HPV-vaccinatie: hoe kan de participatiegraad verhoogd worden?

HAIO: Dr. Mariëlle van der Meulen

Promotor: Dr. Veronique Verhoeven

Praktijkopleider: Dr. Annemie Claes

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2010-2012

Samenvatting

Cervixkanker is vooral bij jonge vrouwen een belangrijke doodsoorzaak in België. Om de strijd hier tegen aan te gaan is preventie aanbevolen. Een uitstrijkje kan precancereuze letsels vroegtijdig opsporen. De screening is in Vlaanderen echter onvoldoende georganiseerd, waardoor de participatiegraad laag is. Een groot deel van de doelgroep laat zich niet screenen, in tegenstelling tot overscreening bij andere vrouwen. Sinds men heeft ontdekt dat cervixkanker wordt veroorzaakt door een humaan papillomavirus (HPV), heeft de ontwikkeling van HPV -vaccins geleid tot een tweede preventiemiddel. Vanaf 2010 zijn er in Vlaanderen vaccinatiecampagnes van start gegaan, elk meisje in het eerste schooljaar van het secundair onderwijs komt in aanmerking voor HPV -vaccinatie. De huisarts speelt nog altijd een cruciale rol in het verhogen van de vaccinatiegraad, zeker bij de meisjes die niet tot de doelgroep van de vaccinatiecampagne behoren. Hoe beter de participatiegraad, hoe groter de kans dat ook de hoogrisicogroepen geïncludeerd zijn. Hoe kan de participatiegraad van HPV -vaccinatie in de huisartsenpraktijk verhoogd worden? Deze vraag hield mij bezig en mijn interesse voor het onderwerp was de aanleiding om dit als thema voor mijn masterproef te kiezen.

Naast een uitgebreid literatuuronderzoek heb ik een praktijkonderzoek opgezet, bestaande uit drie verschillende onderzoeksperiodes. Ik heb eerst het probleem, de oorzaken en de doelgroep helder weergegeven. Daarna zocht ik naar mogelijke interventies om in de huisartsenpraktijk mijn doelgroep van meisjes van 12 tot en met 18 jaar zo goed mogelijk te bereiken voor HPV -vaccinatie. Tijdens de eerste onderzoeksperiode werden alle meisjes geïncludeerd die spontaan consulteerden met de vraag naar HPV -vaccinatie. In de tweede onderzoeksperiode werd een informatieve oproepbrief verstuurd naar de doelgroep met uitnodiging tot consultatie. Als laatste werden de meisjes uit de doelgroep die nog niet gereageerd hadden in de derde onderzoeksperiode telefonisch benaderd.
Het is een beschrijvend onderzoek, de gegevens heb ik verwerkt, om na te gaan hoe de drie verschillende interventies invloed hebben op de participatiegraad.

In mijn praktijkproject hebben de verschillende opeenvolging van interventies geleid tot een hoge participatiegraad in de huisartsenpraktijk. Alle interventies herinneren de patiënten aan vaccinatie en leveren een bijdrage. Vooral de meest intensieve interventie, het telefonisch contact, is een goede methode om meisjes te bereiken.

De onzorgvuldige registratie in het elektronisch medisch dossier (EMD) is een belangrijk aandachtspunt voor de toekomst. Er zijn achteraf gezien veel meer meisjes gevaccineerd, dan bij aanvang van het praktijkproject in het dossier vermeld stonden.

Het CLB kan door de vaccinatiecampagnes meisjes gemakkelijker bereiken. De meisjes die vaccinatie mislopen, kunnen door de huisarts persoonlijk gemotiveerd worden. De beste manier om deze minderheid te bereiken zal via telefonisch contact zijn. Echter als huisarts is het een hele opgave om via Vaccinnet de meisjes na te gaan. Het zou veel efficiënter zijn als Vaccinnet in de toekomst is gekoppeld aan het EMD.

Inhoudstafel

Samenvatting 2

Inleiding 5

Keuze van het onderwerp..... 5

Doelstelling 6

Deel 1: Literatuuronderzoek..... 7

Methodiek..... 7

Achtergrondinformatie..... 9

Deel 2: Praktijkonderzoek..... 16

Probleem in de praktijk..... 16

Verantwoording van de onderzoeksmethodiek..... 17

Resultaten..... 19

Discussie..... 21

Besluit..... 23

Nawoord 24

Referenties..... 25

Bijlage

Inleiding

Cervixkanker maakt in België voor 3% deel uit van de nieuwe kankers bij vrouwen en staat op de achtste plaats van de meest voorkomende tumoren. Het is zelfs de tweede meest voorkomende kanker bij vrouwen tussen de 15 en 44 jaar.
Tegenwoordig weet men dat bij vrijwel alle gevallen (99.7%) van cervixkanker het humaan papillomavirus (HPV) kan worden aangetoond. De besmetting met HPV gebeurt vooral in de eerste jaren wanneer men seksueel actief wordt. HPV -infectie is een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde voor ontwikkeling van cervixkanker. In een kleine minderheid van de gevallen zal het effectief cervixkanker veroorzaken. Het causaal verband tussen HPV -infectie en cervixkanker geeft de mogelijkheid tot vaccinatie op jonge leeftijd. Op de markt zijn er twee geregistreerde HPV -vaccins, namelijk Gardasil® (Sanofi Pasteur MSD) en Cervarix® (GlaxoSmithKline). Beide vaccins bieden bescherming tegen infectie veroorzaakt door de twee meest voorkomende hoogrisico oncogene HPV -type 16 en 18. Deze twee types worden bij meer dan 70% van de vrouwen met cervixkanker opgespoord. Daarnaast geeft Gardasil® voor 90% bescherming tegen genitale wratten, omdat het vaccin het laagrisico HPV -type 6 en 11 bevat.
Cervixscreening en HPV -vaccinatie zijn complementaire instrumenten geworden om de preventie van cervixkanker te verhogen. Om voldoende effectief te zijn is een hoge participatiegraad aangewezen.

Keuze van het onderwerp

HPV -vaccinatie is een primaire preventiestrategie en reduceert de incidentie van HPV – infectie. Dit kan in de toekomst leiden tot een verminderde kans op ontwikkeling van cervixkanker. Vanaf het schooljaar 2010 - 2011 komt elk meisje in het 1^{e} jaar secundair onderwijs of geboren in 1998 via het Centrum van Leerlingenbegeleiding (CLB) in aanmerking voor de vaccinatiecampagne. Het vaccin Gardasil® zal voor deze groep door de Vlaamse overheid gratis ter beschikking worden gesteld.
Pre-adolescente meisjes (13 tot en met 18 jaar) komen niet meer in aanmerking voor deze vaccinatiecampagne. Zij kunnen op doktersvoorschrift wel het vaccin in de apotheek verkrijgen met gedeeltelijke terugbetaling. Bij deze doelgroep is HPV -vaccinatie even effectief, op voorwaarde dat zij nog niet seksueel actief zijn. Nu de media-aandacht rond HPV -vaccinatie is afgenomen, vind ik het een taak van de huisarts om dit preventiemiddel

bij deze groep extra onder de aandacht te brengen. Er blijkt bij meer dan de helft van de meisjes uit onze huisartsenpraktijk in het elektronisch medisch dossier (EMD) nog geen vaccinatiestatus geregistreerd te staan. Wat is daar de oorzaak van en nog belangrijker, hoe kan de participatiegraad van HPV –vaccinatie in de huisartsenpraktijk verhoogd worden? Deze vragen en het interessante onderwerp gaven de doorslag het thema te kiezen voor mijn masterproef.

Doelstelling

Ik wil inzicht krijgen in de factoren die HPV –vaccinatie beïnvloeden. In onze huisartsenpraktijk staat bij meer dan de helft van de pre-adolescente meisjes geen HPV -vaccinatiestatus in het EMD vermeld. Het is onzeker of deze meisjes wel of niet gevaccineerd zijn. Mijn doel is om met dit praktijkproject de registratie van de HPV -vaccinatie in het EMD te optimaliseren. Door verschillende interventies wil ik de participatiegraad van HPV -vaccinatie verhogen. Bij een positief resultaat kan het ook in de toekomst bij andere onderwerpen gebruikt worden.
In drie opeenvolgende onderzoeksperiodes worden drie verschillende interventies uitgevoerd. Mijn belangrijkste onderzoeksvraag is: ‘Met welke methode kan ik in de huisartsenpraktijk mijn doelgroep van meisjes van 12 tot en met 18 jaar zo goed mogelijk bereiken voor HPV -vaccinatie?’

