Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen onder 25 jaar, een kwaliteitsverbeterend project

Anouk Buelens-Terryn, Universiteit Antwerpen
Heleen Konings, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2023]

Abstract

Context: Vanuit het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskankerscreening worden vrouwen vanaf 25 jaar uitgenodigd om een uitstrijkje te laten afnemen. Dit onderzoeksproject werd opgesteld nadat we in de huisartsenpraktijk vaststelden dat er reeds enkele vrouwelijke patiënten onder de 25 jaar een uitstrijkje hadden laten afnemen.

Onderzoeksvraag: De concrete vraagstelling voor ons oriënterend literatuuronderzoek is: Welke risicofactoren zijn er gekend voor het ontstaan van baarmoederhalskanker op jonge leeftijd en rechtvaardigen dus een vroegere opsporing van baarmoederhalskanker volgens de literatuur? In het veldonderzoek gaan we na of deze ook daadwerkelijk in het werkveld worden meegenomen, of dat er andere risicofactoren worden weerhouden. Verder wordt er gekeken welk percentage van de vrouwelijke patiënten tussen 18 en 25 jaar al een uitstrijkje onderging in de deelnemende huisartsenpraktijken. Wat zijn de patiënt- en artsgebonden factoren die aan een uitstrijkje onder de 25 jaar voorafgingen?

Methode: Allereerst werd er een literatuuronderzoek verricht. Vervolgens werd er een veldonderzoek gestart. Dit omvat enerzijds een retrospectief luik waarbij er informatie uit de medische dossiers van de patiënten werd gehaald. Anderzijds omvat dit een prospectief luik waarbij we via een digitale vragenlijst de huisartsen en gynaecologen in en rond Antwerpen bevragen over hun medisch handelen betreffende uitstrijkjes en de risicofactoren die zij hanteren voor cervixkanker. Ook werden de vrouwelijke patiënten tussen 18 en 25 jaar in de praktijk benaderd met behulp van een vragenlijst over het uitstrijkje en hun seksuele voorgeschiedenis.

Resultaten: De volgende risicofactoren werden gedetermineerd vanuit het literatuuronderzoek: HPV infectie, seksueel risicogedrag, SOA's, hoge pariteit, orale anticonceptie, leeftijd en roken.
Uit het retrospectief onderzoek bleek dat gemiddeld 17% (n=58) van de vrouwelijke patiënten tussen 18 en 25 jaar (n=341) al een uitstrijkje had ondergaan.
Uit het prospectief onderzoek bleek dat 21,5% van de bevraagde patiënten (n=26/121) reeds een uitstrijkje had laten afnemen. De helft daarvan geeft aan niet geïnformeerd te zijn door de gynaecoloog (n=10) of door de huisarts (n=3) omtrent de screeningsrichtlijnen. Het merendeel van de bevraagde artsen (n=52/61) geeft echter aan de patiënten te informeren en enkel een uitstrijkje af te nemen bij risicofactoren. Meer dan 60% van de deelnemende patiënten (n=73/121) was niet op de hoogte dat een uitstrijkje ook bij de huisarts kon worden afgenomen. De voornaamste risicofactoren voor cervixkanker die door de artsen werden aangehaald in de vragenlijst waren: vroege seksarche (n=16), multipele seksuele partners (n=35) en familiale voorgeschiedenis (n=11).

Conclusies: De artsen haalden een aantal uiteenlopende risicofactoren aan die niet altijd overeenstemden met de wetenschappelijke evidentie. In het veldonderzoek werden knelpunten binnen de praktijk beschreven met name het niet up-to-date zijn van de dossiers. Tenslotte werden er actiepunten voor praktijkverbetering geformuleerd.

Inhoudstafel

1. INLEIDING **4**

2. ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK **5**

2.1. Methodologie **5**

2.1.1. Onderzoeksvraag 5

2.1.2. Inclusie- en exclusiecriteria 5

2.1.3. Bronnen 5

2.2. Resultaten literatuuronderzoek **7**

3. VELDONDERZOEK **12**

3.1. Introductie **12**

3.2. Methodologie **12**

3.2.1. Praktijksetting 13

3.2.2. Studiepopulatie en rekrutering 13

3.2.3. Beschrijving datacollectietechnieken 14

3.2.4. Data-analyse 16

3.2.5. Ethische beschouwingen 17

4. RESULTATEN **18**

4.1. Retrospectief onderzoek **18**

4.2. Prospectief onderzoek **18**

Beschrijvend onderzoek vragenlijst patiënten 18

Beschrijvend onderzoek vragenlijst artsen 20

Statistische analyse vragenlijsten 22

4.3. Wat leerde dit project aan de praktijk? **23**

5. DISCUSSIE **27**

5.1 . Bedenkingen kwaliteitsverbeterend project **28**

6. BESLUIT **29**

7. REFERENTIES **30**

8. BIJLAGEN **32**

8.1. Gunstig advies Ethisch Comité **32**

8.2. Informatieve brief **33**

8.3. Toestemmingsformulier/informed consent **37**

8.4. Vragenlijst patiënten **38**

8.5. Vragenlijst artsen **41**

8.6. Informatieve poster wachtzaal **43**

8.7. Informatie wachtzaal **44**

9. PERSOONLIJKE REFLECTIE **46**

1. Inleiding

De WHO omschrijft de noodzaak voor cervixkankerscreening op basis van uitstrijkjes vanaf de leeftijd van 30 jaar (1). De Europese richtlijn raadt aan de screening te starten tussen de 25 en 30 jaar oud, maar hierbij geldt de kanttekening dat het detecteren van een progressieve laesie veel effectiever is vanaf de leeftijd van 35 jaar (2). Domus Medica stelt in zijn richtlijn dat baarmoederhalskankerscreening vanaf de leeftijd van 25 jaar aangeboden moet worden bij elke seksueel actieve vrouw (3). De aangeraden startleeftijd varieert afhankelijk van de bron, maar over het algemeen is er wel een consensus dat vroeger screenen dan op deze vooropgestelde leeftijden niet zinvol is. Een studie van Sasieni P. *et al.* gepubliceerd in BMJ bevestigt dat screening tussen de 20 tot en met 24 jaar niet bijdraagt aan een vermindering van het voorkomen van invasieve baarmoederhalskanker bij vrouwen onder de 30 jaar (4). Bij vrouwen jonger dan 20 jaar is de incidentie van invasieve cervixkanker quasi nul (1).

Het bepalen van deze startleeftijd is gestoeld op een afweging tussen alle kosten, baten en risico's. Hierbij neemt men in acht dat er op jongere leeftijd een hogere prevalentie van HPV-infecties vastgesteld wordt (5), een gekende risicofactor van invasieve cervixkanker. Dit maakt dat een vroegere start van screening vele afwijkende uitstrijkjes zal opleveren die onbehandeld nooit uitgegroeid zouden zijn tot invasieve cervicale kanker (2). Veel HPV infecties zullen immers spontaan regresseren (1). Maar wanneer een afwijking bij screening vastgesteld wordt, moeten die afwijkingen toch weer verder onderzocht worden door onder andere: hertesten, colposcopie en biopsies (3). Dit brengt niet alleen extra kosten voor de samenleving en patiënte teweeg, maar ook de psychologische stress voor de patiënte mag hierbij niet onderschat worden (3).

Nochtans zagen wij tijdens de eerste maanden van onze huisartsenopleiding een aantal jonge vrouwen (onder de leeftijd van 25 jaar) op consultatie waarbij er al één of meerdere uitstrijkjes waren afgenomen. Een gelijkaardig gegeven zagen we terugkomen in de masterproef "Waarom laten vrouwen het cervixuitstrijkje afnemen door een gynaecoloog en niet door hun eigen huisarts?" van afgestudeerd HAIO Hoda Rezai en promotor Jan Vandevoorde waarin ze vaststelden dat 47,7% van de vrouwen onder de leeftijd van 25 jaar al een eerste cervixuitstrijkje had ondergaan (6). Deze bevindingen moedigden ons aan om onze masterproef aan dit onderwerp te wijden.

Het is niet geweten hoe het komt dat deze jonge vrouwen reeds meerdere uitstrijkjes kregen in onze praktijk.

Het doel van deze thesis is een verbeterd beleid op te stellen voor screening naar baarmoederhalskanker in de huisartsenpraktijk. In eerste instantie willen we met behulp van een literatuurstudie nagaan in welke omstandigheden het wel aangewezen zou kunnen zijn af te wijken van de bestaande richtlijn en er een indicatie is om vrouwen jonger dan 25 jaar toch te screenen. In tweede instantie willen we nagaan hoe het komt dat jonge vrouwen toch een uitstrijkje laten maken en deze redenen onderverdelen in arts- en patiëntgebonden factoren.

Met andere woorden: Hoeveel uitstrijkjes werden er reeds afgenomen bij onze patiënten onder de 25 jaar? En welke reden(en) kunnen we hiervoor achterhalen?

2. Oriënterend literatuuronderzoek

Om ons praktijkverbeterend project te onderbouwen, gaan we eerst met behulp van een literatuurstudie na in welke omstandigheden het wel aangewezen zou kunnen zijn af te wijken van de bestaande richtlijn en of er een indicatie is om vrouwen jonger dan 25 jaar toch te screenen.

2.1. Methodologie

2.1.1. Onderzoeksvraag

Welke risicofactoren zijn er gekend voor het ontstaan van baarmoederhalskanker op jonge leeftijd en rechtvaardigen dus een vroegere opsporing van baarmoederhalskanker?

Om deze onderzoeksvraag duidelijker te definiëren maakten we gebruik van ECLIPS. ECLIPS is een acroniem dat staat voor: expectation, client group, location, impact, professionals en service.

ECLIPS:

- Expectation: beleid verbeteren voor screening naar baarmoederhalskanker
- Client group: jonge vrouwen (18-25 jaar)
- Location: huisartsenpraktijk, gynaecologie praktijk
- Impact: vermijden van het afnemen van niet aanbevolen uitstrijkjes
- Professionals: huisartsen, gynaecologen
- Service: preventie van baarmoederhalskanker in de huisartsenpraktijk

2.1.2. Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria:

- Onderzoekspopulatie: vrouwen met leeftijd 13 tot 25 jaar
- Risicofactoren baarmoederhalskanker op jonge leeftijd
- Beschikbaarheid: volledige tekst beschikbaar, gratis
- Artikel type: (systematische) reviews, guidelines
- Taal: engels

Exclusiecriteria:

- Aan de hand van publicatiedatum van de beschikbare richtlijnen, kunnen we de zoektocht naar andere artikels verder inperken. Aangezien de laatste beschikbare richtlijn gepubliceerd is in 2011 (Domus Medica) zoeken we naar (systematisch) reviews gepubliceerd de laatste tien jaar.

2.1.3. Bronnen

Voor dit literatuuronderzoek werd er gebruik gemaakt van het watervalprincipe.

Allereerst hebben we gekeken naar de quaternaire bronnen (de richtlijnen). Hiervoor hebben we eerst de databank van EBMPracticeNet bekeken. Hier vonden we één aanbeveling. Ook hebben we de richtlijnen van Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Domus medica, International Agency for Research on Cancer (IARC), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en de World Health Organisation (WHO) geraadpleegd en vier richtlijnen weerhouden. Aangezien de aanbeveling van EMBPracticeNet gebaseerd is op de richtlijn van Domus Medica (richtlijn gepubliceerd in 2011 met opvolgrapport in 2017), houden we finaal vier richtlijnen over.

Als tweede stap hebben we de tertiaire bronnen (kritische besprekingen van onderzoek) geraadpleegd. Hiervoor hebben we de databank van Minerva en ACP Journal Club bekeken door te zoeken op volgende zoekterm: 'cervical cancer screening'. In de databank van Minerva kregen we drie resultaten, waarvan geen enkele aan de inclusiecriteria voldeed. In de databank van ACP Journal Club vonden we negen studies waarvan er één werd geïncludeerd.

