecontroleerd via de SKR en het IMA (11).

Nieuwe kankerdiagnoses zijn belangrijk om patiënten die uitgesloten zijn voor verdere screening geen onnodige brieven meer te sturen. Deze gegevens worden sinds 1999

bijgehouden in een databank van de SKR. Nieuwe incidentiegegevens van het jaar 20xy zijn beschikbaar op 1/10/20xy+2 (11).

Het CvKO baseert zich op de Heracles-databank voor het versturen van de uitnodigingsbrieven. Deze wordt up-to-date gehouden door middel van informatie vanuit het Kruispunt Sociale Zaken (overlijden, verhuis…) (11).

2.4.2.2 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: wie krijg een brief?

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

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

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

- Indien ze een vorig uitstrijkje lieten afnemen, krijgen ze een uitnodigingsbrief voor een volgend uitstrijkje ongeveer 48 maanden (4 jaar) na de datum van het vorige staal. De keuze voor een termijn van 48 maanden - in tegenstelling tot de aangeraden 3 kalenderjaren tussen twee uitstrijkjes - is bewust, omdat er een vertraging van 6 maanden of langer kan zitten tussen het afnemen van een uitstrijkje en het op de hoogte zijn hiervan bij het CvKO.
- Indien er geen vorig uitstrijkje geregistreerd is krijgen ze een brief ongeveer 36 maand (3 jaar) na de vorige brief. Indien ze nog geen vorige uitnodigingsbrief ontvingen, krijgen ze een uitnodigingsbrief rond hun verjaardag (11).

2.4.2.3 Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: responsgraad en dekkingsgraad

Voor 2013 geven cijfers van het jaarrapport van het CvKO (11) aan dat 50% (791.384) van de vrouwen tussen 25 en 65 jaar in aanmerking kwam voor een uitstrijkje. Van die 50% kreeg 45.38% (359.138) een uitnodigingsbrief omdat het vorige uitstrijkje meer dan 48 maand of de vorige brief meer dan 36 maand geleden was. Van deze 359.138 vrouwen liet 15,2% ook binnen de 12 maand een uitstrijkje afnemen. Deze 15,2% is de responsgraad. In 2014 was de responsgraad 17,6%. De responsgraad in 2015 werd nog niet definitief berekend, maar werd aan de hand van de voorlopig bekende gegevens geschat op 28,4%. Hierbij nemen wij echter als nota dat in 2015 gedurende 4 maand de uitnodigingsstrategie werd gewijzigd en alle vrouwen waarbij het uitstrijkje 36 maand in plaats van 48 maand geleden was, werden uitgenodigd. Dit geeft een vertekend beeld, want een groot deel hiervan zou spontaan een uitstrijkje hebben laten nemen, ook zonder uitnodigingsbrief (11).

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

Eind 2014 werd er in Vlaanderen een totale dekkingsgraad van 61% bereikt (2).

2.4.3 Uitstrijkje bij de huisarts of gynaecoloog

De huisarts of gynaecoloog neemt het uitstrijkje af. Deze afnamemethode is voorlopig nog het meest betrouwbaar. De kwaliteit van de afgenomen uitstrijkjes ligt hoog: slechts 0,5% is van onvoldoende kwaliteit (11). Momenteel worden de uitstrijkjes voornamelijk afgenomen door gynaecologen. In 2013 werd 20% van alle uitstrijkjes in Vlaanderen door de huisarts uitgevoerd, in 2014 was dit 16% (1).

Vorige masterthesissen (12, 13) onderzochten reeds waarom vrouwen voor de gynaecoloog kiezen in plaats van de huisarts.

Vele vrouwen menen dat een jaarlijks onderzoek bij de gynaecoloog sowieso noodzakelijk is, en indien nodig kan deze dan een uitstrijkje uitvoeren. Ongeveer 15% van de vrouwen die het uitstrijkje bij de gynaecoloog laat afnemen wist niet dat de huisarts dit ook kon. Toch ook een belangrijke groep (16%) vindt het gênant om dit door de huisarts te laten uitvoeren (12).

In een masterproef uit 2013 (13) werd aan patiëntes gevraagd waarom ze voor de gynaecoloog kiezen. Het is opvallend dat gewoonte hierin een grote rol speelt: 85% ging hiervoor in het verleden bij de gynaecoloog en blijft dit dus zo doen. 69% gaat bij de gynaecoloog omdat deze het eerste uitstrijkje nam. 60% van de patiëntes is overtuigd dat de gynaecoloog over een beter aangepaste onderzoekskamer beschikt. Ook praktische overwegingen spelen een belangrijke rol. Zo vindt 60% het belangrijk dat de gynaecoloog hiervoor afspraken kan geven na 18u (13).

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

2.4.4 Internationale vergelijking

De doelstelling voor cervixkankerscreening is een screeningsgraad van 80% te bereiken. Dit richtcijfer werd Europees vastgelegd (14).

Vergelijken we de screeningsgraad in 2010, dan zien we dat deze in België stabiel rond 60% blijft, wat gelijk is aan het Europees gemiddelde en vergelijkbaar met de screeningsgraad in het buurland Nederland.

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

Vergelijkend tussen beide systemen, merken we dat het systeem in het Verenigd Koninkrijk proactiever is: de uitnodigingsbrief wordt gestuurd op het ogenblik dat de vrouw een uitstrijkje nodig heeft. In België betreft het eerder een herinneringsbrief: enkel vrouwen die al een jaar te laat zijn om het nodige uitstrijkje te laten uitvoeren, krijgen een brief. De in 2017 gestarte mogelijkheid om zich online in te schrijven om een e-mailbericht te krijgen wanneer een uitstrijkje nodig is, zal dit voor een stuk in de toekomst veranderen. Een tweede verschilpunt is de concrete informatie in de brief: in België gaat het om een algemene brief, met als mogelijkheid om een afspraak te maken bij de huisarts of gynaecoloog. In het Verenigd Koninkrijk is deze informatie concreter en staan de contactgegevens mee in de brief (9).

2.4.5 Motivatie voor baarmoederhalskankerscreening

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

2.4.5.1 Wie is er onderscreend?

In België wordt de 80% screeningsgraad waarnaar gestreefd wordt, niet bereikt. Er is duidelijk nood aan een verandering van de aanpak wanneer men ziet dat sinds 1997 de screeningsgraad niet meer significant veranderd is (15).
Een belangrijke reden hiervoor is de gezondheidskloof. Er is een duidelijke en groeiende gezondheidskloof te constateren in alle types van preventieve zorg. Bij het baarmoederhalsuitstrijkje merkt men dat in de laagste sociale groep 48,9% zich liet screenen, tegenover 64,2% in de hoogste sociale groep. De gezondheidsenquête uit 2013 geeft zelfs een verschil in screeningsgraad van 29%. Het is onzeker of het bevolkingsonderzoek de socio-economische verschillen kan helpen beperken. Vergelijkt men met het bevolkingsonderzoek borstkanker, dan ziet men dat daar wel een verhoging screeningsgraad gerealiseerd wordt, maar vooral in de hoogste sociale groep, waardoor de gezondheidskloof behouden blijft (16).

Daarnaast is volgens de Vlaamse huisartsenvereniging Domus Medica en het Nederlands genootschap huisartsen (NHG) de deelname aan screening lager in volgende groepen: vrouwen onder de veertig jaar, niet-westerse allochtone vrouwen, vrouwen wonende in stedelijke gebieden en vrouwen met een lage socio-economische status (1, 17, 18). Ook vrouwen met een negatief zelfbeeld nemen minder vaak deel aan screening. Deze vrouwen krijgen weinig sociale impulsen, hebben eerder angst voor de negatieve gevolgen van de screening, voelen meer schaamte voor het onderzoek en hebben meer schrik voor een slecht resultaat (17, 19).
Domus Medica voegt hier nog eens volgende groepen aan toe: vrouwen met een lage opleidingsgraad, ouderen, alleenstaanden, vrouwen met leermoeilijkheden, vrouwen die de taal niet machtig zijn en vrouwen met een specifiek ziektebeeld zoals schizofrenie. Het is opvallend dat in Nederland de vrouwen onder de veertig zich weinig laten screenen, waar in België eerder de oudere vrouwen dit niet doen ((1, 18, 20) .

2.4.5.2 Barrières voor screening

Meerdere onderzoekers beschreven reeds barrières voor screening (21-23). Ze zijn onderverdeelbaar in gebrek aan kennis, angst en praktische bezwaren.

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

Angst vormt een tweede barrière en wordt bij een studie (22) door zo'n 20% van de ondervraagden vermeld. Sommigen beschrijven het als zich oncomfortabel voelen, maar ook een schaamtegevoel en angst voor pijn worden genoemd. Het effect van een negatieve screeningservaring mag niet onderschat worden: deze speelt een rol bij het angstgevoel bij 9% van de ondervraagden. Het lange wachten op het resultaat van het uitstrijkje melden vrouwen ook als een reden voor toename van angst (22).

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

Ook aan de kant van het huisarts worden dezelfde barrières teruggevonden. In een recent focusgroeponderzoek met huisartsen (24) werd duidelijk dat huisartsen het moeilijk haalbaar vinden om het uitstrijkje ter sprake te brengen tijdens een consultatie die plaatsvindt omwille van een andere reden. Hiervoor halen huisartsen vooral tijdsgebrek aan, verder ook het niet weten wie nog niet gescreend is, het gevoel dat vrouwen zich hierop liefst voorbereiden, en omdat men het mogelijks als ongepast en ongemakkelijk ervaart.

2.4.5.3 Wat werkt om de screeningsgraad te verhogen?

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

Algemene informatiefiches en uitnodigingsbrieven blijken effectief om de kennis van de patiënte te verhogen (eerste drempel). Hierbij verwijzen we ook naar de uitnodigingsbrieven in het Verenigd Koninkrijk (cfr. supra). Een recent focusgroeponderzoek bij vrouwen in armoede (25) toonde echter aan dat vele vrouwen een uitnodiging, die van een algemene instantie uitgaat, meteen in de vuilbak werpen. Het is voor patiënten moeilijk om de betrouwbaarheid van dit soort uitnodigingen in te schatten, en ze vinden de uitnodiging vaak ook te moeilijk geformuleerd. Dit kan een verklaring zijn voor bevindingen die men ook in Nederland heeft: een uitnodiging die uitgaat van de **eigen huisarts** is effectiever dan een uitnodiging van een algemene instantie. Interessant is bovendien dat een uitnodiging door de huisarts net wel de kwetsbare, ondergescreende patiënten uit lagere sociale klasses kan motiveren (26). **Persoonlijk aangesproken** worden door een arts, ook tijdens een consultatie om een andere reden, heeft een groter effect dan een algemene uitnodigingsbrief (26). Ook patiënten in

armoede brengen dit bij focusgroepen duidelijk naar voor: indien hun huisarts hen hier persoonlijk over zou aanspreken, zouden ze meer geneigd zijn om een uitstrijkje te laten nemen (25). Het belang van een goede arts-patiëntrelatie, kenmerkend voor de huisarts, komt hierbij naar voor. Hierbij dient men wel op te passen dat men correcte informatie geeft over de reden van het screenen: sommige vrouwen menen dat de arts denkt dat ze reeds kanker hebben, en daarom testen wil doen.

Angst als tweede barrière kan gecounterd worden door **informatie over de procedure**. Ook uitleg over het verloop tijdens het onderzoek is bewezen effectief (27). Een **positieve ervaring** kan bovendien de kans dat de vrouw zich ook in de toekomst laat screenen, verhogen, en zelfs in zekere mate het effect van een negatieve ervaring tegengaan.

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

2.4.5.4 Verhogen van de screeningsgraad voor baarmoederhalskankerscreening: vorige masterthesissen

Een vorige masterthesis door Ellen De Smedt (28) beschrijft het effect van uitnodigingsbrieven, gestuurd door de eigen huisarts. De screeningsgraad steeg van 44% naar 55% in een doelgroep van 25-45 jaar (dit is jonger dan onze doelgroep). Een nadeel dat haar opviel bij het uitvoeren van het onderzoek, is dat de huisarts niet altijd op de hoogte is of de patiënte recent gescreend is, daar de afname van een uitstrijkje bij de gynaecoloog niet altijd gecommuniceerd wordt of niet altijd verwerkt is in het dossier. Na dit onderzoek, konden meer resultaten geïntegreerd worden in het EMD van de huisarts. Daardoor was de huisarts beter op de hoogte van de screeningsintervallen en kon hij deze dan ook beter opvolgen, wat vaak terugkomt als een probleem bij de opvolging van de screening.

Uit ander onderzoek bleek dat wanneer de huisarts zelf het belang van dit onderzoek benadrukte, er een stijging van gemiddeld 7,6% van de participatiegraad bekomen werd. Het verschil was groter bij de groepen die doorgaans minder dan gemiddeld participeren (26).

2.5 Insteek van een praktijkverbeterend project

Vanuit de kennis dat de screeningsgraad in België te laag ligt en omdat wij reeds gemerkt hebben dat er in de huisartsenpraktijk zelden uitstrijkjes worden afgenomen, gingen wij op zoek naar opties om de screeningsgraad te verhogen. Niet alleen curatieve geneeskunde, maar ook preventieve geneeskunde behoort tot het takenpakket van de huisartsgeneeskunde. Het is dus ook de taak van de huisarts om vroegtijdig ziektes te detecteren en hierbij gezondheidsadvies te verstrekken aan alle patiënten.

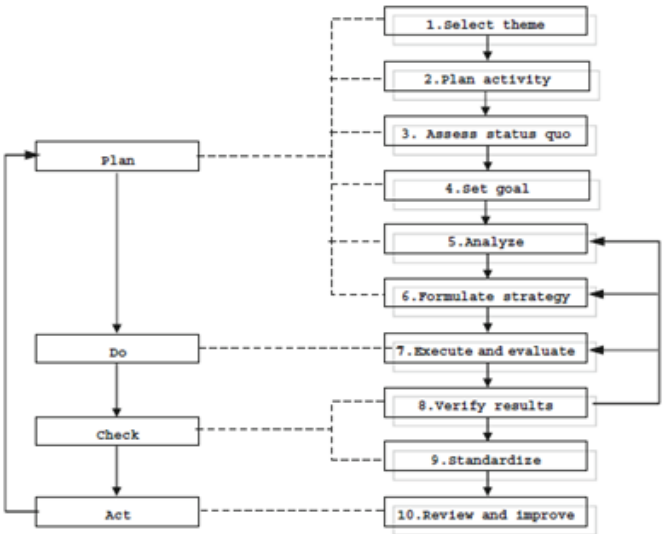
Hierbij deed zich de opportuniteit voor om samen te werken met het CvKO dat eveneens onderzoek verricht naar alternatieve uitnodigingsmogelijkheden voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker.

2.5.1 Advies Orde der Artsen over uitnodigingsbrieven

Niet iedereen mag zomaar een patiënt aanschrijven wanneer een uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden gebeurde. Zo rees de vraag van labo's of zij patiënten hierover konden informeren, om zo tot een betere participatiegraad te komen. De Nationale Raad van de Orde der Artsen is van oordeel dat, in het kader van een preventief kankeronderzoek, de patiënt alleen door zijn behandelende geneesheer kan worden uitgenodigd. Dit wil zeggen dat enkel de huisarts die het GMD beheert, de patiënt individueel mag aansporen tot deelname aan preventief onderzoek zoals cervixuitstrijkjes. Deze krijgt hiervoor toestemming aangezien dit binnen een goed beheer van het medisch dossier valt (29).

