Academiejaar 2012-2013

Cervixkanker

Welke doelgroep wordt onderscreend en hoe kunnen we die toch bereiken?

Praktijkverbeteringsproject in wijkgezondheidscentrum De Kaai

Eva Vandermeulen – Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Veronique Verhoeven – Universiteit Antwerpen
Co-Promotoren: Dr. Sarah Calis en Dr. Katleen Keppens
Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Huisarts-in-opleiding: Eva Vandermeulen (Universiteit Gent)
Promotor: Veronique Verhoeven (Universiteit Antwerpen)
Co-Promotoren: Sarah Calis en Katleen Keppens
Praktijkopleider: Kaatje Vanholder

Context: België scoort slecht op vlak van baarmoederhalskankerscreening met een screeningsgraad van 59%. Dit percentage is laag ondanks de beschikbaarheid van een volwaardige screeningstest om deze kanker vroegtijdig op te sporen.
Een wijkgezondheidscentrum als WGC De Kaai creëert door de typische werking een specifieke setting. Dit in combinatie met de ligging van het centrum in een achtergestelde buurt 'De Bloemekenswijk' nodigen uit om rond preventie te werken en meer in het bijzonder het screenen naar baarmoederhalskanker.

Onderzoeksvraag: Het hoofdidee van deze masterproef is het realiseren van een kleinschalig afgelijnd praktijkverbeteringsproject. Dit project tracht een antwoord te vinden op de vragen : welke doelgroep wordt onderscreend met betrekking tot cervixkanker en hoe kunnen we die toch bereiken?

Methode: Een onderscreende groep zal afgelijnd worden na het doornemen van relevante literatuur hieromtrent. Bij hen zal er gepoogd worden een screeningsgraad van 80% te bereiken. De interventie die hiervoor gekozen wordt, zal eveneens uit literatuuronderzoek gehaald worden. Een groep van 38 vrouwen, namelijk de gepensioneerden, invaliden, weduwen en wezen (WIGW) met verhoogde tegemoetkoming (VTK) tussen 45 en 65 jaar, wordt onze doelgroep.
In drie verschillende stappen worden interventies uitgevoerd op deze groep. De eerste stap houdt in dat het effect van het invoeren van een planning in het elektronisch medisch dossier (EMD) op basis van GMD+ bevragingen nagegaan wordt. In een volgende stap wordt een planning in het EMD aangemaakt bij alle vrouwen uit de doelgroep (ook deze die de GMD+ vragenlijst niet beantwoord hebben). De collega-artsen worden aangespoord om bij die vrouwen de screeningsstatus in orde te brengen. De derde en laatste stap roept de vrouwen, die tot dan toe niet reageerden, op via een uitnodigingsbrief. Indien deze brief genegeerd wordt, worden de vrouwen telefonisch gecontacteerd.

Resultaten: Als alle stappen op een rijtje gezet worden, is er een stijging in de screeningsgraad waarneembaar. Deze stijgt van 16% (6/37) in stap één, naar 59% (19/32) in stap twee en 81% (26/32) in stap drie. Om de winst in screeningsgraad te beschouwen, wordt er berekend hoeveel respons er stap per stap is. Respectievelijk is dit 16% (6/37), 41% (13/32) en 22% (7/32) voor de eerste, tweede en derde stap. De huisarts neemt 47% (15/32) van de uitstrijkjes af, de gynaecoloog 34% (11/32).

Conclusies: De doelstelling die een screeningsgraad van 80% beoogde, wordt bereikt mits de nodige inspanning. Een combinatie van een beperkte doelgroep, gemotiveerde artsen en het gebruik van een planning in het EMD had tot gevolgd dat dit resultaat in een relatief korte tijdspanne bereikt werd. De doelgroep consulteert in dit project vaker de huisarts dan de gynaecoloog om het uitstrijkje te laten afnemen.
Een georganiseerde aanpak op overheidsniveau is onmisbaar. Hierbij moet onder andere geïnvesteerd worden in een betere samenwerking tussen de huisarts en de gynaecoloog waarbij vlot gegevens over de screeningsstatus van de patiënt uitgewisseld worden.

Contact: eva.vandermeulen@ugent.be

INHOUD

INLEIDING ... 1
Motivatie ... 1
Baarmoederhalskanker en screening ... 1
Achtergrondinformatie WGC De Kaai ... 3
Praktijkkenmerken: Unieke setting in een WGC ... 3
Buurtkenmerken: Wat voor wijk is de 'Bloemekenswijk'? ... 3
DOELSTELLING ... 5
METHODIEK ... 6
Stappenplan ... 6
Waar loopt het fout? Tijd voor een visgraat! ... 6
Wie wordt de doelgroep en waarom? ... 8
Wie is de doelgroep 'in theorie'? ... 8
Wat met de HPV-vaccinatie? ... 9
Wie is volgens de literatuur onderscreend en waarom? ... 9
Hoe zit het met de dekkingsgraad in WGC De Kaai? ... 10
Afbakening van de doelgroep ... 11
Concrete uitvoering doelgroep ... 12
Via welke interventie wordt er getracht de doelgroep te bereiken? ... 13
Implementatie in de praktijk ... 15
Eerste stap ... 15
Tweede stap ... 16
Derde stap ... 16
RESULTATEN ... 17
Eerste stap ... 17
Tweede stap ... 18
Derde stap ... 18
BESPREKING ... 21
Methodiek onder de loep ... 21
Resultaten stap per stap ... 22
Uitstrijkjes in de toekomst ... 23
BESLUIT ... 25
REFERENTIES ... 26
Bijlage 1 ... 28
Bijlage 2 ... 29
Bijlage 3 ... 30
Bijlage 3a – Turks ... 31
Bijlage 3b – Bulgaars ... 32

INLEIDING

Motivatie

Baarmoederhalskanker is een *hot topic* in de gezondheidszorg. Richtlijnen over cervixkankerscreening worden opgesteld of aangepast, medische tijdschriften publiceren artikels, HAIO's schrijven er masterproeven over.
Enkel de patiënten zijn onvoldoende op de hoogte. Als ze al weten waarom een uitstrijkje moet gebeuren, wachten ze vaak te lang om er een te laten afnemen. Andere patiëntes daarentegen laten bijna jaarlijks een uitstrijkje afnemen, nét omwille van het gebrek aan kennis over baarmoederhalskankerscreening. Ook de huisartsen en gynaecologen spelen een rol in deze overscreening[1].

Dankzij Domus Medica beschikken de Vlaamse huisartsen sinds april 2011 over een recente richtlijn met betrekking tot baarmoederhalskankerscreening. Met behulp van de richtlijn kunnen ze exact nagaan wie er moet gescreend worden, op welke manier de screening dient te gebeuren en hoe frequent. De richtlijn bevat eveneens een duidelijk advies over de opvolging van een afwijkend uitstrijkje. Niets zou nu nog in de weg mogen liggen om bij de Vlaamse vrouwen een screeningsgraad van 80% te bereiken.

In het wijkgezondheidscentrum De Kaai, waar het onderzoek opgezet wordt, ziet het er helemaal niet naar uit dat een dergelijke screeningsgraad bereikt wordt. Hoeveel de exacte dekkingsgraad bij de start van dit onderzoek bedraagt, is niet geweten. In het toenmalig elektronisch medisch dossier (EMD) van de praktijk, was niet eenvoudig terug te vinden welke screeningsstatus de patiënte had. In het huidige EMD (aanschaf van nieuw medisch programma in september 2011) is er een duidelijk zichtbare plaats voorzien om de screeningsstatus te noteren maar deze is bij de meeste patiënten nog niet ingevuld. Verschillende gegevens wijzen er echter op dat de screeningsgraad niet zeer hoog is. Sporadische navraag bij patiënten toont immers dat deze vaak niet op de hoogte zijn van het bestaan van uitstrijkjes.

Baarmoederhalskanker en screening

In bijna alle gevallen van baarmoederhalskanker ligt het humaan papillomavirus (HPV) aan de oorsprong. Niet elke infectie met HPV leidt echter tot baarmoederhalskanker. Enkel in geval van een persisterende infectie met bepaalde high risk types HPV (hrHPV) is dit zo. Bijna 90% van de infecties met HPV worden door het immuunsysteem van de vrouw geklaard. Bij persisterende HPV-infecties bestaat echter de kans op premaligne laesies en ten slotte op cervixcarcinoom. Van de meer dan honderd types HPV die bekend zijn, veroorzaken er slechts enkele cervixcarcinoom[2].

Tussen infectie met HPV en een invasief carcinoom verlopen minstens tien jaar. In de tussenliggende periode ontstaan een aantal premaligne laesies, histologisch herkenbaar als 'CIN-laesies' (CIN = Cervical Intra-epithelial Neoplasia). De meeste van deze laesies genezen spontaan[1].

Het laten uitvoeren van een uitstrijkje om de drie tot vijf jaar, gevolgd door een adequate behandeling van de ontdekte laesies, reduceert de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van cervixkanker met minstens 80%, op voorwaarde dat dit op een georganiseerde manier gebeurt[1].

Hakama en zijn collega's legden in 1985 de definitie van georganiseerde kankerscreening vast. Deze definitie wordt tot op de dag van vandaag nog steeds gebruikt. Volgens de auteurs moeten de programma's voor kankerscreening aan volgende voorwaarden voldoen[3]:

a) De doelpopulatie is geïdentificeerd.
b) De individuele personen zijn identificeerbaar.
c) Er worden middelen ingezet om een hoge opkomst te verkrijgen.
d) Er zijn aangepaste voorzieningen om de screeningstest uit te voeren.
e) Er wordt kwaliteitscontrole voorzien de uitvoering en interpretatie van de testen te beoordelen.
f) Er bestaan aangepaste maatregels om afwijkende test resultaten verder uit te werken en te behandelen.
g) Er is een zorgvuldig uitgewerkt doorverwijssysteem voorzien en met de toestemming van de deelnemer wordt deze verder verwezen voor diagnose en behandeling bij een afwijkend testresultaat.
h) Evaluatie van het programma is voorzien en wordt bepaald aan de hand van incidentie en mortaliteitsgegevens van de deelnemers en de niet-deelnemers. Kwaliteitscontrole van de epidemiologische gegevens moet uitgevoerd worden.

Cervixkankerscreening aan de hand van een uitstrijkje voldoet aan het merendeel van de voorwaarden, alleen ontbreekt er een degelijk georganiseerd programma in ons land. In Vlaanderen wordt er – tijdens dit schrijven – een bevolkingsonderzoek uitgewerkt via een call-recall systeem[4]. Momenteel gebeurt de screening in België en Vlaanderen voornamelijk opportunistisch, dit houdt in dat er een uitstrijkje afgenomen wordt op initiatief van de vrouw, de huisarts of de gynaecoloog.

De screeningsgraad in België zou maar zo'n 59% bedragen terwijl Domus Medica ervan uitgaat dat de Vlaamse huisarts een screeningsgraad van 80% zou kunnen na streven binnen een tijdspanne van vijf jaar[1].

Achtergrondinformatie WGC De Kaai

PRAKTIJKKENMERKEN: UNIEKE SETTING IN EEN WGC

De praktijk waar dit project opgestart wordt, is het wijkgezondheidscentrum (WGC) De Kaai. Alle wijkgezondheidscentra onderschrijven een gemeenschappelijk concept met criteria[5] als: een multidisciplinaire aanpak, toegankelijkheid en continuïteit, gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Dit alles richt zich tot een duidelijk afgebakend geografisch werkgebied.