In een derde stap hebben we gekeken naar de secundaire bronnen, de (systematische) reviews. Voor deze zoektocht hebben we de databank van Pubmed, Cochrane en DARE bekeken. In de Cochrane Library en de databank van DARE hebben we geen enkele bron gevonden die voldeed aan de inclusiecriteria. In Pubmed hebben we gezocht naar reviews met behulp van volgende zoekterm: *(cervical cancer, uterine[MeSH Terms]) AND (risk factor[MeSH Terms]),* en enkele filters: 'free full text', 'humans', 'English', 'adolescents: 13-18 years', adolescents: 18-24 years' and 'in the last 10 years'. Zo kwamen we op zes resultaten uit. De artikels werden gescreend op basis van titel en abstract om na te kijken of deze voldeden aan de inclusiecriteria. Indien hier twijfel over was, werd de volledige tekst gelezen. Vanuit de zoektocht in Pubmed werden er zo twee bronnen weerhouden. Via onze promotor hebben we nog een extra artikel geïncludeerd in het literatuuronderzoek.

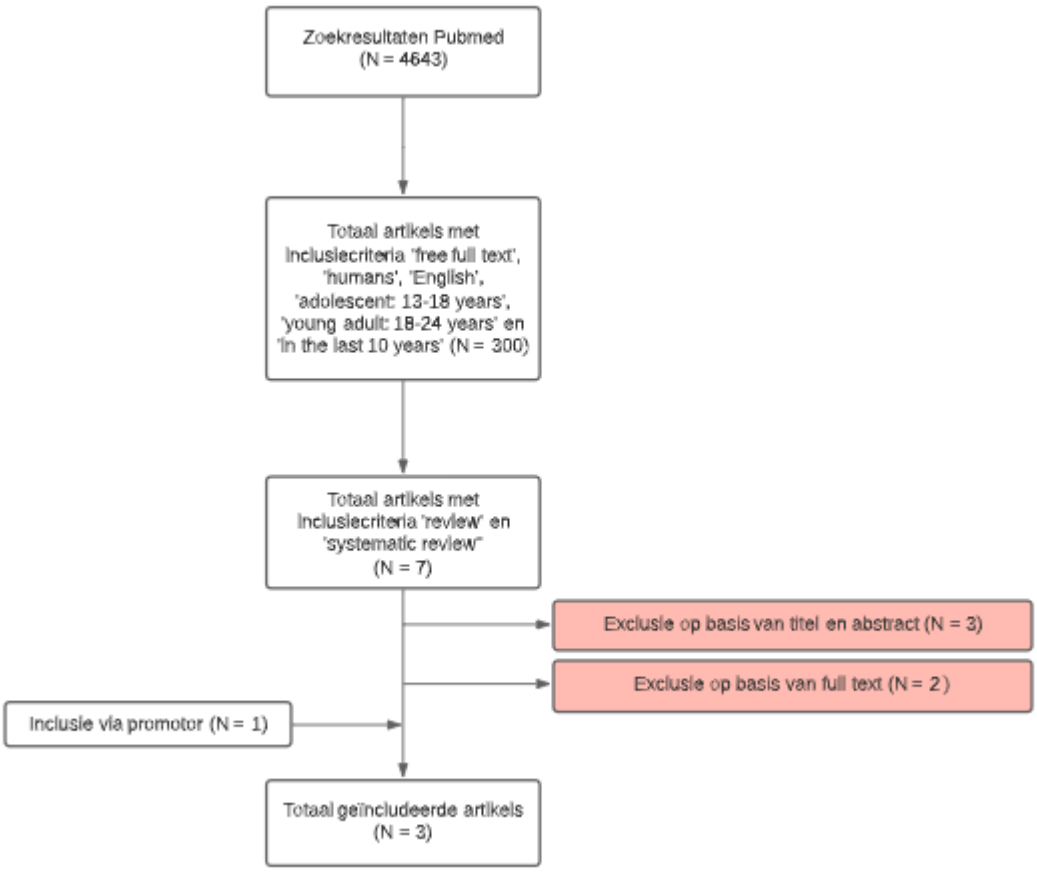
Aangezien we in de voorafgaande bronnen reeds voldoende informatie hebben, hebben we de primaire bronnen (origineel onderzoek) niet geraadpleegd.

De zoekstrategie is gestart op 9 maart 2021 en werd opnieuw bekeken op 4 januari 2022 om artikels die na deze datum verschenen zijn mee te includeren in het onderzoek. Op PubMed werd hierbij één extra artikel in de zoekstrategie gevonden. Deze werd echter op basis van het abstract geschrapt.

In tabel 1 is onze zoekstrategie volgens de watervalmethode weergegeven en in figuur 1 ook een flowchart van onze zoekstrategie in Pubmed.

Tabel 1: Overzicht van de gevonden richtlijnen en systematic reviews

	Bibliotheek	**Resultaat**
Richtlijnen	NICE	Geen
	Domus Medica	1
	IARC	1
	NHG	1
	EBMPracticeNet	Geen
	WHO	1
Kritische besprekingen van onderzoek	Minerva	Geen
	ACP Journal Club	1
(Systematische) reviews	Cochrane	Geen
	Pumbed	6
	DARE	Geen



Figuur 1: Flowchart literatuursearch

2.2. Resultaten literatuuronderzoek

Inleiding

In België komt baarmoederhalskanker niet zo vaak voor, omdat er reeds een lange tijd een vroege opsporing van hoge kwaliteit aanwezig is. Als we kijken naar de cijfers vanuit het kankerregister in België, zien we dat van de 68 782 mensen die in 2020 gediagnosticeerd werd met kanker, er 593 patiënten waren met baarmoederhalskanker (7). Dit maakt baarmoederhalskanker de 21 meest voorkomende kankersoort in België (7). Het hoogste risico doet zich voor in de leeftijdsgroep tussen 41 en 50 jaar, en het laagste onder de leeftijd van 30 jaar (7). In 2020 waren er 14 vrouwen jonger dan 30 jaar met de diagnose van baarmoederhalskanker in België (7).

De leeftijd waarop gestart wordt met cervixkankerscreening is verschillend van land tot land. In Oostenrijk, Duitsland, Portugal en Engeland starten ze met screenen naar baarmoederhalskanker vanaf de leeftijd van 20 jaar (2). In Luxemburg starten ze reeds vanaf de leeftijd van 15 jaar (2). In Vlaanderen wordt er gestart met screenen vanaf dat vrouwen 25 jaar oud zijn (3), net zoals in Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië en Spanje (2). In Nederland en Finland starten ze pas vanaf 30 jaar (2).

De screening in Vlaanderen gebeurt via een officieel opsporingsprogramma: het Vlaams Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. In Brussel en Wallonië wordt er nog geen gebruik gemaakt van een officieel opsporingsprogramma (8). De aanvraag hiervoor is lopende, in de tussentijd zijn er wel sensibiliseringscampagnes opgestart (8).

Welke risicofactoren zijn er gekend voor het ontstaan van baarmoederhalskanker op jonge leeftijd en rechtvaardigen dus een vroegere opsporing van baarmoederhalskanker?

Hieronder bespreken we de verschillende risicofactoren die meespelen in het ontstaan van baarmoederhalskanker.

HPV-infectie

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) stelt dat baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door een langdurige aanwezige infectie met hoogrisico-humaanpapillomavirus (hrHPV) (9) en ook het International Agency for Research on Cancer (IARC) en het World Health Organisation (WHO) omschrijven oncogenische HPV infecties als de meest belangrijke risicofactor voor baarmoederhalskanker (1)(2). Er zijn meer dan 130 verschillende types HPV (2), maar slechts enkele hiervan worden geclassificeerd als hoogrisico-virussen. Dat zijn de typen 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 en 59 en mogelijk ook de typen 26, 53, 66, 68 en 82 (9). Deze hrHPV worden in 99,7% van de gevallen met cervixkanker en CIN III aangetroffen (3), waarbij types 16 en 18 verantwoordelijk zijn voor 70% van alle gevallen van cervixkanker (9).

Er dient echter opgemerkt te worden dat 80% van alle vrouwen ooit tijdens het leven besmet geraakt met een hrHPV en dat tenminste 80% van deze infecties van voorbijgaande aard is (9). Genetische factoren zijn voor een deel verantwoordelijk voor verschillen in deze klaring of persistentie van het HPV-virus (3). hrHPV-infecties komen dus heel vaak voor, maar de kans dat de infectie langer dan twee jaar aanwezig blijft, bedraagt 20% na besmetting (9). De kans dat de infectie uiteindelijk na vele jaren leidt tot baarmoederhalskanker is kleiner dan 1% (9).

Er zijn intussen vaccins tegen HPV-infecties die deze risicofactor aanpakken: Gardasil® (tegen types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 en 58) en Cervarix® (tegen HPV type 16 en 18) (10). Indien deze voor de eerste blootstelling aan HPV worden toegediend, zijn ze bijna 100% effectief tegen de types HPV die in deze vaccinsamenstelling zitten (10). The World Health Assembly (WHA) haalt HPV vaccinatie dan ook aan als een van de drie evidence based pijlers om cervixkanker te elimineren (11).

Rodriguez *et al.* heeft een studie uitgevoerd bij vrouwen tussen 18 en 25 jaar om de impact van HPV vaccinatie op cervixcytologie screening, colposcopie en behandeling na te gaan (10). Zij concluderen dat er een significante reductie is in het verkrijgen van abnormale cervixcytologie, een borderline-significante reductie van colposcopie en een niet-significante reductie op behandeling (10). Ze zagen hierbij ook dat de impact van vaccinatie hoger is bij vrouwen die voordien nog geen blootstelling hebben gehad aan HPV (10). Het vaccin werkt aldus het beste wanneer het toegediend wordt bij meisjes die nog niet seksueel actief zijn. De WHO raadt dan ook aan om deze vaccins te zetten in de leeftijdsgroep van 9 tot en met 13 jaar (1). De Vlaamse overheid biedt het HPV vaccin jaarlijks gratis

aan aan alle meisjes in het eerste jaar secundair onderwijs in Vlaanderen, vanaf het schooljaar 2010-2011 (3).

Meisjes die op het moment van vaccinatie wel al seksueel actief zijn, mogen nog steeds het HPV vaccin krijgen, maar het zal minder effectief zijn (1). HPV vaccinatie behandelt immers geen bestaande HPV-infectie (1).

Uit retrospectieve studies blijkt echter dat het onmogelijk is om individuen die voor de HPV-vaccinatie al geïnfecteerd waren met HPV te identificeren (12). Momenteel worden deze vaccins niet enkel bij jonge vrouwen, maar ook bij jonge mannen gezet, daar beiden drager kunnen zijn. Dit neemt echter niet weg dat regelmatige screening volgens de richtlijnen aanbevolen blijft. Immers niet alle hoogrisico-HPV virussen zijn in de vaccins opgenomen en er is nog niets geweten over de bescherming op lange termijn (3).

Seksueel risicogedrag

Enkele seksueel gedragsgebonden factoren gaan hand in hand met het risico op HPV-infecties, aangezien het hrHPV wordt overgedragen tijdens het vrijen (9). Zo worden een eerste coïtus op vroege leeftijd en een groot aantal seksuele partners op consistente wijze in verband gebracht met baarmoederhalskanker (2)(3). Het IARC laat inderdaad ook optekenen dat vrouwen die nog nooit seksueel actief zijn geweest, een laag risico hebben op cervicale kanker (2). Dit risico is echter niet nul (9) en aangezien een seksuele status kan veranderen en om discriminatie te vermijden, wordt er aanbevolen deze vrouwen toch op te nemen in het screeningsprogramma (2).