2.5.2 PDCA-cyclus

Om dit praktijkverbeterend project op te zetten, werd gebruik gemaakt van de Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus. Deze cyclus werd bedacht door Walter Shewhart en verder uitgewerkt door Edward Deming (30). Het beschrijft een aantal stappen voor continue verbeteringsprojecten. De cyclus wordt in talrijke domeinen als theoretisch kader gebruikt, waaronder ook de gezondheidssector. Een praktijkverbeterend project vindt hierin dan ook een theoretische leidraad, zoals ook weergegeven in figuur 2. De stappen waaruit deze kwaliteitscyclus opgebouwd wordt zijn: thema selecteren, activiteit plannen, status quo analyseren, doel vastleggen, analyseren, strategie formuleren, uitvoeren en evalueren, resultaten verifiëren, standaardiseren, beoordelen en verbeteren. Dit ziet u samengevat in figuur 2 (30). De bedoeling van dit soort cyclus is dat hij steeds opnieuw doorlopen wordt zodat een "continue verbetercyclus" ontstaat. Stap 2 tot en met 6 worden besproken bij de methode, stap 7 tot en met 9 bij de resultaten, en stap 10 vinden we terug bij de bespreking.



Figuur 2: PDCA cyclus (30)

3 Methode

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

3.1 Thema kiezen

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

3.2 Actie plannen

We plannen een actie om de screeningsgraad in 2 deelnemende praktijken te verhogen, en konden hierbij instappen in de studie van het CvKO naar het effect van uitnodigingsbrieven ondertekend door de huisarts. Zoals beschreven stelde een andere huisarts-in-opleiding, Nele De Koninck, zich hetzelfde doel in de opleidingspraktijk waarin zij stage liep.

De onderzoeksvragen die hierbij worden gesteld zijn:

Hoofdonderzoeksvragen:

- Kan de deelname aan screening naar baarmoederhalskanker verhoogd worden door een persoonlijke brief van de huisarts?

Nevenonderzoeksvragen:

- Welke eigenschappen kunnen onderscheiden worden bij de patiënten die ingaan op de uitnodigingsbrief van de huisarts ten opzichte van de patiënten die hierop niet ingaan?
    - Is er een leeftijdsverschil te merken in respons op de interventiebrief?
- Wat is de bijkomende belasting voor de huisarts?
    - Hoe vaak krijgt de huisarts vragen over deze persoonlijke uitnodigingsbrief?
    - Wordt het uitstrijkje na het krijgen van deze persoonlijke uitnodigingsbrief vaker afgenomen door de huisarts in plaats van de gynaecoloog?

3.3 Status quo analyseren

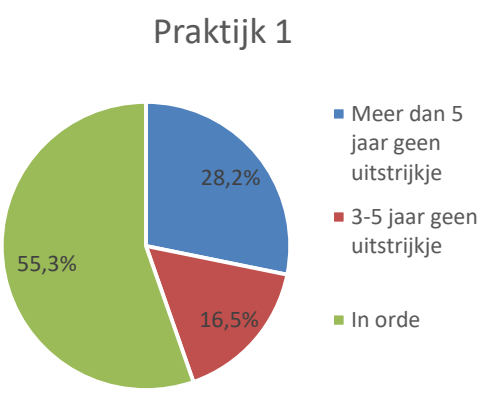
3.3.1 Screeningsgraad voor start

In het elektronisch medisch dossier (EMD) van de 2 praktijken, Health One en Care Connect, werd per praktijk een lijst opgezet van de doelgroep met volgende filters: vrouwen, leeftijd gelijk aan of groter dan 30 jaar, leeftijd kleiner dan of gelijk aan 65 jaar en een GMD vanaf 1 januari 2017. Na deze uitvoering werd een lijst bekomen van 486 en 333 patiënten, verdeeld over de 2 praktijken. Deze lijsten werden doorgestuurd naar het CvKO en daar geanalyseerd. Dit werd geanalyseerd via een vergelijking met de gegevens van de Stichting Kankerregister, waarin sinds 2008 bijgehouden wordt wie wanneer een uitstrijkje liet uitvoeren. Het CvKO beschikt ook over lijsten van patiënten die geen uitnodigingsbrieven meer wensen te ontvangen, of patiënten die na 2002 een hysterectomie ondergingen.

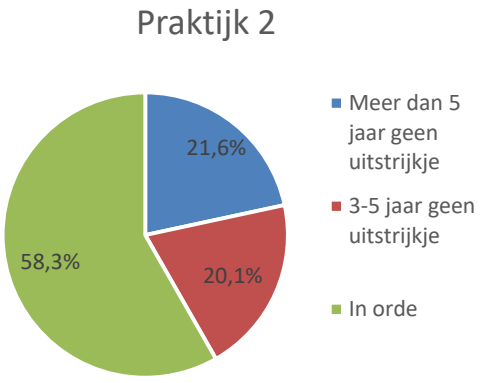
De lijsten werden teruggestuurd naar de overeenkomstige praktijk volgens volgende opdeling:

- patiënten die langer dan 5 jaar gen uitstrijkje kregen
- patiënten die tussen 3-5 jaar geen uitstrijkje kregen

In figuur 3 en 4 is een overzicht te vinden van de screeningsgegevens voor het versturen van de brief (en voor analyse van de gegevens).



Figuur 3: Screeningsgegevens vóór interventie (praktijk 1)



Figuur 4: Screeningsgegevens vóór interventie (praktijk 2)

In volgende analyses wordt gesproken over 'praktijk 1' wanneer we het hebben over praktijk 'Medizorg Oosterzele'. Daarnaast zal gesproken worden over 'praktijk 2' wanneer we het hebben over 'Huisartsenpraktijk Semmerzake'.[2]

3.3.2 Analyse praktijk 1

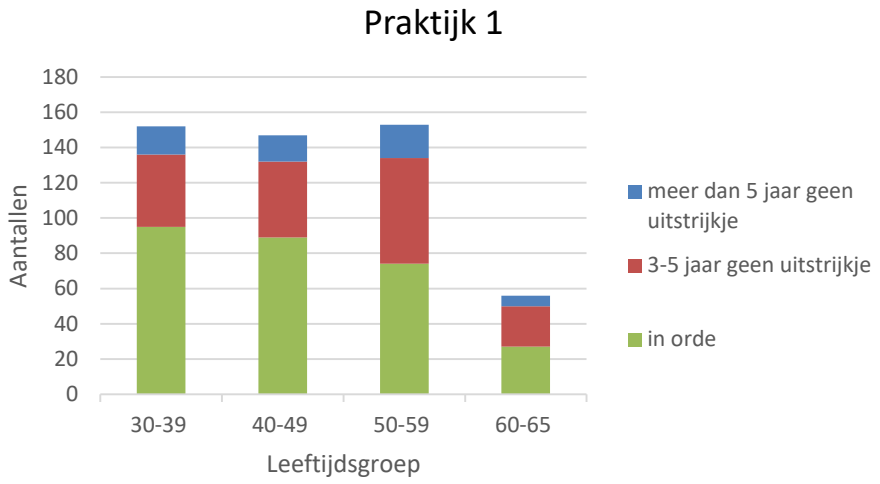
De doorgestuurde lijst bevatte in totaal 486 patiëntes die in aanmerking kwamen voor een uitstrijkje.

Na analyse door het CvKO, bleek dat 137 (28.2%) vrouwen reeds meer dan 5 jaar geen uitstrijkje lieten nemen. Daarnaast lieten 80 (16.5%) vrouwen de laatste 3-5 jaar geen uitstrijkje nemen. Dit wil zeggen dat 55.35% wel in orde was. Deze analyse heeft betrekking op de gegevens die voor de studie bekomen zijn (zonder exclusiecriteria).

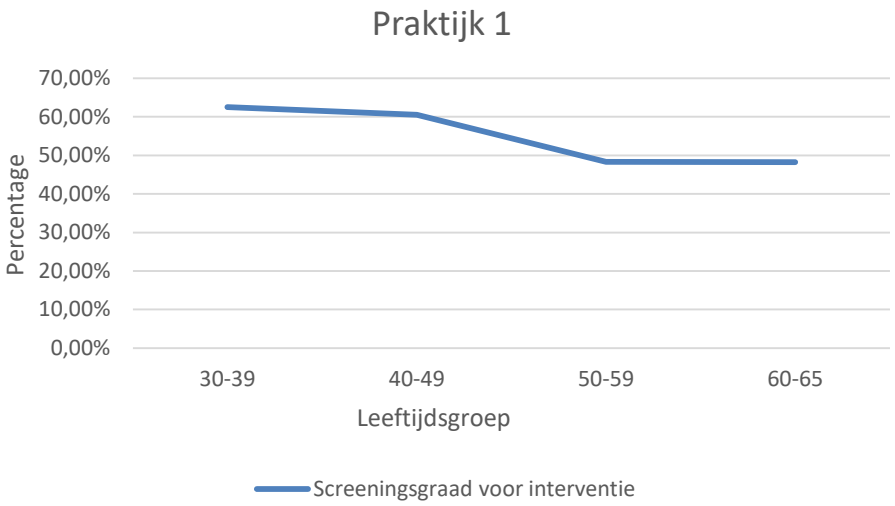
In figuur 5 wordt een overzicht weergegeven van vrouwen per leeftijdscategorie, die niet of wel gescreend zijn en tot welke groep deze behoren.

Uit figuur 6 kunnen we afleiden dat de leeftijdsgroep van 30-39 jaar het hoogste screeningspercentage heeft (62.5%) en het laagste percentage (48.21%) vinden we terug in de groep van 60-65 jaar. Er is geen duidelijke tendens aangaande de hoogte van de screeningsgraad te observeren in de jongere versus de oudere leeftijdsgroepen.

[2] Voor deze masterthesis was het oorspronkelijk de bedoeling om dit slechts in één praktijk uit te voeren. Gezien ik na een jaar van praktijk veranderde , en de brieven pas verstuurd werden in augustus, heb ik ervoor gekozen om dit onderzoek in functie van mijn thesis ook te laten lopen in de andere praktijk.



Figuur 5: *Participatie volgens leeftijdsgroepen (praktijk 1)*



Figuur 6: screeningsgraad vóór interventie

3.3.3 Analyse praktijk 2

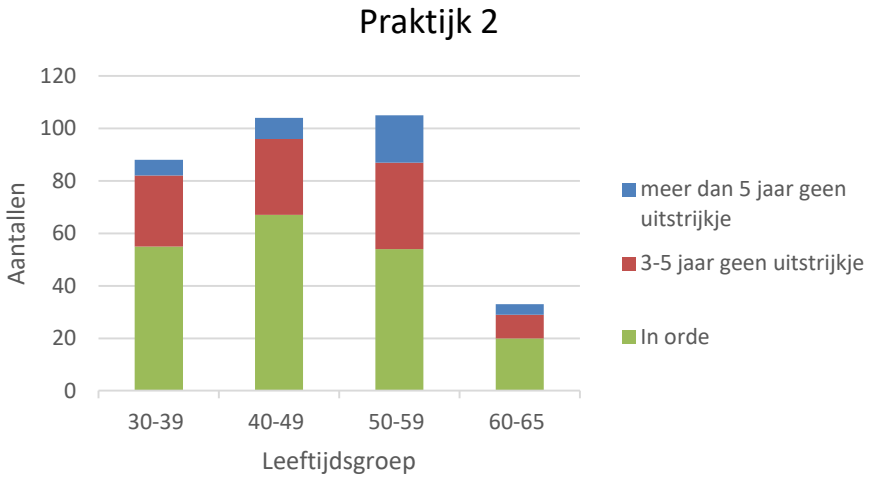
Deze lijst betreft in totaal 333 patiëntes die in aanmerking zouden komen voor een uitstrijkje.

Na analyse door het CvKO, bleek dat er 72 patiënten (of 21.6 %) reeds meer dan 5 jaar geen uitstrijkje lieten nemen. 67 patiënten lieten geen uitstrijkje nemen tussen 3-5 jaar (20.1%). In totaal is dus slechts 58.3% voldoende gescreend. Deze analyse heeft eveneens betrekking op de gegevens die voor de studie bekomen zijn (zonder exclusiecriteria).

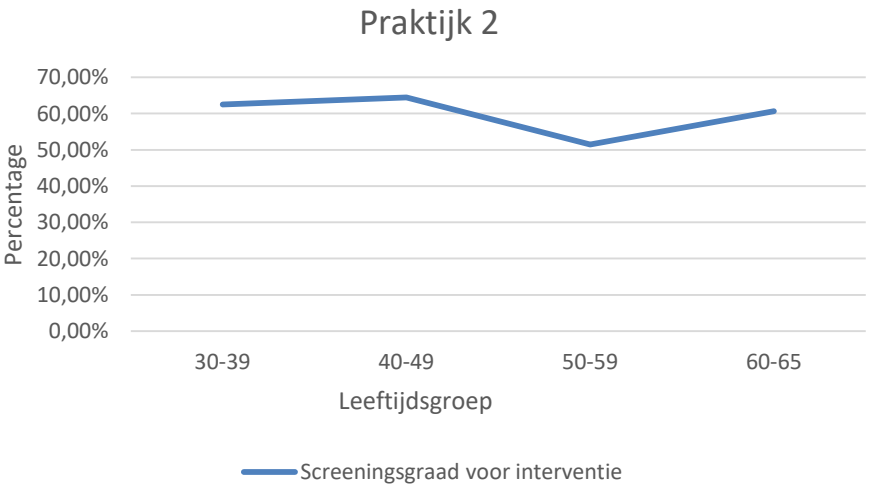
In figuur 7 wordt een overzicht weergegeven van vrouwen per leeftijdscategorie die niet of wel gescreend zijn en tot welke groep deze behoren.

De leeftijdsgroep van 40-49 jaar heeft met 64.5% het hoogste screeningspercentage en het laagste percentage (51.43%) vinden we terug in de groep van 50-59 jaar.

Er is geen duidelijke tendens aangaande de hoogte van de screeningsgraad te observeren in de jongere versus de oudere leeftijdsgroepen, zoals zichtbaar is in figuur 8.



Figuur 7: Participatie volgens leeftijdsgroepen (praktijk 2)



Figuur 8: Screeningsgraad vóór interventie per leeftijdsgroep

3.3.4 Visgraatanalyse van te lage screeningsgraad

3.3.4.1 Praktijkkenmerken praktijk 1

In deze praktijk werken 2 vaste artsen, een man en een vrouw, samen met een 1 huisarts-in-opleiding (HAIO). De praktijk werkt met 2 halftijdse secretaresses die instaan voor de administratie.

De praktijk heeft 3069 actieve patiënten (mannen, vrouwen en kinderen), waarvan 2089 in 2017 een GMD hadden in de praktijk. Er zijn 1061 vrouwelijke GMD-houders.

Er wordt gewerkt met het medisch programma Health One. De aandacht voor screening naar baarmoederhalskanker is laag. Tevens zijn de dossiers niet echt up-to-date en is er een gebrek aan kennis bij de artsen over de screeningsparticipatie en gegevens. Dit heeft ook deels met het programma te maken. Het zou helpen mochten de secretaresses deze taak op zich kunnen nemen.