Deel 1: Literatuuronderzoek

Methodiek

Ten eerste heb ik mij verdiept in de bestaande richtlijnen over HPV -vaccinatie. Domus Medica heeft in België een uitgebreide aanbeveling over 'cervixkankerscreening' gepubliceerd. Deze is in april 2011 aangepast met vermelding van onder andere HPV -vaccinatie en uitvoering in de huisartsenpraktijk. Domus Medica heeft ook een standpunt over HPV -vaccinatie met een verwijzing naar het advies van de Hoge Gezondheidsraad. In Nederland is er een NHG -standpunt over 'preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom'.

Ik heb de volgende websites gebruikt om buitenlandse richtlijnen te bekijken: 'Guideline Finder UK' (https://www.evidence.nhs.uk), 'National Guideline Clearinghouse' (http://www.guideline.gov) en 'New Zealand Guidelines Group' (http://www.nzgg.org.nz). Met als zoekterm 'HPV vaccination' leverden de Engelse en Nieuw -Zeelandse websites geen resultaten op. De Amerikaanse site leverde 31 resultaten, waarvan ik 2 relevante aanbevelingen selecteerde op basis van titel en globaal overzicht.

Met een systematische literatuursearch via de websites van Cebam (www.cebam.be) en Pubmed (http://www.ncbi.nlm.nih.gov) ben ik op zoek gegaan naar meer bruikbare artikels. In Pubmed heb ik de volgende MeSH termen gebruikt:

- HPV vaccine AND primary care:
  118 artikels gevonden, waarvan 31 reviews, op basis van de titel heb ik 5 abstracts gelezen en heb ik 2 relevante artikels overgehouden.
- HPV vaccine AND family practice:
  96 artikels gevonden, waarvan 13 reviews, ik heb 1 nieuw bruikbaar artikel geselecteerd.
- HPV vaccine AND uptake:
  192 artikels gevonden, waarvan 24 reviews, op basis van de titel en de publicatiedatum heb ik 7 abstracts gelezen, daarvan heb ik 4 relevante artikels overgehouden.
- HPV vaccine AND promotion:
  94 artikels gevonden, waarvan 17 reviews, ik heb 1 artikel geselecteerd, de andere artikels hebben geen recente publicatiedatum.
- HPV vaccination AND Flanders:
  10 artikels gevonden, geen reviews, ik heb toch 2 relevante artikels gebruikt.

The Cochrane Library (www.thecochranelibrary.com) leverde 86 artikels onder de zoekterm 'HPV vaccination', het waren allemaal RCT's. Bij het toevoegen van de zoekterm 'Family practice' bleven er 9 artikels over. Er was 1 relevant artikel. Via de Folia Pharmacotherapeutica (www.bcfi.be) vond ik 11 resultaten met de ingevoerde zoekterm 'HPV', daarvan gebruikte ik 2 artikels. In het wetenschappelijk tijdschrift Minerva (www.minerva-ebm.be) vond ik met de zoekterm 'HPV' 9 artikels, waarvan 1 interessant artikel. Ten slotte heb ik nog relevante artikels gevonden via de referenties en voetnoten van de andere geselecteerde artikels.

Achtergrondinformatie

1. Humaan papillomavirus (HPV)

Er zijn meer dan 100 verschillende humaan papillomavirus genotypes ontdekt. Men heeft een onderscheid gemaakt tussen cutane en mucosale types. De cutane types kunnen goedaardige huidwratten veroorzaken. De mucosale types infecteren het anogenitale of orale gebied. Deze indeling is echter niet volledig juist, er kunnen ook cutane types voorkomen in de genitale tractus. Afhankelijk van de associatie met kanker kan men de genitale HPV -types onderverdelen in hoog- en laagrisico. Hoogrisico HPV -types zijn zeker oncogeen, waarvan type 16 en 18 wereldwijd het meest voorkomen. Bij meer dan 70% van de vrouwen met cervixkanker worden deze types teruggevonden. Laagrisico types veroorzaken condylomata acuminata, blijvende subklinische infecties en goedaardige afwijkingen van het epitheel. HPV -type 6 en 11 zijn samen voor ongeveer 90% verantwoordelijk voor anogenitale wratten.[1-2]

2. Epidemiologie HPV -infectie en cervixkanker

HPV -infectie is één van de meest voorkomende seksueel overdraagbare infecties. De grote meerderheid van de vrouwen loopt deze infectie op, voornamelijk in de eerste jaren van seksueel contact.[2]

De prevalentie van asymptomatische HPV -infectie is wereldwijd berekend op 10.4%. Er blijken grote geografische verschillen te bestaan, zo is de hoogste prevalentie gevonden in Afrika (22.1%). In Europa wordt de prevalentie geschat op 8.1%. Daarnaast blijkt er een verband te bestaan met de leeftijd. Bij de leeftijdsgroep jonger dan 20 jaar is er een piek in de prevalentie van asymptomatische HPV -infectie te zien, deze ligt op ongeveer 22%. Bij de andere leeftijdscategorieën neemt de prevalentie fors af met de leeftijd.[2-3]

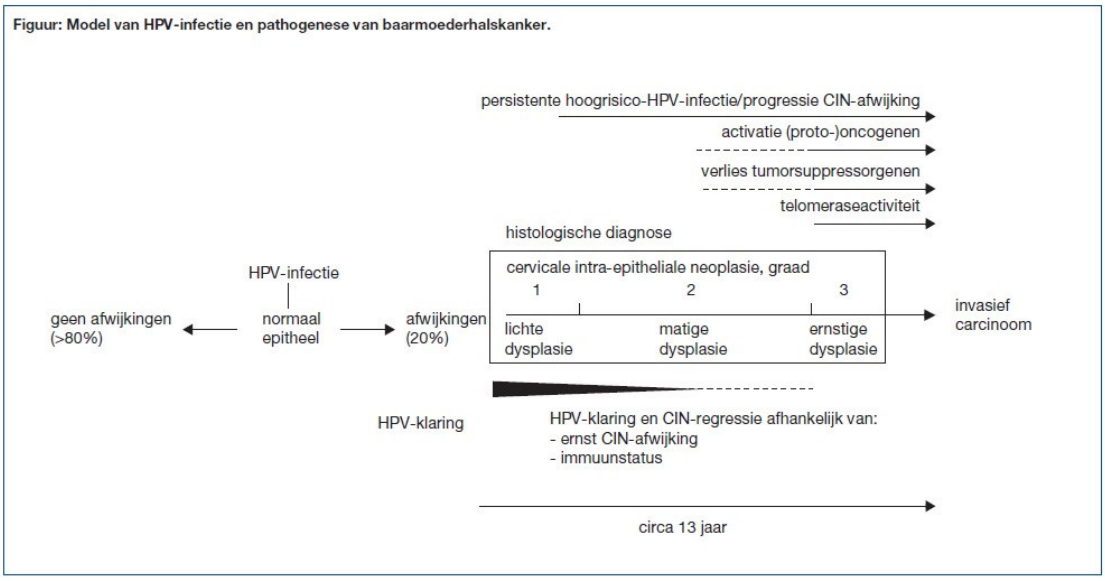
In België maakt cervixkanker 3% uit van de nieuwe kankers bij vrouwen en staat het op de achtste plaats van meest voorkomende tumoren. Het is zelfs de tweede meest voorkomende kanker bij vrouwen tussen de 15 en 44 jaar ondanks de screeningsprogramma's. Uit onderzoeken blijkt dat in Vlaanderen elk jaar rond de 400 nieuwe gevallen van cervixkanker worden geregistreerd. Ongeveer 100 Vlaamse vrouwen sterven hier jaarlijks aan.[4]

3. De rol van HPV -infectie in het ontstaan van cervixkanker

Bij vrijwel alle gevallen (99.7%) van cervixkanker kan het humaan papillomavirus worden aangetoond. De tijd tussen de HPV -infectie en ontwikkeling van een invasief carcinoom is minimaal tien jaar (zie figuur 1). In de tussenliggende periode persisteren slechts een kleine

fractie van de infecties tot precancereuze letsels, de zogenoemde CIN- (cervicale intra-epitheliale neoplasie) laesies ontstaan. Echter zullen de meeste precancereuze letsels spontaan genezen. In een kleine minderheid van de gevallen zal het daadwerkelijk tot cervixkanker leiden. HPV -infectie is een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde voor ontwikkeling van cervixkanker.[4-5]

Figuur 1: Model van HPV infectie en pathogenese van cervixkanker



4. HPV -vaccinatie

In Vlaanderen worden vaccinaties bij adolescenten in meerderheid van de gevallen toegediend door het CLB, hoewel er ook een prominente rol is weggelegd voor de huisarts. Afhankelijk van het toegediende vaccin vindt 15-33% van de vaccinaties bij de huisarts plaats. Om een hoge participatiegraad in deze patiëntenpopulatie te behalen is een netwerk van verschillende vaccinatoren belangrijk. Het vereist adequate registratie beschikbaar voor alle vaccinatoren, dit maakt men mogelijk door middel van het programma Vaccinnet.[6]

Het HPV -vaccin wordt sinds 2007 aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad in België. Het initiatief om jonge meisjes te vaccineren tegen baarmoederhalskanker ligt bij de meisjes, ouders of artsen (huisartsen, pediaters of gynaecologen).