Het is nog onduidelijk in welke mate condoomgebruik beschermt tegen het oplopen van HPV (3). Domus Medica en NHG verklaren dat condoomgebruik de incidentie van baarmoederhalsafwijkingen lijkt te verlagen (3)(9), maar het IARC noteert dat de meeste studies geen significante protectie door condoomgebruik kunnen aantonen (2). Hiervoor worden verscheidene verklaringen geopperd, waaronder incorrect of inconsistent gebruik van condooms (2). Maar ook het feit dat de HPV infectie zich over een breder gebied verspreidt, dan enkel het genitale epithelium dat door een condoom bedekt wordt, is een aannemelijke verklaring (2), gezien hrHPV ook door huid-op-huidcontact rond de geslachtsorganen kan doorgegeven worden (9).

Het mag dan evident zijn dat ook specula een transmissie van HPV kan veroorzaken (9). Het is aldus noodzakelijk dat deze op correcte wijze gesteriliseerd worden (9).

Ashley Jackson laat in een correspondentie in de Lancet ook optekenen dat interventies die beogen het seksueel gedrag te beïnvloeden geen bewezen effect hebben op de incidentie van cervixkanker (11).

SOA's

Co-infecties, vooral HIV, chlamydia trachomatis en mogelijk herpes simplex virus type II doen het risico op baarmoederhalskanker toenemen (2)(3), waarschijnlijk door het induceren van inflammatoire veranderingen of door immuungemedieerde effecten op HPV-persistentie (3).

De WHO beschrijft dan ook de noodzaak om bij elke nieuwe diagnose van HIV direct ook te screenen voor cervixkanker (1).

Hoge pariteit

De Domus Medica richtlijn stelt dat een hoge pariteit een risicofactor is voor baarmoederhalskanker (3), maar het IARC specifieert meer naar een pariteit van meer dan 5 kinderen (2). In de richtlijn van het NHG staat de volgende verklaring: een hogere pariteit zorgt er voor dat de cervicale transformatiezone meer aan de buitenkant van de baarmoedermond komt te liggen (9).

Orale anticonceptie

Ook orale anticonceptie wordt (in mindere mate) beschreven als een risicofactor (2)(3), aangezien ook hierbij de cervicale transformatiezone meer aan de buitenkant van de baarmoedermond komt te liggen (9). De WHO merkt echter op dat dit maar een zeer licht verhoogd risico betreft en aldus de voordelen van anticonceptie nog steeds veel groter zijn dan de nadelen (1). Spiraaltjes (IUD) verhogen het risico op baarmoederhalskanker dan weer niet (1).

Leeftijd

Over de leeftijd waarop het meeste risico op baarmoederhalskanker verwacht wordt, lijken de bronnen geen overeenstemming te vinden. Domus Medica geeft aan dat oudere vrouwen een verhoogd risico hebben (3), terwijl NHG beschrijft dat voornamelijk jonge vrouwen tussen de 30 en 45 jaar tot de grootste risicogroep behoren (9).

Roken

Ook roken is een co-factor voor de ontwikkeling van baarmoederhalskanker (2), om verscheidene redenen. Zo zorgt roken ervoor dat het afweersysteem verzwakt (9), waardoor het risico op een HPV-infectie toeneemt (13). Verder is bewezen dat nicotine tumorontwikkeling stimuleert (13) en roken het genetisch materiaal van cellen beschadigt (9). En tot slot zouden farmacokinetische interacties bij roken een significante impact hebben op de effectiviteit en toxiciteit van antikanker medicatie (13).

Het is belangrijk op te merken dat niet alleen actief roken een risico inhoudt, maar dat er ook steeds meer evidentie is dat passief roken geassocieerd wordt met een verhoogd risico op cervicale kanker (13).

Besluit

Na het literatuuronderzoek kan er besloten worden dat er geen eenduidig risicoprofiel beschreven kan worden voor het ontwikkelen van baarmoederhalskanker. De World Health Assembly (WHA) stelt de Global Strategy voorop, dewelke zich baseert op drie evidence based pijlers. Deze zijn HPV vaccinatie, screening en behandeling van (pre)cervixkanker (11).

Gezien de Vlaamse overheid het HPV vaccin sinds het schooljaar 2010-2011 jaarlijks aanbiedt aan alle meisjes in het eerste jaar secundair onderwijs (3), wordt er aan deze pijler voldaan. Er bestaat natuurlijk de mogelijkheid dat er door enkele meisjes of hun ouders bewust gekozen wordt om zich niet te laten vaccineren.

Het kankerregister stelt dat van de 329 cervixkankers die in 2020 werden opgetekend in Vlaanderen, er 9 daarvan onder de leeftijd van 25 jaar voorkwamen (14). Dat komt overeen met een incidentierate van 1,1 onder de leeftijd van 20 jaar en een incidentierate van 3,5 onder de leeftijd van 25 jaar (15).

Voor de screening van baarmoederhalskanker met behulp van een uitstrijkje stelt Domus Medica in zijn richtlijn dat leeftijd de enige bruikbare determinant is. De overige risicofactoren hebben een te lage voorspellende waarde en kunnen volgens Domius Medica aldus niet gebruikt worden om populatiescreening onder de leeftijd van 25 jaar te rechtvaardigen (3).

3. Veldonderzoek

3.1. Introductie

Tijdens de eerste maanden van onze huisartsenopleiding hadden we vastgesteld dat een aantal jonge vrouwen (onder de leeftijd van 25 jaar) op consultatie kwam waarbij al één of meerdere uitstrijkjes waren afgenomen. Het is niet geweten hoe het komt dat deze jonge vrouwen reeds één of (meerdere) uitstrijkje(s) kregen. Het doel van het veldonderzoek is om in onze huisartsenpraktijken objectief vast te leggen hoeveel vrouwen onder de 25 jaar reeds een uitstrijkje hebben gehad, alsook om te achterhalen wat de arts- en patiëntgebonden factoren zijn die hiertoe hebben geleid. Met de verkregen gegevens willen we achterhalen wat de belangrijkste redenen zijn voor een uitstrijkje onder de leeftijd van 25 jaar. Op deze manier kunnen we gericht inspelen op de verschillende deelnemende populaties (artsen en patiënten). Zo kunnen de bevindingen enerzijds gecommuniceerd worden in een artikel dat via gekende kanalen (zoals enkele tijdschriften) tot bij artsen geraakt. Voor de patiëntenpopulatie kunnen we anderzijds een informerende poster uithangen in de huisartsenpraktijk.

We starten dit onderzoek aan de hand van onderstaande onderzoeksvragen.

Retrospectief

- Welk percentage van de vrouwelijke patiënten tussen 18 en 25 jaar onderging in de deelnemende huisartsenpraktijken al een uitstrijkje?
- Werden deze uitstrijkjes bij de gynaecoloog of bij de huisarts afgenomen?

Prospectief

- Welke mogelijke risicofactoren kunnen we weerhouden uit de vragenlijst?
- Wat zijn de patiëntgebonden factoren die aan een uitstrijkje onder de 25 jaar voorafgingen?
- Wat zijn de artsgebonden factoren die aan een uitstrijkje onder de 25 jaar voorafgingen?
- Is er hierbij een verschil in de antwoorden tussen huisartsen en gynaecologen?

3.2. Methodologie

Voor dit explorerend onderzoek gebeurde er tussen 1 april 2022 en 30 september 2022 eerst op retrospectieve wijze een gegevensverzameling in de opleidingspraktijken van de patiënten die tot de doelgroep behoren. Nadien werden in een prospectief observationeel deel de patiënten en artsen bevraagd via vragenlijsten. Enerzijds werden de patiënten bevraagd over het uitstrijkje en hun seksuele voorgeschiedenis. Anderzijds werden de artsen bevraagd over hun medisch handelen betreffende uitstrijkjes en de risicofactoren die zij hanteren voor cervixkanker.

3.2.1. Praktijksetting

De twee groepspraktijken in Antwerpen waar wij als HAIO's (huisartsen in opleiding) de laatste 18 maanden van onze huisartsartsenopleiding voltooiden, vormden het onderzoeksveld. De eerste praktijk te Deurne bestaat uit een multidisciplinair medisch team dat onderdak biedt aan vier vaste artsen, één HAIO, een psychotherapeute, een diëtiste en een praktijkassistente. De tweede praktijk is een groepspraktijk te Wijnegem waar vier vaste huisartsen, twee HAIO's en één secretaresse werken.

Voor de start van het onderzoek is er een startmeeting geweest binnen de praktijken. Er werd een draagvlak gecreëerd voor dit onderzoek en hieruit bleek dat alle artsen zullen deelnemen aan het onderzoek.

3.2.2. Studiepopulatie en rekrutering

Het onderzoek richtte zich enerzijds op patiënten met een baarmoeder tussen de leeftijd van 18 en 25 jaar die een actief GMD hadden in één van de twee huisartsenpraktijken. We hebben deze leeftijdscategorie op basis van verschillende redenen gekozen. De onderste leeftijdsgrens van 18 jaar werd bewust op de wettelijke meerderjarigheid gelegd, zodat alle patiënten als wilsbekwame volwassenen omschreven konden worden. De bovengrens werd vastgelegd op de leeftijd waarop Domus Medica aanraadt te starten met de baarmoederhalskankerscreening. Dit is ook de leeftijd waarop het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker start.

Anderzijds bevroegen we twee groepen artsen: huisartsen en gynaecologen. We hebben er voor gekozen deze beiden groepen mee te nemen in het onderzoek, omdat zowel de huisarts als de gynaecoloog een uitstrijkje kan afnemen bij een patiënt.

Retrospectief onderzoek

In de hierboven vernoemde deelnemende huisartsenpraktijken werd gekeken naar het aantal actieve GMD's in de periode van 1 januari 2022 tot en met 31 december 2022. In de huisartsenpraktijk in Deurne zijn er 5151 patiënten met een GMD en in de huisartsenpraktijk in Wijnegem 5176. Het aantal vrouwen tussen de leeftijd van 18 en 25 jaar die een GMD hebben bij de twee deelnemende huisartsenpraktijken bedraagt respectievelijk 267 en 228.

Dit bracht ons op een totaal van 495 vrouwen met een GMD tussen de 18 en 25 jaar, waarvan we de GMD dossiers hebben bekeken en gecodeerd.

Prospectief onderzoek

De steekproefgrootte is berekend op basis van de volgende parameters:

De populatiegrootte bedraagt tijdens de start van ons onderzoeksproject 495 vrouwen in praktijk 1 en 2 tussen 18 en 25 jaar. Met een foutenmarge van 5% en een betrouwbaarheidsniveau van 95% betekent dit dat we een steekproef van 217 vrouwen moeten includeren.

Zoals reeds vermeld gaan we ook twee groepen van artsen bevragen.

Tot de eerste groep behoren de gynaecologen in de regio Antwerpen. Om deze gynaecologen te identificeren kijken we via de site van de ziekenhuizen welke artsen werkzaam zijn op de dienst gynaecologie-verloskunde. We kijken hierbij naar de volgende ziekenhuizen: ZNA, GZA, AZ Monica, AZ Voorkempen, het UZA en AZ Rivierenland . De gynaecologen in kwestie worden vervolgens privé en digitaal aangeschreven met de vraag deel te nemen aan de online vragenlijst. De populatiegrootte bedraagt 95 gynaecologen in regio Antwerpen. Met een foutenmarge van 5% en een betrouwbaarheidsniveau van 95% betekent dit dat we in ideale omstandigheden een steekproefgrootte van 77 gynaecologen moeten bereiken.

Tot slot bevragen we een tweede groep artsen, namelijk de huisartsen die verbonden zijn aan de wachtpost waar onze huisartsenpraktijken aan verbonden zijn: de wachtposten van Antwerpen Oost en Voorkempen. Deze tellen respectievelijk 133 en 86 leden. Hen bereiken we door de wachtpostcoördinator digitaal te contacteren met de vraag onze online vragenlijst te verspreiden onder de leden. De populatiegrootte bedraagt 219 huisartsen verbonden aan beide wachtposten. Met een foutenmarge van 5% en een betrouwbaarheidsniveau van 95% betekent dit dat we in ideale omstandigheden een steekproefgrootte van 140 huisartsen moeten bereiken.