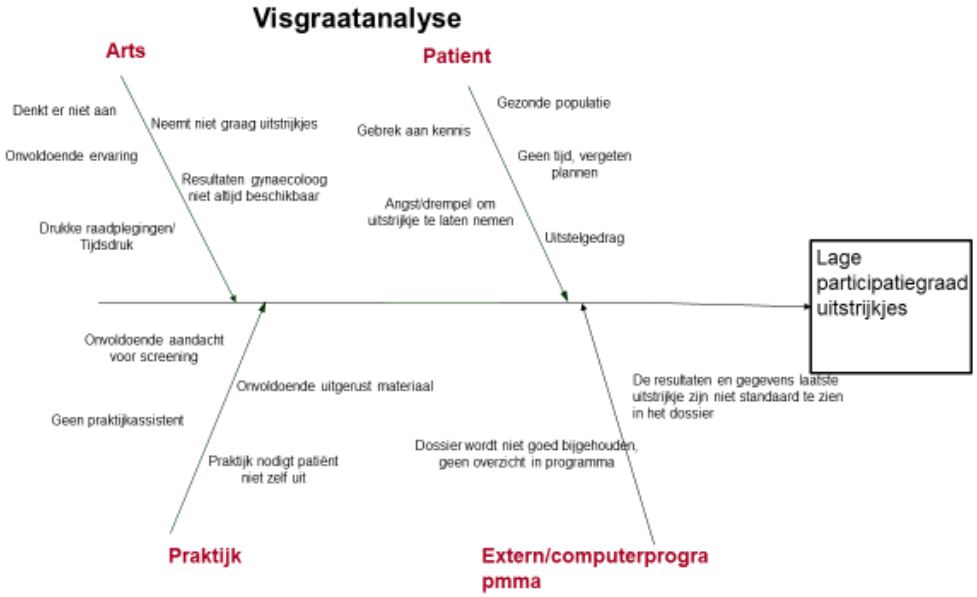
3.3.4.2 Praktijkkenmerken praktijk 2

In deze praktijk werkt 1 vaste mannelijke arts samen met een HAIO. De praktijk heeft geen secretaresse.

De praktijk heeft 1953 actieve patiënten, waarvan 1263 in 2017 een GMD hadden in de praktijk. Er zijn 707 vrouwelijke GMD-houders.

Er wordt gewerkt met het medisch programma CareConnect. De aandacht voor screening naar baarmoederhalskanker is hoger. De arts die hier werkt, vindt preventie heel belangrijk. De dossiers zijn redelijk up-to-date. De elektronische en papieren post wordt grondig opgevolgd sinds vorig jaar (sinds het gebruik van het medisch programma): elk resultaat van cervix-, borst- of colonkankerscreening wordt als zorgaanpak gecodeerd in het dossier, zodat vanzelf een planningsbericht wordt weergegeven na respectievelijk 3 of 2 jaar.

3.3.4.3 Probleemanalyse algemeen



Figuur 9: Visgraatanalyse

Deze visgraatanalyse (figuur 9) heeft als probleemstelling: een te lage screeningsgraad met betrekking tot cervixkankerscreening in de huisartsenpraktijk. Via een peiling bij collega-artsen uit de twee verschillende praktijken en via onderling overleg (tussen zowel Nele en mij als tussen de collega-artsen en mij) worden bepaalde beïnvloedende factoren opgesomd en van dichtbij bekeken om mogelijke verklaringen voor deze lage screeningsgraad te vinden. Hier volgt een opsomming van de mogelijke factoren met een negatieve invloed op de screeningsgraad:

- Persoonsgebonden factoren
    - Bij de artsen
        - Artsen die niet graag een uitstrijkje afnemen / onvoldoende ervaring hebben met een uitstrijkje
        - Slechte communicatie tussen de gynaecoloog en de huisarts. Meestal ontbreken protocollen van de gynaecoloog.
        - Artsen denken er niet altijd aan
        - Tijdsgebrek: agenda's zijn goed gevuld en consultaties lopen vaak uit, waardoor de klemtoom niet steeds op preventie wordt gelegd.
    - Bij de patiënten
        - Gebrek aan kennis bij patiënt zelf (weten niet van het bestaan, denken dat zij laag risico vormen door bv. een vast partner)
        - Schaamte/angst/ongemak
        - Tijdsgebrek
        - Denken er niet aan
- Praktijkgebonden factoren hebben te maken met de werking van de praktijk Voor onze studie werden volgende barrières vastgesteld:
    - Regelmatige wissel van de HAIO zorgt voor verminderde continuïteit en een wisselende vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt
    - Slechte registratie in het EMD (de binnengekomen resultaten worden niet verwerkt), gebrek aan een protocol op praktijkniveau

- Factoren in verband met beschikbare middelen die te maken hebben met wat in de praktijk voorhanden is aan noodzakelijk infrastructuur, toestellen of materiaal.
  Voor deze studie:
    - Er zijn geen middelen beschikbaar voor educatie en voorlichting, voor zowel de patiënt als de arts. Anders zijn er geen duidelijke gebreken. Al het materiaal is aanwezig voor de afname van een uitstrijkje.
- Externe factoren hebben te maken met het milieu waarin de artsen werken en met de kenmerken van het gezondheidssysteem. Deze factoren zijn niet direct afhankelijk van de eigen praktijkorganisatie en zijn moeilijk of niet beïnvloedbaar. De volgende oorzaken werden voor deze studie weerhouden:
    - De uitstrijkjes worden nu vaak naar de tweede lijn verschoven. Gynaecologen nemen frequent de uitstrijkjes af. Patiënten weten vaak niet dat dit ook bij de huisarts kan gebeuren.
    - Resultaten zijn niet gekend. Deze worden niet doorgegeven door het labo of door de gynaecoloog.

Collega-artsen zijn unaniem over het feit dat registratie in het EMD en een herinnering bij het openen van het EMD de manier bij uitstek is om de dekkingsgraad te verhogen. In het kader van preventie zijn de artsen gewonnen om extra inspanningen te leveren om een georganiseerde cervixkankerscreening in de praktijk tot stand te brengen.

3.4 Doelstelling

Het doel is het verhogen van de screeningsgraad in de verschillende praktijken. Een vorige masterthesis (28) bereikte een stijging van de screeningsgraad met 10%. Dit wordt in deze masterproef als streefdoel genomen.

In hoofdstuk 3.2 werden de onderzoeksvragen in detail beschreven.

3.5 Analyseer

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

3.6 Strategie formuleren

Wij hebben beslist in te stappen in het pilootproject van het CvKO. De bedoeling van dit pilootproject is te testen of een interventiebrief van de huisarts de screeningsgraad verhoogt. Er wordt gewerkt met een interventie- en een controlegroep met telkens

vrouwen tussen 30 en 64 jaar waarbij een uitstrijkje minstens 5 jaar geleden is. Het effect in beide groepen wordt vergeleken na 12 maand.

Aangezien wij slechts over een beperkte tijd beschikken tot het afronden van de masterproef, worden de resultaten in overleg met het CvKO na 6 maand reeds bekeken. Nadien loopt de studie van het CvKO verder om het totale resultaat na 12 maand te bepalen.

Wij onderzochten bijkomend de participatiegraad in een groep die het CvKO niet onderzoekt: de vrouwen die reeds in huidig werkjaar al een uitnodigingsbrief kregen, kregen van ons ook een interventiebrief. Dit effect werd eveneens vergeleken met de controlegroep. In de praktijken werd daarnaast een lijst bijgehouden waarop alle artsen en secretaressen eventuele vragen over de verstuurde brieven noteerden , zodat op deze manier de extra belasting kon worden bijgehouden.

Zoals hierboven vermeld, worden de gegevens van praktijk 'Medizorg Oosterzele' en 'Huisartsenpraktijk Semmerzake' beschreven in deze masterproef. De resultaten van andere praktijken wordt beschreven in de masterproef van Nele De Koninck. Daarna worden de resultaten gebundeld om een grotere statistische sterkte te bereiken.

De statistische analyse gebeurde in SPSS 25.0. Voor categorische variabelen gebeurde dit door middel van een Fisher Exact test voor patiëntengroepen van maximum 5 personen. Voor grotere groepen wordt een Chi-square analyse gebruikt. Een p-waarde kleiner dan 0.05 werd beschouwd als statistisch significant. Indien de p-waarde kleiner of gelijk was aan 0.10 werd een trend tot significantie aangetoond. Vanaf een p-waarde groter dan 0.10 werd er geen significantie vastgesteld. Daarnaast werd er gebruikt gemaakt van een correlatie analyse om te kijken of er een leeftijdsverschil te merken is in respons op de brieven. Hierbij vinden we een correlatiecoëfficiënt (r) die een waarde heeft tussen -1 en 1. Het teken geeft de richting aan van het verband. De waarde geeft de sterkte aan van het verband. Hoe verder de correlatiecoëfficiënt verwijderd is van 0, hoe sterker de correlatie. Een negatieve correlatie hier betekent dat vooral jongere vrouwen een uitstrijkje lieten nemen.

3.7 Do: uitvoeren en evalueren

Wij maakten hiervoor een interventiebrief die door de artsen van de 2 praktijken werd ondertekend (zie bijlage 1). Zoals ter sprake gebracht bij de literatuurstudie, lijkt concrete informatie over hoe een afspraak te maken, met telefoonnummer of internetadres bijgevoegd, het aantal vrouwen dat reageert op de brief te verhogen. Dit werd dan ook geïntegreerd bij het opstellen van deze brief. Daarnaast werd gelet op een overzichtelijke lay-out waardoor de hoofdboodschap in het oog springt: “Indien u nog geen uitstrijkje liet afnemen, richt u dan tot uw huisarts of gynaecoloog voor een afspraak.” Ook de afzender van de brief werd duidelijk gemaakt door invoegen van een praktijkhoofding en ondertekening door de artsen van de praktijk. Verder werd de opbouw zo licht mogelijk gehouden, zodat een teveel aan tekst niet leidt tot afhaken van het lezen.

We wensten ook een zicht te krijgen op de correcte indicatie van de verstuurde brieven. Daarom werd de vraag toegevoegd om de huisarts op de hoogte te brengen indien een

uitstrijkje toch binnen de 3 jaar gebeurd was. Dit speelt in op de gekende foutenmarge en vertraging in het kennen van de screeningsstatus door het CvKO, en heeft als voordeel dat het elektronisch medisch dossier (EMD) van de patiënt kan worden bijgewerkt.
De bedoeling was de brief van de huisarts te versturen samen met de informatiefolder van het CvKO, waarin het nut en verloop van een baarmoederhalsuitstrijkje op toegankelijke wijze wordt uitgelegd. Vanuit het CvKO werd deze brief echter zonder de informatiefolder verstuurd. Dit werd pas duidelijk wanneer patiëntes op consultatie kwamen met de enveloppe waarin enkel de brief van de huisarts zat, zonder bijhorende informatiefolder. Op dat ogenblik kon dit niet meer gecorrigeerd worden.

Vanuit de 2 praktijken werd een lijst verstuurd naar het CvKO van alle patiëntes tussen 30 en 65 jaar met een GMD in de betreffende praktijk. Het CvKO keek de datum van het laatste uitstrijkje na, en of er voor de patiënte geen definitieve exclusie of weigering bekend was. Vervolgens werd een onderverdeling gemaakt. Patiëntes die minder dan 3 jaar geleden een uitstrijkje lieten maken, werden beschouwd als voldoende gescreend. Patiëntes waarbij het uitstrijkje tussen de 3 en 5 jaar geleden was, ontvingen de interventiebrief, ondertekend door de huisarts. Patiëntes waarbij het uitstrijkje langer dan 5 jaar geleden was, doorliepen de bijkomende exclusiecriteria voor de studie van het CvKO: wie reeds een uitnodigingsbrief ontving in het huidige werkjaar, kwam niet in aanmerking voor de studie, maar kreeg wel nog de interventiebrief, ondertekend door de huisarts (interventiegroep 2). De patiënten die wel in aanmerking kwamen voor de studie van het CvKO, werden gerandomiseerd in 2 groepen: de controlegroep ontving de reguliere uitnodigingsbrief voor het bevolkingsonderzoek (controlegroep), de interventiegroep ontving de interventiebrief ondertekend door de huisarts (interventiegroep 1). De brieven werden in één lichting verstuurd, en dit in augustus 2017.

In december 2017 ontving het CvKO een eerste resultaat wie van de patiëntes een uitstrijkje liet afnemen en op welke datum. Zoals eerder werd beschreven, lopen deze resultaten steeds achter op de werkelijke screeningstoestand, omdat het CvKO deze resultaten niet rechtstreeks verkrijgt. Daarom werd in februari 2018 beslist om ook de eigen patiëntendossiers te doorlopen en na te gaan wie een uitstrijkje liet maken. De patiëntendossiers werden nagekeken op 13 februari 2018 en op 27 februari 2018.

Bij het bekijken van de patiëntendossiers werd het volgende genoteerd:

- Liet de patiënte een uitstrijkje maken?
- Wat was de datum van het laatste uitstrijkje?
- Leeftijd van de patiënte
- Werd dit uitstrijkje afgenomen bij de gynaecoloog of bij de huisarts?

De datum van het laatste uitstrijkje voor het versturen van de interventiebrieven, werd gebaseerd op de gegevens van het CvKO. Zij beschikken over resultaten sinds 2008.
In de resultaatbespreking werd ervoor gekozen om de 2 praktijken apart te beschrijven, gezien dit eigenlijk over een praktijkverbeterend project gaat. Nadien werd een analyse van de 2 praktijken samen gemaakt, en om de power nog te verhogen ook een analyse van de 3 praktijken.

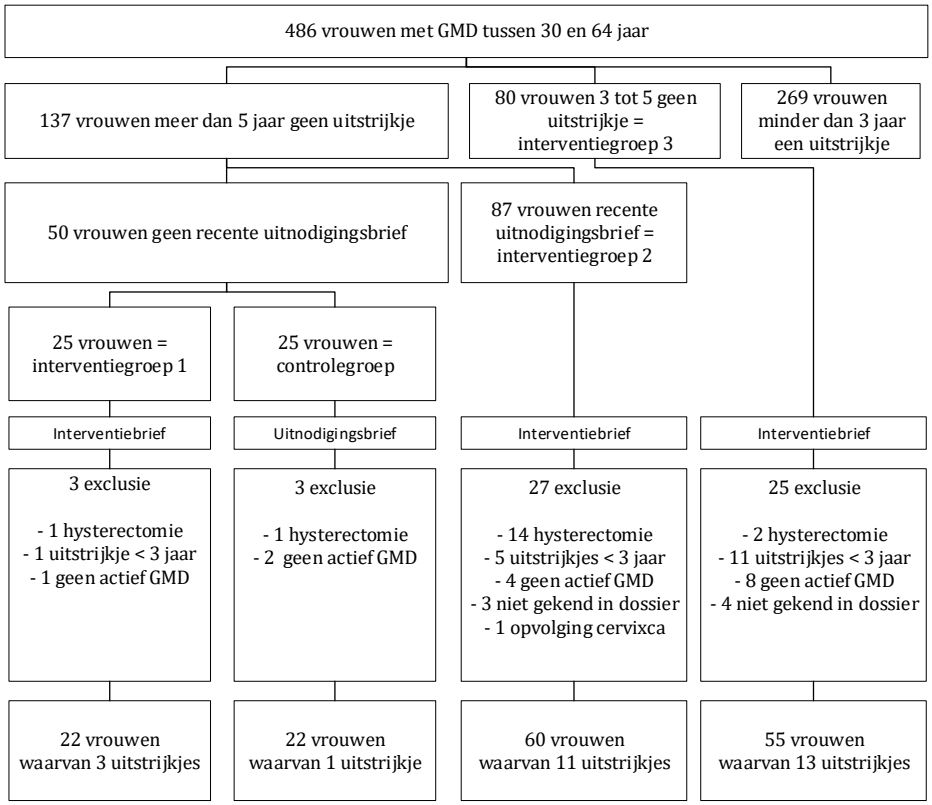
4 Resultaten

4.1 Participatiegraad voor interventie

Praktijk 1

De lijst die werd teruggestuurd vanuit het CvKO bestond uit 486 vrouwen die een GMD in deze praktijk hadden en behoorden tot de leeftijdscategorie 30 t.e.m. 64 jaar.