In een wijkgezondheidscentrum geldt het forfaitair systeem: dit betekent dat elke patiënt een contract onderschrijft met het centrum. WGC De Kaai garandeert dan de medische zorg door huisartsen, verpleegkundigen, zorgkundigen en kinesitherapeuten. Er is een rechtstreekse afrekening tussen de mutualiteit van de patiënt en het wijkgezondheidscentrum. WGC De Kaai ontvangt via de mutualiteit een vast bedrag per ingeschreven patiënt. Patiënten dienen nooit voor prestaties of materiaal te betalen.
Een onrechtstreeks gevolg van dit systeem is dat alle patiënten hun globaal medisch dossier bij het WGC hebben én dus actief gecontacteerd mogen worden, bijvoorbeeld om patiënten eraan te herinneren dat ze een uitstrijkje moeten krijgen[5].

BUURTKENMERKEN: WAT VOOR WIJK IS DE 'BLOEMEKENSWIJK'?

Het wijkgezondheidscentrum De Kaai is gesitueerd in de 'Bloemekenswijk'. Deze buurt behoort tot de zogenaamd achtergestelde buurten van Gent. Hier volgen enkele gegevens over de wijk zoals vermeld in de wijkfiche 'Bloemekenswijk' gevonden op de Wijkmonitor[6]. De wijk telde op 31 december 2011 zo'n 9000 inwoners en de bevolkingsdichtheid is bijna drie maal zo groot als die van Gent. Als je ronddwaalt door de wijk merk je dat er enkele woonblokken staan, dit zijn gigantische appartementsblokken waar grote aantallen mensen samenwonen.
Het is geen studentenbuurt: voor elke kotstudent in de Bloemekenswijk heb je er acht in Gent. Tegenover 12,2 procent niet-Belgen in Gent heb je er 16,4 procent in de Bloemekenswijk. Er zijn dubbel zoveel etnische culturele minderheden. De bevolking groeit met zo'n 15 procent ten opzichte van 1999, dit is hoger dan de aangroei in Gent. De leeftijdsklassen lopen gelijk met deze van Gent.
Een niet onbelangrijk gegeven is de migratie uit de wijk, deze is negatief wat betekent dat er meer mensen de wijk verlaten dan er toekomen. Verder valt het op dat er procentueel meer eenoudergezinnen in deze buurt zijn dan in Gent.

Het comfort van de woning kan een idee geven over de welvaart in de buurt. Er zijn half zoveel mensen met een woning met groot comfort in vergelijking met Gent. Een derde meer mensen woont in een woning met klein comfort. Het aantal mensen dat in een woning met middelmatig en klein comfort woont, loopt relatief gezien gelijk.
De werkloosheidsgraad is 7,9 procent in Gent en 10,9 procent in de Bloemekenswijk. Per duizend inwoners zijn er in Gent 24 afhankelijk van een leefloon tegenover 37 in deze buurt.

Het aantal personen dat zich gezond voelt, ligt zo'n half procent hoger in de Bloemenkenswijk. Er zijn procentueel ook meer personen met een chronische aandoening[6]. Deze gegevens maken het aannemelijk dat het belangrijk is om in deze buurt in gezondheidszorg te investeren en dan mogen we zeker de gezondheidspreventie niet vergeten!

DOELSTELLING

Het hoofdidee van deze masterproef is het realiseren van een kleinschalig afgelijnd praktijkverbeteringsproject. In dit project met betrekking tot cervixkanker wordt getracht een antwoord te vinden op de vragen welke doelgroep onderscreend wordt en hoe ze toch te bereiken?

Hierbij is het de bedoeling om bij een onderscreende groep vrouwen een maximale screeningsgraad te bereiken. Wie tot deze onderscreende groep behoort, zal bepaald worden aan de hand van literatuuronderzoek en analyse van gegevens uit de praktijk. Hoe we die doelgroep eenduidig zullen aflijnen én bereiken, wordt eveneens bepaald aan de hand van literatuuronderzoek.

Wanneer er een screeningsgraad van 80% bereikt wordt, is het gewenste resultaat van dit praktijkverbeteringsproject behaald. Volgens de aanbeveling van Domus Medica is deze 80% een haalbare kaart, zij het binnen een tijdspanne van vijf jaar. Aangezien er met een beperkte groep vrouwen gewerkt wordt, zal getracht worden dit percentage op kortere termijn te bereiken.

Globale interventies op praktijkniveau waarbij een actie zich richtte op alle vrouwen tussen 25 en 65 jaar zijn in het verleden reeds uitgevoerd als praktijkverbeteringsproject. Deze vroegen veel energie van de uitvoerende artsen waardoor de interventie slechts een tijdelijke impact had. Deze intensieve aanpak was voor de artsen moeilijk vol te houden. Werken met een afgebakende te screenen populatie, hetgeen we in dit project zullen doen, is nog niet vaak uitgevoerd.

Net door te focussen op de onderscreende vrouwen kan er een ruimere winst in de screeningsgraad bereikt worden. Vrouwen die nooit of onvoldoende zijn gescreend op cervixcarcinoom, vormen een duidelijke risicogroep voor het krijgen van cervixcarcinoom[1]. Door hen te screenen, maak je het mogelijk om hen uit die risicogroep te lichten.

De uitvoering van dit praktijkverbeteringsproject gaat van start in juni 2012. Deze doelstelling dient volbracht te worden vóór april 2013.

METHODIEK

Stappenplan

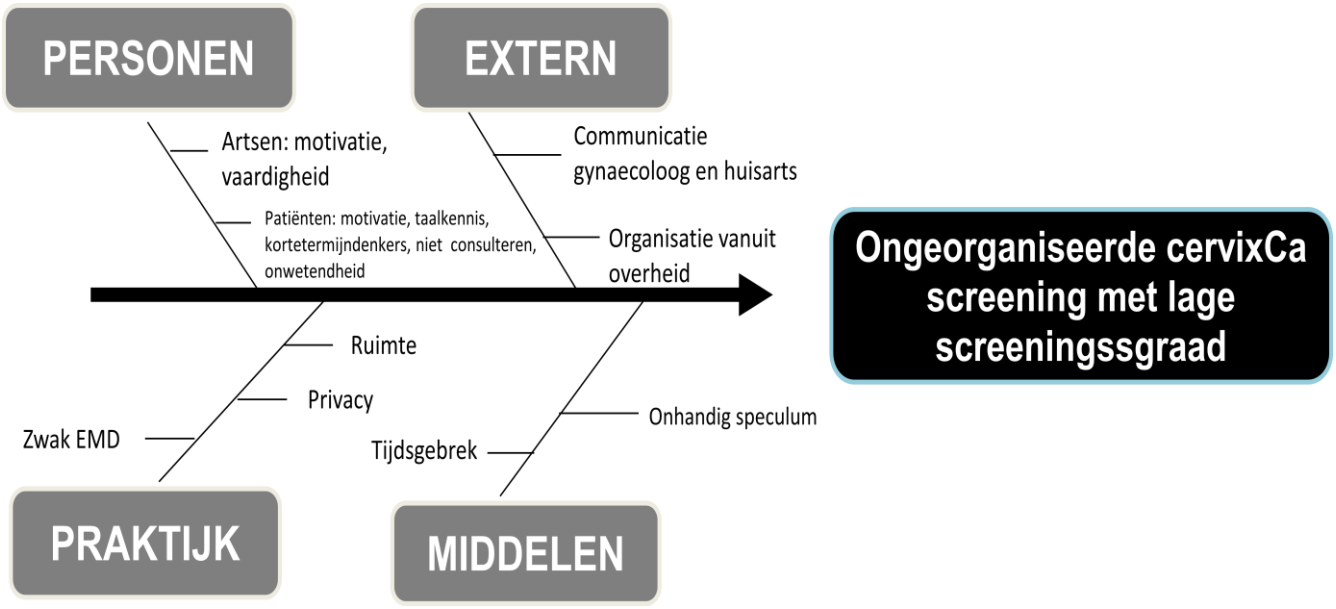
Eerst wordt er stilgestaan bij de huidige gang van zaken omtrent cervixkankerscreening in WGC De Kaai. Hoe verloopt de cervixkankerscreening op dit moment in de praktijk en waarom kunnen we ervan uitgaan dat het beter kan? Er wordt een visgraat opgesteld en collega's worden bevraagd.

Vervolgens wordt er dieper ingegaan op de analyse van de onderscreende populatie. Wat zegt de literatuur hierover en hoe komen de literatuurgegevens overeen met de situatie in WGC De Kaai. Informatie over de screeningsgraad van de vrouwen in WGC De Kaai zal verkregen worden door gegevens op te vragen bij het laboratorium waarmee WGC De Kaai samenwerkt. Deze gegevens zullen bestudeerd en besproken worden.

Verder wordt onderzocht op welke manier er eenduidig een doelgroep afgelijnd kan worden en hoe dit concreet aan te pakken?

In een volgende stap trachten we die doelgroep te bereiken. Opnieuw verdiepen we ons in de literatuur om af te leiden welke acties een positief resultaat kunnen hebben. Deze acties worden geïmplementeerd in WGC De Kaai.

Waar loopt het fout? Tijd voor een visgraat!



Dit diagram heeft als probleemstelling: een te lage screeningsgraad met betrekking tot cervixkankerscreening in het wijkgezondheidscentrum De Kaai. Via een peiling bij collega-artsen

uit de praktijk worden bepaalde beïnvloedende factoren opgesomd en van naderbij bekeken om mogelijk verklaringen voor deze screeningsgraad te vinden. Hier volgt een opsomming van de mogelijke factoren met een negatieve invloed op de screeningsgraad: middelen (financieel / tijd / computergerelateerd), externe factoren (uitstrijkjes die gebeuren bij gynaecologen / communicatieproblemen met het laboratorium), praktijkgebonden factoren (praktijksetting / gebrek aan protocol of tijd), persoonsgebonden factoren (artsen die dit niet graag doen / gebrekkige kennis van het bestaan van uitstrijkjes bij de patiënt / taboe maagdelijkheid / onwetendheid / lage screeningsgraad bij moeders van patiëntes).
Een bevraging[a] bij de zes collega's in de praktijk, zijnde vier vrouwen en twee mannen, toont dat de vrouwelijke artsen frequentere 'screeners' zijn dan de mannelijke. De meer ervaren mannelijke arts (60+) uit de praktijk geeft aan dat uitstrijkjes vroeger veel vaker door de huisarts afgenomen werden, met vaak de patiënte als vragende partij. Net als zwangerschapsbegeleiding, zo stelt de arts, worden uitstrijkjes naar de tweede lijn verschoven.

De leeftijdsgrenzen van de screeningscriteria opgesteld door Domus Medica (vanaf 25 tot en met 64 jaar bij seksueel actieve vrouwen) blijken geen parate kennis bij de collega's te zijn. Slechts één arts kan hierop het correcte antwoord geven. Domus Medica beveelt aan om bij deze leeftijdcatergorie om de drie tot vijf jaar te screenen. Een reden voor deze beperkte kennis bij de artsen, is mogelijks een verwarring met de Nederlandse richtlijn van de Nederlands Huisartsen Genootschap. Onze noorderburen gebruiken andere leeftijdsgrenzen en controle-intervallen: de NHG stelt voor om vrouwen tussen dertig en zestig jaar éénmaal om de vijf jaar op te roepen voor een uitstrijkje[2].

De screeningsgraad van onze praktijkpopulatie wordt door alle artsen laag ingeschat. Sommige artsen wagen zich aan een procentuele raming: 20-30%, 25-35% en 40% van de doelpopulatie zou volgens de respectievelijke artsen gescreend zijn.
De artsen denken het vaakst eraan om een uitstrijkje voor te stellen als de patiënte om een pilvoorschrift komt. Bij de mannelijke artsen wordt dit voornamelijk gedaan op vraag van de patiënte zelf. Andere situaties wanneer eraan gedacht wordt zijn: gynaecologische klachten, SOA-screening, postmenopauzaal bloedverlies, 'algemene check-up'-vraag van patiënt. Zeer jonge meisjes en vrouwen ouder dan 50 jaar worden volgens de collega-artsen vaak uit het oog verloren als te bevragen populatie. Allochtone vrouwen worden beschouwd als de belangrijkste onderscreende groep. Daarnaast worden ook de postmenopauzale vrouwen en de vrouwen uit een lager sociaal milieu vernoemd.