Vanaf september 2010 verloopt er een Vlaams vaccinatieprogramma via het CLB bij meisjes in het 1ste jaar secundair onderwijs of geboren in 1998. De schoolgezondheidszorg krijgt de taak om ouders en meisjes te informeren, vaccinatiedata te verzamelen en de aanbevolen

vaccinaties te leveren. Ouders blijven wel vrij in de keuze waar hun dochter gevaccineerd zal worden, dit is naast de schoolarts nog steeds mogelijk bij de huisarts.
Oudere meisjes van 13 tot en met 18 jaar komen niet meer in aanmerking voor deze vaccinatiecampagne. Zij kunnen op voorschrift van een arts het vaccin in de apotheek verkrijgen, waarbij een gedeeltelijke terugbetaling is voorzien via de mutualiteit. Zij vallen buiten de categorie voor volledige terugbetaling en betalen per vaccin 10,80 euro zelf.
Er zijn in België twee geregistreerde HPV -vaccins, Gardasil® (Sanofi Pasteur MSD) en Cervarix® (GlaxoSmithKline). De Vlaamse overheid heeft gekozen om het vaccin Gardasil® voor de vaccinatiecampagne gratis ter beschikking te stellen. Beide vaccins bieden bescherming tegen infectie veroorzaakt door de twee meest voorkomende hoogrisico oncogene HPV -types 16 en 18. Daarnaast geeft Gardasil® voor 90% bescherming tegen genitale wratten, het vaccin bevat het laagrisico HPV -type 6 en 11. Een volledig vaccinatieschema met Gardasil® omvat drie dosissen op 0, 2 en 6 maanden.[2-7-8]
HPV -infectie is één van de meest frequente seksueel overdraagbare infecties, die vooral in de eerste jaren van seksueel contact wordt opgelopen. Vaccinatie voor het eerste seksueel contact is belangrijk. 4% Van de Vlaamse meisjes blijkt op 13-14 jarige leeftijd al ervaring te hebben met geslachtsgemeenschap. Indien iemand al besmet is met één of meerdere HPV -types die het vaccin bevat, kan vaccinatie nog bescherming bieden tegen de klinische letsels veroorzaakt door de andere HPV -types van het vaccin. De gezondheidswinst is dan echter moeilijk in te schatten, dit geeft aan dat vaccinatie op jonge leeftijd de voorkeur heeft. Het is dan het meest kosteneffectief.[2-5]
Nieuwe onderzoeksresultaten suggereren dat er een kruisbescherming kan optreden voor HPV -types die het vaccin niet bevat, maar dit kan pas na jaren onderzoek met harde eindpunten worden vastgesteld. Uit recent onderzoek bedraagt de beschermingsduur door het vaccin minimaal zeven jaar.[5-9]

5. HPV -vaccinatie en cervixscreening

Tot enkele jaren geleden was cervixscreening het enige middel in de preventie van cervixkanker. De screening wordt in België om de drie jaar aanbevolen bij vrouwen van 25 tot 65 jaar. Als er een voldoende hoge participatie is (>85%) kan een screeningsprogramma succesvol zijn, dan bereikt men ook de hoogrisicogroepen. In België ligt de participatiegraad veel lager en de vrouwen die zich laten screenen doen dit soms frequenter dan wordt aanbevolen.[5]
Naast de aanvang van HPV -vaccinatie blijft cervixscreening aangeraden voor zowel gevaccineerde als niet-gevaccineerde vrouwen. De beschikbare vaccins beschermen niet volledig tegen alle bekende oncogene HPV -types en werken dus niet curatief. Het effect van

vaccinatie op reeds geïnfecteerde meisjes is nog onvoldoende gekend. Het resultaat van systematische HPV -vaccinatie op de incidentie en mortaliteit van cervixkanker kan pas op lange termijn geëvalueerd worden. Dus in de preventie van cervixkanker zijn screening en vaccinatie beide aangewezen.[1-7]

6. Beïnvloedende factoren op vaccinatie

Overheid

De overheid bepaalt in samenspraak met de Hoge Gezondheidsraad en universitaire centra welke preventiestrategieën de volksgezondheid het best bevorderen. Het is bewezen dat een goede planmatige preventiestrategie efficiënter is, dan vele ongecoördineerde routinematige onderzoeken. Dit geldt ook in België voor borstkanker- en cervixkankerscreening.[10]

Beslissingen op het niveau van de overheid hebben consequenties voor een verder vaccinatiebeleid. Een vaccin moet de goedkeuring krijgen en men legt vast voor welke doelgroep deze geïndiceerd is. Daarnaast bepaalt men de kosten en mogelijke terugbetaling, wederom een stap die invloed heeft op het vaccinatiebeleid. Uit onderzoek blijkt de vaccinatiegraad veel hoger te liggen bij meisjes die het vaccin volledige terugbetaald krijgen ten opzichte van gedeeltelijke terugbetaling.[11]

De media-aandacht en advertenties hebben een prominente rol in de acceptatie van HPV -vaccinatie. Het is bewezen dat de media interventies significante invloed hebben op motiverend gedrag rond gezondheid.[10-12] De overheid heeft de taak om publieke educatie nationaal te regelen. Dit kan het bewustzijn vergroten en veranderingen aanbrengen in de attitudes en verwachtingen rond immunisatie.[13]

Huisarts

De huisarts speelt een unieke rol in de screening naar cervixkanker. Naast het afnemen van uitstrijkjes bij vrouwen, is er sinds enkele jaren ook een taak weggelegd voor HPV -vaccinatie. Om preventie tegen cervixkanker optimaal in de huisartsenpraktijk toe te passen, is inzicht in remmende en bevorderende factoren belangrijk.

De huisarts moet ten eerste beschikken over een goede basiskennis met betrekking tot cervixkanker en HPV -vaccinatie. De huisartsen geven aan dat slechte basiskennis een belangrijke barrière vormt om een onderwerp bespreekbaar te maken. Het is echter hun taak om ouders goed te kunnen informeren, daarom dient de huisarts optimaal op de hoogte te zijn van de medische ontwikkelingen. Tevens geven enkele huisartsen aan moeite te hebben om seksualiteit te bespreken met de ouders van jonge meisjes. Ze vermijden liever het onderwerp om negatieve reacties van de ouders en ongemakkelijke situaties te voorkomen.