In figuur 10 is een flowchart voor praktijk 1 te vinden. Hier wordt een beknopte beschrijving weergegeven van de procedure voor de analyse van de gegevens. Deze analyse wordt later in de tekst beschreven.



Figuur 10: Flowchart praktijk 1

Een analyse van het CvKO identificeerde 137 vrouwen waarbij het uitstrijkje meer dan 5 jaar geleden was. Daarnaast hadden nog 80 patiëntes een uitstrijkje laten nemen 3 tot 5 jaar geleden. In totaal is dus 44.65% van de vrouwelijke GMD-houders tussen 30-65 jaar onvoldoende gescreend, 55.35% voldoende. Na het analyseren van de lijsten, bleek dat 22 patiënten niet meer actief waren in ons dossier (of nooit gekend waren in ons dossier)[3]. Deze mogen dus afgehouden worden van de 486 patiëntes en zo komen we aan een participatiegraad van 56%. Van de 464 potentiële vrouwen die in aanmerking komen voor screening, zijn er 18 die een hysterectomie lieten uitvoeren en 1 met een cervixcarcinoom. Hierdoor zijn er 445 vrouwen van deze praktijk die uiteindelijk in

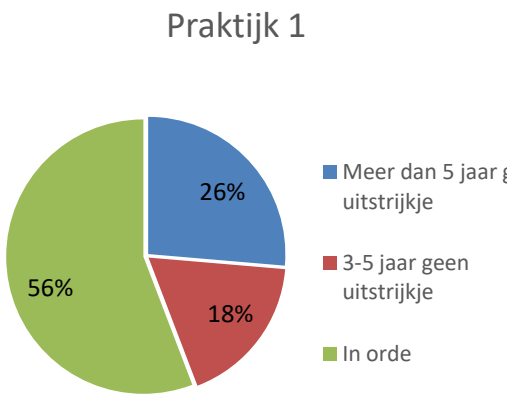
[3] Bij analyse van de gegevens bleek dat niet alle patiënten terug te vinden waren in ons dossier. Het is niet duidelijk hoe deze fout hierin gekropen is. Deze patiënten werden geëxcludeerd als 'patiënt niet gekend in dossier'. Daarnaast bleken sommige patiënten geen actief GMD meer te hebben in onze praktijk. Deze werden ook uit de studie gelaten.

aanmerking komen voor de screening. Zeventien vrouwen lieten toch recent een uitstrijkje nemen. Van deze 445 vrouwen is dus 35.7% onvoldoende gescreend (tabel 1).

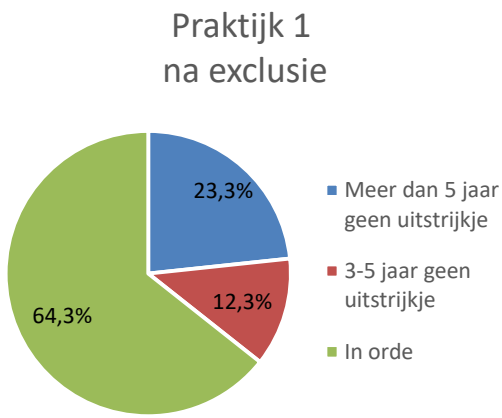
Tabel 1: Overzicht exclusiecriteria praktijk 1

Vrouwen tussen 30-65	Niet in dossier	Hysterectomie	Cervixcarcinoom	In aanmerking voor screening	Onvoldoende gescreend
486	22	18	1	445	159 (35.7%)

In de volgende 2 figuren (figuur 11 en figuur 12) zien we een verschillende screeningsgraad wanneer wij rekening houden met deze exclusiecriteria. 64.3 % lijkt toch voldoende gescreend te zijn in plaats van de eerder berekende 56%.



Figuur 11 : Participatiegraad in praktijk 1 vóór het versturen van de interventiebrief

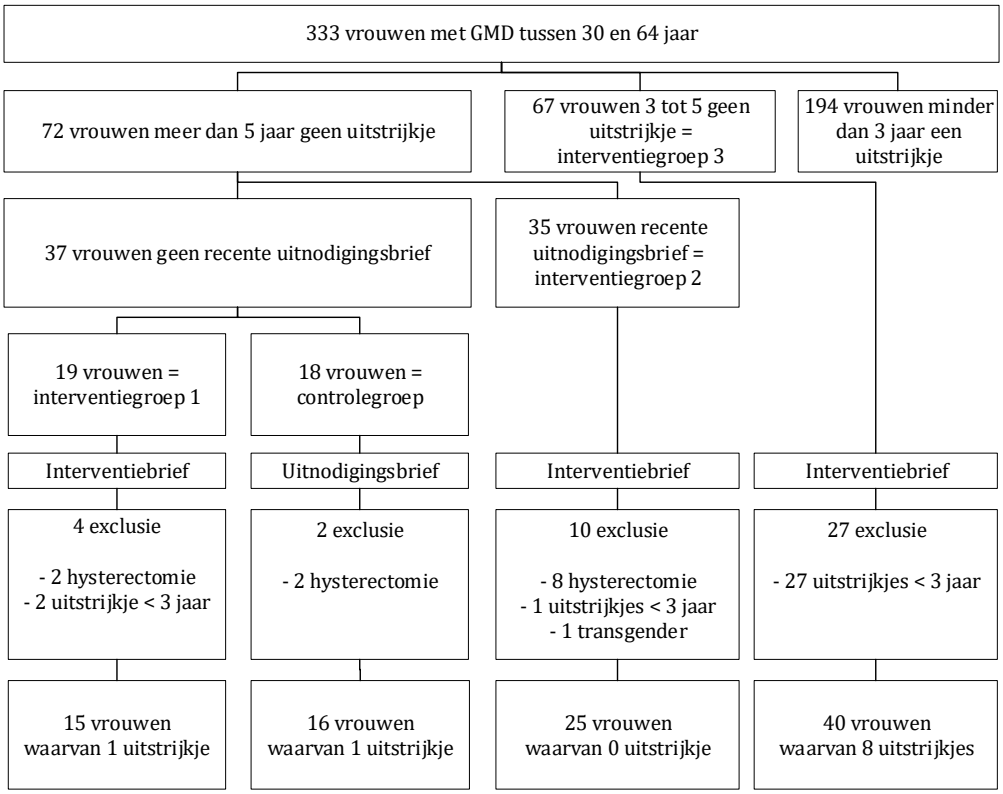


Figuur 12: Effectieve participatiegraad praktijk 1

Praktijk 2

De lijst die werd teruggestuurd vanuit het CvKO bestond uit 333 vrouwen die een GMD in deze praktijk hadden en behoorden tot de leeftijdscategorie 30 t.e.m. 64 jaar.

In figuur 13 is een flowchart voor praktijk 2 te vinden. Hier wordt een beknopte beschrijving weergegeven van de procedure voor de analyse van de gegevens.



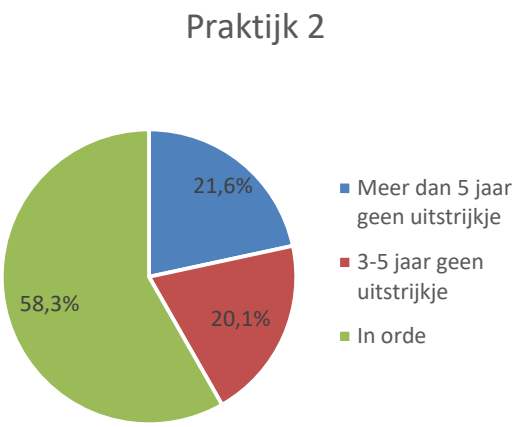
Figuur 13: Flowchart praktijk 2

Zoals weergegeven in figuur 13 identificeerde een analyse door het CvKO, voor de start van de studie, 72 vrouwen waarbij het uitstrijkje meer dan 5 jaar geleden was. Daarnaast hadden nog 67 patiëntes geen uitstrijkje laten nemen 3 tot 5 jaar geleden. In totaal is dus 41.7% van vrouwelijke GMD-houders tussen 30-65 jaar onvoldoende gescreend, 58.3% voldoende. Echter, wanneer rekening gehouden wordt met patiëntes die volgens het dossier van de huisarts toch reeds een recent uitstrijkje lieten uitvoeren (32), een hysterectomie ondergingen in het verleden (10) of transgender zijn (1), zijn 30% van deze vrouwen onvoldoende gescreend (96 van de 322 vrouwen , zie tabel 2).

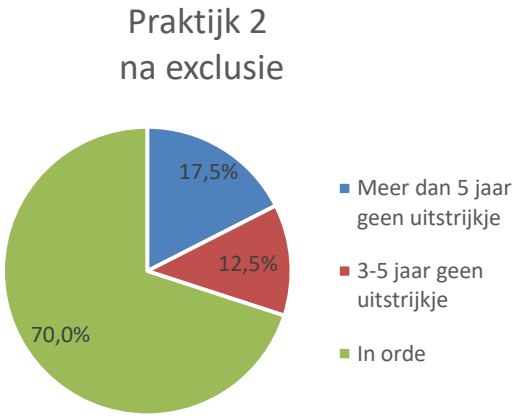
Tabel 2: Overzicht exclusiecriteria praktijk 2

Vrouwen tussen 30-65 jaar	Hysterectomie	Transgender	In aanmerking voor screening	Onvoldoende gescreend
333	10	1	322	96 (30%)

In de volgende 2 figuren (figuur 14 en figuur 15) zien we opnieuw een verschillende screeningsgraad wanneer wij rekening houden met deze exclusiecriteria. 70% lijkt toch voldoende gescreend te zijn in plaats van de eerder berekende 58.3%.



Figuur 14: Participatiegraad in praktijk 2 vóór het versturen van de interventiebrief



Figuur 15: Effectieve participatiegraad in praktijk 2

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

Praktijk 1

50 patiëntes werden geïncludeerd in de studie uitgaande van het CvKO (figuur 10) . Deze werden gerandomiseerd in een interventiegroep (25 patiëntes) en een controlegroep (25 patiëntes). Alle patiëntes uit de interventiegroep ontvingen de interventiebrief, ondertekend door de GMD-houdende huisarts. De patiëntes uit de controlegroep ontvingen enkel de reguliere uitnodigingsbrief van het CvKO.

Bij analyse van het patiëntendossier, na het versturen van de brieven, bleken 3 patiëntes uit de interventiegroep en 3 patiëntes uit de controlegroep toch niet in aanmerking te komen voor de studie. Dit omwille van een hysterectomie in het verleden, een recent cervixuitstrijkje, of omdat zij toch geen patiënt meer waren in de praktijk (zie figuur 10). De redenen hiervoor hebben geen link met de interventie zelf, bijgevolg werden deze patiënten niet meegerekend in de volgende analyses. De verdere analyse werd uitgevoerd op de overige 44 patiëntes.

Praktijk 2

Binnen praktijk 2 werden 37 patiëntes gerandomiseerd (19 in de interventiegroep en 18 in de controlegroep) (figuur 13). Bij analyse van het patiëntendossier werden 4 vrouwen geëxcludeerd uit de interventiegroep (2 omwille van een hysterectomie en 2 omwille van een recent uitstrijkje) en 2 uit de controlegroep (hysterectomie). De verdere analyse werd uitgevoerd op de overige 32 patiëntes.

4.2.1 Achtergrondkenmerken van de studiegroepen

Praktijk 1

De gemiddelde leeftijd in de interventiegroep is 48,4 jaar met een standaarddeviatie (SD) van 9,1 jaar. In de controlegroep is dat 50,1 jaar met een standaarddeviatie van 9,7 jaar (zie tabel 3).

Tabel 3: Gemiddelde leeftijd praktijk 1

	Interventiegroep 1 (n=22)	Controlegroep (n=22)
Leeftijd: gemiddelde (SD)	48,4 (9,1)	50,1 (9,7)

Praktijk 2

De gemiddelde leeftijd in de interventiegroep is 51 jaar met een standaarddeviatie van 6 jaar. In de controlegroep is dat 52 jaar met een standaarddeviatie van 10,7 jaar (zie tabel 2).

Tabel 4: Gemiddelde leeftijd praktijk 2

	Interventiegroep 1 (n=15)	Controlegroep (n=16)
Leeftijd: gemiddelde (SD)	51 (6,0)	52 (10,7)

4.2.2 Kan de participatie aan baarmoederhalskankerscreening verhogen door een persoonlijke brief van de huisarts?

Praktijk 1

In de interventiegroep lieten na 6 maand 3 personen een uitstrijkje nemen, terwijl in de controlegroep slechts 1 persoon een uitstrijkje liet maken na dezelfde termijn.

Het versturen van de interventiebrief toont ons geen significante stijging van uitstrijkjes ten opzichte van de gekende uitnodigingsbrief van het CvKO (p=0,294).

De interventiebrief geeft 9,1% meer deelname aan het bevolkingsonderzoek dan de gekende uitnodigingsbrief. Om 1 patiënte extra een uitstrijkje te laten maken, dienen 10,6 vrouwen de interventiebrief van de huisarts te krijgen in plaats van de gekende uitnodigingsbrief.

Praktijk 2

Uit interventiegroep 1 liet na 6 maand één persoon een uitstrijkje maken te opzicht van één persoon uit de controlegroep na dezelfde termijn.

We zien in deze groep geen verschil in respons na een interventiebrief, ten opzichte van de respons op de gekende uitnodigingsbrief van het CvKO (p=0,962).

4.2.3 Bijkomende effecten van de uitnodiging ondertekend door de huisarts

Leeftijd van wie een uitstrijkje laat nemen?

Praktijk 1

Er was slechts 1 patiënte die een uitstrijkje liet nemen na het versturen van de reguliere uitnodigingsbrief (controlegroep). Deze patiënte was 62 jaar. De patiëntes die ingingen op de interventiebrief hadden een gemiddelde leeftijd van 42,4 jaar, met een standaarddeviatie van 8,5 jaar.

We zien geen verschil in respons tussen jongere en oudere vrouwen (r=-0,264, p=0,235).

Praktijk 2

De patiënte die inging op de controlebrief was 55 jaar, tegenover een 43-jarige patiënte die reageerde op de interventiebrief.

Keuze voor huisarts of gynaecoloog?

Praktijk 1

Er kozen 2 vrouwen om bij de huisarts te gaan na het versturen van de interventiebrief. Eén patiënte ging naar de gynaecoloog. De ene patiënt die een uitstrijkje liet nemen na de controlebrief, ging naar de huisarts. Er is geen verschil in keuze arts na het ontvangen van de interventiebrief ten opzichte van de controlebrief (p=1).

Praktijk 2

De patiëntes die een uitstrijkje lieten nemen, gingen beide naar de gynaecologe.

In tabel 5 en 6 vinden we een overzicht van de gegevens die hierboven besproken werden over praktijk 1 en praktijk 2.