De meningen over waar dé fout of oorzaak ligt van de gebrekkige organisatie van cervixkankerscreening in de praktijk lopen zeer sterk uiteen. Tijdsnood wordt bij elke arts als het belangrijkste argument aangehaald om de screening over het hoofd te zien óf om er wel aan te denken, maar het niet te doen. Dit is voor sommige artsen de hoofdreden, voor anderen slechts

[a] Zie bijlage 1

een drogreden. Verder is zowel gebrek aan motivatie bij patiënten àls bij artsen een belangrijke factor. Slechte registratie in het EMD, gebrek aan een protocol op praktijkniveau en aan systematiek om screening in te bouwen in het consult worden ook opgenoemd.

Bij mogelijke oorzakelijke factoren worden eveneens heel wat patiëntfactoren opgesomd. Enkele factoren zijn aan te pakken door de patiënte beter te informeren en sensibiliseren. Het verbeteren van de kennis van het Nederlands en het overstappen van korte naar langetermijndenken zou een positieve invloed op de screeningsgraad kunnen hebben. We kunnen dit enkel stimuleren, maar verder hebben we hier weinig invloed op.
Alle collega-artsen zijn het er unaniem over eens dat registratie in het EMD en een herinnering bij het openen van het EMD de manier 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.

Wie wordt de doelgroep en waarom?

Zoals reeds uiteengezet in de doelstelling wordt er geen interventie uitgevoerd op de volledige vrouwelijke praktijkpopulatie tussen 25 en 65 jaar, maar op een wel afgelijnde onderscreende doelgroep.

WIE IS DE DOELGROEP 'IN THEORIE'?

Domus Medica[1] formuleert de doelgroep als volgt: vrouwen van 25 tot en met 64 jaar die ooit seksueel actief zijn geweest. Vrouwen met een totale hysterectomie omwille van goedaardige redenen vallen buiten de doelgroep. Bij aanwezigheid van een macroscopisch verdacht letsel wordt er geen uitstrijkje afgenomen, maar meteen verwezen naar de gynaecoloog.
Op 65 jaar kan de screening worden stopgezet, tenzij er geen regelmatige screening plaatsvond in het verleden of de laatste twee uitstrijkjes niet normaal waren (dan moet men doorgaan tot 2 normale opeenvolgende uitstrijkjes).
Het aanbevolen interval is drie tot vijf jaar, zo stelt Domus Medica. Vanaf drie jaar kan een uitstrijkje bij gelegenheid aangeboden worden. Indien er vijf jaar verstreken is, worden patiënten met een globaal medisch dossier schriftelijk of telefonisch uitgenodigd volgens de aanbeveling. Een uitzondering is het eerste uitstrijkje, dit moet reeds na één jaar herhaald worden.
Tijdelijke contra-indicaties voor het afnemen van een uitstrijkje zijn: ernstige genitale atrofie (eerst toedienen van een korte hormonale kuur), zwangerschap/postpartuum (uitstellen tot drie maand postpartuum), gebruik van ontsmettingscrème, glijmiddel, toucher etc., vorig uitstrijkje minder dan drie maand geleden en radiotherapie. Deze situaties kunnen interpretatieproblemen voor de cytoloog geven[1].

WAT MET DE HPV-VACCINATIE?

Vaccinatie is een efficiënt hulpmiddel in de primaire preventie, aldus Arbyn[7]. Paradoxaal is er een stijging in de mortaliteit waargenomen in Europa sinds het invoeren van het HPV-vaccin als gevolg van een minder strikte screening. Op Europees niveau moet er gestreefd worden naar duidelijke richtlijnen die zowel de vaccinatie als de screening integreren[7]. De komende tien jaar wordt het screeningsbeleid nog niet aangepast in functie van de vaccinatiestatus van de vrouwen[1]

WIE IS VOLGENS DE LITERATUUR ONDERSCREEND EN WAAROM?

België hangt wat in het midden tussen de andere Europese landen als de incidentie- en mortaliteitcijfers van cervixkanker gerangschikt worden[8]. De helft van de vrouwen bij wie baarmoederhalskanker wordt vastgesteld is onvoldoende of nooit gescreend. Daartegenover staan de vrouwen ouder dan vijftig jaar die stipt participeren aan cervixkankerscreening als een laagrisicogroep die zelfs minder intensief zouden mogen gescreend worden[1-2].

In Nederland worden vrouwen uit de doelgroep automatisch opgeroepen om zich te laten screenen. De opkomst is lager bij niet-Westerse allochtone vrouwen, vrouwen onder de veertig jaar, vrouwen wonende in stedelijke gebieden en vrouwen met een lage sociaal-economische status[9].
Domus Medica beschrijft een deels gelijklopende niet-participerende groep: vrouwen met een zwakke sociale en/of economisch status en/of geboren in het buitenland. Domus Medica specificeert deze groep nog iets meer: vrouwen met een lage opleidingsgraad, alleenstaanden, vrouwen met een gebrekkige taalkennis of vrouwen met een psychiatrisch ziektebeeld zoals schizofrenie[1]. Waar het in Nederland voornamelijk de vrouwen onder de veertig jaar zijn die zich niet laten screenen, zouden dit volgens Domus Medica eerder de oudere vrouwen zijn. Analyse van de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap toont inderdaad een procentuele daling van de screeningsgraad bij vrouwen boven vijftig jaar. Opmerkelijk is het verschil in dekkingsgraad tussen vrouwen met en zonder verhoogde terugbetaling. Vrouwen met verhoogde terugbetaling scoren veel zwakker. Dit verschil bedroeg in Vlaanderen 27% (36% en 63% respectievelijk bij vrouwen met en zonder verhoogde terugbetaling)[4].

In Vlaanderen (en in België) verloopt de screening opportunistisch. In tegenstelling tot bijvoorbeeld in ons buurland Nederland gebeurt de screening niet georganiseerd maar op initiatief van de vrouw, de huisarts of de gynaecoloog [4,8].

De organisatie van de screening is in principe de bevoegdheid van Vlaanderen maar de financiering hiervan is federaal[8]. In 1993 zette Vlaanderen een screeningsprogramma op touw. Dit programma had twee doelen voor ogen: ten eerste dat vrouwen tussen de 25 en 64 jaar elke drie jaar een uitstrijkje lieten afnemen en ten tweede de organisatie van een kwaliteitscontrole op de screening en de opvolging van afwijkende uitstrijkjes. Slechts twee van de vijf Vlaamse provincies, namelijk Antwerpen en Vlaams-Brabant, hebben dit screeningsprogramma gedeeltelijk behouden.

Waarom is het niet gelukt om dit programma op Vlaamse schaal te handhaven? De technische richtlijnen zaten goed maar er was geen toegang tot een gegeneraliseerde database met resultaten van de uitstrijkjes. Dan was er ook de Wet op de privacy (en dus het verzamelen van informatie en bereiken van doelpopulatie) die te rigide gehanteerd werd en er was geen akkoord hierover tussen de federale en Vlaamse overheid. Dit leidde ertoe dat de screening opnieuw vooral opportunistisch verloopt ondanks de geleverde inspanningen. De vrouwen die zich laten screenen blijken dit vaak jaarlijks te laten doen met als gevolg dat er overscreend wordt. Anttilla et al. besluit dat het een lang en moeilijk proces zal worden om de Europese richtlijnen met betrekking tot cervixkankerscreening in België te implementeren omwille van de complexe politieke situatie. Daartegenover zet hij het gegeven dat er nu veel overscreend wordt en bijgevolg een goeie organisatie van de screening (én dus het vermijden van overscreening en alle gevolgen van dien) niet noodzakelijk gepaard zal gaan met een grote financiële meerkost[8,10].

Riga et al. concentreerde zich op de sociale ongelijkheid tussen de vrouwen en in welke mate dit een impact heeft op het screenen naar cervixkanker. Hierbij onderzocht hij huisartspraktijken in de buurt van Parijs. Hij besloot dat naast gekende factoren als werkloosheid en een beperkt sociaal netwerk ook de omgeving waarin patiënten wonen, een invloed heeft op de screeningsstatus. Een buurt die als onveilig gepercipieerd wordt, heeft een rechtstreekse negatieve impact op het preventief gedrag van zijn bewoners[11].
Het onderzoek dat plaatsvond in Parijs kan niet zomaar geëxtrapoleerd worden naar de Bloemekenswijk maar het is toch waarschijnlijk dat er in deze buurt relatief meer onderscreenden zullen zijn in vergelijking met de Gentse of Vlaamse populatie.

Eens de vrouwelijke populatie bereikt is met de boodschap dat ze zich om de drie à vijf jaar moeten laten controleren, blijkt dat praktische bezwaren (zoals tijd) meer doorwegen dan emotionele (zoals gêne voor het onderzoek) om het toch niet te doen[12].

HOE ZIT HET MET DE DEKKINGSGRAAD IN WGC DE KAAI?

De screeningsgraad van onze praktijkpopulatie wordt door alle artsen eerder laag ingeschat. Sommige artsen wagen zich aan een procentuele raming: 20-30%, 25-35% en 40% van de doelpopulatie zou volgens de respectievelijke artsen gescreend zijn. Zonder op exacte cijfergegevens terug te vallen, wordt er gevoelsmatig een onderscreende doelgroep afgelijnd. Allochtone vrouwen worden beschouwd als de belangrijkste onderscreende groep. Daarnaast ook de postmenopauzale autochtone vrouwen en vrouwen uit een lager sociaal milieu.

Bij het laboratorium waarmee de praktijk samenwerkt, worden de resultaten van de uitstrijkjes die de laatste drie jaar door de praktijk zijn opgestuurd, opgevraagd. Dit zijn resultaten van de periode van 1 oktober 2008 tot en met 31 december 2011. We analyseren deze retrospectieve resultaten en trekken na wie te vroeg (jonger dan 25 jaar) en wie te lang (ouder dan 64 jaar) gescreend is. Uit

de resultaten kunnen we afleiden wie te vaak gescreend is. Met deze gegevens kan bij benadering een percentage van onderscreening en overscreening bepaald worden.
De resultaten zijn als volgt:

- Van 1 oktober 2008 tot en met 31 september 2009: 41 gescreende vrouwen op 627 ingeschreven vrouwen tussen 25 en 65 jaar in die periode.
- Van 1 oktober 2009 tot en met 31 september 2010: 57 gescreende vrouwen op 557 ingeschreven vrouwen tussen 25 en 65 jaar in die periode.
- Van 1 oktober 2010 tot en met 31 september 2011: 35 gescreende vrouwen op 582 ingeschreven vrouwen tussen 25 en 65 jaar in die periode.

Gemiddeld komt dit op 44 vrouwen jaarlijks (al dan niet behorende tot de doelpopulatie) op 589 vrouwen (behorende tot de doelpopulatie). Over drie jaar tijd geeft dit 133 op 589 vrouwen. Mogelijks zitten er daar wel vrouwen tussen die zich meer dan eenmaal lieten controleren. Een pover cijfer van 22,6 procent van de ingeschreven vrouwen tussen 25 en 65 jaar. We mogen veronderstellen dat dit een overschatting is, gezien er vrouwen buiten de doelpopulatie werden meegerekend bij de gescreenden. Anderzijds zijn de vrouwen die zich laten controleren bij de gynaecoloog er niet bijgeteld. Dit is een niet onbelangrijk gegeven aangezien in België de meerderheid van de uitstrijkjes door gynaecologen wordt afgenomen[1].