3.2.3. Beschrijving datacollectietechnieken

Retrospectief onderzoek

In dit retrospectief luik werden gegevens verzameld van de bovenvermelde patiëntengroep, van 495 vrouwen. Hierbij werd er nagegaan welk percentage van deze populatie al een uitstrijkje voor de leeftijd van 25 jaar liet afnemen door in het dossier naar eventuele anatoompathologische verslagen te zoeken. Indien er een uitstrijkje werd afgenomen, werd dit – indien nog niet gebeurde – ook gecodeerd weergegeven in het dossier.

De gegevens die hierbij verkregen werden, werden gepseudonimiseerd. Dit wil zeggen dat de naam, voornaam, geboortedatum en woonplaats van de patiënt werden gecodeerd om zo de privacy van de deelnemer te bewaren. Er werd wel een document bijgehouden die de link tussen de code en de persoon bewaarde. Deze werd enkel gebruikt om bepaalde informatie terug te koppelen naar de patiënt, indien dit noodzakelijk was.

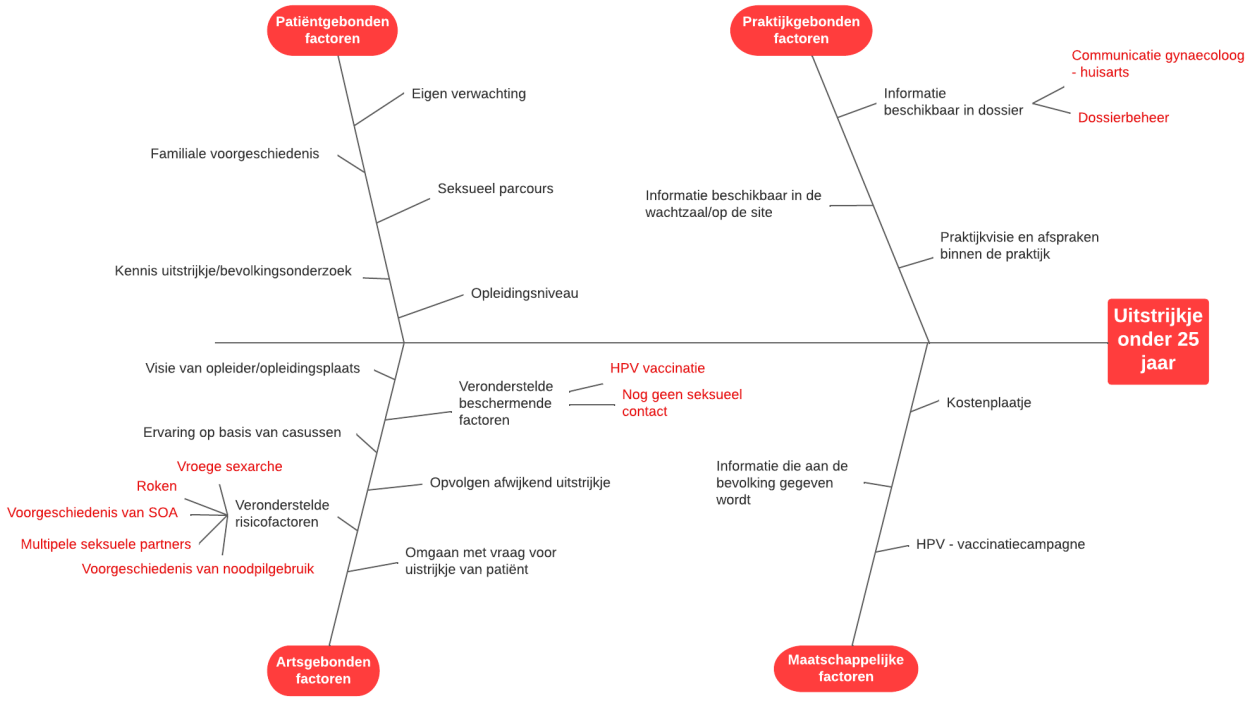


Figuur 3: Voorbeeld van inclusie GMD-populatie via CareConnect

De patiënten werden verder opgenomen in een lijst waarbij er ook genoteerd werd of de aanvrager/uitvoerder van het uitstrijkje een huisarts of gynaecoloog was.

Prospectief observationeel onderzoek

Na de retrospectieve dataverzameling hebben we een brainstorm gehouden over de factoren die een uitstrijkje onder de 25 jaar kunnen beïnvloeden. Wanneer we in kaart willen brengen welke verschillende factoren een impact kunnen hebben op het vroeger dan aangeraden afnemen van uitstrijkjes, kan het Ishikawadiagram een gestructureerde kapstok bieden voor dit pilootonderzoek (zie figuur 2).



Figuur 2: Ishikawadiagram over uitstrijkje onder 25 jaar

In figuur 2 is zichtbaar dat er patiëntgebonden en artsgebonden factoren zijn die het al dan niet afnemen van een uitstrijkje beïnvloeden. Hierbij rekenen we onder andere de seksuele voorgeschiedenis en het al dan niet hebben gehad van een HPV vaccinatie. Er zijn ook praktijk- en maatschappelijke factoren die meespelen, zoals het informeren van patiënten in de wachtzaal, de HPV vaccinatiecampagne, etc.

Op basis van deze brainstorm, hebben we een vragenlijst voor de patiënten en de artsen opgesteld.

Vragenlijsten

De vrouwelijke patiënten tussen 18 en 25 jaar hebben we uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen over hun seksuele voorgeschiedenis en het uitstrijkje. In elk kabinet werden flyers met een link naar

de vragenlijst gelegd zodat de arts deze kon meegeven als de patiënt op consultatie kwam. Verder werd er een poster in de wachtzaal opgehangen dewelke de patiënten al in de wachtzaal informeerde over het lopende onderzoek en met een vraag tot deelname (zie bijlage).

De deelnemende vrouwen kregen een korte toelichting en document met bijkomende informatie over het onderzoek met een link naar het toestemmingsformulier voor deelname. Het informatiedocument voor de patiënten (zie bijlage) bevatte een link (QR-code) naar de online vragenlijst. We hebben gekozen voor een online vragenlijst zodat deze ingevuld kon worden op een geschikt tijdstip, zonder dat deze terug naar de praktijk gebracht moest worden. Een extra voordeel was dat wanneer alle gegevens meteen digitaal verzameld werden, er geen fouten gemaakt konden worden bij het invoeren van deze gegevens. Anderzijds werden er hierdoor patiënten geëxcludeerd die niet tot internet of een mobiel toestel beschikten. Gezien de jonge populatie schatten we deze exclusie eerder gering. Een ander nadeel van een (online) vragenlijst is dat laaggeletterde patiënten wellicht niet hebben kunnen deelnemen aan het onderzoek.

Ook voor de artsen werd gekozen voor een online vragenlijst (zie bijlage) in de hoop dat de beperktere tijd die dit soort deelname vraagt meer artsen kon aanzetten om deel te nemen. Hierdoor konden er echter geen diepgaandere vragen gesteld worden, maar het doel van deze pilootstudie was vooral om een eerste oriënterend onderzoek uit te voeren, waarna verder onderzoek meer diepte kan bestuderen.

3.2.4. Data-analyse

Retrospectief onderzoek

Om te beginnen werd er een eenvoudig percentage berekend met Excel om de omvang van uitstrijkjes onder de leeftijd van 25 jaar in de deelnemende huisartsenpraktijken te kunnen benoemen.

$$\frac{aantal\ vrouwelijke\ patiënten\ tussen\ 18\ en\ 25\ jaar\ met\ uitstrijkjes}{aantal\ vrouwelijke\ patiënten\ tussen\ 18\ en\ 25\ jaar}$$

Er werd ook op basis van een frequentietabel weergegeven hoeveel uitstrijkjes hiervan bij de huisarts en hoeveel bij de gynaecoloog werden afgenomen.

Prospectief observationeel onderzoek

Voor de kwantitatieve analyse werd er gestart met frequentietabellen om de antwoordverdeling van de deelnemers weer te geven. Dit is gebeurd in SPSS. Bij enkele vragen konden we de antwoorden van de huisartsen en gynaecologen bovendien ook vergelijken met elkaar op basis van een sample t-test om eventuele statische significantie aan te tonen.

Om de kwalitatieve analyse te maken werd er aan elke uitspraak een ‘vrije antwoordbox’ toegekend. Op die manier konden verschillende uitspraken gebundeld worden in categorieën van uitspraken die meerdere keren voortkwamen. Ook hiermee kon er dan een frequentietabel opgesteld worden.

3.2.5. Ethische beschouwingen

Informed consent

Aan de digitale vragenlijst ging een informed consent met een GDPR clausule vooraf (zie bijlage).

Voor- en nadelen deelnemers

De informatie die dit onderzoek oplevert, kan bijdragen tot een verbeterd praktijkbeleid met betrekking tot het uitvoeren van baarmoederhalsuitstrijkjes. Door het achterhalen van de redenen om een uitstrijkje uit te voeren voor de leeftijd van 25 jaar, kunnen wij hier als zorgverleners uit de eerste lijn beter op in spelen tijdens het consult maar ook reeds voor het consult bijvoorbeeld met behulp van een informatieve poster in de wachtzaal.

Een voordeel voor de geïncludeerde vrouwelijke patiënten was dat hun dossier bijgewerkt werd waardoor we in de toekomst hun zorg beter konden plannen.

Er waren geen echte nadelen aan het onderzoek verbonden.

4. Resultaten

4.1. Retrospectief onderzoek

Zowel in de groepspraktijk in Deurne als in Wijnegem kwamen niet alle vrouwen tussen de 18 en 25 jaar die door de zoekfunctie in het medisch dossier geïncludeerd werden (n=495) in aanmerking voor ons retrospectief onderzoek. In totaal hadden er 42 patiënten toch geen GMD in de praktijk voor het jaar 2022 en waren er 112 patiënten waarbij de ID gegevens niet meer klopten, zodat de hub niet uitgepluisd kon worden. Deze patiënten verwijderden we aldus uit onze zoekresultaten, aangezien we bij hen niet konden nagaan of er al een uitstrijkje had plaatsgevonden (bij een andere arts).

Zo konden we van de oorspronkelijk 267 vrouwen tussen de 18 en 25 jaar uit de groepspraktijk te Deurne 178 patiënten includeren en in de praktijk in Wijnegem bleven er van de 228 dossiers nog 163 patiënten over. Het niet up-to-date zijn van de dossiers in de praktijk is één van de knelpunten die wij identificeerden tijdens ons onderzoek. In deze dossiers werd genoteerd dat de ID moest ingelezen worden, zodat dit op een volgende consultatie kon worden gedaan. De overige dossiers werden met behulp van de beschikbare resultaten en verslagen in de hub aangevuld en op die manier werd de kwaliteit van het dossier verbeterd.

Uiteindelijk leverde dit een steekproef van 341 vrouwelijke patiënten tussen de 18 en 25 jaar op, die aan het retrospectief onderzoek onderworpen konden worden. Onderstaande tabel toont aan dat de verdeling in beide praktijken gelijk liep (zie tabel 2).