Tabel 5: Samenvattingtabel praktijk 1

Studieresultaten uitstrijkje > 5j geleden	Interventiegroep 1 (n= 22)	Controlegroep (n=22)
Aantal uitstrijkjes na brief	3	1
Wanneer uitstrijkje laten nemen:		
Gemiddelde leeftijd (SD)	42,4 (8,5)	62,0
Aantal uitstrijkjes bij huisarts	2	2
Aantal uitstrijkjes bij gynaecoloog	1	0

Tabel 6: Samenvattingtabel praktijk 2

Studieresultaten uitstrijkje > 5j geleden	Interventiegroep 1 (n=15)	Controlegroep (n=16)
Aantal uitstrijkjes na brief	1	1
Wanneer uitstrijkje laten nemen:		
Leeftijd	43,0	55,0
Aantal uitstrijkjes bij huisarts	0	0
Aantal uitstrijkjes bij gynaecoloog	1	1

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

Praktijk 1

87 patiënten kwamen niet in aanmerking voor de studie van het CvKO omdat ze reeds een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek ontvingen in het huidige werkjaar. In augustus 2017 werden er toch interventiebrieven naar hen gestuurd om het effect hiervan te evalueren.

27 patiëntes uit deze groep werden geëxcludeerd (zie figuur 10): 14 patiëntes ondergingen in het verleden een hysterectomie, 5 patiënten kregen toch recent een uitstrijkje, 3 patiënten waren niet gekend in het dossier, 4 patiënten hadden geen actief GMD meer en 1 patiënt werd opgevolgd voor cervixcarcinoom. Omdat deze exclusieredenen niet gelinkt zijn aan de interventie, werden deze patiëntes niet meegerekend in onderstaande analyses. De analyses betreffen de 60 overige patiëntes.

Praktijk 2

35 patiënten kwamen niet in aanmerking voor de studie van het CvKO (figuur 13). Zij ontvingen in augustus 2017 toch ook de interventiebrief van de huisarts.

10 patiëntes uit deze groep werden geëxcludeerd (zie figuur 13): 8 patiëntes ondergingen in het verleden een hysterectomie, 1 patiënte liet toch recent een uitstrijkje nemen, en 1 patiënt is transgender. Omdat deze exclusieredenen niet gelinkt zijn aan de interventie, werden deze patiëntes niet meegerekend in onderstaande analyses. De analyses betreffen de 25 overige patiëntes.

4.3.1 Kenmerken van de studiegroep

De gemiddelde leeftijd van de patiëntes uit interventiegroep 2 van praktijk 1 was 48 jaar met een standaarddeviatie van 10 jaar. In praktijk 2 was dit 49 jaar met een standaarddeviatie van 9 jaar.

4.3.1 Kan de participatie aan baarmoederhalskankerscreening verhogen door een persoonlijke brief van de huisarts?

Praktijk 1

Zes maand na het krijgen van de interventiebrief lieten 11 vrouwen uit interventiegroep 2 een uitstrijkje nemen ten opzichte van 1 patiënt uit de controlegroep.

Statistisch gezien werden er niet meer uitstrijkjes genomen na het versturen van de interventiebrief, die volgde op de reguliere uitnodigingsbrief (p=0,38).

Praktijk 2

6 maand na het krijgen van de interventiebrief liet niemand een uitstrijkje afnemen.

4.3.2 Bijkomende effecten van de interventiebrief

Aangezien er in praktijk 2 geen uitstrijkjes genomen werden, kan er in deze groep geen besluit geformuleerd worden over leeftijd en keuze arts. Onderstaande resultaten beschrijven enkel praktijk 1 (tabel 7).

Leeftijd van wie een uitstrijkje laat nemen?

Vrouwen die ingingen op de interventiebrief waren gemiddeld 42 jaar met een standaarddeviatie van 9 jaar.

We zien een leeftijdsverschil in respons op de brief: jongere vrouwen waren meer geneigd een uitstrijkje te laten nemen dan oudere vrouwen (r=-0.290, p=0,025).

Keuze voor huisarts of gynaecoloog?

Zeven patiënten kozen voor een uitstrijkje bij de huisarts en 4 bij de gynaecoloog. Er is geen statistisch verschil in keuze arts na het ontvangen van de interventiebrief (p=0,46).

Tabel 7: Overzichtstabel bijkomende effecten van de interventiebrief

Interventiegroep 2	Praktijk 1	Praktijk 2
Aantal uitstrijkjes na brief	11	0
Wanneer uitstrijkje laten nemen:		
Gemiddelde leeftijd (SD)	42 (9)	-
Aantal uitstrijkjes bij huisarts	7	-
Aantal uitstrijkjes bij gynaecoloog	4	-

4.4 Analyse verschillende praktijken

2 praktijken

Gezien de beperkte data wordt bijkomstig een analyse van de 2 praktijken samen beschreven. In tabel 8 is een overzicht te vinden van de absolute aantallen per groep. Tabel 9 geeft een overzicht weer van de bijhorende p-waarden.

De interventiebrief werd gestuurd naar 37 vrouwen van interventiegroep 1. Hiervan lieten 4 patiënten (10,8%) een uitstrijkje nemen. De controlebrief werd gestuurd naar 38 patiënten, waarvan 2 patiënten (5,2%) een uitstrijkje lieten nemen. Er blijkt geen meerwaarde te zijn van de interventiebrief ten opzichte van de controlebrief op het aantal afgenomen uitstrijkjes binnen de 6 maand (p=0,376). Binnen interventiegroep 2 kregen 85 patiënten een interventiebrief. Hiervan lieten 11 patiënten een uitstrijkje nemen (12,9%). We bekomen hier evenmin een significant effect (p=0,201).

Daarnaast zien we een neiging tot leeftijdsverschil in respons op de brief binnen interventiegroep 1 (r=-0,299, p=0,072). Binnen interventiegroep 2 konden we effectief een leeftijdsverschil aantonen (r=-0,255, p=0,018). In totaliteit geldt eveneens: hoe jonger de vrouwen, hoe meer zij geneigd waren om een uitstrijkje te laten nemen (r= -0,191 en p=0,016).

In totaal werden er na het verturen van de interventiebrief 9 uitstrijkjes bij de huisarts afgenomen, tegenover 6 bij de gynaecoloog. Er is geen statistisch verschil te zien in keuze arts voor het nemen van een uitstrijkje na het ontvangen van de interventiebrief (voor interventiegroep 1 geldt p=1, voor interventiegroep 2 geldt p=0,715).

Tabel 8: Overzichtstabel 2 prakijken

2 praktijken	Interventiegroep 1 (n=37)	Interventiegroep 2 (n=85)	Controlegroep (n=38)
Aantal uitstrijkjes na brief	4	11	2
Wanneer uitstrijkje laten nemen:			
Gemiddelde leeftijd (SD)	48,5 (8,7)	47,4 (10,0)	51,8 (10,5)
Aantal uitstrijkjes bij huisarts	2	7	1
Aantal uitstrijkjes bij gynaecoloog	2	4	1

Tabel 9: Overzicht p-waarden 2 praktijken

	p-waarde
Participatie interventiegroep 1	0,376
Participatie interventiegroep 2	0,201
Correlatie leeftijd interventiegroep 1	0,072
Correlatie leeftijd interventiegroep 2	0,018
Correlatie leeftijd totale groep	0,016
Keuze arts interventiegroep 1	1,000
Keuze arts interventiegroep 2	0,715

3 praktijken

Zoals eerder vermeld, werd deze studie uitgevoerd in samenwerking met Nele De Koninck. Zij verzamelde gelijkaardige gegevens in een andere huisartsenpraktijk: Ars Medica. In bovenstaande resultaatverwerking wordt duidelijk dat omwille van de kleine studiegroepen, de statistische kracht onvoldoende hoog ligt. Daarom werden vervolgens de resultaten van deze 3 praktijken gebundeld. In tabel 10 is een overzicht te vinden van de absolute aantallen per groep. De bijhorende p-waarden worden weergegeven in tabel 11.

De interventiebrief werd gestuurd naar 70 vrouwen van interventiegroep 1. Hiervan lieten 8 patiënten (11,4%) een uitstrijkje nemen. De controlebrief werd gestuurd naar 74 vrouwen, waarvan 4 patiënten (5,4%) een uitstrijkje lieten nemen. De versturen van de interventiebrief toonde geen meerwaarde aan ten opzichte van de controlebrief op het aantal afgenomen uitstrijkjes binnen de 6 maand (p=0,168). Uit interventiegroep 2 kregen 150 patiënten een interventiebrief. Hiervan lieten 20 patiënten een uitstrijkje nemen (13,3%). We bekomen een trend tot significantie tussen interventiegroep 2 en de controlegroep (p=0,071). Wie reeds een uitnodiging kreeg in huidig kalenderjaar en daarenboven een interventiebrief van de huisarts ontving, waren meer geneigd een uitstrijkje te laten nemen.

Er werd een leeftijdsverschil opgemerkt qua respons binnen interventiegroep 1 en interventiegroep 2 (respectievelijk r= -0.283, p=0,018 en r=-0.188, p=0,021). In totaliteit zien we eveneens dat hoe jonger de vrouwen zijn, hoe meer zij bereid waren een uitstrijkje te laten nemen (r=-0,146, p=0,012).

In totaal werden er evenveel uitstrijkjes bij de huisarts als bij de gynaecoloog afgenomen, na het versturen van de brief (14). Er is geen verschil te zien in keuze arts voor het nemen van een uitstrijkje na het ontvangen van de interventiebrief (voor interventiegroep 1 geldt p=0,360, voor interventiegroep 2 geldt p=0,408).

Tabel 10: Overzichtstabel 3 praktijken

3 praktijken	Interventiegroep 1 (n=70)	Interventiegroep 2 (n=150)	Controlegroep (n= 74)
Aantal uitstrijkjes na brief	8	20	4
Wanneer uitstrijkje laten nemen:			
Gemiddelde leeftijd (SD)	49,3 (8,7)	48,8 (9,6)	50,7 (9,3)
Aantal uitstrijkjes bij huisarts	4	10	1
Aantal uitstrijkjes bij gynaecoloog	4	10	3

Tabel 11: Overzicht p-waarden 3 praktijken

	p-waarde
Participatie interventiegroep 1	0,168
Participatie interventiegroep 2	0,071
Correlatie leeftijd interventiegroep 1	0,018
Correlatie leeftijd interventiegroep 2	0,021
Correlatie leeftijd totale groep	0,012
Keuze arts interventiegroep 1	0,360
Keuze arts interventiegroep 2	0,408

4.5 Interventiegroep 3: uitstrijkje 3 tot 5 jaar geleden

Aangezien er naar de patiënten die 3-5 jaar geleden een uitstrijkje lieten nemen ook een interventiebrief werd gestuurd, wordt hieronder een samenvattingstabel (tabel 13) van de bekomen informatie weergegeven. Deze worden niet verder besproken of geanalyseerd, omdat zij uiteindelijk niet de doelgroep waren in deze studie. Het is wel noodzakelijk dit te vermelden, gezien er hier evenzeer patiënten een uitstrijkje lieten nemen en deze resultaten dus een invloed hebben op de totale participatiegraad. In tabel 12 wordt beschreven hoeveel patiënten er geëxcludeerd werden. Daarnaast wordt de gemiddelde leeftijd weergegeven van interventiegroep 3 per praktijk.

Tabel 12: Overzicht van aantal patiënten die geïncludeerd waren in de analyse met hun gemiddelde leeftijd

Uitstrijkje 3-5 jaar geleden	Interventiebrief	Exclusie	Inclusie	Gemiddelde leeftijd (SD)
Praktijk 1	80	25	55	47,3 (10.3)
Praktijk 2	67	27	40	46 (9)

Tabel 13: Resultaten interventiegroep 3 praktijk 1 en 2

Studieresultaten interventiegroep 3	Praktijk 1 (n=55)	Praktijk 2 (n=40)
Uitstrijkjes na brief	13	8
Wanneer uitstrijkje:		
Gemiddelde leeftijd (SD)	45 (25)	48,3 (11,7)
Uitstrijkje bij huisarts	8	2
Uitstrijkje bij gynaecoloog	5	6

4.6 Algemene resultaten

Screeningsgraad baarmoederhalskanker

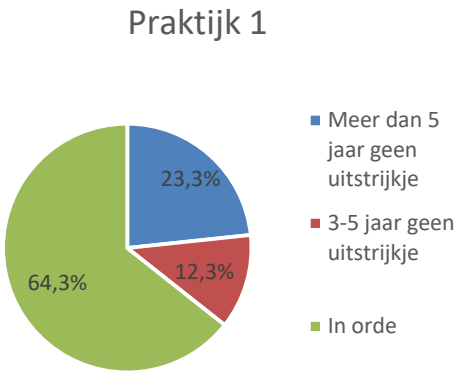
Praktijk 1

In tabel 14 is een volledig overzicht te vinden van de bekomen resultaten van praktijk 1. Deze resultaten werden hierboven besproken.

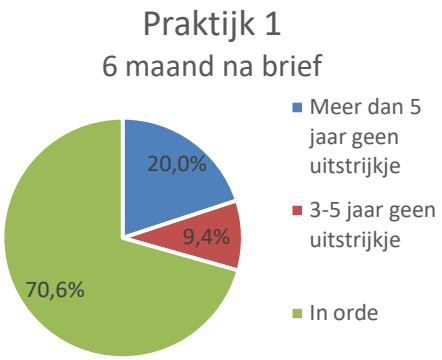
Tabel 14: Overzichtstabel praktijk 1

Studieresultaten	Interventiegroep 1 (n=22)	Interventiegroep 2 (n=60)	Controlegroep (n=22)	Interventiegroep 3 (n=55)
Uitstrijkjes na brief	3	11	1	13
Wanneer uitstrijkje:				
Gemiddelde leeftijd(SD)	42,4 (8,5)	47,4 (10,2)	62	45 (25)
Uitstrijkje bij huisarts	2	7	1	8
Uitstrijkje bij gynaecoloog	1	4	0	5

Zes maand na het versturen van de interventiebrieven lieten 28 vrouwen een uitstrijkje nemen. In totaal zijn dus 314 van de 445 patiëntes voldoende gescreend. De interventie verhoogde de screeningsgraad van 64.3% naar 70.6% (figuur 16 vs figuur 17). Deze interventie zorgde dus voor een absolute stijging van 6.3%.



Figuur 16: Participatiegraad praktijk 1 vóór het versturen van de brieven



Figuur 17: Participatiegraad 'praktijk 1' 6 maand na het versturen van de brieven

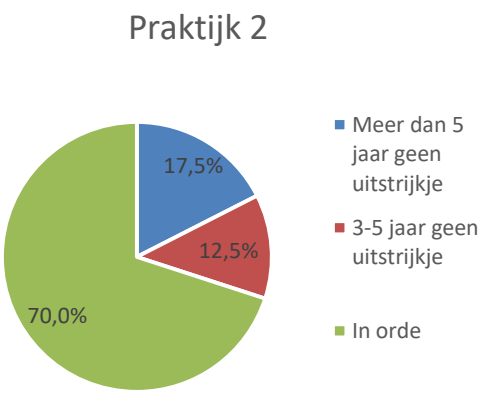
Praktijk 2

We vinden een volledig overzicht van de bekomen resultaten van praktijk 2 terug in tabel 15. Deze resultaten werden hierboven besproken.