Er is een significant verschil merkbaar in de activiteit van de artsen op vlak van screenen. Twee artsen namen samen minder dan veertien uitstrijkjes af. De actiefste arts nam er zo'n negenenveertig af waaronder enkele buiten de doelgroep vallen. Vijftien patiëntes waren jonger dan 25 jaar en zeven ouder dan 64 jaar met het record op 79 jaar. Een beperkt aantal patiëntes werd jaarlijks gescreend zonder dat daarvoor een indicatie was (geen afwijkend resultaat in het verleden).
Op dit vlak benadert onze praktijk het Vlaamse niveau. Te veel te jong en te oud gescreende patiënten was het besluit van de analyse van gegevens van het Intermutualistisch agentschap. Tien procent van het totale aantal afgenomen uitstrijkjes was uitgevoerd bij patiëntes jonger dan 25 en zo'n 8 procent bij 65-plussers[4].
De resultaten die het laboratorium ons heeft doorgestuurd, worden niet dieper uitgespit. Met het beperkt aantal uitstrijkjes die in WGC De Kaai afgenomen werden, kunnen er geen significante resultaten bereikt worden noch betekenisvolle conclusies getrokken worden.

Afbakening van de doelgroep

Verschillende methodes om een groep af te lijnen werden onder de loep genomen. Er werd geopperd om de vrouwen op basis van hun nationaliteit te selecteren. In WGC De Kaai worden er veel patiëntes van Bulgaarse origine gezien die zich niet laten screenen en in het algemeen een geringer preventief gedrag vertonen[13]. Hierop zou een gerichte interventie mogelijk zijn.

Deze denkpiste stootte al snel op enkele hindernissen. We kunnen niet op collectieve wijze achterhalen wie deze patiënten zijn want het gegeven 'nationaliteit' wordt niet standaard aan onze patiënten gevraagd en staat nergens geregistreerd.
Een idee rees om de vrouwen te selecteren op basis van achternaam. Het achtervoegsel –ova komt namelijk frequent voor bij Bulgaarse vrouwen. Dit is echter ook zo bij achternamen van Roemeense vrouwen en vrouwen afkomstig uit andere Balkangebieden. Anderzijds komt dit achtervoegsel niet bij alle Bulgaarse namen voor. Tot een eenduidige manier om de doelgroep af te bakenen leidt dit niet.

In het literatuuronderzoek wordt een opmerkelijke onderscreening beschreven bij mensen uit lagere sociale klasse en bij personen met een verhoogde tegemoetkoming. Aangezien we in het WGC wel op de hoogte zijn van de terugbetalingscriteria die gelden voor de patiënt, kunnen we dit opvragen en op basis van deze criteria kan een groep afgelijnd worden die van een verhoogde terugbetaling geniet. Deze manier van afgrenzen zorgt er wel voor de patiëntes met medische kaart niet in de doelgroep zitten. Er wordt bewust gekozen om deze niet alsnog te includeren aangezien de groep met een medische kaart niet vast in deze praktijk is en vaker verhuist. Het opzetten van een driejaarlijkse screening zou moeilijker uit te voeren zijn gezien deze personen zich minder snel in de buurt vestigen.

We nemen eveneens de leeftijd als afbakeningscriterium. Domus Medica stelt dat oudere vrouwen minder vaak gescreend worden. Het IMA bevestigt dit en toont dat er een procentuele daling is van de screeningsgraad vanaf 50-jarige leeftijd. Er wordt besloten om ons te richten op vrouwen tussen 45 en 65 jaar.
Een *query* in het elektronisch medisch programma genaamd Pricare levert volgende resultaten op:
op 15 oktober 2012 zitten er 263 vrouwen in het forfait (met andere woorden: ingeschreven in wijkgezondheidscentrum De Kaai) geboren tussen #1/01/1947# And #1/01/1967#.
Hiervan ziet de verdeling er als volgt uit:

- 140 (PUG = primaire uitkeringsgerechtigden = gewone rechthebbenden zonder verhoogde tegemoetkoming)
- 44 (PUG met VTK)
- 41 (WIGW = gepensioneerden, invaliden, weduwen en wezen zonder VTK)
- 38 (WIGW met VTK)

Deze laatste groep van achtendertig vrouwen, namelijk de gepensioneerden, invaliden, weduwen en wezen met verhoogde tegemoetkoming tussen 45 en 65 jaar, wordt onze doelgroep die we willen bereiken.

Concrete uitvoering doelgroep

In september 2011 werd er een nieuw medisch programma in WGC De Kaai ingevoerd. Het vorig medisch programma 'Sosoeme' werd verlaten en er werd geopteerd voor het programma 'Pricare'

dat in het merendeel van de wijkgezondheidscentra gebruikt wordt. Enkele moeilijkheden met betrekking tot de organisatie van cervixkankerscreening in onze praktijk worden hiermee uit de weg geholpen. Er is een vaste plaats om het resultaat van een uitstrijkje te noteren (Observaties>Vrouwelijke geslachtsdelen>Uitstrijkje). Via de rechtermuisknop kan de historiek opgeroepen worden en kan je zien wat de vorige resultaten waren. Er is eveneens de mogelijkheid om een planning te maken die rood verkleurt wanneer hij niet tijdig uitgevoerd wordt. Dit is een nuttiger instrument dan het noteren van het resultaat bij observaties. Bij cervixkankerscreening is voornamelijk het laatste resultaat en datum van belang én weten wanneer er een nieuw uitstrijkje afgenomen moet worden.
Verder leent het programma 'Pricare' zich tot het trekken van lijsten van patiënten. Er kan geselecteerd worden op: geslacht, leeftijd, verhoogde terugbetaling of niet, zorgelement (gecodeerd volgens ICPC-code), planning, datum, etc. We konden net zien wat de verdeling was op vlak van terugbetaling bij ingeschreven vrouwen ouder dan 45 en jonger dan 65 jaar. Dit geeft ons een resultaat van 38 vrouwen die tot de categorie WIGW én VTK behoren volgens de gegevens van hun mutualiteit. Dit wordt de doelgroep tot wie we ons richten.

In deze groep zijn enkele vrouwen geïncludeerd die eigenlijk niet tot de doelgroep volgens Domus Medica behoren en vallen er eveneens een aantal vrouwen buiten. De vrouwen die meegerekend werden maar er eigenlijk niet bijhoren, zijn de vrouwen zonder seksueel contact en deze met een totale hysterectomie omwille van goedaardige redenen. Vrouwen die eigenlijk wel tot de doelgroep behoren maar niet meegeteld werden, zijn deze die afwijkende uitstrijkjes net voor hun 65^{e} hadden en deze die geen twee opeenvolgende normale uitstrijkjes voor hun 65^{e} hadden. Het was niet mogelijk op basis van gegevens van het elektronisch medisch dossier om deze vrouwen al dan niet te includeren.

Via welke interventie wordt er getracht de doelgroep te bereiken?

De redenen waarom vrouwen zich al dan niet laten screenen is reeds uitvoerig onderzocht en beschreven. We bekijken even van naderbij wat de literatuur ons leert over de strategieën om de doelgroep te benaderen.
Arbyn stelt in zijn onderzoek dat de implementatie van de richtlijn over cervixkankerscreening moet aangepast worden naargelang de specifieke eigenschappen van de regio en de populatie[7]. Dit alles vraagt een gerichte aanpak.
Overal ter wereld zijn er tactieken uitgewerkt om de juiste patiënten op het juiste moment te bereiken. In Australië werd een televisiecampagne uitgetest die vrouwen aanspoorde om een uitstrijkje te laten afnemen. Deze campagne bleek een gewenst effect te hebben: voornamelijk de onderscreende vrouwen reageerden en niet deze die één of twee jaar geleden reeds een controle hadden laten doen[14].

Dat de opkomst hoger is wanneer de patiëntes persoonlijk door de huisarts worden uitgenodigd dan wanneer ze voor een bevolkingsonderzoek worden opgeroepen, daar is iedereen het over eens[2,15-16].

Een Nederlands bevolkingsonderzoek[16] ging in 2009 dieper in op de do's en de don'ts bij een uitnodiging voor cervixkankerscreening. Opkomstbevorderende maatregelen zijn: massamediale voorlichtingscampagnes met geïndividualiseerde risicocommunicatie; een persoonlijke uitnodigingsbrief met de aankondiging dat het uitstrijkje door een vrouwelijke praktijkmedewerker kan worden uitgevoerd; het (telefonisch of schriftelijk) herinneren van vrouwen aan een uitstrijkje; het betrekken van het laboratorium bij de follow-upbewaking van vrouwen en aanbieden van een thuistest voor hrHPV-detectie aan non-responders[16].
Deze studie is gebaseerd op het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en niet alles is even relevant in België. Uitstrijkjes worden in België bijna steeds door een arts gedaan en niet door een praktijkassistent. Het afnemen van uitstrijkjes door een man blijkt een belangrijke belemmerende factor te zijn. Een thuistest voor hrHPV-detectie behoort in België niet tot de courante praktijk.

Domus Medica raadt aan om na een uitstrijkje met een normaal resultaat een nieuwe planning voor een uitstrijkje na 36 maand op te maken in het elektronisch medisch dossier en indien deze periode verstreken is de vrouw bij gelegenheid (tijdens consult om welke reden dan ook) hierover aan te spreken. Vijf jaar na het vorige uitstrijkje contacteert de huisarts actief de vrouwen van wie hij het globaal medisch dossier (GMD) beheert.
Als wijkgezondheidscentrum hebben we het voordeel dat de patiënten ingeschreven zijn en wij automatisch hun GMD beheren. Sinds april 2011 wordt de arts gevraagd om een preventieve vragenlijst in te vullen voor elke patiënt tussen de 45 en de 75 jaar. Deze preventieve vragenlijst moet bij voorkeur jaarlijks aan de bedoelde patiëntengroep voorgelegd worden. Alle patiënten van WGC De Kaai ouder dan 45 jaar en jonger dan 75 jaar kregen in het voorjaar van 2012 een GMD+ vragenlijst toegestuurd. De ingevulde lijsten werden ingevoerd in het EMD. Dit zal ons mogelijks informatie geven over de screeningsstatus van onze doelgroeppatiëntes.

Gedurende de komende tien jaar hoeft bij cervixkankerscreening geen rekening gehouden te worden met HPV-vaccinatie, het is wel belangrijk om de vaccinatiestatus van de patiënt te kennen én te noteren op Vaccinet.

Domus Medica geeft enkele praktische tips om de screening aan te bieden. Kattebelletjes zouden nuttig zijn als ze in het EMD geactiveerd worden. Het versturen van uitnodigingen door de huisarts gaat gepaard met een grotere opkomst. Naast het informeren van de patiënt over het nut van de screening mag er niet vergeten worden om een zo volledig mogelijke risicocommunicatie te geven en de patiënte te informeren over de gevolgen van een afwijkend resultaat.
Uit het Nederlands bevolkingsonderzoek komen enkele concrete interventies naar voor die de opkomst kunnen verhogen[16]:

- persoonlijke benadering van allochtone vrouwen door middel van voorlichting (schriftelijk, telefonisch of via huisbezoek) in eigen taal, hulp bij maken van afspraak (al blijkt deze aanpak niet kosteneffectief);
- wijkgerichte voorlichting afstemmen op de populatie en gezondheidsprofessionals trainen in culturele *beliefs* en gebruiken, raciale kwesties en communicatieve vaardigheden;
- voorlichting (informatie en bijeenkomsten) in eigen taal aan allochtonen, mede met het oog op het wegnemen van barrières.

Uit bovenstaande informatie worden er enkele interventies gekozen die haalbaar en nuttig zijn om onze doelgroep te bereiken.

Implementatie in de praktijk

In drie verschillende stappen worden de interventies uitgevoerd op de doelgroep en achteraf geanalyseerd.