Heldere informatie is vereist om ouders te overtuigen hun dochter te laten vaccineren tegen baarmoederhalskanker.[10-14]

Ten tweede moet een huisarts tijd vrijmaken om vaccinatie te organiseren. Er is tijdens een algemene consultatie vaak tijdsdruk om naast de reden van consultatie ook het doel van vaccinatie te bespreken met de patiënt. Overtuiging is nodig om ouders en meisjes over de drempel te trekken en dat kost immers tijd. Voorheen besteedde men de aandacht vooral op de acute zorg, dit ging ten koste van de preventieve maatregelen.[10-13]

Ten derde zien huisartsen op tegen de complexe counseling van de leeftijdsgroep. Adolescenten komen minder op consultatie in vergelijking met andere leeftijdsgroepen zoals jonge kinderen. Er moet de gelegenheid zijn om HPV -vaccinatie te bespreken en daarnaast zijn er voor een volledig vaccinatieschema nog eens drie consultaties noodzakelijk. De counseling kan verbeterd worden met een helder beleidsplan, met aandacht voor identificatie van de doelgroep en vaccinatieprocedure. Computerprogramma's kunnen bijvoorbeeld lijsten maken, waardoor de doelgroep overzichtelijk wordt weergegeven. [13]

Ouders / meisjes

De ouders hebben een belangrijk aandeel in de beslissing van HPV -vaccinatie bij hun dochter. Er zijn onderzoeken gedaan naar de argumentatie bij weigering van vaccinatie. Onvoldoende kennis vormt de belangrijke drempel. Ouders die over goede kennis beschikken rond HPV -infectie en vaccinatie, zijn meer gemotiveerd om hun dochter te laten inenten. De positieve houding wordt benadrukt door wetenschappelijke informatie over de veiligheid en effectiviteit van het vaccin. Ook is het belangrijk inzicht te hebben in de kans op HPV -infectie bij actief seksueel gedrag en ontwikkeling van baarmoederhalskanker.[15-16] Goede informatieoverdracht en aanbeveling door een deskundige beïnvloedt de vaccinatiegraad en dit geeft de centrale rol van de arts aan.

De vaccinatiegraad is aanzienlijk lager bij meisjes met een lagere sociaal economische status en buitenlandse meisjes. Bij deze patiënten kan de bijdrage aan de kosten van vaccinatie een drempel vormen.[17-18-19-20]

Ouders nemen om twee redenen vooral een afwachtende houding aan. Zo zijn er nog geen resultaten over de lange termijneffecten van HPV -vaccinatie, doordat de studies nog niet zijn afgerond. Sommige ouders denken dat vaccinatie het seksueel gedrag van hun dochter zal stimuleren. [15-21-24]

Uit studies blijken ouders meer gemotiveerd te zijn in screening, als moeders zelf geregeld uitstrijkjes laten doen en hun kinderen altijd alle kindervaccinaties hebben gekregen.[17-24]

Bij jonge meisjes is de aanmoediging door ouders en huisarts van belang. Ook volgt vaccinatie frequenter bij persoonlijke ervaring met iemand met kanker. Meisjes geven aan

dat ze wel gevaccineerd willen worden, maar de stap om daadwerkelijk het eerste vaccin te nemen laat vaak op zich wachten.[13-20]

7. Interventies

In de praktijk

Volgens onderzoek zijn geheugensteuntjes in de huisartsenpraktijk relevant om vaccinatie aan te moedigen. Dit geldt voor zowel de huisarts als voor de ouders en meisjes. Elke vorm van herinnering zal een positief effect hebben op de participatiegraad. Computerprogramma's kunnen lijsten maken, waardoor de huisarts een overzicht heeft van de meisjes die in aanmerking komen voor vaccinatie. In de wachtzaal kunnen posters en folders de aandacht vestigen op HPV -vaccinatie. Om een volledig vaccinatieschema te garanderen is het nog beter om herhaaldelijk geheugensteuntjes te sturen. Dit is mogelijk via afspraakkaartjes of een computerprogramma, die herinneringen versturen via telefoon of mail vóór de datum van de gewenste consultatie. Een herinneringssysteem garandeert op deze manier betere opvolging.[13-22]

Brief

Onderzoeken concluderen dat een brief waarin meisjes geïnformeerd worden over HPV -vaccinatie een positieve invloed heeft op de vaccinatiegraad. Het werkt eveneens als een herinneringssysteem. Patiënten krijgen een herinnering en het gedrag wordt gemotiveerd, met als gevolg toename van de participatiegraad.[11-22] Uit studies blijkt dat bij vermelding van een beperkte leeftijdscategorie voor terugbetaling, de opkomst voor inenting veel groter is. Er is dan minder kans op uitstelgedrag.[11]

Telefoon

En Amerikaanse studie onderzocht het effect van telefonische benadering bij ouders van meisjes die in aanmerking komen voor HPV -vaccinatie. De aanleiding van dit onderzoek was de lagere vaccinatiegraad in de staat North -Carolina in vergelijking met nationale gegevens. In het telefoongesprek was er aandacht voor het onderwerp seksueel risicogedrag en de preventie van baarmoederhalskanker. Dit onderzoek leidde tot een verhoging van de vaccinatiegraad, met resultaten boven het landelijk gemiddelde. Niet alleen het aantal 1^{e} vaccinaties was gestegen, ook de motivatie om het volledige vaccinatieschema te volgen nam significant toe.[23] Ook andere onderzoeken bevestigen dat een telefonische benadering een hoge participatiegraad geeft, het is nog effectiever dan alle andere interventies. De nadeel van deze interventie is het tijdrovend werk en het brengt hogere kosten met zich mee.[22]

8. Huisartsenpraktijk versus school

Een nationale vaccinatiecampagne via het CLB heeft vele voordelen, zo kan er op dezelfde plaats en tijd informatie worden gegeven en zijn er grote aantallen meisjes aanwezig. Het HPV vaccin kan men beter accepteren, omdat het net als de andere kindervaccinaties als 'normaal' kan worden beschouwd. Het stigma dat vaccinatie is gekoppeld aan seksueel risicogedrag verdwijnt, waarbij men vaker denkt aan meisjes met een lagere sociaal economische status. Het is bewezen dat meisjes uit een lager milieu meer seksueel risicogedrag vertonen en dus een grotere kans hebben op het ontwikkelen van baarmoederhalskanker.[18-19] Specifiek bij buitenlandse meisjes is dit een reden om af te zien van vaccinatie, aangezien het wordt gekoppeld aan actief seksueel gedrag. De vaccinatie kan bij elk meisje in het eerste leerjaar gratis worden toegediend, zonder onderscheid te maken tussen sociaal-economische verschillen en de financiële drempel is weggenomen. Daarnaast kost het de meisjes en ouders minder moeite om de vaccinatie te verkrijgen. Het vaccin in de apotheek halen en een afspraak maken bij de huisarts is overbodig geworden. Het vaccin wordt immers via het CLB geleverd en gezet tijdens schooluren. Het CLB krijgt zo meer verantwoordelijke taken, zij moeten ouders en meisjes informeren, vaccinatiedata verzamelen en de aanbevolen vaccinaties leveren. Nationale vaccinatiecampagnes kunnen de kosten onderdrukken en de vaccinatiegraad verhogen. Dit systeem zou kunnen falen bij de meisjes die juist in de periode van vaccinatie op school afwezig zijn door bijvoorbeeld ziekte. Deze vorm van vaccinatie zal de voorkeur krijgen, maar onderzoek zal het verder moeten uitwijzen.[17]

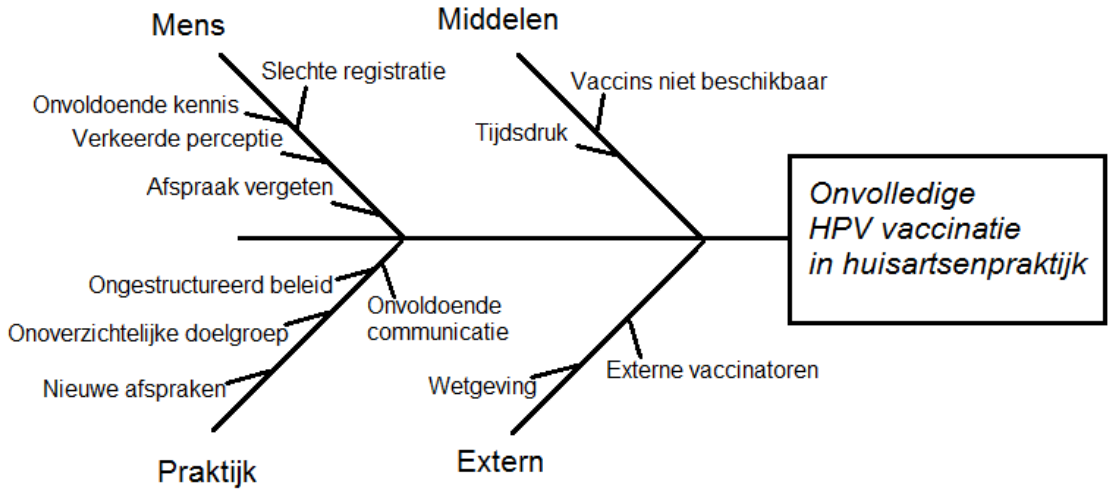
Als er geen landelijk vaccinatieprogramma is opgesteld, blijft de verantwoording voor vaccinatie bij de ouders, adolescenten en artsen zelf liggen. De extra kosten zijn voor de patiënt, zij moeten het vaccin zelf betalen (afhankelijk van de leeftijd) net als de drie doktersbezoeken.