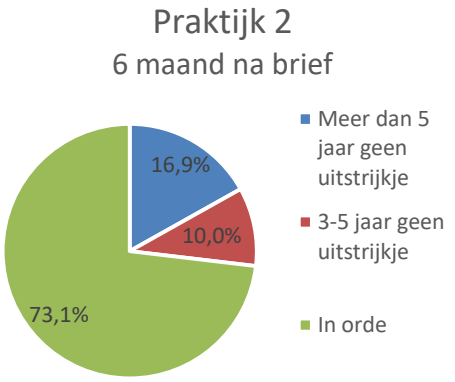
Tabel 15: Overzichtstabel praktijk 2

Praktijk 2	Interventiegroep 1 (n=15)	Interventiegroep 2 (n=25)	Controlegroep (n=16)	Interventiegroep 3 (n=40)
Uitstrijkje na brief	1	0	1	8
Als uitstrijkje laten				
Gemiddelde leeftijd	43,0	-	55,0	48,3 (11,7)
Uitstrijkje bij huisarts	0	-	0	2
Uitstrijkje bij gynaecoloog	1	-	1	6

Zes maand na het versturen van de interventiebrieven, lieten 10 vrouwen een uitstrijkje nemen. In totaal zijn dus 314 van de 445 patiëntes voldoende gescreend. De interventie verhoogde de screeningsgraad tot 73.1% (dus een absolute stijging van 3.1%) (figuur 18 vs figuur 19).



Figuur 18: Participatiegraad praktijk 2 vóór het versturen van de brieven

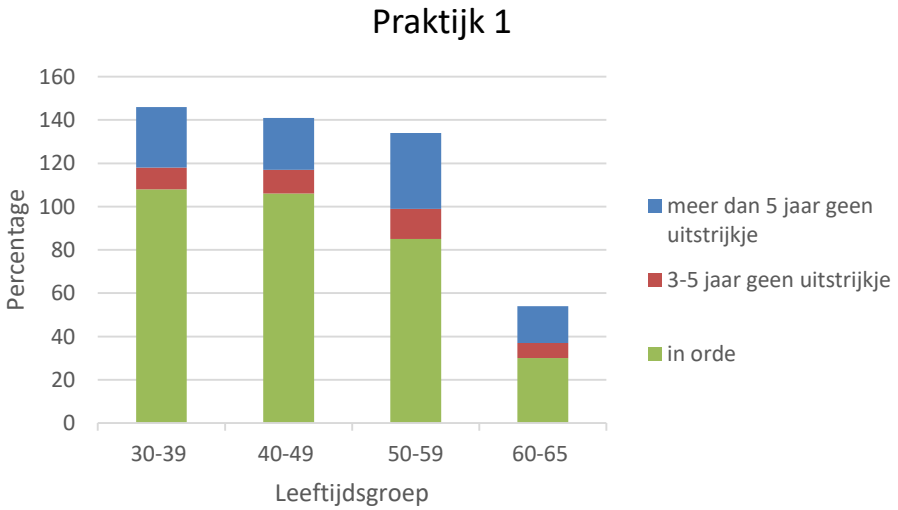


Figuur 19: Participatiegraad 'praktijk 2' 6 maand na het versturen van de brieven

Leeftijdsverdeling

Praktijk 1

We vinden een overzicht van de participatiegraad van de verschillende leeftijdsgroepen (met absolute aantallen) terug in figuur 20. Er is hier geen duidelijke trend aangaande de hoogte van de screeningsgraad te observeren in de jongere versus de oudere leeftijdsgroepen.



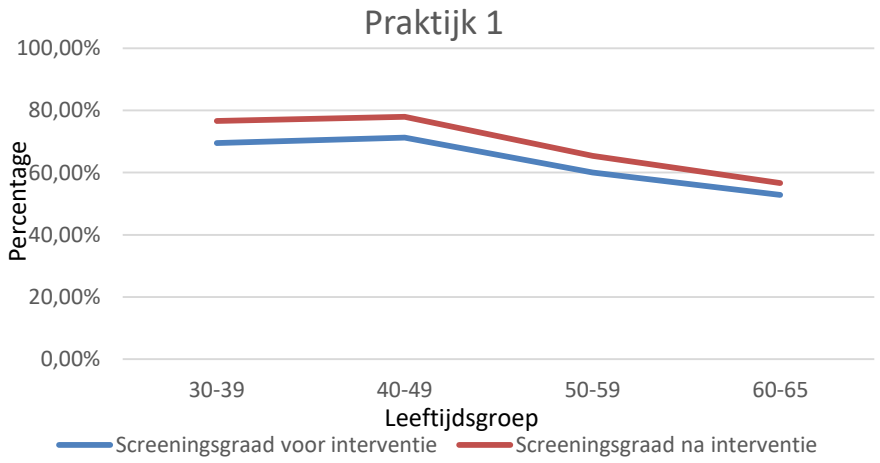
Figuur 20: Overzicht screeningsgraad per leeftijdscategorie (praktijk 1)

In tabel 16 vinden we een overzicht met het aantal uitstrijkjes die genomen werden per leeftijdsgroep.

Tabel 16: Overzicht aantal uitstrijkjes per groep en leeftijdscategorie (praktijk 1)

	30-39 jaar	40-49 jaar	50-59 jaar	60-65 jaar
Interventiegroep 1	2	0	1	0
Interventiegroep 2	5	3	3	0
Controlegroep	0	0	0	1
3-5 jaar	5	4	3	1

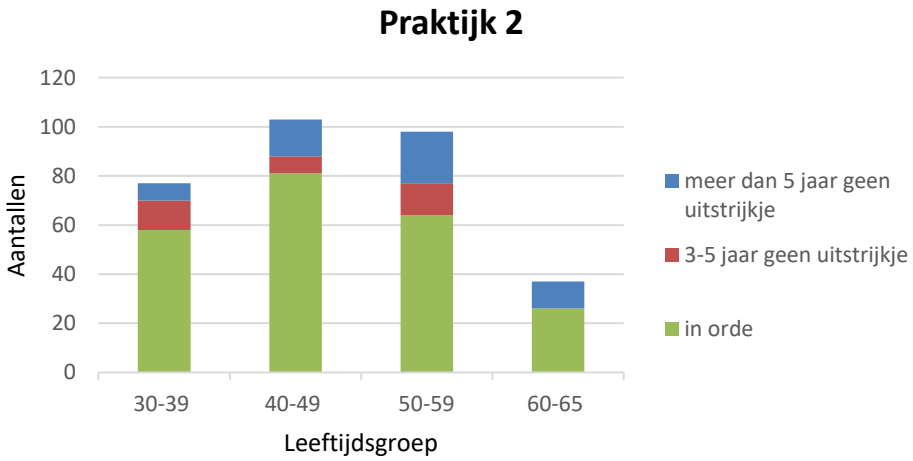
Wanneer we de participatiegraad per leeftijdsgroep voor en na de interventiebrief vergelijken (figuur 21), zien we een minimale stijging in elke groep. De grootste stijging van screening zien we in de leeftijdsgroep 30-39 jaar: hier is een stijging van 7.09 % te zien. De kleinste stijging ligt in de groep 60-65 jaar: hier zien we een stijging van 3.77%.



Figuur 21: Screeningsgraad vóór en na interventie per leeftijdsgroep (praktijk 1)

Praktijk 2

We vinden een overzicht van de participatiegraad van de verschillende leeftijdsgroepen van praktijk 2 (met absolute aantallen) terug in figuur 22. Er is hier eveneens geen duidelijke trend aangaande de hoogte van de screeningsgraad te observeren in de jongere versus de oudere leeftijdsgroepen.



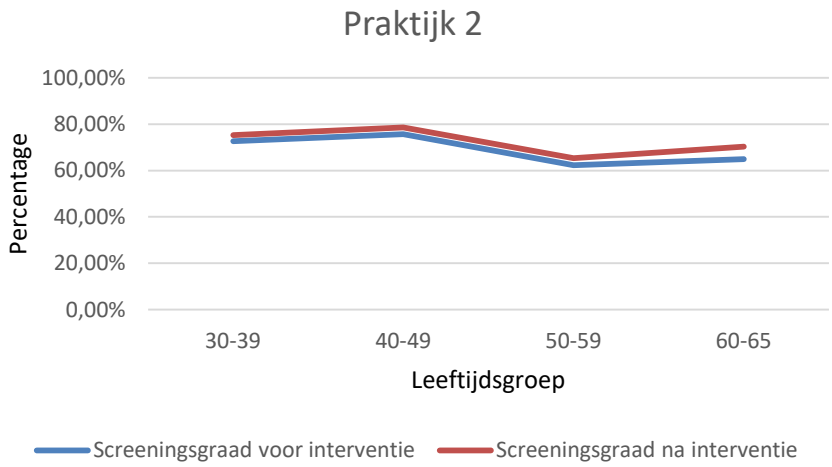
Figuur 22: Overzicht screeningsgraad per leeftijdscategorie (praktijk 2)

Een overzicht van het aantal uitstrijkjes die genomen werden per leeftijdsgroep vinden we terug in tabel 17.

Tabel 17: Overzicht aantal uitstrijkjes per leeftijdsgroep (praktijk 2)

	30-39 jaar	40-49 jaar	50-59 jaar	60-65 jaar
Interventiegroep 1	0	1	0	0
Interventiegroep 2	0	0	0	0
Controlegroep	0	0	1	0
3-5 jaar	2	2	2	2

Wanneer we de participatiegraad per leeftijdsgroep vóór en na de interventiebrief vergelijken (figuur 23), zien we hier eveneens een minimale stijging in elke groep. De grootste stijging zien we in de leeftijdsgroep 60-65 jaar: hier is een stijging van 5.44 % te zien. De kleinste stijging ligt in de groep 30-39 jaar: hier zien we een stijging van 2.60 %.



Figuur 23: Screeningsgraad vóór en na interventie per leeftijdsgroep (praktijk 2)

Hierbij willen we graag nog eens herhalen dat wanneer we de 2 praktijken bundelen, we een neiging tot én een significantie zien wanneer we leeftijd en uitstrijkje tegenover elkaar zetten: hoe jonger de vrouwen, hoe meer uitstrijkjes er genomen werden (interventiegroep 1 r=-0.299, p= 0.072, voor interventiegroep 2 geldt r=-0,255, p=0,018).

Bijkomende belasting voor de huisarts?

Subjectief werd door de artsen een toename in het aantal uitstrijkjes bij de huisarts opgemerkt. De huisartsen namen voordien nauwelijks uitstrijkjes af. Het is mogelijk dat dit een tijdelijke piek betreft, gezien de brieven die ondertekend werden door de huisarts op éénzelfde tijdstip werden verstuurd.

Vaak werden de uitstrijkjes afgenomen op een moment dat de patiënt omwille van een andere reden consulteerde. Een bijkomend agendapunt was dan het afnemen van een uitstrijkje. Dit werd vaak als tijdrovend beschouwd.

Daarnaast waren er telefonisch meer vragen over de noodzaak van een uitstrijkje. In een tijdsspanne van twee maanden werden de artsen van 'praktijk 1' 16 keer gecontacteerd met een vraag over de verstuurde brief. Vrouwen contacteerden de arts vooral wanneer zij meenden onterecht een interventiebrief te hebben ontvangen: 3 patiëntes hadden in het verleden een hysterectomie ondergaan, 8 patiëntes lieten reeds een recent uitstrijkje uitvoeren, 5 patiënten contacteerden omdat zij nog naar de gynaecoloog zouden gaan.

Binnen praktijk 2 werden de artsen 14 keer gecontacteerd met een opmerking over de verstuurde brief: 4 patiëntes hadden in het verleden een hysterectomie ondergaan, 1 patiënte is transgender, 9 patiëntes lieten reeds een recent uitstrijkje uitvoeren.

Binnen ‘praktijk 1’ werd op een totaal van 217 verstuurde brieven, slechts 16 keer telefonisch contact genomen met een vraag over de brief (7,3%). In ‘praktijk 2’ werd 14 keer contact opgenomen naar aanleiding van de 121 verstuurde brieven (11,6%). Daarnaast valt op dat van de 16 patiëntes –respectievelijk 10- die niet in aanmerking kwamen voor een interventiebrief omwille van een hysterectomie, slechts 5 (31,2%) – respectievelijk 4 (25%)- contact neemt ondanks de onterechte interventiebrief. Tevens ligt de respons van vrouwen die een recent uitstrijkje hebben gehad laag. De interventiebrief bevatte de expliciete vraag om de datum van een vorig uitstrijkje te laten weten. Van de 17 vrouwen bij wie achteraf - door controle van het dossier en door bekend worden van de resultaten bij het CvKO - bleek dat ze toch een recent uitstrijkje lieten uitvoeren, meldden 8 patiënten (47%) de onterechte brief. In ‘praktijk 2’ bleek dit slechts 9 (28,1%) van de 32 vrouwen te zijn.

Van de 217 verstuurde brieven vanuit ‘praktijk 1’, werd na inzage in het dossier bij 18 patiëntes (8,2%) duidelijk dat zij in het verleden een hysterectomie ondergingen. In 'praktijk 2’ bleek dit over 10 patiëntes te gaan van de 121 verstuurde brieven (8.2%).

5 Discussie

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

Effectiviteit van de interventies

Het blijft belangrijk om een hoge dekkingsgraad te realiseren voor cervixkankerscreening binnen het huidige programma. Deze interventie, een uitnodigingsbrief die getekend werd door de GMD-houdende huisarts, toonde echter geen statistisch significante stijging van de screeningsgraad (dit geldt voor zowel interventiegroep 1, interventiegroep 2 als na bundeling van de 2 praktijken). Wij noteren binnen 'praktijk 1' een totale stijging van 64.3 % naar 70.6 %. In de andere praktijk stijgt dit percentage van 70% naar 73%. Na bundeling van de 3 praktijken zien we een neiging tot grotere respons wanneer vrouwen beide brieven toegestuurd kregen (voor interventiegroep 2 geldt p=0,071). Tussen controlegroep en interventiegroep 1 is dit niet aan te tonen (p=0,191).

In de literatuur is men het er niet over eens welke leeftijdscategorie minder gescreend wordt (6, 17). Bij het analyseren van de doelgroep voor cervixkankerscreening in deze praktijken, blijkt na bundeling van de 2 en de 3 deelnemende praktijken dat hoe jonger de patiënt, hoe meer vrouwen een uitstrijkje laten nemen (zie resultaten).

Van de 27 vrouwen die zich lieten screenen naar aanleiding van de interventies in praktijk 1 kozen er 17 (63%) om dit bij de huisarts te laten doen en 10 vrouwen kozen voor de gynaecoloog. Binnen praktijk 2 lieten er 2 (20%) een uitstrijkje bij de huisarts nemen en 6 (80%) bij de gynaecoloog. Het Vlaams bevolkingsonderzoek leert ons dat van alle uitstrijkjes die in 2013 en 2014 werden uitgevoerd, er respectievelijk 20% en 16% door de huisarts werd afgenomen (10). Dit komt overeen met wat we terugvonden in praktijk 2. Wanneer we naar praktijk 1 kijken zien we een veel groter percentage die de huisarts hiervoor consulteert. De reden waarom er in deze studie vaker voor de huisarts werd gekozen, heeft vermoedelijk te maken met het feit dat de brief van de huisarts afkomstig was. Bij het bevolkingsonderzoek kwam de uitnodigingsbrief van een officiële instantie en was deze minder richtinggevend in de keuze voor huisarts of gynaecoloog.