EERSTE STAP

In eerste instantie doen we een minimale interventie die inhoudt dat de invloed van de GMD+ bevraging wordt nagegaan. Via deze bevraging werd onder andere gepolst naar het al dan niet gescreend zijn als vrouw voor cervixkanker. Aan de hand van de antwoorden werden bij de individuele patiënten planningen in het EMD gemaakt. Bij patiëntes die gescreend waren, werd de datum van het laatste uitstrijkje ingevoerd en een nieuwe planning voor een volgend uitstrijkje opgemaakt. Bij patiëntes die niet wisten of ze gescreend waren, werd een planning ‘te bevragen’ aangemaakt. In de algemene populatie van De Kaai was de responsrate op de GMD+ bevraging 68% (444 op 650 patiënten tussen 45 en 75 jaar).

Onze doelgroep bestaat nog uit 37 vrouwen in plaats van 38 vrouwen omwille van één uitschrijving. Van onze doelgroep van 37 personen heeft er 62% of 23 op 37 vrouwen geantwoord, drie van de vrouwen die niet geantwoord hebben waren nog niet ingeschreven en hebben bijgevolg geen GMD+ vragenlijst gekregen. 23 van de 37 vrouwen hebben de GMD+ vragenlijst beantwoord. Beetje bij beetje werden de resultaten van die bevragingen in het EMD ingebracht. Op 14 juni 2012 was het opmaken van planningen in het EMD aan de hand van de GMD+ bevraging volbracht.

Één van die planningen was ‘Cervixuitstrijk-screening , GMD+’ en lichtte rood op indien er geen datum van het laatste uitstrijkje door de patiënt genoteerd was vanaf het moment van ingave van de planning. Indien de patiënte antwoordde dat haar laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden was, lichtte deze planning eveneens rood op.

We kijken hoe de dekkingsgraad bij de vrouwen verhoogd wordt aan de hand van deze interventie en kijken drie maanden later wat de impact hiervan is. Hoe zullen de artsen reageren op een ‘rode’ planning? Zal de patiënte een uitstrijkje krijgen of zal de exacte screeningsdatum nagevraagd worden?

Deze actie loopt van 16 juni 2012 tot en met 16 oktober 2012.

TWEEDE STAP

De tweede stap is een intensievere interventie bij de doelgroep waarbij er actief planningen in het dossier gemaakt worden bij de patiëntes bij wie dit via het GMD+ nog niet gebeurd was. Er wordt in de planning een notie gemaakt dat deze patiënte deel uit maakt van de doelgroep van het masterproefproject.

Wekelijks hebben we in de praktijk een vergadering onder de artsen. Dan worden patiënten of andere issues besproken. Op zo'n artsenoverleg wordt het praktijkproject voorgesteld en tegelijkertijd worden de collega-artsen aangespoord om bij patiëntes uit de doelgroep uitstrijkjes af te nemen. Om de artsen een handje te helpen, wordt er een informatieve folder[b] opgesteld die de collega's kunnen meegeven met de patiënt.

Het onthaal van WGC De Kaai wordt ook actief ingeschakeld. Via een namenlijst wordt gevraagd aan het onthaal om bij deze patiëntes uit de doelgroep een speciale aantekening in de agenda te maken en op die manier de artsen een extra herinnering te bieden. Concreet zal dit als volgt in zijn werk gaan: een patiënt met een nog onuitgevoerde planning zal in de elektronische artsenagenda oplichten en de tekst 'MANAMA EVA' zal verschijnen.

Deze interventie gaat van start rond half oktober 2012 eveneens over een periode van drie maanden, namelijk tot 17 januari 2013.

DERDE STAP

Via een derde en laatste stap zullen we de overgebleven vrouwen die nog steeds niet gescreend werden via de vorige stappen proberen te bereiken met een meer verregaande aanpak.

Aan de hand van de campagnes die uit het Nederlands bevolkingsonderzoek effectief gebleken zijn, wordt een actie uitgewerkt. Er wordt van onderzocht of deze haalbaar is in de setting van WGC De Kaai. Om deze intensieve en laatste stap op te zetten wordt er dankbaar gebruik gemaakt van de gezondheidspromotiemedewerkster. Deze persoon staat in voor de campagnes omtrent gezondheidspromotie in de Bloemekenswijk. Zij heeft haar bureau in WGC De Kaai. Tijdens een overleg wordt bekeken hoe deze doelgroep het best bereikt zou kunnen worden.

Er wordt geopteerd om de resterende vrouwen persoonlijk aan te schrijven via een brief[c] op naam met een individuele uitnodiging. De anderstalige vrouwen uit die groep krijgen een uitnodiging in hun eigen taal. In de doelgroep blijken enkele Turks- en Bulgaarssprekende vrouwen te zijn. De interculturele bemiddelaarsters van WGC Rabot staan in voor de vertalingen. In deze brief worden de patiënten geïnformeerd over het nut van een uitstrijkje en dat dit uitstrijkje voor hen kosteloos is.

Twee weken na het versturen van de uitnodigingsbrieven zullen de vrouwen telefonisch gecontacteerd worden. Er zal hen gevraagd worden of ze de brief ontvangen hebben en of ze zich willen laten screenen.

Deze laatste stap gaat van start 18 januari 2013 tot en met eind maart 2013 over een periode van een goeie twee maanden.

[b] Zie bijlage 2

[c] Zie bijlage 3

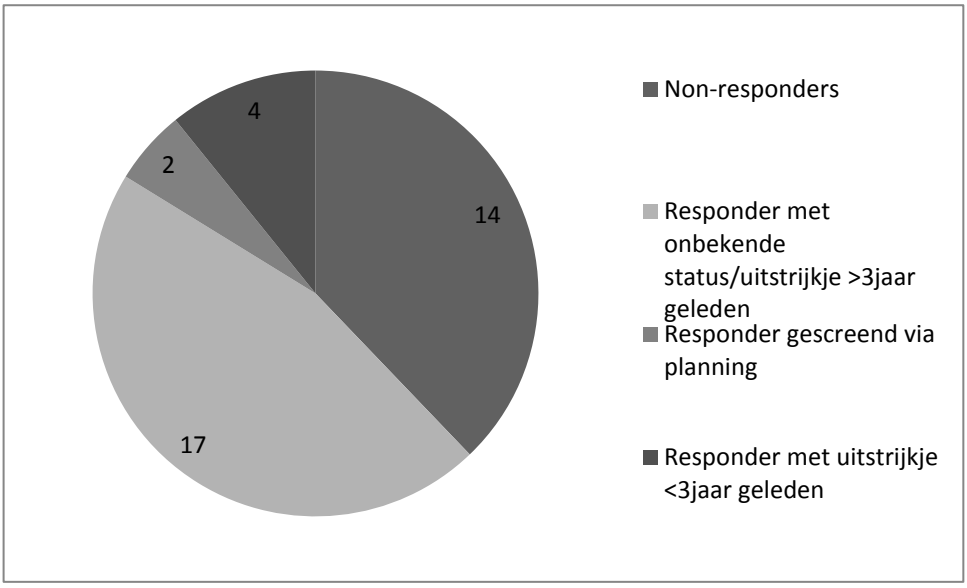
RESULTATEN

EERSTE STAP

23 van de 37 vrouwen hebben de GMD+ vragenlijst beantwoord. Van de 23 vrouwen die gereageerd hebben op de bevraging kenden er slechts 11 hun screeningsstatus. Al kan hier niet met zekerheid van uitgegaan worden. Het is ook mogelijk dat de vraagstelling niet duidelijk was en ze foutief geantwoord hebben. (Vraagstelling GMD+ vragenlijst: Voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden? Ja/Nee). De ingevulde vragenlijsten waarop de vrouwen 'ja' geantwoord hebben, worden er bijgenomen en één voor één bestudeerd. Het valt op dat enkele vrouwen op alle vragen affirmatief antwoordden, wat de vraag kan doen rijzen in welke mate ze de vraag begrepen hebben. Van de 11 vrouwen die 'ja' geantwoord hebben, zijn er slechts vier die de datum kennen of een specifieker antwoord kunnen geven.

Over een periode van juli tot en met half oktober zien we dat er twee vrouwen uit de doelgroep gescreend werden. Bij deze twee vrouwen heeft de arts de planning die rood oplicht gezien en heeft hij bijgevolg de patiënt gescreend.

Vier vrouwen kennen hun screeningsstatus en komen niet in aanmerking voor een uitstrijkje het komende jaar. Twee vrouwen zijn gescreend via de planning in het EMD. We bereiken een dekkingsgraad van 16 procent of 6 op 37 vrouwen.



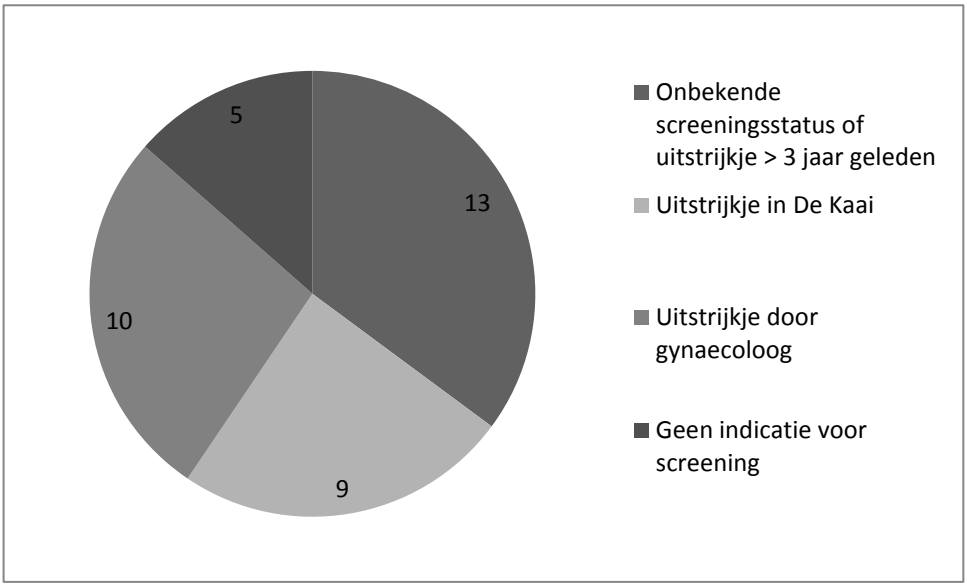
Tabel 1 : De verdeling van de 37 vrouwen na het uitvoeren van de eerste stap. 4 vrouwen met gekende status en laatste uitstrijkje <3 jaar geleden, 2 vrouwen gescreend via planning, 14 non-responders, 17 responders met onduidelijke/onbekende status of laatste uitstrijkje >3jaar geleden.

TWEEDE STAP

Op 17 januari 2013 wordt de tweede stap geëvalueerd. Het aantal vrouwen bij wie de opvolging in orde is, is gestegen van zes naar negentien. Van deze negentien vrouwen werden er negen in de praktijk gescreend. Tien vrouwen bleken reeds gescreend te zijn door de gynaecoloog.

Op basis van dossierstudie van de resterende vrouwen wordt er vastgesteld dat vijf vrouwen niet gescreend hoeven te worden. Het gaat over vier vrouwen bij wie een totale hysterectomie gebeurde en opvolging in samenspraak met de gynaecoloog niet meer nodig is. Één vrouw blijkt zwanger te zijn. Dit betekent dat onze doelgroep nog 32 vrouwen bevat.

De dekkingsgraad van de doelgroep bedraagt momenteel 59% of 19 op 32 vrouwen.