Deel 2: Praktijkonderzoek

Probleem in de huisartsenpraktijk

Als er in de praktijk een probleem is vastgesteld, kan de visgraatanalyse inzicht geven in de mogelijke oorzaken bekeken vanuit vier verschillende invalshoeken. De vraag is wat de oorzaak kan zijn, dat de stand van zaken zo ver weg ligt van het beoogde doel. Met de vier collega's van de huisartsenpraktijk werd er een vergadering gepland. Om te brainstormen over de factoren die van invloed konden zijn op de onvolledige HPV -vaccinatie in onze praktijk. De onderstaande visgraatanalyse (zie figuur 2) is daar het resultaat van.

Figuur 2: visgraatanalyse



Het domein 'Mens' geeft de oorzaken die te maken hebben met persoonlijke eigenschappen en acties van de arts, patiënt of medewerker in de praktijk. Er was bij de introductie van HPV -vaccinatie enkele jaren geleden nog onvoldoende kennis in de praktijk. Door onvoldoende inzicht in het effect van HPV -vaccinatie namen twee huisartsen een afwachtende houding aan. Na de mediabelangstelling rond vaccinatie is het onderwerp later weer naar de achtergrond geschoven. In het elektronisch medisch dossier is er geregeld een onvolledige registratie, dit wijt men aan onzorgvuldigheid en tijdsdruk. Ook ligt er een oorzaak bij de patiënten, sommige vergeten hun afspraak en komen niet meer opdagen voor vaccinatie.
Bij oorzaken in het domein 'Middelen' moet men denken aan bijvoorbeeld medisch materiaal, praktijkruimte en medicatie. Vaccins zijn niet in de huisartsenpraktijk beschikbaar en moeten

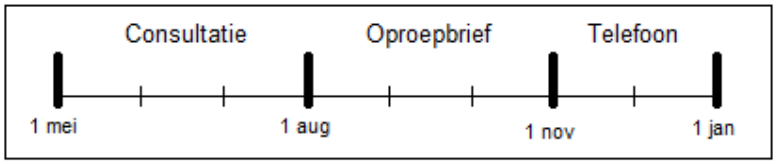
eerst door de patiënt bij de apotheek worden afgehaald. Daarnaast is er tijdsdruk, vaste uren van consultatie geeft niet altijd de ruimte om uitgebreid op een ander onderwerp in te gaan.
Oorzaken van fouten die terug te brengen zijn tot afspraken, communicatie en procedures in de praktijk, vallen onder het domein 'Praktijk'. Een ongestructureerd vaccinatiebeleid en een onoverzichtelijke doelgroep vormen belangrijke factoren voor het falen van HPV -vaccinatie. Het kan mede ontstaan door onvoldoende communicatie tussen de collega's. Daarnaast moet de patiënt steeds nieuwe afspraken vastleggen, tijdens één raadpleging kan de vaccinatie niet worden afgerond.
Als laatste zijn er 'Externe' factoren verantwoordelijk, deze zijn vaak minder beïnvloedbaar en eigen aan het gezondheidssysteem in België. Wetgeving legt vast wie in aanmerking komt voor vaccinatie en terugbetaling. Door de keuze uit verschillende vaccinatoren ontstaat er een onoverzichtelijk vaccinatiebeleid.
Nu het probleem verhelderd is en de oorzaken in kaart zijn gebracht is het mogelijk om het praktijkproject verder uit te diepen. Ik heb mijn kennis vergroot door een grondige literatuurstudie. Door de doelgroep te bepalen en duidelijke interventies toe te passen wil ik de participatiegraad voor HPV -vaccinatie in de huisartsenpraktijk optimaliseren.

Verantwoording van de onderzoeksmethodiek

Omschrijving en selectie van de onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep werd verworven uit de patiënten, meisjes in de leeftijdscategorie van 12 tot en met 18 jaar, van de huisartsenpraktijk 'Het Kruispunt' te Dilsen-Stokkem. Zij hebben in de huisartsenpraktijk een globaal medisch dossier (GMD). De totale doelgroep bestaande uit 162 meisjes kwamen in aanmerking voor HPV -vaccinatie. Het onderzoek verliep in drie opeenvolgende gescheiden onderzoeksperiodes (zie figuur 3 en 4).

Figuur 3: Tijdslijn van 3 interventies met begin- en einddatum.



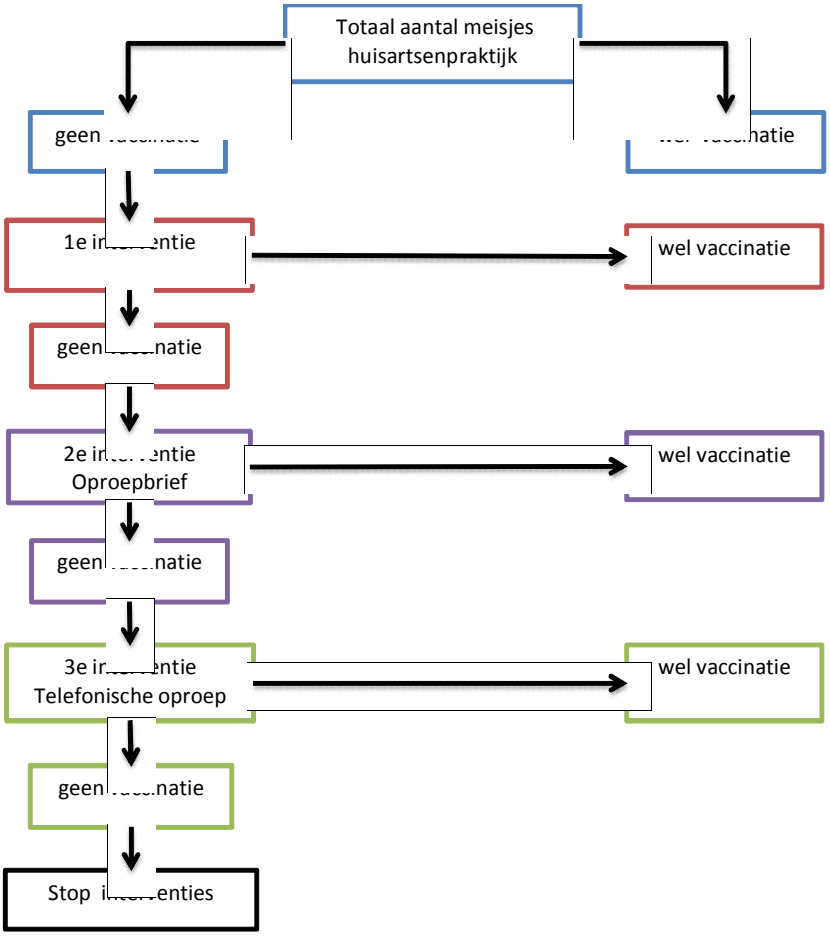
Tijdens de eerste onderzoeksperiode van 1 mei tot 1 augustus 2011 werden meisjes van 12 tot en met 18 jaar geïncludeerd, die tijdens de consultatie informatie wilden over preventie van baarmoederhalskanker en in aanmerking kwamen voor het HPV -vaccin. Door middel

van posters en folders in de wachtzaal werd de aandacht gelegd op het bespreekbaar maken van vragen rond baarmoederhalskanker en vaccinatie tijdens de consultatie.

Voor de tweede onderzoeksperiode werd er een oproepbrief samengesteld, deze bevatte beknopte objectieve informatie over baarmoederhalskanker, HPV -infectie en -vaccinatie. Om respons te stimuleren was er een antwoordkaart toegevoegd (zie bijlage). De informatie was geselecteerd uit relevante literatuurgegevens. Begin augustus 2011 werden de oproepbrieven verstuurd naar de geselecteerde subgroep van meisjes van 12 tot en met 18 jaar. Ze werden aangespoord op consultatie te komen om HPV –vaccinatie te bespreken. De interventie beëindigde op 31 oktober 2011.