Tabel 2: Beschrijving studiepopulatie retrospectief onderzoek in beide praktijken

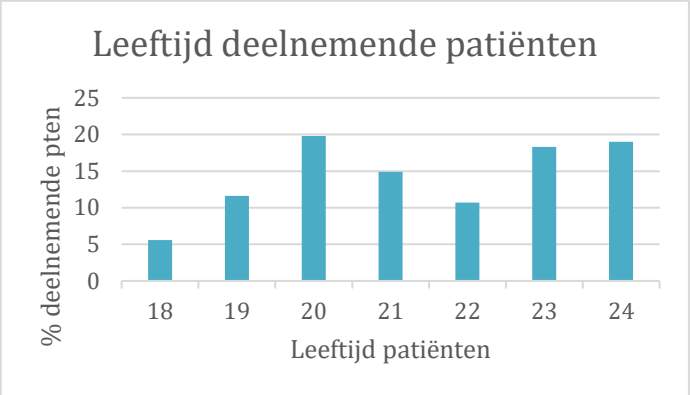
Vrouwelijke patiënten < 25 jaar		**Uitstrijkje**		**Arts die uitstrijkje heeft afgenomen**	
		Ja	Nee	Huisarts	Gynaecoloog
Praktijk Deurne	178	30	148	4	26
Praktijk Wijnegem	163	28	135	4	24
Totaal (absoluut)	341	58	283	8	50
Totaal (%)	/	17,01	83,00	13,80	86,21

4.2. Prospectief onderzoek

Beschrijvend onderzoek vragenlijst patiënten

De vragenlijst die naar de patiënten werd uitgestuurd, leverde 144 antwoorden op. Enkele deelnemers beantwoordden niet aan onze inclusie-criteria: twee deelnemers vulden de geïnformeerde toestemming niet correct in, vier vulden de geïnformeerde toestemming in maar geen verdere gegevens, twee mannelijke deelnemers, negen vrouwen ouder dan 24 jaar, drie vrouwen die de vragenlijst tweemaal hadden ingevuld, en drie vrouwen die de vraag of ze al dan niet al een uitstrijkje hadden gehad, niet hadden ingevuld. Van de 144 ingevulde vragenlijsten zijn er dus 23 niet bruikbaar. Dit geeft ons een totaal van 121 antwoorden die we kunnen gebruiken in onze statistische analyse.

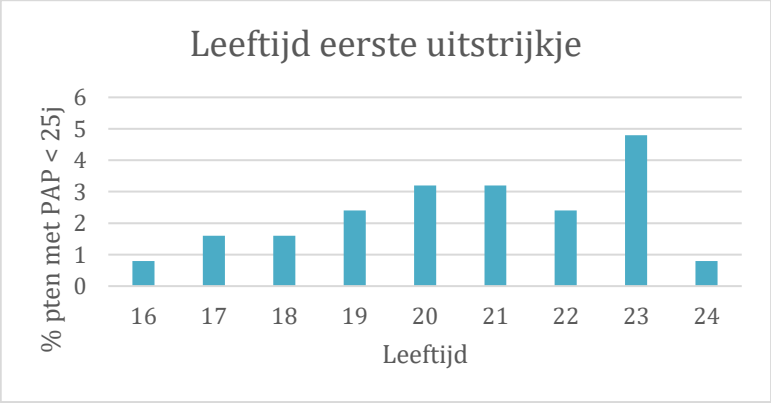
De leeftijd van de deelnemende patiënten is verdeeld tussen 18 en 25 jaar. Van de 121 vrouwen waren er maar 7 vrouwen 18 jaar oud. De rest van de deelnemers had een hogere leeftijd (zie figuur 3).



Figuur 3: Leeftijdsverdeling deelnemende patiënten

Er werd aan alle deelnemende patiënten gevraagd of zij op de hoogte waren dat een uitstrijkje kon worden afgenomen bij de huisarts. Meer dan 60% (n=73) van de 121 patiënten zegt hier niet van op de hoogte te zijn.

Van de 121 deelnemende vrouwen hadden er 26 reeds een uitstrijkje gehad. Van deze 26 patiënten hadden drie patiënten voor de leeftijd van 18 jaar al een uitstrijkje gehad. De overige uitstrijkjes werden op oudere leeftijd afgenomen, waarvan zes patiënten een uitstrijkje hadden gekregen op 23 jarige leeftijd (zie figuur 4).



Figuur 4: Leeftijdsverdeling eerste uitstrijkje

Van de 26 patiënten die een uitstrijkje hebben gehad voor de leeftijd van 25 jaar, werden er 21 door een gynaecoloog en vijf door een huisarts afgenomen. Als er werd gevraagd aan de patiënten wat de reden van het uitstrijkje was, geven vijftien van hen aan dat zij hier zelf om gevraagd hadden. Vier uitstrijkjes zouden zijn afgenomen omdat er vaginale klachten aanwezig waren en de arts zou hebben

beslist dat een uitstrijkje noodzakelijk was. Bij zes vrouwen werd er een uitstrijkje afgenomen op aanraden van de arts, zonder dat er vaginale klachten aanwezig waren (zie tabel 3).

Van de vijftien deelnemende patiënten die een uitstrijkje hebben gehad op eigen verzoek, rapporteren negen vrouwen dat zij niet door hun arts werd geïnformeerd over de aanbevolen screeningsleeftijd voor een uitstrijkje. Van deze vijftien patiënten hebben dertien van hen dit uitstrijkje laten afnemen bij de gynaecoloog (zie tabel 3).

Tabel 3: Afname uitstrijkje onder de 25 jaar met reden

Vrouwen met uitstrijkje < 25 jaar	**Uitstrijkje bij gynaecoloog**		**Uitstrijkje bij huisarts**		**Totaal**
	21		5		26
Reden afname Uitstrijkje	Geïnformeerd	Niet geïnformeerd	Geïnformeerd	Niet geïnformeerd	
Op aanraden arts zonder vaginale klachten	4	2	0	0	6
Op aanraden arts met vaginale klachten	1	0	1	2	4
Op verzoek patiënte	5	8	1	1	15
Ander	1	0	0	0	1
Totaal	11	10	2	3	

In onderstaande tabel staat weergegeven of de kennis van de patiënten over de arts die het uitstrijkje kan afnemen, ook de keuze van arts beïnvloedt.

Tabel 4: Kennis en keuze van patiënten over uitstrijkje bij arts

Patiënten < 25 jaar bij wie reeds een uitstrijkje plaatsvond	**Patiënt weet dat uitstrijkje bij huisarts kan**		**Arts die uitstrijkje afnam**	
26	Ja	16	Gynaecoloog	5
			Huisarts	11
	Nee	10	Gynaecoloog	10

Beschrijvend onderzoek vragenlijst artsen

De vragenlijst die we naar de artsen hadden uitgestuurd, werd 68 keer ingevuld. Er waren zeven antwoorden niet bruikbaar: één arts vulde de geïnformeerde toestemming niet, drie hadden een correcte geïnformeerde toestemming maar vulden verder geen gegevens in, en drie personen hadden de vragenlijst tweemaal ingevuld.

Dit geeft ons een totaal van 61 antwoorden. Van deze 61 waren er 21 gynaecoloog (of gynaecoloog in opleiding) en 40 huisarts (of huisarts in opleiding).

Er werd aan de artsen gevraagd welk screeninginterval er wordt aangeraden bij een uitstrijkje met de uitslag NILM (Negatief voor intra-epitheliale leasie of maligniteit) onder de 25 jaar. 60 artsen antwoorden hierbij dat een driejaarlijkse screening hierbij van toepassing is, en één arts hanteert een tweejaarlijks interval.

Aan de huisartsen werd gevraagd op welke leeftijd zij het eerste uitstrijkje afnemen. Zesendertig huisartsen nemen dit af vanaf 25 jaar, twee huisartsen vanaf 26 jaar, en twee huisartsen vanaf 23 jaar.

Aan de gynaecologen werd gevraagd of zij bij een patiënte jonger dan 25 jaar een uitstrijkje afnemen als zij zich aanbieden op gynaecologische controle en wanneer de patiënte zelf vraagt voor de afname van een uitstrijkje (zie tabel 5). In deze laatste situatie werd ook gevraagd of de gynaecoloog hierbij de patiënt informeert over de aanbevolen screeningsleeftijd volgens het bevolkingsonderzoek. Dit werd ook aan de huisarts gevraagd (zie tabel 6).

Tabel 5: Uitstrijkje < 25 jaar bij gynaecoloog

Patiënten < 25 jaar	**Uitstrijkje tijdens gynaecologische controle**			
Afname uitstrijkje door gynaecoloog (n=21)	Nooit	Bij risicofactoren	Altijd	
	8	12	1	
	Uitstrijkje op verzoek patiënte			
	Nooit	Soms	Bij risicofactoren	Altijd
	2	3	14	2

Tabel 6: Informeren screeningsleeftijd aan patiënte < 25 jaar die uitstrijkje vraagt

Patiënten < 25 jaar	**Patiënte geïnformeerd over aanbevolen screeningsleeftijd volgens richtlijn**		
	Nooit	**Soms**	**Altijd**
Gynaecoloog (n=21)	2	3	16
Huisarts (n=40)	1	3	36
Totaal	3	6	52

Aan de 21 gynaecologen werd gevraagd of zij systematisch het resultaat van het uitstrijkje doorsturen naar de huisarts. 14 artsen antwoorden hier ‘ja’ op, en 7 artsen antwoorden hier ‘nee’ op.

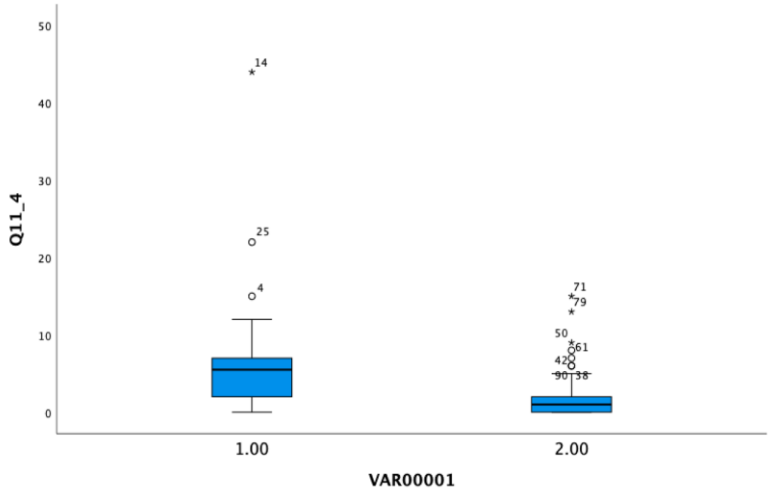
Aan de artsen werd ook gevraagd wat voor hen risicofactoren zijn die beslissen dat een patiënte een verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van baarmoederhalskanker. In onderstaande tabel staat een oplijsting van de risicofactoren die door de artsen in het vrij tekstveld ingevuld werden. Er werd bijvoorbeeld 35 keer vermeld dat het hebben van multipele seksuele partners een risicofactor is en 16 keer dat seksueel contact op vroege leeftijd een risicofactor is. Ook werd er 11 keer vermeld dat de familiale voorgeschiedenis een risicofactor is (zie tabel 7).

Tabel 7: Risicofactoren baarmoederhalskanker volgens artsen

Risicofactoren		**Aantal keer vermeld**
Seksueel risicogedrag	Polygamie/multipele seksuele partners	35
	Voorgeschiedenis van SOA	7
	Seksueel actief	1
	Seksuele voorgeschiedenis	1
	Aantal jaren seksueel actief	3
	Vroege leeftijd seksueel contact	16
Klachten	Abnormaal bloedverlies (post-coitaal, intermenstrueel)	8
	Klachten die niet kunnen verklaard worden door een SOA/aanhoudende klachten	2
Verminderde immuniteit	Verminderde immuniteit (HIV, transplantatie, medicatie)	10
	Roken	5
Verdacht uitziende cervix		5
Familiale voorgeschiedenis		11
Geen (onder 25 jaar zijn er geen risicofactoren)		1
HPV positief		5
Opvolging afwijkend uitstrijkje		1
Lage socio-economische klasse		1
Geen HPV vaccinatie		4

Statistische analyse vragenlijsten

Om na te gaan of er een statistisch verband bestaat tussen het aantal seksuele partners van patiënten en of ze al dan niet een uitstrijkje hebben gehad (hieronder benoemd als 'de PAP-status'), dienen we eerst na te gaan of er een normale verdeling van het aantal seksuele partners is. Dat blijkt niet het geval te zijn. Daarom kiezen we voor een niet-parametrische test die een verband tussen een categorische en linaire variabele onderzoekt, de Mann Witney U-test. Met een p-waarde van < 0,001 kunnen we besluiten dat het aantal seksuele partners van patiënten en hun PAP-status significant gerelateerd zijn. Met behulp van een box plot (zie figuur 5) kunnen we bovendien bewijzen dat het aantal seksuele partners hoger ligt bij patiënten waarbij al een uitstrijkje was afgenomen.