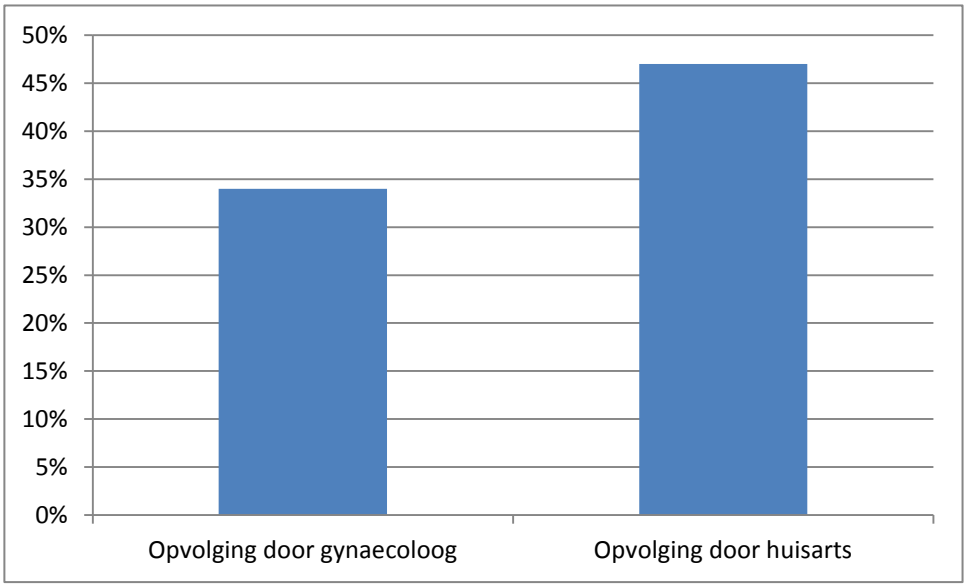
Tabel 2 : De verdeling van de 37 vrouwen op het einde van stap twee. 5 vrouwen vallen uit de doelgroep, 9 vrouwen kregen een uitstrijkje in WGC De Kaai, 10 vrouwen bij de gynaecoloog en 13 vrouwen met een onbekende screeningsstatus of uitstrijkje > 3 jaar geleden.

DERDE STAP

Dertien vrouwen uit de doelgroep hebben op dit moment nog steeds geen uitstrijkje gekregen of hun screeningsstatus is ons niet bekend.

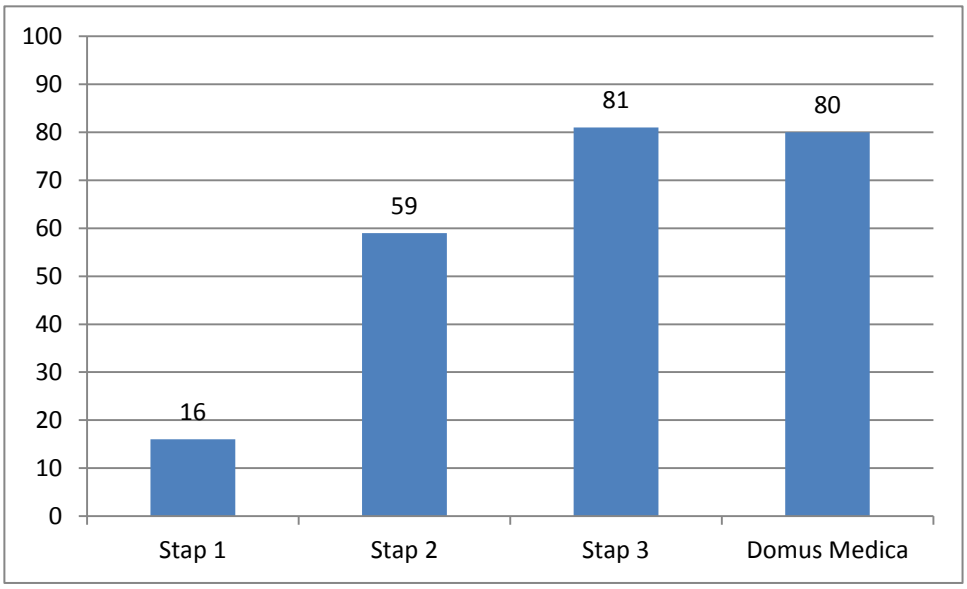
Naar deze vrouwen wordt een uitnodigingsbrief opgestuurd. Vijf vrouwen reageren op deze uitnodiging en maken een afspraak. Nog eens twee vrouwen maken een afspraak nadat ze aangesproken zijn door een arts tijdens een consult voor een andere reden. Één van de twee vrouwen komt niet opdagen op haar afspraak. De overige zes vrouwen, die niet reageerden op de brief, worden opgebeld. Twee vrouwen zijn telefonisch niet te bereiken (continu voicemail en onbestaand telefoonnummer). De andere vier vrouwen geven aan dat ze de brief goed ontvangen hebben. Één patiënte vertelt ons dat ze zich laat opvolgen bij de gynaecoloog. Dit wordt geverifieerd en blijkt correct te zijn. Één vrouw weigert opnieuw een uitstrijkje te laten afnemen gezien de vorige afname door de vrouw als extreem pijnlijk werd ervaren. Twee patiëntes antwoorden dat ze zelf nog contact zullen opnemen om een afspraak te maken. Hiervan is één

vrouw invalide en dient het uitstrijkje op huisbezoek te gebeuren. Een andere vrouw geeft aan het momenteel te druk te hebben en gaat een afspraak maken als het minder druk is.
Met deze derde stap is bekomen dat zeven vrouwen van de doelgroep zich correct laten opvolgen voor cervixkankerscreening.
In de vorige stap waren er negen vrouwen die zich in de praktijk hadden laten screenen en tien vrouwen die het uitstrijkje bij de gynaecoloog lieten afnemen. Na het versturen van de brief blijkt dat één vrouw zich bij haar gynaecoloog laat opvolgen, zes vrouwen laten het uitstrijkje in de praktijk uitvoeren. Procentueel betekent dit dat 34% zich bij de gynaecoloog laten screenen en 47% bij de huisarts.



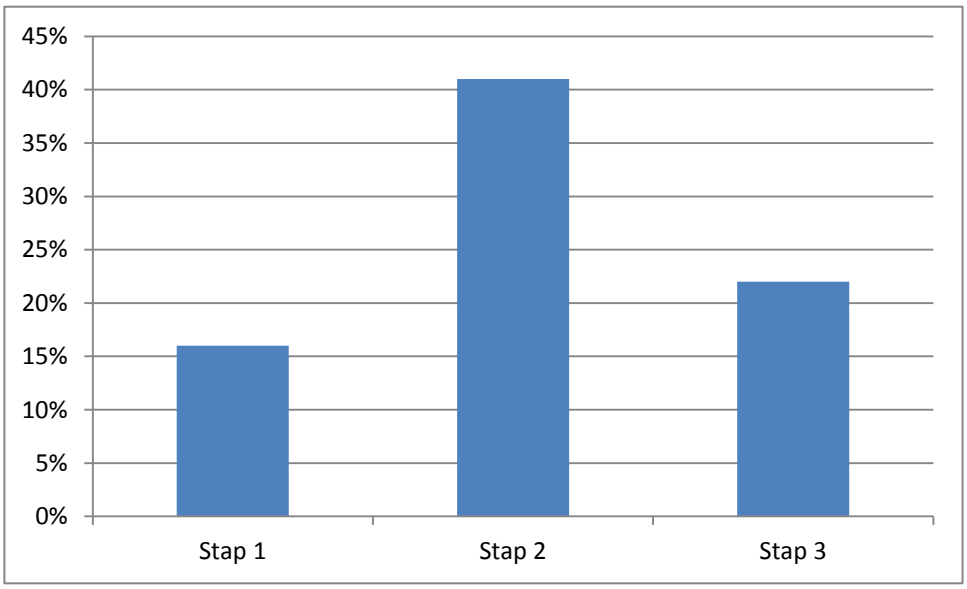
Tabel 3 : Procentuele verdeling van het aantal uitstrijkjes afgenomen bij de doelgroep door de gynaecoloog respectievelijk huisarts.

Dit brengt onze uiteindelijke screeningsgraad op 81% of zesentwintig vrouwen van de tweeëndertig die in orde zijn met hun opvolging van cervixkankerscreening. Hiermee is de vooropgestelde 80% door Domus Medica bereikt.



Tabel 4 : Screeningsgraad bij de doelgroep op het einde van elke stap en vergeleken met de vooropgestelde screeningsgraad door Domus Medica.

Als alle stappen op een rijtje gezet worden, is er een stijging in de screeningsgraad waarneembaar. Deze stijgt van 16% in stap één, naar 59% in stap twee en 81% in stap drie (zie tabel 4).
Om de winst in screeningsgraad te beschouwen, wordt er berekend hoeveel respons er stap per stap is. In stap één zijn er zes vrouwen van de zevenendertig in orde met hun uitstrijkje, in stap twee worden dit dertien extra vrouwen op tweeëndertig en in stap drie komen daar nog eens zeven vrouwen bij. Respectievelijk is dit 16%, 41% en 22%. Dit wordt overzichtelijk weergegeven in tabel 5.



Tabel 5 : De procentuele respons per stap.

BESPREKING

Aan het einde van dit praktijkverbeteringsproject wordt er een screeningsgraad bereikt die de vooropgestelde screeningsgraad van Domus Medica nipt voorbijsteekt. Dit percentage wordt zelfs bereikt op een kortere tijd dan de vijf jaar die voorgesteld wordt. Dergelijk resultaat zou niet mogelijk zijn geweest zonder steun en inzet van de collega-artsen. Deze werden aangemoedigd via een voorstelling van het praktijkproject en leverden een extra inspanning om het project tot een goed einde te brengen.
De resultaten geven ons een beeld wat er bereikt kan worden met een kleine groep vrouwen. Het is niet duidelijk wat het resultaat geweest zou zijn indien de doelgroep groter was geweest. Deze resultaten kunnen niet naar een Vlaams niveau geëxtrapoleerd worden.

METHODIEK ONDER DE LOEP

In dit project werd er getracht de doelstelling te bereiken in minder dan tien maanden. Een reden hiervoor is uitaard dat dit project kadert binnen een masterproef die op zijn beurt aan inleveringsdata gebonden is. Dat het gewenste resultaat op kortere tijd dan voorgesteld door Domus Medica bereikt wordt, is op zich een positief gegeven. Aan de andere kant schept dit geen realistisch beeld. Weinig huisartspraktijken zullen immers een dergelijk resultaat op praktijkniveau bereiken in een gelijkaardige tijdspanne bereiken zonder hiervoor extra inspanningen te leveren.

Er werd bewust gekozen om in dit project met een beperkte doelgroep te werken. De doelgroep werd bepaald aan de hand van strikte criteria. Nog even ter herhaling: vrouwen tussen 45 en 65 jaar met verhoogde tegemoetkoming én een WIGW statuut. Heel wat vrouwen die eveneens behoren tot een risicogroep voor onderscreening (en bijgevolg cervixkanker) vallen onder bovenstaande criteria uit de boot. We hebben het in het bijzonder over alle niet-Nederlandstalige vrouwen, vrouwen met financiële moeilijkheden (wel verhoogde tegemoetkoming maar geen WIGWs), vrouwen met psychische aandoeningen (vaak met een invalidenstatuut maar zonder verhoogde tegemoetkoming) en vrouwen die buiten de leeftijdscategorie vallen.

Een mogelijke bias van de bereikte screeningsgraad kan te wijten zijn aan het feit dat sommige artsen voortgingen op basis van de anamnese om de screeningsstatus te kennen. Wanneer vrouwen aangaven dat ze opgevolgd werden door hun gynaecoloog en hierbij de datum van het laatste uitstrijkje kenden, werd dit vaak niet meer geverifieerd. Vrouwen die hun huisarts onjuiste informatie zouden verschaffen, kunnen hierdoor een foute screeningsstatus krijgen.
Andere artsen controleerden het antwoord van de patiënte dan wel weer. Deze verificatie ging gepaard met het nodige getelefoneer en vroeg een tijdsinvestering van de betrokken arts.