Tijdens de derde periode van 1 november tot 1 januari 2012 ging ik de meisjes of moeders persoonlijk benaderen. Indien zij nog niet gereageerd hadden op de oproepbrief, nam ik met hen telefonisch contact op. Ik wilde hen alsnog overtuigen te laten vaccineren of de vaccinatiestatus noteren in het elektronisch medisch dossier (EMD).

Figuur 4: flowchart met schematische weergave van opzet praktijkproject



Resultaten

Gegevens

Met het programma Medidoc (Corilus) werd een lijst gemaakt van alle meisjes geboren tussen 1-1-1993 en 31-12-1998 met een globaal medisch dossier in de huisartsenpraktijk.

In totaal kwamen 162 meisjes in aanmerking voor HPV -vaccinatie (zie figuur 5). Zij behoorden dus tot de leeftijdsgroep 12 tot en met 18 jaar. 76 Meisjes hadden het elektronisch medisch dossier (EMD) in orde, er was een volledig vaccinatieschema voor HPV vermeld. Bij de overige (n= 86) was er een onvolledige of geen vermelde vaccinatiestatus bekend.

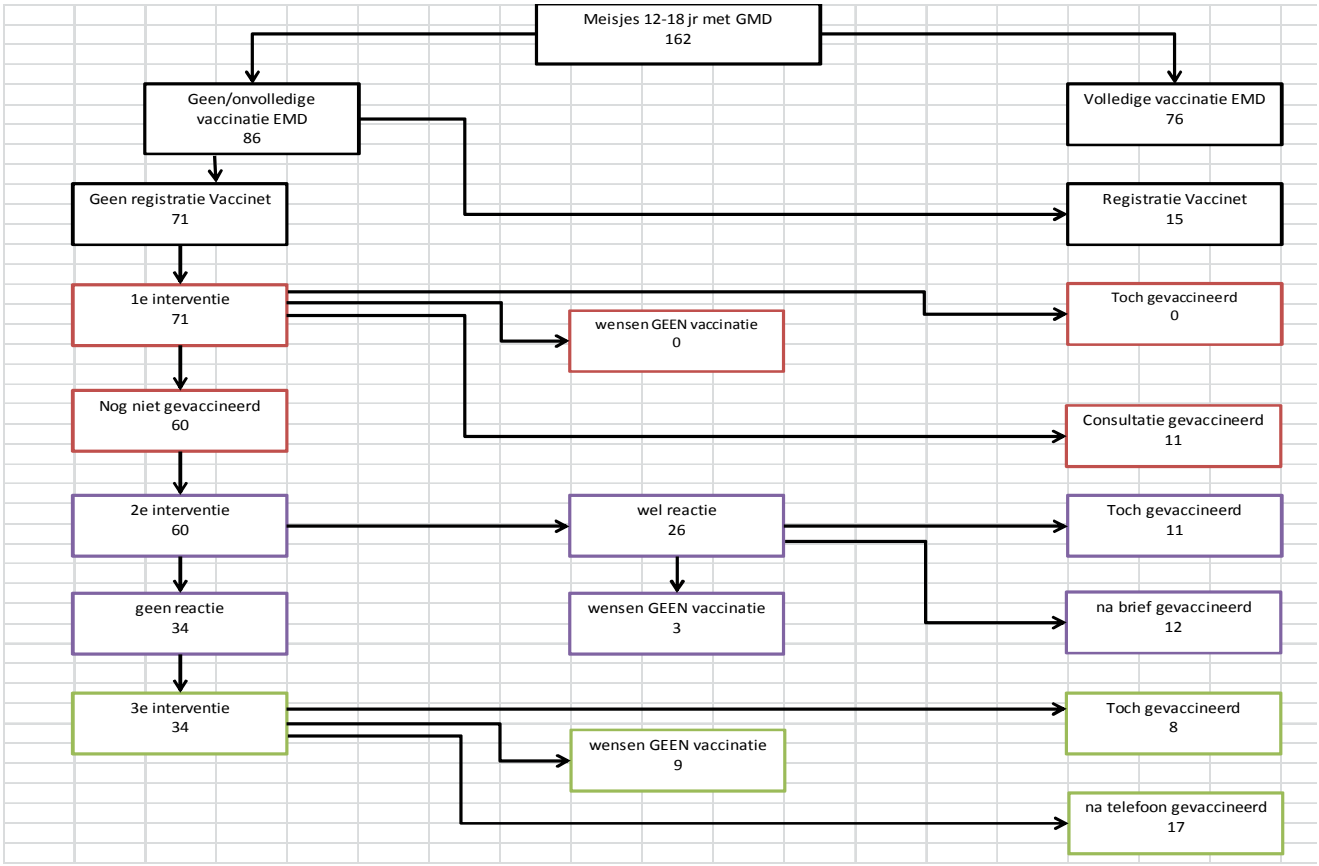
Vervolgens gebeurde een exclusie van de meisjes die door een andere arts waren gevaccineerd en geregistreerd stonden in Vaccinnet (n= 15).

Er kwamen 71 meisjes in aanmerking voor de eerste interventie. Tijdens de eerste drie maanden van de onderzoeksperiode kwamen er 11 meisjes met vragen over HPV-vaccinatie, als reactie op de posters en folders in de wachtzaal. Ze werden allemaal gevaccineerd, geen meisje weigerde de inenting. Daarna gebeurde een exclusie van de meisjes die geconsulteerd hadden tijdens de eerste onderzoeksperiode (n=11).

Uiteindelijk ontstond er een subgroep van 60 meisjes waarnaar een oproepbrief werd verzonden. De respons was bijna 50%, 26 ouders/meisjes reageerden positief op de verzonden brief. Bij een aantal meisjes (n= 11) bleek het EMD niet in orde te zijn. Zij waren reeds gevaccineerd door een huisarts in de eigen huisartsenpraktijk of elders. 12 Meisjes maakten via telefoon of internet een afspraak voor de eerste vaccinatie. 3 Meisjes weigerden schriftelijk de vaccinatie. Ze hadden geen geargumenteerde reden gegeven.

De 34 overgebleven meisjes die niet reageerden, kwamen in de derde en tevens laatste interventie terecht. Opvallend was het groot aantal buitenlandse meisjes in deze groep (10 op 34). Via het telefoongesprek bereikte ik alle ouders, het EMD was wel volledig in de administratie van contactgegevens. 8 Meisjes waren toch al eerder volledig gevaccineerd. 17 Meisjes kon ik nog voorzien van de 1^{e} vaccinatie. Bij 9 meisjes werd vaccinatie geweigerd, 4 paar ouders hadden geen interesse in vaccinatie en 2 meisjes hadden angst voor naalden. De andere ouders hadden met familie en kennissen overlegd en besloten met vaccinatie te wachten.

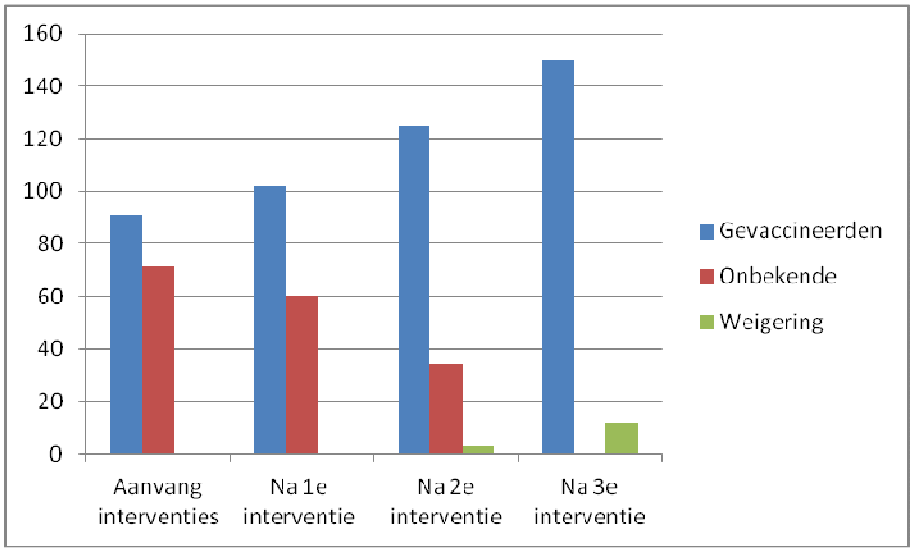
Figuur 5: flowchart van onderzoeksresultaten



Figuur liggend afdrukken

In figuur 6 is de invloed van de verschillende interventies op HPV -vaccinatie te zien. Voor de aanvang van de eerste interventie staan er 86 van de 162 meisjes in het EMD geregistreerd bij HPV -vaccinatie. Na de laatste interventie zijn dit er 150. De overige 12 meisjes weigeren vaccinatie. Het aantal meisjes met onbekende vaccinatiestatus is tijdens de interventies afgenomen van 71 naar 0.