Wat we hieruit voornamelijk kunnen meenemen is dat elke praktijkpopulatie anders is. We mogen er niet zomaar van uit gaan dat onze patiëntenpopulatie volledig overeenkomt met wat in de literatuur beschreven wordt.

Haalbaarheid

De voorbereiding voor het uitvoeren van de interventies nam niet veel tijd in beslag: er moest een lijst aangemaakt worden van alle vrouwen met een GMD tussen 30-65 jaar. Deze analyse gebeurde in enkele minuten met een goed programma (gebruik makend van Care Connect en Health One).

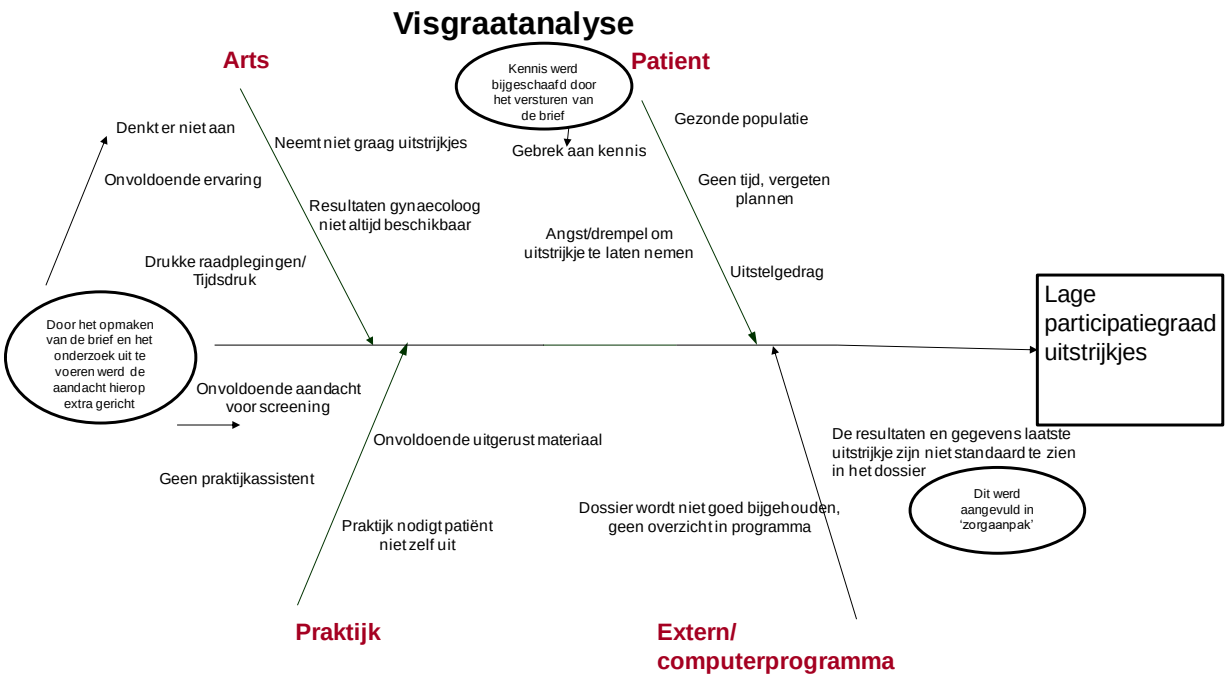
Een eerste analyse van deze gegevens (met verdeling in verschillende groepen) werd via het CvKO met een computerprogramma gemaakt. Deze taak was aanvankelijk tijdrovend: het was de eerste keer dat dit uitgetest werd, wat veel trial en error met zich meebracht. Vandaag weet men echter wel hoe het werkt, in de toekomst zal dit dan ook minder arbeidsintensief zijn.

De analyse die na 6 maand door ons gebeurde, was erg arbeidsintensief. Alle dossiers moesten individueel geanalyseerd worden op basis van de laatste brieven van gynaecologen en labo's om

te weten wie wanneer een uitstrijkje liet doen. Wanneer in het gewone dossier niets teruggevonden werd, werd er gekeken via 'CoZo'. Dit had kunnen vermeden worden indien er geen vertraging was geweest op het binnenkomen van de gegevens. Dit had daarenboven ook vermeden kunnen worden indien het uitvoeren van een uitstrijkje vanaf het begin gecodeerd zou zijn ingevoerd in het EMD. Dan kan met een computerprogramma op enkele minuten tijd een correcte analyse van de populatie verkregen worden. Sinds het uitvoeren van deze studie werd dit geoptimaliseerd in onze praktijk voor alle bevolkingsonderzoeken. Zo wordt een belangrijke voorwaarde vervuld om toekomstige interventies op een efficiënte manier uit te voeren.

Actieplan

Wanneer we terugblikken op de visgraatanalyse (figuur 24), heeft dit praktijkverbeterend project in deze doelgroep een aantal van de factoren die leidden tot een lage screeningsgraad, beïnvloed. Zo werd het de gewoonte om resultaten van uitstrijkjes op een uniforme, gecodeerde manier in het EMD in te voeren. Hierdoor zal een nieuwe bepaling van de screeningsgraad veel efficiënter kunnen verlopen. Zo werd ook de aandacht gericht op het aanmaken van een zorgaanpak. Wanneer er nu iemand meer dan 3 jaar geen uitstrijkje liet afnemen, krijgt de arts hier automatisch een melding van bij het openen van het dossier. Door het uitvoeren van dit onderzoek werd de aandacht van de artsen extra gericht op screening, waardoor er meer gedacht werd aan het nemen van een uitstrijkje. De kennis van de patiënten werd bijgeschaafd door het krijgen van een brief van de huisarts.



Figuur 24: Visgraatanalyse over oorzaken van lage screeningsgraad en het effect hierop van dit project

Gezien deze interventie ons haalbaar lijkt om als screeningsplan in te bouwen in deze praktijken, is ons voorstel om deze tussenkomst jaarlijks uit te voeren. Bij het herhaaldelijk ontvangen van brieven van de GMD-houdende huisarts is het mogelijk dat ook de vrouwen die niet reageerden zich laten overhalen. Hiervoor is het noodzakelijk dat men gecodeerd blijft noteren om de niet-gescreende groep te kunnen selecteren.

Beperkingen met bijkomende suggesties

Dit praktijkverbeterend project werd opgezet als een interventiestudie met als doel om te kijken of de participatiegraad zou verhogen na het versturen van een brief door de huisarts.

Een eerste beperking van deze masterproef zijn de **beperkte data** waarover wij beschikken. Wij zien een absolute verhoging van de participatiegraad, maar konden geen statistisch significant verschil aantonen in de aparte praktijken. Deze analyse uitvoeren in 3 verschillende praktijken, levert enkel een neiging tot significant effect op tussen interventiegroep 2 en controle. Een analyse uitvoeren in veel meer verschillende praktijken zou een ons een grotere power bezorgen, waardoor wij tot juistere conclusies kunnen komen.

Daarnaast hadden wij slechts een **korte observatietijd**. Deze studie liep slechts gedurende 6 maand. Het is mogelijk dat een langere observatietijd andere resultaten kan geven. Dit resultaat zal worden beschreven in de studie "Bereiken van niet-deelnemers in het BVO Baarmoederhalskanker aan de hand van een herinneringsbrief van de GMD-houdende huisarts, die door Eliane Kellen werd opgezet.
Deze korte periode, in combinatie met de vertraging op het bekend raken van de screeningsresultaten bij het CvKO (zoals in de literatuur beschreven), zorgde ervoor dat de oorspronkelijke opzet van de studie niet plaatsvond (namelijk de lijsten vergelijken van het CvKO). Dit betekende dat wij de patiënten individueel moesten nagaan in het dossier. Dit is een arbeidsintensieve handeling en bovendien is het mogelijk dat ook de huisarts nog niet op de hoogte was van een recent uitstrijkje. Het zou een verbetering opleveren wanneer deze resultaten sneller het CvKO zouden bereiken. Een suggestie hier is dat Stichting Kankercentrum elke maand resultaten doorstuurt naar het CvKO.

Er werden **heel wat brieven onterecht verstuurd**. Dit is deels veroorzaakt doordat de gegevens die beschikbaar zijn bij het CvKO niet volledig up-to date zijn. Het CvKO beschikt over de gegevens van wie een hysterectomie onderging vanaf 2002. Alle vrouwen die voor 2002 een hysterectomie lieten uitvoeren, krijgen dus ten onrechte een uitnodigingsbrief. Wij hebben hier ook geen rekening mee gehouden bij het doorsturen van de lijst. Het valt op te merken dat vrouwen die een hysterectomie ondergingen, niet geneigd zijn dit te laten weten wanneer ze een algemene brief krijgen die uitgaat van het CvKO. Door een bijgevoegde brief van de huisarts nemen ze echter wel contact op met de huisarts. Na aansporing door de huisarts zijn ze bereid om het CvKO te contacteren zodat in de toekomst onnodige uitnodigingsbrieven kunnen worden vermeden. Een eenmalige melding hiervan zou dus een grote kostenbesparing en correctere inschatting van de screeningsgraad kunnen betekenen.

Daarnaast kregen vrouwen die recent een uitstrijkje lieten nemen ook een brief toegestuurd. Dit heeft te maken met de vele tussenstappen en de grote vertraging op deze gegevens bij het CvKO. In de lijst die we toegestuurd kregen van praktijk 1 waren daarenboven ook fouten geslopen. Verschillende patiënten waren niet gekend in ons dossier. De reden hiervoor is niet gekend.

Door de vertraging van gegevens en door het niet altijd bekend zijn van de hysterectomietoestand of andere exclusiecriteria, werd in de 2 verschillende praktijken een **onterechte screeningsgraad** bekomen. De vraag rijst hierbij of ook de totale screeningsgraad in ons land (11) niet te laag wordt ingeschat.

Suggesties voor de toekomst

In de literatuur is men het erover eens dat een screeningsprogramma zo gestructureerd mogelijk moet zijn opgebouwd om er winst uit te kunnen halen. De basis hiervoor ligt in het uitvoeren van bevolkingsonderzoeken op populatieniveau. In Vlaanderen wordt dit uitgevoerd sinds 2013. Tot op heden wordt hiermee slechts een dekkingsgraad van 61% bereikt. Er zijn dus iets meer inspanningen vereist om een screening van 70-80% te bereiken (10).

Bekijken van de hysterectomietoestand en screeningsgraad nationaal

Zoals hierboven beschreven, kan een grote winst bereikt worden door een correcte informatieoverdracht over de hysterectomietoestand van patiëntes. Indien alle huisartsen in hun elektronisch medisch dossier een lijst zouden kunnen maken van alle patiëntes die in het verleden een hysterectomie ondergingen en deze doorgeven aan het CvKO, zouden deze brieven niet meer onnodig verstuurd moeten worden. Dit zou bovendien een eenmalige taak zijn, omdat gegevens van een nieuwe hysterectomie automatisch worden doorgegeven aan het CvKO.
Daarenboven kan de huisarts een lijst opstellen en doorsturen naar het CvKO, zodat rekening gehouden wordt met exclusiecriteria (hysterectomie, transgender). Dit is mogelijk in verschillende medische programma's.

Begeleidende brief van de huisarts?

Zoals beschreven kon deze masterproef geen statistisch significant effect weerhouden, mogelijk omwille van bovenstaande beperkingen. Toch lijkt het ons nuttig om deze brief te sturen. Wij zagen een absolute stijging van het aantal uitstrijkjes. De bijkomende belasting voor de huisarts is beperkt en mogelijke winsten groot. Deze brief wordt dan best verstuurd in combinatie met de uitnodigingsbrief van het CvKO. Hij wordt daarenboven best verstuurd naar patiënten bij wie het uitstrijkje minstens 5 jaar geleden werd afgenomen, om onterecht verstuurde brieven te vermijden en gezien uit deze masterproef blijkt dat de respons in deze groep ook hoger is. Daarenboven kan het ons nuttig lijken om veel meer praktijken te betrekken in dergelijke studie. Het zou ons, zoals hierboven beschreven, een grotere power kunnen bezorgen om daaruit dan conclusies te trekken.

Een andere optie is dat de GMD-houdende huisarts zelf initiatief neemt tot het versturen van brieven of mails naar patiënten die reeds minstens 3 jaar geen uitstrijkje lieten nemen. Hiervoor dient het dossier van de huisarts wel in orde te zijn. In deze praktijken kon, dankzij het uitvoeren van deze studie, het dossier grondig aangevuld worden. Zo kan enerzijds de datum van het laatste uitstrijkje worden ingevoerd voor alle patiëntes, en anderzijds een automatische planning kon worden ingevoerd voor alle patiëntes waar het uitstrijkje reeds te lang geleden was. Dit maakt een mondeling herinneren van de patiëntes aan de nood aan screening mogelijk. Het mondeling aanspreken van patiënten blijkt dan ook zinvol te zijn (zie bovenstaande literatuur). Daarenboven kunnen brieven of mails nog een extra motivatie geven. Een suggestie is dan om jaarlijks zo'n e-mail te versturen. Dit is maar een beperkte belasting.

6 Conclusie

Dit praktijkverbeterend project had als doel om de screeningsgraad voor cervixkanker in 2 praktijken te verhogen van vrouwen tussen 30 en 65 jaar. Daarnaast werd de respons binnen verschillende leeftijdscategorieën, keuze arts en de bijkomende belasting voor de huisarts bekeken.

Het versturen van een interventiebrief, ondertekend door de huisarts, kan ons geen statistische meerwaarde tonen ten opzichte van de reguliere uitnodigingsbrief. In praktijk 1 werden in totaal 27 uitstrijkjes afgenomen (28 met controlegroep). We zien wel een toename van het aantal uitstrijkjes in deze groepen. Er lieten binnen interventiegroep 1 en interventiegroep 2 respectievelijk 3 en 11 vrouwen een uitstrijkje nemen ten opzichte van 1 vrouw uit de controlegroep. In praktijk 2 werden er in totaal 9 uitstrijkjes afgenomen (10 met controlegroep). Uit interventiegroep 1 liet slechts 1 patiënte een uitstrijkje nemen ten opzichte van 1 patiënte uit de controlegroep. Niemand binnen interventiegroep 2 beantwoordde de brief.

Na bundeling van de 2 en 3 deelnemende praktijken, kunnen we evenmin een significante meerwaarde aantonen. Wel werd een trend tot verschil aangetoond wanneer patiënten de reguliere uitnodigingsbrief én de interventiebrief toegestuurd kregen (na analyse 3 praktijken).

De totale screeningsgraad steeg van 64.3 naar 70.6% in praktijk 1. In praktijk 2 werd een totale stijging van 70 naar 73.1 % gezien. Hiermee bereiken we het doel van 10% niet dat hiervoor beschreven werd. Wel konden, dankzij samenwerking met het CvKO, de patiëntendossiers worden bijgewerkt. Zo is van elke patiënte de datum van het laatste uitstrijkje gekend, en verschijnt er een herinnering wanneer dit uitstrijkje langer dan 3 jaar geleden is. Dit zal in de toekomst het behouden of verbeteren van de screeningsgraad mogelijk maken.

Wat betreft de respons op de brieven, werd in praktijk 2 geen leeftijdsverschil opgemerkt. In praktijk 1 zien we dat jongere vrouwen meer een uitstrijkje lieten nemen na het ontvangen van de reguliere uitnodigingsbrief én de interventiebrief. Na bundeling van zowel de 2 als de 3 deelnemende praktijken werd eveneens een leeftijdsverschil opgemerkt in totaliteit: hoe jonger de patiënt, hoe meer uitstrijkjes er afgenomen worden.