RESULTATEN STAP PER STAP

Na de eerste stap bereiken we een zeer laag screeningspercentage van zestien procent. Dit percentage verwoordt vooral dat de screeningsstatus van de patiënte onbekend is én dat een groot deel van de vrouwen hun uitstrijkje door de gynaecoloog laat uitvoeren én dat het resultaat van hun uitstrijkje zelden naar de huisarts doorgestuurd wordt.
Deze lage waarde is eveneens het gevolg van de vraagstelling op de GMD+ vragenlijst. De patiënte kon op de vraag 'Is uw uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden?' ja of nee antwoorden zonder hierbij een datum te schrijven. Dit zorgt voor ingevulde vragenlijsten die te weinig informatie verschaften over de screeningsstatus.
De tijdspanne van drie maand waarover de eerste stap loopt is relatief kort. Deze liep over een periode van juni tot en met half oktober. Juli en augustus waren twee vakantiemaanden waarbij het echter opmerkelijk rustiger was in de praktijk. De kans dat een patiënte met een 'rode' planning consulteert, is klein.
Aan de andere kant gaven de rustige zomermaanden de artsen meer tijd om zich met preventie bezig te houden en legt een extra consult voor een uitstrijkje minder druk op de agenda dan in andere periodes .

Stap twee levert een percentage van 59 procent. Dit komt overeen met de gemiddelde screeningsgraad bij de Belgische vrouwen[1]. Is dit toeval of niet? Op zich is het te verwachten dat dit percentage meer zal aanleunen bij de gemiddelde screeningsgraad op Belgisch niveau aangezien er in stap één voornamelijk onwetendheid over de screeningsstatus heerst. In stap twee worden er meer vrouwen uit de doelgroep bevraagd door de artsen over hun screeningsstatus.
Deze stap vraagt iets meer inspanning van de praktijk maar is eigenlijk vlot toe te passen op het hele praktijkniveau. In het nieuw medisch programma wordt grotendeels gewerkt op basis van planningen in het EMD van de patiënt. De arts ziet dankzij de planningen automatisch of de screeningsstatus van de patiënte in orde is of niet. Deze informatie zou door elke huisarts van elke vrouw tussen 25 en 65 jaar gekend moeten zijn. In deze stap wordt het meeste winst in screeningsgraad bereikt.

De derde en laatste stap vergt een extra inzet. Deze inspanning is niet evident om uit te voeren op langere termijn of uit te breiden naar een grote groep patiënten. Met deze laatste stap werd een extra winst in screeningsgraad van 22 procent bekomen. Dit is aanzienlijk minder dan in de vorige stap waar we nog 41 procent haalden. Deze winsten kunnen echter niet volledig afzonderlijk beoordeeld worden, zo zal in stap drie het effect van stap twee nog waarneembaar zijn.
Uiteindelijk werd een percentage van 81 procent bereikt. Dit is één procent hoger dan het percentage dat Domus Medica voorop stelt als het te bereiken percentage voor de Vlaamse vrouw.
In dit project is het gelukt om dit percentage te bereiken. Maar is het ook mogelijk om dit percentage te bereiken buiten een project om? Er kan niet van elke huisarts verwacht worden om zoveel energie te steken in één bepaald onderdeel van preventie. Anderzijds is dit een hoog percentage, de doelgroep in beschouwing genomen.

In stap drie werden er meer uitstrijkjes in WGC De Kaai zelf afgenomen, wat erop kan wijzen dat de drempel om bij de huisarts langs te gaan voor die vrouwen iets lager was dan naar een gynaecoloog te stappen.
Bij de doelgroep werd in de loop van het project 47 procent van de uitstrijkjes afgenomen door de huisarts. Dit percentage ligt een pak hoger dan de twintig procent die de Vlaamse huisartsen bereiken[1]. Een reden kan zijn dat de vrouwen benaderd werden door de huisarts zelf. Tijdens het project werd er vernomen dat sommige vrouwen ervan uitgingen dat uitstrijkjes enkel maar door de gynaecoloog afgenomen konden worden.

In WGC De Kaai is er vermoedelijk een indirecte stijging van de algemene screeningsgraad op praktijkniveau tot stand gekomen tijdens de duur van dit project. De artsen waren extra gemotiveerd om uitstrijkjes af te nemen. Er werden nieuwe specula aangekocht door de praktijk. Hierdoor werd een mogelijke drempel voor de artsen weggenomen zodat er steeds handige specula in verschillende maten ter beschikking zijn.

UITSTRIJKJES IN DE TOEKOMST

Bij enkele vrouwen werd het uitstrijkje voor de eerste maal afgenomen. We kunnen veronderstellen dat deze vrouwen onrechtstreeks sneller bereikt zullen worden om een volgend uitstrijkje te laten afnemen gezien ze nu vertrouwd zijn met het nut van een uitstrijkje, hun screeningsstatus in het EMD genoteerd staat en de angst voor het onbekende (namelijk de afname van een uitstrijkje) verdwenen is.

Een georganiseerde aanpak op overheidsniveau is hoognodig. Bepaalde bronnen geven aan dat de Vlaamse overheid effectief bezig is met het op poten zetten van een bevolkingsonderzoek[4].
Tijdens dit project werd veel tijd gestoken in het verzamelen van informatie bij de gynaecoloog over de screeningsstatus van onze patiënt. De samenwerking tussen gynaecologen en huisartsen is voor heel wat verbetering vatbaar. Beiden zijn niet op de hoogte van de screeningsstatus van de patiënt indien het uitstrijkje niet bij de arts in kwestie gebeurde. Patiënten zullen ongetwijfeld in bepaalde situaties bij beide artsen een uitstrijkje krijgen.
Momenteel is men in België bezig met het opzetten van een heus centraal cyto-histopathologieregister. Hierbij worden naast resultaten van borst - en colonstalen eveneens baarmoederhalsstalen geregistreerd ongeacht de diagnose. Als België hiermee verdergaat kunnen we verwachten dat er een beter overzicht zal zijn van onderscreenden en deze personen georganiseerd opgeroepen kunnen worden[17].

De afname zelf van het uitstrijkje is in dit project bij slechts één vrouw een drempel om zich niet te laten screenen. Zij ervoer de vorige afname als extreem pijnlijk. Literatuuronderzoek toont dat pijn op zich meestal niet de reden is om zich niet te laten screenen. Gebrek aan kennis over het hoe en het waarom van een uitstrijkje en angst (voor pijn of voor een afwijking) zijn wél bekende redenen[18]. Er kon op basis van literatuuronderzoek geen onderscheid gemaakt worden of het nu

het gebrek aan kennis is of de angst die de grootste rol in onderscreening spelen. Eens dit gekend zou zijn, kan er op het één of het ander adequaat op ingespeeld worden.

Er zijn clinici die pleiten om bij de screening in eerste instantie een HPV bepaling uit te voeren en pas indien een hrHPV gevonden wordt, een PAP test te verrichten. De HPV bepaling zou een hogere sensitiviteit hebben ten opzichte van de PAP test[2].
Er bestaat een zelftest voor HPV bepaling. Of de sensitiviteit van deze test ook hoger ligt dan deze van de PAP test is niet duidelijk. Het afnemen van een zelftest lijkt eenvoudiger uit te voeren en makkelijker voor te stellen aan de doelpopulatie.
Hierbij kunnen uiteraard ook enkele vraagtekens geplaatst worden: wat met de meerkost van deze test en de vele positieve hrHPV infecties bij jonge vrouwen? Desondanks lijkt deze piste interessant om verder bekeken te worden.

BESLUIT

Beide onderzoeksvragen zijn aan het eind van dit praktijkverbeteringsproject beantwoord.

De doelgroep die onderscreend wordt, bestaat uit vrouwen met een zwakke sociale en/of economisch status en/of geboren in het buitenland. Domus Medica specifieert deze groep nog iets meer: vrouwen met een lage opleidingsgraad, alleenstaanden, vrouwen met een gebrekkige taalkennis of vrouwen met een psychiatrisch ziektebeeld zoals schizofrenie.
Op basis van deze literatuurgegevens wordt voor dit project een specifieke doelgroep afgelijnd die bestaat uit vrouwen van 45 tot 65 jaar uit de categorie WIGW die van een verhoogde tegemoetkoming genieten.

Er worden drie stappen ondernomen om deze groep vrouwen te bereiken en hun screeningsstatus in orde te brengen. De eerste stap houdt in dat het effect van het invoeren van een planning in het elektronisch medisch dossier (EMD) op basis van GMD+ bevragingen nagegaan wordt.
In een volgende stap wordt een planning in het EMD aangemaakt bij alle vrouwen uit de doelgroep (ook deze die de GMD+ vragenlijst niet beantwoord hebben). De collega-artsen worden aangespoord om bij die vrouwen met een planning in het EMD de screeningsstatus in orde te brengen. Het is de tweede stap die relatief gezien de hoogste stijging in screeningsgraad scoort in vergelijking met de andere stappen.
De derde en laatste stap is intensiever. Deze stap roept de vrouwen, die tot dan toe niet reageerden, op via een uitnodigingsbrief. Indien deze brief genegeerd wordt, worden de vrouwen telefonisch gecontacteerd.

De doelstelling die een screeningsgraad van 80% beoogde, wordt bereikt mits de nodige inspanning. Een combinatie van een beperkte doelgroep, gemotiveerde artsen en het gebruik van een planning in het EMD had tot gevolg dat dit resultaat in een relatief korte tijdspanne bereikt werd. De doelgroep laat in dit project de uitstrijkjes vaker bij de huisarts afnemen dan bij de gynaecoloog.

Een georganiseerde aanpak op overheidsniveau lijkt onmisbaar om een gepaste screeningsgraad te bereiken. Hierbij moet onder andere geïnvesteerd worden in een betere samenwerking tussen de huisarts en de gynaecoloog waarbij vlot gegevens over de screeningsstatus van de patiënt uitgewisseld worden.

REFERENTIES

[1]Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu. 2011; 40: 64-88.

[2]Boomsma LJ, Buis PAJ, Collette C, Janssen PGH. NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom (Tweede herziening). Huisarts en Wetenschap. 2009; 52(4): 182-191.

[3]Hakama M, Chamberlain J, Day NE, Miller AB, Prorok PC. Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer. British Journal of Cancer. 1985; 52: 669-673.

[4]Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek. Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker 2011. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Beleid/BVO%20BHK%20adviesvraag%2020110709%20def.pdf. Geraadpleegd op 13 maart 2012.

[5]Vereniging van wijkgezondheidscentra. Criteria van wijkgezondheidscentra 2007. Beschikbaar via: http://www.vwgc.be/media/Documenten/OPEN%20GEDEELTE/concept/criteria%20van%20wijkgezondheidscentra%20VWGC%202007.pdf. Geraadpleegd op 13 maart 2012.

[6]Wijkmonitor. Wijkfiche Bloemekenswijk. Beschikbaar via: http://gent.buurtmonitor.be/quickstep/qsreport.aspx?report=wijkmon_z_t&geolevel=wijk&geoitem=9 Geraadpleegd op 13 maart 2012.

[7]Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H, Herbert A, Karsa L von. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Annals of Oncology. 2010; 21: 448–458.

[8]Anttila A, Ronco G. Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union. European Journal of Cancer. 2009; 45: 2685-2708.

[9]De Nooijer DP, De Waart FG, Van Leeuwen AW, Spijker WW. Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2005; 149: 2339-2343.

[10]Hulstaert F, Arbyn M, Huybrechts M, Vinck I, Puddu M, Ramaekers D. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg; 2006. p. 17.

[11]Rigal L, Saurel-Cubizolle M-J, Falcoff H, Bouyer J, Ringa V. Do social inequalities in cervical cancer screening persist among patients who use primary care? The Paris Prevention in General Practice survey. Preventive Medicine. 2011; 53: 199–202.