Figuur 6: Staafdiagram met resultaten per interventie



Discussie

Interpretaties

Tijdens de eerste interventie heb ik 11 van de 71 meisjes kunnen includeren in mijn praktijkproject. Ze kwamen met vragen over HPV -vaccinatie tijdens de raadpleging. Dit geeft voor 15% een positief resultaat bij deze minimale interventie (zie figuur 7).

Van de 60 overgebleven meisjes zijn er na de oproepbrief 26 reacties gekomen. Deze tweede interventie levert voor 43% een positief resultaat.

Tijdens de derde en laatste interventie heb ik alle resterende ouders van meisjes die in aanmerking komen voor HPV -vaccinatie telefonisch kunnen bereiken. Dit wil zeggen dat ik 34 op de 34 meisjes heb geïncludeerd. Er is 100 % positief resultaat bij deze intensieve interventie.

Figuur 7



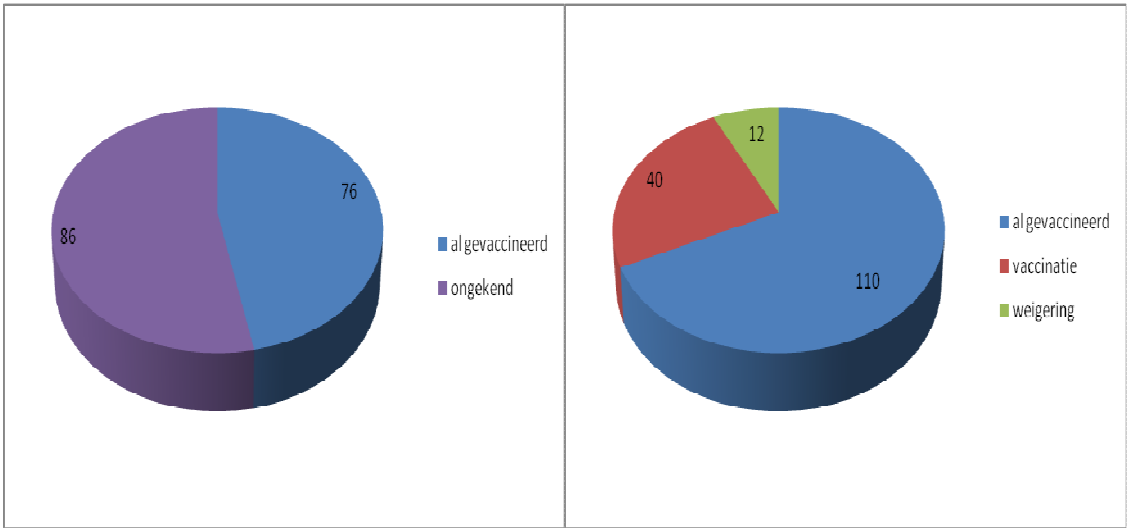
Hoe invasiever de interventie, hoe groter de kans op een positief resultaat. Met positief resultaat bedoel ik het krijgen van een reactie. De derde interventie het telefonisch contact geeft voor 100% reactie. Echter is deze laatste interventie het vervolg van de eerste en tweede interventie en staan zij niet los van elkaar. Als men zou starten met de het telefonisch contact, geeft dit niet automatisch voor 100% resultaat. Daarnaast is het een zeer intensieve interventie. Er moeten meer patiënten telefonisch gecontacteerd worden, dat is tijdrovend en brengt meer kosten met zich mee. Er is bewust gekozen voor de opeenvolging van de drie interventies. Doordat er als tweede interventie een brief is verstuurd, hebben de ouders en meisjes al eens kunnen nadenken over HPV -vaccinatie. Zo is het telefonisch gesprek al voor een klein deel voorbereid en gemakkelijker te voeren.

Uit de gegevens blijkt dat 110 van de 162 meisjes uiteindelijk wel waren gevaccineerd, terwijl de huisartsen vóór het praktijkproject maar 76 meisjes in het EMD hadden genoteerd (zie figuur 8). Met andere woorden er loopt iets mis in de hele registratie. De oorzaak kan liggen bij de onzorgvuldige registratie door de huisartsen. Vaak gebruikt men tijdsdruk als belangrijke reden. Ook kunnen de patiënten dit veroorzaken, als zij hun huisarts niet over vaccinatie buiten de praktijk inlichten. Het is een nadeel dat de gegevens van Vaccinnet niet automatisch verbonden zijn aan het eigen EMD.

Het einddoel is bereikt, 100% van de meisjes is benaderd. Echter weigeren 12 van de 52 niet-gevaccineerde meisjes HPV -vaccinatie (zie figuur 8). Dat komt overeen met 23% en is redelijk veel. Tijdens de laatste interventie valt op dat 10 van de 34 meisjes van buitenlandse afkomst zijn. 3 Buitenlandse meisjes weigeren voorlopig vaccinatie, zij hebben naar aanleiding van de brief dit onderwerp met familie en vrienden besproken. Of de folders en posters in de huisartsenpraktijk en oproepbrief minder effect hebben op deze subgroep blijft een open vraag.

In de toekomst hoeft de huisarts geen meisjes meer voor HPV -vaccinatie te contacteren, aangezien het via de vaccinatiecampagne door het CLB opgevolgd zal worden. Als meisjes vaccinatie via de schoolgezondheidszorg missen of eraan twijfelen, kan de huisarts deze meisjes alsnog vaccineren. De huisarts blijft een centrale rol spelen als vertrouwenspersoon. Aangezien het een kleiner aantal meisjes zullen zijn die vaccinatie mislopen, is het telefonisch contact zeker de beste methode om hen te benaderen. Indien Vaccinnet gekoppeld kan worden aan het EMD, kan de huisarts in de toekomst gemakkelijker gemiste vaccinaties opsporen.

Figuur 8: Cirkeldiagram voor en na interventies



Besluit

Uit de literatuurstudie en mijn praktijkproject blijken geheugensteuntjes in de huisartsenpraktijk voor de arts en patiënten relevant te zijn, om vaccinatie aan te moedigen. Patiënten herinneren aan vaccinatie is een belangrijk middel om de participatiegraad te verhogen, het maakt niet uit in welke vorm van interventie. Alle interventies leveren een bijdrage. Vooral de telefonische benadering is het best bewezen, maar daar staat tegenover dat het tijdrovend is en er meer kosten aan verbonden zijn.

De doelstellingen zijn bereikt, iedereen is gecontacteerd voor HPV -vaccinatie. De drie opeenvolgende interventies blijken een goede methode. De meisjes die buiten de vaccinatiecampagne van het CLB vallen en toch nog de leeftijd hebben voor verhoogde terugbetaling, heb ik kunnen benaderen en aangevuld in het EMD. De huisartsen in de

praktijk hoeven zich om deze patiënten geen zorgen meer te maken. De meisjes worden nu allemaal via school ingelicht en gevaccineerd, tenzij ze de voorkeur hebben voor hun eigen huisarts. Enkel de 12 weigeraars kan men nog proberen te motiveren voor vaccinatie.
Ik heb de resultaten van mijn praktijkproject met de collega's besproken en hen gewezen op het belang van goede registratie in het EMD.
Het CLB zal meisjes gemakkelijker kunnen bereiken, waardoor de participatiegraad hoog zal zijn. Ondanks de vaccinatiecampagnes via school blijft de huisarts een belangrijke vertrouwenspersoon. De meisjes die niet zullen gevaccineerd worden, kunnen door de huisarts persoonlijk gemotiveerd worden voor HPV -vaccinatie. De beste manier om deze minderheid te bereiken zal via telefonisch contact zijn. Echter als huisarts is het een hele opgave om via Vaccinnet de meisjes na te gaan. Het zou veel efficiënter zijn als Vaccinnet is gekoppeld aan het EMD, maar deze oplossing is voorlopig nog niet gerealiseerd.