Figuur 5: Box plot uitstrijkje versus aantal seksuele partners

Om een statistisch verband te onderzoeken tussen seksarche en PAP-status dienen we eerst opnieuw na te gaan of de seksarche normaal verdeeld is. Dat is niet het geval, waardoor we nogmaals een Mann Witney U-test gebruiken. Met een p-waarde van 0,020 kunnen we besluiten dat er een significant verband is tussen de seksarche en de PAP-status.

We onderzoeken ook of er een verband bestaat tussen de rookstatus en het afnemen van een uitstrijkje. Met behulp van een Chi-square test die een verband tussen twee categorische variabelen onderzoekt zien we geen significant verschil tussen de PAP-status van patiënten en hun rookstatus.

Hetzelfde doen we voor de HPV-vaccinatie. Met dezelfde Chi-Square test zien we geen statistisch verband tussen de HPV-vaccinatiestatus en de PAP-status.

De SOA-voorgeschiedenis en noodanticonceptiegebruik hebben beide met de Chi-square test wel een statistisch verband met de PAP-status. Bij beiden wordt er een p-waarde van <0,001 gevonden.

Het opleidingsniveau en geboorteland van patiënten kent met behulp van dezelfde Chi-square test geen significant verband met de PAP-status.

4.3. Wat leerde dit project aan de praktijk?

Retrospectief onderzoek

Tijdens ons retrospectief onderzoek bleek dat de beide deelnemende praktijken niet systematisch de **ID-kaarten** van patiënten **inlezen**. Gezien de kaartnummer en ID-kaart verandert op de leeftijd van 18 jaar, is de nieuwe ID-kaart inlezen bij onze doelgroep van belang om toegang te krijgen tot CoZo. Doordat niet van alle patiënten de (nieuwe) ID-kaart werd ingelezen, liepen wij data mis in de retrospectieve studie. Niet alle specialisten sturen hun consultatieverslagen rechtstreeks naar de huisarts, waardoor een deel van deze brieven niet binnenkomt in het postvak van de praktijk of arts. Ze zijn dan enkel in CoZo te vinden. Wanneer de ID informatie in het dossier niet meer up-to-date is, kunnen we deze verslagen aldus niet terugvinden.

Bij de patiënten bij wie de ID-informatie niet in orde was, werd dit in de dossier genoteerd zodat bij een volgend consult de ID kon ingelezen worden en het GMD kon verlengd worden. Zo konden we na enkele maanden opnieuw de dossiers openen waar we oorspronkelijk niet in CoZo geraakten en deze data toch meenemen in het onderzoek. Een bedenking hierbij is dat er nog steeds enkele patiënten zijn die we hierdoor niet mee hebben includeren, dit zou een invloed kunnen hebben op de resultaten.

Aan het feit dat specialistische verslagen niet altijd geadresseerd worden aan de vaste huisarts kunnen we als huisartsenpraktijk niet erg veel veranderen. Wel kunnen we systematisch ID-kaarten inlezen bij het begin van de consultatie. Zowel de arts als patiënt dient hieraan aandacht te schenken. Enerzijds maken we hiervan een topic op het praktijkoverleg en hopen we alle artsen hiertoe aan te moedigen. Anderzijds maken we een informerende poster of slide voor het wachtkamerscherm om te tonen in de wachtzaal, waarbij we de patiënten aanmoedigen om hun ID-kaart bij de hand te houden en aan te bieden bij aanvang van de consultatie.

Dat er verslagen niet rechtstreeks in een inbox of patiëntendossier geïmporteerd worden heeft heel wat consequenties. Enerzijds kunnen onderzoeken of consultaties dubbel gebeuren, gezien we als huisarts er vanuit gaan dat de opvolging nog niet volledig is. Anderzijds missen we ook cruciale informatie rond medicatie aanpassingen, mogelijke nieuwe diagnoses etc., waardoor planningslijsten en zorgelementen in dossiers niet kunnen worden bijgewerkt.

Beide praktijken hebben geen gestructureerde of uniforme regels rond het verwerken van inkomende verslagen. Het is artsafhankelijk of er consequent verslagen worden gelezen en (nieuwe) diagnoses worden gecodeerd als zorgelementen. Ook de opvolging koppelen aan planningselementen in het dossier wordt niet systematisch uitgevoerd.

Tijdens het verzamelen van de data werd in het dossier genoteerd wanneer de patiënte haar laatste uitstrijkje heeft gehad. Deze vervollediging van het dossier heeft als voordeel dat er voor de huisartsen in de praktijk een beter zicht is of er ooit al een uitstrijkje gebeurd is en wanneer dit dient herhaald te worden. Dit zorgt voor een betere continuïteit van de zorg voor de individuele patiënt.

De data die we verzameld hebben geeft enkel cijfers weer over het aantal uitstrijkjes dat onder 25 jaar werd uitgevoerd en door welke arts (huisarts of gynaecoloog) deze werd uitgevoerd. Er werd niet genoteerd wat de reden is van het uitvoeren van het uitstrijkje, zoals bijvoorbeeld: screening, intermenstrueel bloedverlies, postcoïtaal bloedverlies, etc. We hebben deze informatie niet kunnen meenemen in onze data, aangezien er niet altijd een indicatie vermeld staat bij het verslag van het resultaat van het uitstrijkje en omdat er vaak geen verslag van de gynaecoloog in het huisartsendossier of CoZo terug te vinden is.

Het zou echter wel interessant zijn geweest als we deze informatie hadden kunnen meenemen omdat we zo een beter overzicht hadden van de uitstrijkjes die enkel voor screening zijn genomen en dewelke naar aanleiding van een gynaecologische klacht werden afgenomen. Een betere communicatie tussen huisarts en gynaecoloog kan bijdragen tot een betere opvolging van de patiënt.

Tabel 8: SWOT ANALYSE retrospectief onderzoek

Sterke punten	**Zwakke punten**
- Dossier-update als uitstrijkje werd afgenomen - Inlezen ID en verlengen GMD	- Deel patiënten wiens ID niet up-to-date is en die gedurende het verloop van de studie niet meer op consult zijn geweest, kunnen niet meegenomen worden in de data.
Kansen	**Bedreigingen**
- Verbeteren van patiëntendossier - Inspelen op informatiebehoeftes patiënten	- Indicatie uitstrijkje niet altijd vermeld

Prospectief onderzoek

Het prospectief onderzoek toont aan dat 60% van onze deelnemende patiënten niet weet dat een uitstrijkje kan worden afgenomen bij de huisarts. Van de patiënten die hiervan wel op de hoogte zijn, verkiest het merendeel daarvan toch het uitstrijkje te laten afnemen bij de gynaecoloog. Hier kunnen

we als huisartsenpraktijk onze plek nog beter innemen. Een uitstrijkje afnemen is immers nog steeds een eerstelijnsonderzoek .

We wensen de patiënten beter te informeren rond de technische ingrepen die bij de huisarts kunnen plaatsvinden. Ook hiervoor maken we na overleg een informerende poster of slide voor het wachtkamerscherm. Of dit effect heeft op het gedrag of keuzes van de patiënten, hebben wij met deze masterproef niet kunnen onderzoeken.

Op een periode van 17 weken hebben 121 patiënten de vragenlijst correct ingevuld. Dit betekent dat van de 495 patiënten die in aanmerking kwamen om deel te nemen aan het onderzoek 24,4 % heeft deelgenomen.

Één van de meest beïnvloedende factor voor deze responsiegraad is dat het dossier bij veel van de patiënten niet in orde was. Toen wij beiden een lijst uit het EMD extrapoleerden, viel het ons op dat bij veel patiënten geen contactgegevens waren ingevuld, of dat hier nog gegevens van de ouders vermeld stonden. Aangezien we de vragenlijst ook via het EMD naar de patiënten wilden sturen, hebben we ervoor gezorgd dat de e-mailadressen (en telefoonnummers) zoveel mogelijk aangevuld werden.

De praktijk in Deurne heeft dit opgelost door in het dossier een nota te maken dat deze gegevens nog vervolledigd moeten worden. Zo kon dit bij een volgend consult worden aangevuld. In de praktijk in Wijnegem heeft de secretariaatsmedewerker elke patiënt (of de ouders van de patiënt) gecontacteerd om deze gegevens aan te vullen. Het verschil in praktijkwerking liet het niet toe om dit op dezelfde manier aan te pakken.

Op een periode van 32 weken hebben 61 artsen de vragenlijst correct ingevuld. Dit betekent dat van de 314 artsen (95 gynaecologen en 219 huisartsen) aan wie de vragenlijst werd uitgestuurd, 19% heeft deelgenomen. Enkele redenen die volgens ons de oorzaak kunnen zijn van deze lage responsgraad zijn dat de artsen te weinig tijd hebben om een enquête in te vullen of dat ze geen interesse hebben om aan deze studie deel te nemen. Een andere reden kan zijn, dat dit voor artsen een gevoelig onderwerp is omdat hun manier van werken in kaart wordt gebracht en dit voor hen bedreigend kan overkomen.

Eén derde van de gynaecologen geeft aan via de vragenlijst dat zij het resultaat van het uitstrijkje niet systematisch doorsturen naar de huisarts. Dit wilt zeggen dat voor een groot deel van de patiënten de huisarts geen idee heeft dat er reeds een uitstrijkje is gebeurd, en wat het resultaat hiervan is. Zoals hierboven reeds vermeld kan een betere communicatie tussen de gynaecoloog en de huisarts bijdragen tot een betere opvolging van de patiënt.

In tabel 7 staan enkele factoren die voor de artsen een verhoogd risico op baarmoederhalskanker kunnen geven. Deze factoren werden in een statistische analyse meegenomen om te kijken of er een verband bestaat met de PAP-status en deze risicofactoren. In de resultaten zien we dat er een significant verband gevonden werd tussen de PAP-status en het aantal seksuele partners, de seksarche, de SOA-voorgeschiedenis, en of er ooit noodanticonceptie werd gebruikt. De artsen geven ook aan dat het niet hebben van HPV vaccinatie, roken en laag opleidingsniveau een risicofactor kunnen zijn. Van deze factoren werd echter geen significant verband gevonden met de PAP status. We zien dus dat bij de patiënten die onder de 25 jaar reeds een uitstrijkje hebben gehad, de seksuele voorgeschiedenis voornamelijk een belangrijke rol speelt.

In onze literatuurstudie hebben we deze risicofactoren ook in kaart gebracht en zagen we dat deze reeds worden geïmplementeerd tijdens het onderzoek van de richtlijnen die de screeningsleeftijd bepalen voor het bevolkingsonderzoek.

Tabel 9: SWOT ANALYSE prospectief onderzoek

Sterke punten	**Zwakke punten**
- Aantal patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld - Contactgegevens van de studiepopulatie werden up-to-date gemaakt in het GMD	- Niet met alle geïncludeerde patiënten is er een patiëntencontact geweest. - Weinig bereik van de artsen: weinig tijd? Geen interessant onderwerp? - Enkel Nederlandstalige deelnemers - Contactgegevens in dossier niet ingevuld - Onderzoek op praktijkpopulatie, dus moeilijk te extrapoleren naar algemene populatie
Kansen	**Bedreigingen**
- Patiënt is door de vragenlijst geïnformeerd over de leeftijd voor baarmoederhalskankerscreening en dat dit ook bij de huisarts kan plaatsvinden. - Kwaliteitsverbetering op praktijkniveau - Minder consumptie (uitstrijkjes, bijkomend onderzoek n.a.v. afwijkend uitstrijkje, etc.)	- Deel van de vrouwen tussen 18 en 25 jaar die geen huisarts hebben, worden niet meegenomen in de studie.