[12]Waller J, Bartoszek M, Marlow L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. Journal of Medical Screening. 2009; 16(4): 199-204.

[13]Braet E. Kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en verwachtingen van Bulgaarse patiënten in de huisartsgeneeskunde. Scriptie voorgedragen in de 2de Master in het kader van de opleiding; 2011-2012. p. 51.

[14]Mullins R, Wakefield M, Broun K. Encouraging the right women to attend for cervical cancer screening: results from a targeted television campaign in Victoria, Australia. Health Education Research. 2008; 23(3): 477-486.

[15]Kant AC, Palm BT, Wentink E, Weel C van. General practitioner based screening for cervical cancer: higher participation of women with a higher risk? Journal of Medical Screening. 1997; 4(1): 35-39.

[16]Knops-Dullens R, Ven G van de, Tacken M, Braspenning J. Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Kennissynthese over het verbeteren van de uitnodigingsstrategie. Nijmegen: IQ healthcare; 2009. p. 48.

[17]Belgian Cancer Registry. Beschikbaar via: http://www.kankerregister.org/Preventie. Geraadpleegd op 13 maart 2012.

[18]Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. The British Journal of General Practice. 1998; 48: 1509-14.

BIJLAGE 1

Vragenlijst voor de collega's:

1. Wanneer was je laatst afgenomen uitstrijkje?
2. Wie moet gescreend worden? Antwoorden op basis van parate kennis (niet opzoeken).
3. Wanneer denk je eraan een uitstrijkje af te nemen?
4. Wanneer zou je er zeker niet aan denken?
5. Wat zijn redenen/situaties om eraan te denken maar het toch niet te doen?
6. Hoe schat je de screeningsgraad van onze populatie in?
7. Hoe zou je de screeningsgraad kunnen verhogen?
8. Welke populatie (sociale groep) is volgens u onderscreend?
9. Neem je graag uitstrijkjes af?
10. Als we kunnen aannemen dat de organisatie van cervixkankerscreening niet goed gebeurt, waar ligt de 'fout' dan voornamelijk: gebrek aan tijd, geld, motivatie artsen, motivatie patiënten, gebrek aan protocol, geen kennis van wat te doen bij afwijkend resultaat?
11. Wat is positief/negatief in de praktijksetting om uitstrijkjes uit te voeren?
12. Andere patiëntfactoren waardoor screening niet goed verloopt?
13. Verloopt de samenwerking met het labo goed op vlak van screening?
14. Overleg je soms met gynaecoloog ivm screening?
15. Vind je een praktijkprotocol ivm cervixkankerscreening interessant?
16. Vind je de organisatie van cervixkankerscreening in deze praktijk belangrijk of zijn er andere prioriteiten? En zo ja waarom?

BIJLAGE 2

Wie Wat Waarom : Een uitstrijkje!

- **WAAROM EEN UITSTRIJKJE?**

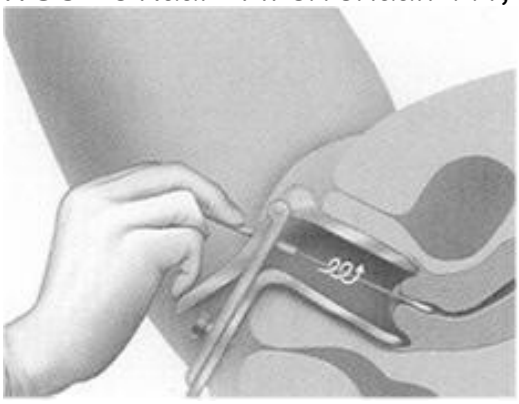
Baarmoederhalskanker wordt door een virus veroorzaakt, met name het humaan papilloma virus. Dit virus kan door seksueel contact worden overgedragen. Meestal zorgt uw lichaam ervoor dat het virus binnen een jaar wordt opgeruimd. Lukt dat niet, dan kunnen er in de loop van tien tot vijftien jaar afwijkende cellen in de baarmoederhals ontstaan.
Kanker van de baarmoederhals (cervixkanker) is de zevende meest voorkomende kanker bij vrouwen. Toch kan deze kanker in de meeste gevallen vroegtijdig ontdekt worden, op een ogenblik dat volledige genezing nog mogelijk is. Deze vroegtijdige opsporing is mogelijk door het driejaarlijks laten uitvoeren van een uitstrijkje. Dit is nodig bij vrouwen tussen 25 en 65 jaar. De afname van een uitstrijkje duurt enkele minuten en is pijnloos.

- **DE UITSLAG**

Het uitstrijkje wordt naar het laboratorium gestuurd. Daar worden de baarmoederhalscellen onder een microscoop bekeken.
Meestal is een uitstrijkje in orde, dan hoeft het pas na drie jaar herhaald te worden. Als het uitstrijkje afwijkend is, kan er sneller gecontroleerd worden of wordt er meteen voor verder onderzoek naar de gynaecoloog verwezen.

Maak gerust een afspraak bij uw arts!

WGC De Kaai – F.Ferrerlaan 441, 9000 Gent – Tel: 09 216 86 50



[Bron : NHG Patiëntenbrief/Domus Medica]

BIJLAGE 3

de Kaai
wijkgezondheidscentrum

GENT, 2 JANUARI 2013

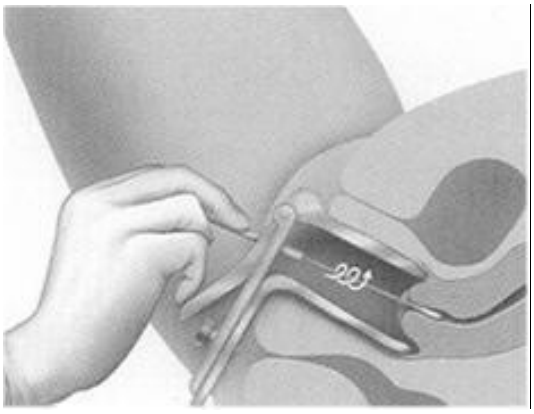
BESTE MEVROUW,

U BEHOORT TOT DE GROEP VROUWEN DIE IN AANMERKING KOMT OM EEN UITSTRIJKJE TE KRIJGEN. VOOR U IS DIT UITSTRIJKJE GRATIS.

Baarmoederhalskanker wordt door een virus veroorzaakt, met name het humaan papilloma virus. Dit virus kan door seksueel contact worden overgedragen. Meestal zorgt uw lichaam ervoor dat het virus binnen een jaar wordt opgeruimd. Lukt dat niet, dan kunnen er in de loop van 10 tot 15 jaar afwijkende cellen in de baarmoederhals ontstaan.
Kanker van de baarmoederhals (cervixkanker) is de 7e meest voorkomende kanker bij vrouwen. Toch kan deze kanker in de meeste gevallen vroegtijdig ontdekt worden, op een ogenblik dat volledige genezing nog mogelijk is. Deze vroegtijdige opsporing gebeurt door het uitvoeren van een uitstrijkje om de 3 jaar. Dit is nodig bij vrouwen tussen 25 en 65 jaar. Een uitstrijkje gebeurt door middel van een gynaecologisch onderzoek. De afname van een uitstrijkje duurt slechts enkele minuten en is pijnloos. [Bron: NHG Patiëntenbrief/Domus Medica]

Maak een afspraak bij dr. Eva Vandermeulen of uw vaste arts in de Kaai! Tel: 09 216 86 50

Een gezond 2013!
Vriendelijke groeten,
Dr. Eva Vandermeulen





WGC De Kaai – F.Ferrerlaan 441, 9000 Gent – Tel: 09 216 86 50

BIJLAGE 3A – TURKS

de Kaai
wijkgezondheidscentrum

GENT, 2 OCAK 2013

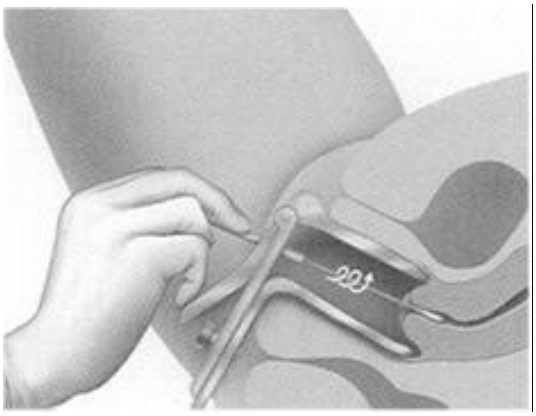
SAYIN …,

SIZ BIR PAP SMEAR TESTI TARAMASINA UYGUN OLAN GRUP KADINLARDANSINIZ. SIZIN IÇIN BU RAHIM AĞZI KANSERI TEST TARAMASI ÜCRETSIZDIR.

Rahim ağzı kanseri bir virüsden oluşur, özellikle insan papilloma isimli virüsünden. Bu virüs cinsel temas yoluyla bulaşabilir. Genellikle vücudunuz bu virüsü bir yıl içerisinde temizlemiş olması lazım. Ancak bu başarılı olmassa, gelecek 10-15 yıl içinde rahim ağzında anormal hücreler oluşabilir. Rahim ağzı kanseri (serviks kanseri) kadınlarda 7'ci en sık görülen kanser türüdür. Ancak vakaların çoğunda bu kanser türünün erken bir dönemde teşhis edilmesiyle tam bir tedavisi mümkün olabilir. Bu erken teşhis her 3 yılda bir Pap smear testi gerçeklestirilerek yapılır. Bu 25 ve 65 yaşı arasındaki kadınlarda gereklidir. Bu Pap smear testi bir jinekolojik muayeneyle gerçekleştirilir. Pap smear testi uygulaması sadece bir kaç dakika sürer ve ağrısızdır. [Bron: NHG Patiëntenbrief/Domus Medica]

De Kaai'da, dr. Eva Vandermeulen'de yada kendi doktorunuzda bir randevu alın! Tel: 09 216 86 50

Sağlıklı bir 2013 dileğiyle!
Saygılarımla,
Dr. Eva Vandermeulen





WGC De Kaai – F.Ferrerlaan 441, 9000 Gent – Tel: 09 216 86 50

BIJLAGE 3B – BULGAARS

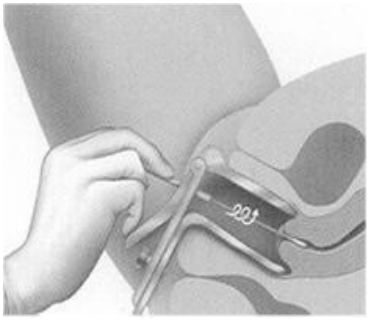
Уважаеми…,

Вие принадлежите към групата жени които имат право на безлпатно излседване цитонамазка.

Ракът на маточната шийка се причинява от вирус, наречен човешки папилома вирус (human papillomavirus). Този вирус се придава при полов контакт. Обикновенно в рамките на една година тяалото ви се приборва с вируса, но ако това не се случи в продалжение на 10-15 години може да съществуват клетъчни разсейки в маточната шийка.
Ракът на шийката на матката (cervixkanker) е 7 мия вид рак срещтан при жените. Въпреки това в повечето случаи ракът може рано да се открие и в момент в който е възможно пълното му излекуване. За да се улови заболяването в най-ранните стадий е нужно на 3 години да се взема цитонамазка. Това е необходимо при жените във възрастовата група 25 и 26 години. Изследването се извършва чрез гинекологичен преглед. Вземането на цитонамазка продължава няколко минути и е също така безболезнено.

За целта уговоретеси час при доктор Ева Вандермеулен (Eva Vandermeulen) или при личния ви лекар в Де Кааи (De Kaai)! Тел.09 216 86 50

С пожелания за здраве през новата 2013 година!
Поздрави,
Др. Ева Вандермеулен





WGC De Kaai – F.Ferrerlaan 441, 9000 Gent – Tel: 09 216 86 50