Nawoord

Ik wil graag mijn promotor, dr. Veronique Verhoeven, bedanken voor de wetenschappelijke begeleiding, advies en aanmoediging bij het uitwerken en schrijven van mijn masterproef. Ook mijn praktijkopleider dr. Annemie Claes en andere collega's uit de huisartsenpraktijk 'Het Kruispunt' ben ik dankbaar voor de fijne, leerrijke samenwerking en begeleiding tijdens het praktijkproject.

Referenties

1. Vande Vyver N. Preventie van HPV- infecties en baarmoederhalskanker, wat is de plaats van de nieuwe vaccins? *Huisarts Nu*. 2007; 36: 464-474
2. Hoge gezondheidsraad. Vaccinatie tegen infecties veroorzaakt door het humaan papillomavirus. Nr 8367 (revisie 8204). Brussel: Hoge Gezondheidsraad 2007. Beschikbaar via: www.health.fgov.be/HGR_CSS
3. Burchell AN, Winer RL, De Sanjose S, Franco EL. Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine*. 2006; 24: 53-61
4. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Aanbeveling voor goede praktijkvoering: Cervixkankerscreening. *Huisarts Nu*. 2011; 40: S64-S88
5. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Nieuwigheden 2006: stand van zaken 5 jaar later. Gent: Folia. Januari 2012. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F39N01B&keyword=hpv
6. Boonen M, Theeten H, Vandermeulen C, Roelants M, Depoorter AM, Van Damme P, et all. Epidemiologie Vaccinatiegraad: Vlaanderen. mei 2010. Beschikbaar via: http://www.vaxinfopro.be/spip.php?article152&lang=nl&retour=1
7. Boomsma LJ, Buis PAJ, Collette C, Janssen PGH. NHG -standaard preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom (tweede herziening). *Huisarts Wet*. 2009; 52(4): 182-91
8. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Baarmoederhalskanker en vaccinatie tegen humaan papillomavirus. Gent: Folia. April 2008. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/Folia
9. Paavonen J, Naud P, Salmerón J, Wheeler CM, Chow SN, Apter D, et all. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *The Lancet.* 2010 Sep 25; 376(9746): 1054
10. De Cort P. De implementatie van preventie in de eerste lijn: drempels en mogelijkheden. *Minerva.* 2011; 10(10): 118-118
11. Lefevere E, Hens N, De Smet F, Van Damme P. Dynamics of HPV vaccination initiation in Flanders (Belgium) 2007-2009: a Cox regression model. *BMC Public Health.* 2011;11:470
12. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane database of systematic reviews.* Jan. 2009

13. Heinfeld-Gorin SN, Glenn BA, Perkins RB. The human papillomavirus (HPV) vaccine and cervical cancer: uptake and next steps. *Adv Ther.* 2011; 28(8): 615-639
14. McCave EL. Influential factors in HPV vaccination uptake among providers in four states. *J Community Health*. 2010 Dec; 35(6): 645-652
15. Gerend MA, Weibley E, Bland H. Parental response to human papillomavirus vaccina availability: uptake and intentions*. J Adolesc Health*. 2009 Nov; 45(5): 528-531
16. Leader AE, Weiner JL, Kelly BJ, Hornik RC, Cappella JN. Effects of information framing on human papillomavirus vaccination. *J Womens Health.* 2009 Feb; 18(2): 225-233
17. Kumar VM, Whynes DK. Explaining variation in the uptake of HPV vaccination in England. *BMC Public Health.* 2011;11:172
18. Choa C, VelicerC, Slezak JM, Jacobsen SJ. Correlates for Human papillomavirus vaccination of adolescent girls and young women in a managed care organisation. *Am J Epidemiol*. 2010 Feb 1; 171(3):357-367
19. Newmann SJ, Garner EO. Social inequities along cervical cancer continuüm: a structure review. *Cancer Causes Control.* 2005 Feb; 16(1): 63-70
20. Barlett JA, Peterson JA. The uptake of Human Papillomavirus (HPV) vaccine among adolescent females in the United States: a review of the literature. *J Sch Nurs*. 2011 Dec; 27(6): 434-46
21. Mortensen GL. Drivers and barriers to acceptance of human papillomavirus vaccination among young women: a qualitative and quantitative study. *BMC Public Health.* 2010;10:68
22. Jacobson Vann JC, Szilagyi P. Patient reminder and recall systems to improve immunization rates. *Cochrane database of systematic reviews.* 2009, Issue 1
23. Cassidy B, Schlenk EA. Uptake of the human papillomavirus vaccine: a review of the literature and report of a quality assurance project**.** *J Pediatr Health Care*. 2012; 26(2): 92-101
24. Gamble HL, Klosky JL, Parra GR, Randolph ME. Factors influencing familial decision-making regarding human papillomavirus vaccination. J Pedriatr Psychol. 2010 August; 35(7): 704-715

Huisartsenpraktijk Het Kruispunt

Dorpsstraat 7R
3650 Lanklaar

www.hetkruispunt.be

Dilsen-Stokkem augustus '11

Beste,

Uit het medisch dossier blijkt uw dochter nog **géén of een onvolledige vaccinatie tegen humaan papillomavirussen (HPV) ter preventie van baarmoederhalskanker** te hebben.

Waarom vaccineren?
Baarmoederhalskanker is de tweede meest voorkomende kanker bij vrouwen tussen de 15 en 44 jaar in België. In meer dan 99% van de gevallen van baarmoederhalskanker kan een HPV-infectie worden aangetoond. Aangezien het baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door een virus, geeft dit de mogelijkheid tot vaccinatie. De besmetting gebeurt vooral in de eerste jaren wanneer men seksueel actief wordt. Daarom is het belangrijk om op vrij jonge leeftijd te vaccineren.
Het vaccin 'Gardasil' beschermt tegen HPV type 16 en type 18 die samen ongeveer 70% van de gevallen van baarmoederhalskanker veroorzaken. Daarnaast biedt het vaccin bescherming tegen HPV type 6 en 11 die voor 90% verantwoordelijk zijn voor genitale wratten.

Wie vaccineren?
Vanaf september 2010 worden alle meisjes in het eerste jaar secundair onderwijs gevaccineerd. Wij willen graag de **meisjes vanaf 12 tot en met 18 jaar** uit onze huisartsenpraktijk oproepen voor vaccinatie. Het vaccin wordt voor deze leeftijdsgroep nog terugbetaald door het RIZIV en bedraagt **€10,80 per injectie.** Het vaccin wordt toegediend in 3 injecties over een periode van 6 maanden.

U kunt voor uw dochter een **afspraak maken** voor vaccinatie bij mij of 1 van de andere huisartsen uit onze groepspraktijk. Het beste kunt u de afspraak zo snel mogelijk maken, om zo optimaal bescherming te bieden tegen baarmoederhalskanker. Onze huisartsenpraktijk wil in **september en oktober** de vaccinatiestatus van iedereen graag in orde hebben.
Graag het **antwoordformulier** zo snel mogelijk terug te bezorgen,door het af te geven aan het secretariaat, per post of mail.

Uiteraard kunt U ook steeds bij ons terecht met eventuele vragen.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Marielle van der Meulen (HAIO)

Emailadres: marielle@hetkruispunt.be

Huisartsenpraktijk Het Kruispunt

Dorpsstraat 7R
3650 Lanklaar

www.hetkruispunt.be

Antwoordformulier

Naam: ……

Geboortedatum: …./ …./ 19….

☐ Is WEL gevaccineerd

- Zo ja, weet u wanneer?
  Datum 1e vaccinatie ……
  Datum 2e vaccinatie ……
  Datum 3e vaccinatie ……

- Zo ja, door wie?
  - CLB
  - Kinderarts
  - Andere huisarts
  - Anders, namelijk …….

☐ Is NIET gevaccineerd

- wenst geen vaccinatie, wegens
  ……

- wenst vaccinatie en zal een afspraak maken

Gelieve zo snel mogelijk het antwoordformulier binnen te brengen

- afgeven aan het secretariaat
- per post
- per mail: marielle@hetkruispunt.be