5. Discussie

Het idee voor deze masterproef kwam voort uit enkele patiëntencontacten in de praktijk. We merkten op dat er enkele vrouwelijke patiënten onder de 25 jaar al een uitstrijkje hadden laten afnemen. In ons retrospectief onderzoek bleek dit te gaan om 58 van de 341 vrouwelijke patiënten tussen 18 en 25 jaar, waarvan drie vierde bij de gynaecoloog het uitstrijkje had laten afnemen. Uit het prospectief onderzoek komt naar voren dat één tweede van de patiënten die al een uitstrijkje liet afnemen, verklaart dat ze nooit geïnformeerd is geweest omtrent de screeningsrichtlijnen.

De screeningsrichtlijnen worden met patiënten pas gedeeld wanneer ze 25 jaar geworden zijn door middel van een papieren uitnodiging in de brievenbus. Hierbij wordt duidelijk vermeld dat een uitstrijkje zowel bij de gynaecoloog als bij de huisarts kan plaatsvinden (16).

Van alle vrouwelijke patiënten tussen de 18 en 25 jaar oud die deelnamen aan de vragenlijst bleek twee derde niet te weten dat een uitstrijkje bij de huisarts kon plaatsvinden. Van degenen die wel op de hoogte waren, gaf twee derde aan het liever bij de gynaecoloog te laten afnemen.

Deze bevinding vinden we ook in een andere masterproef terug (17), de redenen daarvoor worden in nog een andere masterproef (6) beschreven.

In de prospectieve bevraging zeggen 52 van de 61 artsen altijd de patiënt te informeren rond de aanbevolen leeftijd voor baarmoederhalskankerscreening. Nochtans gaven de patiënten in onze praktijken dat niet aan in de prospectieve studie.

Hoe het komt dat artsen en patiënten dit anders rapporteren en ervaren, is een vraagstelling voor mogelijk verder onderzoek.

Het merendeel van de bevraagde gynaecologen geeft aan enkel een uitstrijkje te nemen bij aanwezigheid van risicofactoren. Aan alle artsen werd gevraagd wat ze als risicofactoren in rekening namen, waarbij polygamie/multipele seksuele partners, een vroege seksarche en een familiale voorgeschiedenis als top drie werden vermeld.

Polygamie/multipele seksuele partners heeft in onze prospectieve studie inderdaad een significante relatie met het reeds hebben gehad van een uitstrijkje in onze doelpopulatie. Het aantal seksuele partners ligt daadwerkelijk hoger bij patiënten waarbij er al een uitstrijkje was afgenomen. Het wordt ook in de literatuur beschreven als een duidelijke risicofactor (2)(3).

Een vroege seksarche wordt in onze prospectieve studie aangehaald door artsen als een risicofactor en dat toont zich ook in de statistische analyse. Er is bij de patiënten die deelnamen aan onze prospectieve studie inderdaad een significant verband tussen de seksarche en het reeds hebben gehad van een uitstrijkje. De vroege seksarche is ook in de literatuur beschreven als een duidelijke risicofactor (2)(3).

Familiale voorgeschiedenis wordt in onze prospectieve studie aangewezen door artsen als belangrijke risicofactor. Dit strookt echter niet met de bevindingen van ons literatuuronderzoek: baarmoederhalskanker is immers geen erfelijke kanker (18). Gezien we dit niet als reactie van artsen verwacht hadden, hebben we in onze prospectieve studie niet naar familiale voorgeschiedenis gevraagd bij de patiënten. Een statistisch onderzoek was aldus niet mogelijk voor dit criterium.

Opvallend is dat rookgedrag weinig aangehaald wordt als risicofactor. Aangezien de bevraagde artsen het amper als risicofactor lijken te beschouwen, nemen ze ook niet op basis van rookgedrag uitstrijkjes af. We zien in de statistische analyse althans geen significant verband tussen de voorgeschiedenis van een uitstrijkje en het rookgedrag van patiënten.

Deze bevinding staat in schril contrast met de literatuur, waarbij er benadrukt wordt dat roken een co-factor is voor het ontwikkelen van baarmoederhalskanker om verscheidene redenen (2)(9)(13). In de literatuur wordt zelfs gesuggereerd dat enkel het rookgedrag van de patiënt bevragen onvoldoende is en dat ook passief roken een rol zou kunnen spelen (13).

5.1 . Bedenkingen kwaliteitsverbeterend project

Hoewel ons onderzoek in hoofdzaak een explorerende component bevat, gaf het ons ook de mogelijkheid om een kwaliteitsverbeterend project te starten. Aangezien het kwaliteitsverbeterend aspect niet de hoofdzaak van ons project was, zijn we er niet in geslaagd alle criteria van een kwaliteitsbevorderend project te halen.

We hebben echter wel wat actiepunten gerealiseerd. Naar aanleiding van dit onderzoek hebben we enerzijds systematisch ID-kaarten ingelezen en de contactgegevens van patiënten nagevraagd en/of aangepast. Dit werd breder getrokken dan de doelpopulatie van onze masterproef en heeft dus een positief effect gehad op de dossiers van alle patiënten in onze praktijk. We waren niet in de mogelijkheid om dit effect in cijfermatige conclusies te verwerken.

Door het systematisch inlezen van ID-kaarten waren we anderzijds ook in de mogelijkheid om de dossiers van de desbetreffende patiënten te updaten. Het viel ons immers op dat de verslagen van patiënten niet consequent worden verwerkt in het dossier. Voor de deelnemende patiënten hebben we dit dossierwerk op ons genomen zodat deze dossiers bij afloop van ons onderzoek in orde waren. Voor de overige patiënten hebben we dit aangekaart op een praktijkoverleg. We merken hier echter weinig schot in de zaak. Dit topic valt buiten het bestek van onze masterproef, maar biedt mogelijkheid voor een nieuw praktijkverbeterend project.

Na ons onderzoek merkten we dat er nog marge is om jonge vrouwelijke patiënten te informeren over de mogelijkheid om een uitstrijkje bij de huisarts te laten plaatsvinden. Om deze reden hebben we een informatieve slide voor ons wachtkamerscherm gemaakt (zie bijlage) zodat alle patiënten hiervan op de hoogte worden gebracht in de wachtzaal. Of deze interventie een effect zal hebben op het gedrag van patiënten, kunnen we niet nagaan gezien de beperking in tijd. Enerzijds loopt ons onderzoek in 2023 op zijn einde. Anderzijds zijn de vrouwen in onze masterproef die we willen informeren onder 25 jaar en de meerderheid zal normaliter de komende jaren nog geen uitstrijkje nodig hebben volgens de screeningsrichtlijn.

Om ons onderzoek duurzaam te houden, blijven de informerende powerpointslides getoond worden in de wachtzaal zodat onze actiepunten onder de aandacht blijven.

6. Besluit

In het retrospectief onderzoek bleek dat er in de twee deelnemende praktijken gemiddeld 17.01% van de vrouwelijke patiënten met een leeftijd tussen 18 en 25 jaar al een uitstrijkje had laten afnemen. In het prospectief onderzoek komt dit op 21.49% van de bevraagde patiënten (n=26/121). De helft daarvan geeft aan niet geïnformeerd te zijn door de arts omtrent de screeningsrichtlijnen. Het merendeel van de bevraagde artsen geeft echter aan de patiënten te informeren en enkel een uitstrijkje af te nemen bij risicofactoren. Welke risicofactoren artsen in rekening nemen, is uiteenlopend en strookt niet altijd met de literatuur. De richtlijn van Domus Medica stelt dat enkel leeftijd een bruikbare determinant is voor screening. De overige risicofactoren hebben een te lage voorspellende waarde en kunnen aldus niet gebruikt worden om screening onder de leeftijd van 25 jaar te rechtvaardigen.

Ons beschrijvend onderzoek liet bovendien toe om enkele praktijkverbeterende projecten op te starten in de deelnemende praktijken. Naar aanleiding van ons onderzoeksproject werden de dossiergegevens van de onderzoekspopulatie in de deelnemende huisartspraktijken up-to-date gemaakt. Daarnaast worden de patiënten nu ook in de wachtzaal geïnformeerd over het inlezen van hun ID-kaart en de techniciteiten die in de huisartsenpraktijk worden verricht.

7. Referenties

1. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice [Internet]. 2018 [geciteerd 23 november 2021]. Beschikbaar op: https://apps.who.int/iris/handle/10665/272264

2. International Agency for Research on Cancer, redacteur. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd ed. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities; 2008.

3. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Richtlijn Cervixkankerscreening Domus Medica. :28.

4. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. BMJ. 28 juli 2009;339(jul28 2):b2968–b2968.

5. Masson E. La pratique du frottis cervico-vaginal avant 25 ans [Internet]. EM-Consulte. [geciteerd 23 november 2021]. Beschikbaar op: https://www.em-consulte.com/article/1122219/la-pratique-du-frottis-cervico-vaginal-avant-25 an

6. Rezaei H, Vandevoorde prof. dr. J, De Keersmaecker DrR. Waarom laten vrouwen het cervixuitstrijkje afnemen door een gynaecoloog en niet door hun eigen huisarts? [Internet]. ICHO; 2015 [geciteerd 23 november 2021]. Beschikbaar op: https://nanopdf.com/download/waarom-laten-vrouwen-het-cervixuitstrijkje_pdf

7. Baarmoederhalskanker - Stichting Tegen Kanker [Internet]. Stichting Tegen Kanker; 2020 [geciteerd 8 februari 2022]. Beschikbaar op: https://www.kanker.be/alles-over-kanker/alle-types-kanker/baarmoederhalskanker

8. Baarmoederhalskanker wereldwijd in kaart gebracht [Internet]. Sciensano; 2019 [geciteerd 17 april 2023]. Beschikbaar op: https://www.sciensano.be/nl/pershoek/baarmoederhalskanker-wereldwijd-kaart-gebracht

9. van Haaren HMA. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en diagnostiek in de dagelijkse praktijk. NHG; 2020.

10. Rodriguez AC, Solomon D, Herrero R, Hildesheim A, Gonzalez P, Wacholder S, e.a. Impact of Human Papillomavirus Vaccination on Cervical Cytology Screening, Colposcopy, and Treatment. Oxford Journals: American Journal of Epidemiology [Internet]. september 2013; Beschikbaar op: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3755646/

11. Jackson A. A systematic analysis points in the wrong direction for cervical cancer elimination. The Lancet [Internet]. 18 februari 2023 [geciteerd 17 april 2023]; Beschikbaar op: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2822%2902472-2

12. Markowitz LE, Drolet M, Perez N, Jit M, Brisson M. Human papillomavirus vaccine effectiveness by number of doses: Systematic review of data from national immunization programs.