Er is een subjectieve stijging van het aantal vrouwen die het uitstrijkje door de huisarts laat afnemen. Zeventien patiënten van praktijk 1 lieten een uitstrijkje nemen bij de huisarts tegenover 10 patiënten naar de gynaecoloog. In praktijk 2 gingen slechts 2 patiënten naar de huisarts en 7 naar de gynaecoloog. Statistisch kon geen verschil aangetoond worden in keuze arts. De bijkomende belasting voor de huisarts is beperkt: slechts een 7,3% - respectievelijk 11,6% - van de patiëntes neemt contact op met een vraag hierover. Hiervan kan een groot deel worden vermeden door een eenmalige communicatie van hysterectomietoestand van huisarts naar CvKO. De vertraging tussen het laten afnemen van een uitstrijkje en het bekend zijn hiervan bij het CvKO is de tweede reden voor onnodige brieven en contact met de huisarts.

Het kan een belangrijke taak van de huisarts zijn om de participatiegraad aan cervixkankerscreening nog op te krikken. Dit blijkt ook uit deze studie. Wij beschikten hier echter over onvoldoende data om een statistische meerwaarde aan te tonen. Het deelnemen van verschillende huisartspraktijken aan een soortgelijke studie, zou een grotere power kunnen geven om betere conclusies te trekken. Dit kan makkelijk gebeuren in samenwerking met het CvKO.

7 Referenties

1. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Cervixkankerscreening: aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts nu. 2011;40.
2. Preventie baarmoederhalskanker 2017 [Beschikbaar via: http://www.kankerregister.org/Preventie_baarmoederhalskanker]. Geraadpleegd op 14 september 2017.
3. Heinonen P. Gynaecologische kankers. Duodecim Medical Publications Ltd. 2013.
4. WHO/ICO. HPV and related cancers and diseases 2010 [Beschikbaar via: http://www.hpv.com/hpv-related-cancers-and-diseases/]. Geraadpleegd op 14 september 2017.
5. Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, et al. Human Papillomavirus and Related Diseases Report. Summary Report 27 July 2017. 2017.
6. Domus Medica. Preventie van Baarmoederhalskanker 2007 [Beschikbaar via: https://domusmedica.be/documentatie/archief/persberichten/77-preventie-van-baarmoederhalskanker.html]. Geraadpleegd op 14 september 2017.
7. Baarmoederhalskanker. 2017. [Beschikbaar via: http://www.baarmoederhalskanker.be/]. Geraadpleegd op 14 september 2017.
8. Kankerstichting 2017 [Beschikbaar via: http://www.kanker.be/]. Geraadpleegd op 14 september 2017.
9. KCE. De perfomantie van het belgische gezondheidssysteem rapport 2012. 2013.
10. CvKO. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2017 [Beschikbaar via: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/]. Geraadpleegd op 14 september 2017.
11. CVKO. Bevolkingsonderzoek. Jaarrapport 2016. 2016.
12. Peeters J. Cervixkankerscreening: een taak van de huisarts? Universiteit Gent ; 2013.
13. Vandewalle N. Waarom kiezen vrouwen voor een gynaecoloog en niet voor hun huisarts voor een cervixuitstrijkje? 2013.
14. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition-summary document. Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO. 2010;21(3):448-58.
15. RIZIV. Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. 2014.
16. Wetenschappelijk instituut volksgezondheid. Gezondheidsenquete 2013: rapport 5 preventie. 2013.
17. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Praktijkhandleiding Baarmoederhalskanker Bevolkingsonderzoek en diagnostiek. Nederlands Huisartsen Genootschap. 2016.
18. Boomsma L, Assendelft W. De Belgische Aanbeveling Cervixkankerscreening en de NHG-Standaard Cervixuitstrijken vergeleken. Huisarts en Wetenschap. 2003;46(4):745-7.
19. Boomsma LJB, P.A.J.;, Collette C, Janssens PGH. NHG-standaard Preventie en Vroegdiagnostiek van Cervixcarcinoom. Huisarts en wetenschap 2009;52(4).
20. Vandermeulen E. Cervixkanker: Welke doelgroep wordt onderscreend en hoe kunnen we die toch bereiken? Praktijkverbeteringsproject in wijkgezondheidscentrum De Kaai. 2013.
21. Miranda-Diaz C, Betancourt E, Ruiz-Candelaria Y, Hunter-Mellado RF. Barriers to Compliance to Breast, Colorectal, and Cervical Screening Cancer Tests among Hispanic Patients. 2015.
22. Waller J, Bartoszek M, Marlowand L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. J Med Screen 2009;16:199–204 DOI: 101258/jms2009009073. 2009.
23. Perry MA. How can the uptake of cervical cytology screening be improved? Nursing Standard 16, 11, 33-36 2001.
24. Piessens V, Van Roy K, Willems S. Baarmoederhalskankerscreening in de huisartspraktijk: rapport focusgroepgesprekken met huisartsen. Domus medica. 2015.
25. Van Roy K, Willems S. Focusgroepen met Vlaamse vrouwen die niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Universiteit Gent; 2017.
26. de Nooijer D.P., de Waart F.G, van Leeuwen A.W.F.M, Spijker W.W.J. Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:2339-43. 2005.
27. Demirtas B. Review of Strategies in Promoting Attendance for Cervical Screening. Asian Pacific J Cancer Prev, 14 (5), 3263-3267.
28. De Smedt E. Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen tussen 25 en 45 jaar: Een praktijkverbeterend project. 2016.
29. Preventie van baarmoederhalskanker. Orde der artsen. 2003;102.
30. Wang et al. The role of quality control circles in sustained improvement of medical quality SpringerPlus 2013, 2:141.

8 Lijst met afkortingen/verduidelijkingen

CHP: Cytohistopathologieregister
CIN 1: cervicale intraepitheliale neoplasie graad 1
CoZo: Collaboratief Zorgplatform
CvKO: Centrum voor Kankeropsporing
EMD: Elektronisch medisch dossier
GMD: Globaal medisch dossier
HSIL: High-grade Squamous Intraepithelial Lesion
ICHO: Interuniversitair Centrum voor Huisartsopleiding
KCE: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
NHG: Nederlands huisartsen genootschap
PAP: Papanicolaou test = uitstrijkje
r: correlatiecoëfficiënt
SKR: Stichting Kankerregister
SD: Standaarddeviatie

Praktijk 1: Medizorg Oosterzele
Praktijk 2: Huisartsenpraktijk Semmerzake
Praktijk 3 : Ars Medica

Controlegroep: deze kreeg een reguliere uitnodigingsbrief van het CvKO.
Interventiegroep 1: deze groep kreeg een persoonlijke interventiebrief van de huisarts.
Interventiegroep 2: deze groep kreeg in 2017 reeds een uitnodigingsbrief van het CvKO. Nu krijgen zij van ons ook een persoonlijke interventiebrief van de huisarts. Deze groep kreeg dus in totaal 2 brieven.
Interventiegroep 3 : deze patiënten hadden de laatste 3-5 jaar geen uitstrijkje laten nemen. Zij kregen een persoonlijke interventiebrief van de huisarts.

9 Bijlagen

9.1 Uitnodigingsbrief

Praktijk 1

Huisartsenpraktijk Medizorg
Voordries 17
9860 Oosterzele
09/362.22.00
www.medizorgoosterzele.be

Beste mevrouw,

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

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

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

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

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

Een afspraak kan je maken via ons site www.medizorgoosterzele.be of via ons telefoonnummer 09362.22.00.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Fermon

Dr. Lambrecht

Praktijk 2

Huisartsenpraktijk Semmerzake
Opperweg 23
9890 Semmerzake
09/384.48.70

Beste mevrouw,

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

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

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

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

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

Een afspraak kan je maken via ons telefoonnummer 09/384.48.70 met vermelding dat u een uistrijkje wenst. Deze uitstrijkjes zullen plaatsvinden bij Dr. Liesbeth Haesaert, de nieuwe Huisarts In Opleiding (HAIO) in onze praktijk, op dinsdagnamiddag vanaf 17.00 u, of op een ander moment indien dinsdag niet zou passen.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Lauwerier Dirk



9.2 Studieprotocol en amandement

9.2.1 Studieprotocol

Wij sluiten aan bij een onderzoek dat uitgevoerd wordt door het CvKO, goedkeuring hiervan zie bijlage 1. Bewijs van deelname hieraan, zie bijlage 2.

Het pilootproject van CvKO:

Het CvKO stuurt al sinds enkele jaren een herinneringsbrief aan vrouwen tussen 25 en 64 jaar die zich de afgelopen 5 jaar niet lieten screenen voor baarmoederhalskanker. Binnen het pilootproject wil CvKO het effect evalueren van een bijkomende aangepaste herinneringsbrief ondertekend door de huisarts. Het effect op screeningsgraad van de gewone brief wordt vergeleken met het effect van de bijkomende aangepaste brief. Voor dit pilootproject zoekt CvKO naar een 15-tal praktijken die in dit pilootproject willen stappen.

Deze masterproefthesis:

De participatiegraad voor baarmoederhalsscreening is in België slechts 60%. Ook in onze praktijk merken we dat patiënten dus vaak niet in orde zijn met deze screening. Daarom zetten wij een praktijkverbeteringsproject op rond de lage baarmoederhalskanker screeningsgraad van patiëntes in onze praktijk.

We doen dit aan de hand van de PDCA cyclus (Plan, Do, Check, Act). In de eerste fase (Plan) gebeurde een analyse van het probleem (hoeveel vrouwen zijn gescreend, redenen niet screening op basis van literatuur, mogelijke interventies, …). Op het einde van de fase werd besloten om als actie (Do fase) in te stappen in het pilootproject van het CvKO.

In de Check-fase zullen we nagaan hoeveel van de vrouwen zich intussen hebben laten screenen en suggesties formuleren voor aanpassingen aan de interventie (Act).

In de Do en Act fase zullen wij grotendeels het protocol van het pilootproject volgen.

Er wordt een lijst gemaakt van patiëntes tussen 30 en 64 jaar met een GMD in de twee praktijken waar ik in opleiding ben. De leeftijd van 30 jaar werd gekozen aangezien een uitstrijkje wordt aangeraden vanaf 25 jaar, en het onderzoek uitgaat naar die patiënten die minstens 5 jaar niet gescreend zijn. Deze lijst wordt verstuurd naar het CvKO, waarna zij de studie uitvoeren zoals beschreven in het protocol van hun pilootproject.

Patiëntes tussen 30 en 64 jaar die in de voorbije 5 jaar geen cervixuitstrijkje hebben laten afnemen, krijgen zoals steeds een oproepbrief van het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO).
Hierin worden zij aangeraden een cervixuitstrijkje te laten afnemen. In het kader van deze masterproef wordt deze oproepbrief bij de helft van de patiënten een extra brief toegevoegd, ondertekend door de eigen huisarts, die nogmaals het belang van baarmoederhalskankerscreening benadrukt en de mogelijkheid om het uitstrijkje bij de eigen huisarts te laten afnemen.
In het pilootproject zal na 12 maanden gekeken worden hoeveel vrouwen zich intussen hebben laten screenen. Wij zullen echter ook al na 6 maanden nagaan of vrouwen zich lieten screenen. Dit omdat wij anders onze thesis niet tijdig zullen kunnen afronden. Dit zal door het CvKO gecommuniceerd worden als een geanonimiseerde screeningsgraad in de controlegroep en interventiegroep na 6 maanden. Op 12 maanden zal door CvKO –conform het protocol van het pilootproject- het screeningscijfer opnieuw berekend worden.

DEZE MASTERPROEF ZAL GEBEUREN IN SAMENWERKING MET NELE DE KONINCK, STUDENT AAN DE UZ LEUVEN. ONZE RESULTATEN KAN HET CVKO VERVOLGENS GEBRUIKEN VOOR HET GROTER ONDERZOEK.

9.2.2 Aanvraag amandement

Geachte,

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

Studie: "Verhogen van de deelname aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker aan de hand van een herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts: haalbaarheid en effect in een groepspraktijk" – Manama Liesbeth Haesaert

Belgisch registratienummer: B67021732975

Studie: "Verhogen van de deelname aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker aan de hand van een herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts: haalbaarheid en effect in een groepspraktijk" – Manama Nele De Koninck

Belgisch registratienummer: B670201732976

Indieningsdatum: 22/6/2017

Datum goedkeuring: 1/8/2017

Situering van het probleem:

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

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

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

Voorstel tot wijziging van het protocol:

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

Hierbij nemen wij het volgende in acht:
Het betreft dezelfde gegevens, maar die rechtstreeks van het labo naar de huisarts werden verstuurd, zonder tussenstap via de Stichting Kankerregister en het CvKO.

Het betreft enkel de screeningsgegevens van de patiëntes die een GMD lieten afsluiten bij de huisarts in kwestie, waarmee zij deze toestemming gaven om hun preventiedossier mee op te volgen.

De gegevens zullen, net als bij het verkrijgen van de gegevens via het CvKO, enkel gebundeld als responspercentage of gegevens over de volledige studiegroep beschreven worden.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw advies.

Met hoogachting,
Dr. Liesbeth Haesaert en Dr. Nele De Koninck

9.3 Gunstig advies ethisch comité en goedgekeurd amendemen

Gunstig advies ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Attn: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 26	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0877	01-aug-17	Zie "CC"

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

Belgisch Registratienummer: B670201732975

- Brief
  Uitnodigingsbrief (bijlage 2)
- Brief
  voorbeeld uitnodigingsbrief bewerkt door huisarts (bijlage 3)
- Antwoord onderzoekers
  via mail dr. N. De Kerinck dd. 22/06/2017 (ontv. via Bimetra dd. 26/06/2017) op opmerkingen EC dd. 27/03/2017
- Adviesaanvraagformulier dd. 22/06/2017
- Diverse
  - Goedkeuring EC studie CVKO (bijlage 1)
  - Bewijs deelname studie Centrum voor KankerOpsporing dd. 16/06/2017 (bijlage 2)
- Protocol
  Protocol praktijkverbeterend project: bijkomende herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts (bijlage 3)

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

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 31/07/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 31/07/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**
Voorafgaand het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 55 90).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 31/07/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 31/07/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 55 90).

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

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

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

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

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0877

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

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

Goedgekeurd amandement

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Att: Commissie voor Medische Ethiek

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

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 26	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0877	01-aug-17	Zie "CC"

BETREFT

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

Belgisch Registratienummer: B670201732975

- Brief
  Uitnodigingsbrief (bijlage 2)
- Brief
  voorbeeld uitnodigingsbrief bewerkt door huisarts (bijlage 3)
- Antwoord onderzoekers
  via mail dr. N. De Koninck dd. 22/06/2017 (ontv. via Bimetra dd. 28/06/2017) op opmerkingen EC dd. 27/03/2017
- Adviesaanvraagformulier dd. 22/06/2017
- Diverse
  - Goedkeuring EC studie CVKO (bijlage 1)
  - Bewijs deelname studie Centrum voor Kankeropsporing dd. 15/06/2017 (bijlage 2)
- Protocol
  Protocol praktijkverbeterend project: bijkomende herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts (bijlage 3)

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

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 31/07/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 31/07/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Voorafgaar het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 55 90).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 31/07/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 31/07/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 55 90).

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

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité bekrachtigt dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat De naming als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de negatiefheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*

- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de ondertulige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Davina Verbeke
09/332 22 66

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

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

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0877

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

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