Vaccine. augustus 2018;

13. Su B, Qin W, Xue F, Wei X, Guan Q, Jiang W, e.a. The relation of passive smoking with cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore) [Internet]. november 2018; Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30431576/

14. Flemish Regio: Females, number of invasive tumours by primary site and age group in 2020 [Internet]. Belgian Cancer Registry; [geciteerd 17 april 2023]. Beschikbaar op: http://kankerregister.org/media/docs/SKRstats/2020/2020-F-FLE-Abs.pdf

15. Flemish Region: Females, age-specific and age-standardised incidence rates of cancer, by primary site in 2020 (n/100,000 person years) [Internet]. Belgian Cancer Registry; [geciteerd 17 april 2023]. Beschikbaar op: http://kankerregister.org/media/docs/SKRstats/2020/2020-F-FLE-Lft.pdf

16. Waar kan ik een uitstrijkje laten nemen? [Internet]. Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. [geciteerd 17 april 2023]. Beschikbaar op: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/waar-kan-ik-een-uitstrijkje-laten-nemen

17. Dierickx A, De Sutter A, Huysentruyt F. Praktijkverbeterend project baarmoederhalskankerscreening in de eerste lijn.

18. Baarmoederhalskanker - Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [Internet]. 2022 [geciteerd 17 april 2023]. Beschikbaar op: https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker/baarmoederhalskanker-hpv/baarmoederhalskanker

8. Bijlagen

8.1. Gunstig advies Ethisch Comité

ETHISCH COMITE
Prof. dr. Peter Michielsen
Secretariaat
03 821 38 97

Prof. dr. Lieve Peremans

Mevr. Heleen Konings

Geneeskunde en gezondheidswetenschappen

Project titel:

Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen onder 25 jaar, een kwaliteitsverbeterend project

Project ID 1923 - BUN B3002021000289

Datum: 31/01/2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 31/01/2022

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

Document Type	File Name	Date	Version
CV	CV Heleen Konings versie 1 03052020	03/05/2020	1
CV	cv Anouk Buelens-Terryn versie 1 03052020	03/05/2020	versie 1
GCP	Good clinical practice certificaat_LievePeremans	08/10/2021	1
CV	Curriculum2021 Lieve Peremans UA versie 1 van 05112021	05/11/2021	1
Accompanying letter	Aanspreekingsbrief-EC	23/11/2021	1
Questionnaire	Vragenlijst artsen	24/11/2021	3
Protocol	Protocol_ABT_HK_versie4_26jan2022 tracked changes	26/01/2022	4
Questionnaire	Vragenlijst patiënten clean version	26/01/2022	4
Questionnaire	Vragenlijst patiënten tracked changes	26/01/2022	4
Protocol	Protocol_ABT_HK_versie4_26jan2022 clean version	26/01/2022	4
Insurance	Verzekeringsattest, versie 2 , 2022	26/01/2022	2
ICF	Informatiedocument en informed consent - Arts clean version	27/01/2022	4
ICF	Informatiedocument en informed consent - Arts tracked changes	27/01/2022	4
ICF	Informatiedocument en informed consent - Patiënt clean version	27/01/2022	4
ICF	Informatiedocument en informed consent - Patiënt tracked changes	27/01/2022	4

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten

Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

cc.

FAGG - Research & development departement, Victor Hortaplein 40 b40 - 1060 Brussel

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
Ms Bettina Blaumeiser	Physicians
Emeritus Professor Hilde Bortier	MD, PhD
Prof. Dr. Patrick Cras	Vice-Chair, Physicians
Ms Ingrid De Meester	Pharmacologist
Ms Elyne Deboetselier	Nurse
Professor Francois Eyskens	Physician
Ms Lina Fierens	Nurse
Ms Kristina Granaas	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
Ms Kristien Hens	Philosopher
Mr Kris Ides	Physiotherapist
Prof. Dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
Mr. Daan Kenis	Pharmacist
Ms Johanna Kwakkel-van Erp	Physicians
Dr Leon Luyten	Physicians
Ms Barbara Michels	General Practitioner
Mr Peter Michielsen	Chair, Physicians
Ms Inge Michielsens	Legal
Mr Pieter Moons	Coordinator Bio- and Human Tissue bank
Mr Bernard Paelinck	Physicians
Mr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
Ms Veerle Schoeters	Nurse
Mr. Kris Smulders	Nurse
Mr Jan Van den Brande	Physicians
Mr Filip Van den Eede	Physicians
Mr Pieter Van Dyck	Physicians
Mr Guy Van Honste	Patient Representative
Ms Dominique Van Praag	Psychologist
Mr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
Mr Thierry Vansweevelt	Legal
Mr Joris Verlooy	Physician
Ms Griet Wyers	Pharmacist

Aansprakelijkheid en verzekering

Indien u schade ondervindt als gevolg van uw deelname aan dit onderzoek, zal u of uw rechthebbenden door de opdrachtgever van dit onderzoek vergoed worden voor deze schade, overeenkomstig de geldende Belgische wetgeving. U hoeft hiervoor geen fout aan te tonen.

De opdrachtgever heeft een foutloze verzekering afgesloten die de eventuele schade dekt die zou voortvloeien uit dit onderzoek. U of uw rechthebbenden kunnen hiervoor op elk ogenblik deze verzekeraar rechtstreeks dagvaarden.

Kosten en vergoeding

Deze studie zal voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen. Alle kosten die voortvloeien uit uw deelname aan het onderzoek zijn voor rekening van de onderzoeker of de opdrachtgever. Kosten die geen verband houden met de studie doch deel zijn van uw behandeling, blijven ten laste van u en uw ziekenfonds en/of verzekeraar.

Bescherming van uw persoonlijke levenssfeer

Uw identiteit en uw deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zal niet bij naam of op een andere wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met het onderzoek.

Om uw privacy te garanderen met betrekking tot het bewaren en verwerken van de gegevens in het kader van deze studie, worden uw gegevens gepseudonimiseerd. Dit betekent dat uw naam, voornaam, geboortedatum en woonplaats vervangen worden door een code. Alle verdere verwerkingen gebeuren op deze gepseudonimiseerde gegevens. Het verband tussen de code en uw persoon wordt wel bewaard. Deze link wordt enkel gebruikt om in uw eigenbelang bepaalde informatie naar u te kunnen terugkoppelen.

Bescherming van uw persoonsgegevens

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek betekent dit dat u toestemming geeft tot het gebruik van uw persoonsgegevens die in het kader van dit onderzoek worden verzameld.

U kan de toestemming om uw gegevens te verzamelen en te verwerken op elk moment intrekken. Indien uw studiedeelname voortijdig gestopt wordt, zal uw oorspronkelijke toestemming het gebruik toelaten van de over u verzamelde gegevens met betrekking tot de periode dat u in het onderzoek ingesloten was.

Enkel personen die rechtstreeks bij het onderzoek betrokken zijn, zullen toegang hebben tot uw persoonsgegevens. Uw gegevens worden niet doorgegeven aan derden.

De onderzoekers zullen uw gegevens bewaren gedurende een periode van 20 jaar.

U heeft het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van het onderzoek en wat de bedoeling ervan is. U kan vragen om bepaalde gegevens te verbeteren of te wissen, of om uw gegevens niet meer te gebruiken.
Alle gegevens die van u verzameld worden, zullen behandeld worden in overeenstemming met de "Richtlijn tot bescherming van individuen betreffende het verwerken van persoonlijke gegevens" en de nationale wetgeving die daarop van toepassing is. De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (General Data Protection Regulation (AVG/GDPR) – EU2016/679) en de Belgische wetgeving die deze verordening verder uitwerkt.

De Universiteit Antwerpen is als opdrachtgever van de studie verantwoordelijk voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Zij heeft daartoe een functionaris voor de gegevensverwerking aangesteld.

Wanneer u vindt dat uw rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens onvoldoende worden gerespecteerd, kan u steeds terecht bij de functionaris voor de gegevensbescherming die desgevallend de nodige maatregelen zal treffen. U hebt ook het recht om een klacht in te dienen bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit.

U heeft het recht om op elk ogenblik bijkomende vragen te stellen over de inhoud, het doel of het verloop van het onderzoek, over de mogelijke en/of bekende voor- en nadelen die dit onderzoek voor u inhoudt, enz.. U kunt zich daarvoor wenden tot de onderzoeker(s).

INFORMATIEDOCUMENT VOOR DE DEELNEMER AAN EEN NIET-COMMERCIEEL EXPERIMENT OP DE MENSELIJKE PERSOON

Titel van het onderzoek:
Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen onder 25 jaar, een kwaliteitsverbeterend project

Opdrachtgever:
Universiteit Antwerpen
Prinsstraat 13, 2000 Antwerpen

Promotor(s):
Prof. dr. Peremans Lieve, Universiteit Antwerpen

Onderzoeker(s):
Buelens-Terryn Anouk, Universiteit Antwerpen, 0470072435, abuelensterryn@gmail.com
Konings Heleen, Universiteit Antwerpen, 0484955258, koningsheleen@gmail.com

Contactpersoon voor informatie:
Anouk Buelens-Terryn, Universiteit Antwerpen: anouk.buelens-terryn@student.uantwerpen.be
Heleen Konings, Universiteit Antwerpen, heleen.konings@student.uantwerpen.be

Commissie voor Medische Ethiek:
Ethisch Comité UZA-UA
UZA, Wilrijkstraat 10, B-2650 Edegem
Tel +32 3 821 38 97 - Fax +32 3 821 42 54
Ethisch.Comite@uza.be

Beste deelnemer,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek met betrekking tot baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen tussen 18 en 25 jaar.

Vooraleer u toestemt om aan dit onderzoek deel te nemen, is het belangrijk dat u dit formulier leest.

1. Studiespecifieke inlichtingen

Dit onderzoek werd op 31 januari 2022 goedgekeurd door het onafhankelijke Ethisch Comité UZA/UA.

Doel en beschrijving van het onderzoek

Dit is een wetenschappelijk onderzoek waaraan, naar verwachting in totaal ongeveer 225 patiënten en 217 artsen zullen deelnemen.

Deze studie heeft tot doel een verbeterd beleid op te stellen voor screening naar baarmoederhalskanker in de huisartsenpraktijk bij vrouwen onder de 25 jaar.

Tijdens dit onderzoek wordt geen interventie of experimentele behandeling uitgevoerd.

Baarmoederhalskanker is een belangrijk gezondheidsprobleem. Het baarmoederhalsuitstrijkje is een eenvoudig uit te voeren test dewelke ons de mogelijkheid geeft afwijkingen van de baarmoederhals, die na een lange tijd kunnen leiden tot baarmoederhalskanker, vast te stellen. Het Vlaams Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker raadt aan vanaf 25 jaar tot en met 64 jaar elke 3 jaar een uitstrijkje te laten afnemen om deze afwijkingen vroegtijdig te identificeren. We merken echter in de huisartsenpraktijk dat er veel vrouwen onder de 25 jaar reeds een uitstrijkje hebben laten afnemen.

In het kader van onze master-na-masteropleiding Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Antwerpen, doen wij een onderzoek naar de redenen om een baarmoederhalsuitstrijkje onder de 25 jaar af te nemen. We zouden graag een zicht krijgen op wat de redenen zijn om op jonge leeftijd een uitstrijkje te laten afnemen.

In onze huisartsenpraktijk zouden we om te starten graag objectiveren hoe groot het aantal en het percentage vrouwen jonger dan 25 jaar is dat reeds een eerste uitstrijkje kreeg. Hierbij zouden we specifiek kijken naar jonge vrouwen in de leeftijdscategorie 18-25 jaar die een GMD (Globaal Medisch Dossier) bij onze praktijk hebben. Op basis van deze dossiergegevens willen we die jonge vrouwen identificeren en met behulp van een vragenlijst de reden voor deze vervroegde uitstrijkjes achterhalen. We sturen ook een vragenlijst naar de huisartsen en gynaecologen in de omgeving om op te sporen wat voor hen redenen zijn om onder de 25 jaar een uitstrijkje af te nemen.

Indien u aanvaardt om aan dit onderzoek deel te nemen en indien u voldoet aan alle voorwaarden voor deelname, dan kan u de bijgevoegde vragenlijst invullen.

Duur van het onderzoek

Het invullen van deze vragenlijst vraagt ongeveer 10 minuten.

Voor- en nadelen

De informatie die dit onderzoek oplevert, kan bijdragen tot een verbeterd praktijkbeleid met betrekking tot het uitvoeren van baarmoederhalsuitstrijkjes. Door het achterhalen van de redenen om een uitstrijkje uit te voeren voor de leeftijd van 25 jaar, kunnen wij hier als zorgverleners uit de eerste lijn beter op inspelen tijdens het consult maar ook reeds voor het consult bijvoorbeeld met behulp van een informatieve poster in de wachtzaal.

Een voordeel voor de geïncludeerde vrouwelijke patiënten is dat hun dossier bijgewerkt wordt waardoor we in de toekomst de zorg beter kunnen plannen.

Er zijn geen echte nadelen aan het onderzoek verbonden.

2. Algemene informatie over de deelname aan een onderzoek

Vrijwillige deelname

Indien u toestemt om deel te nemen aan het onderzoek, dient u deze informatiefolder te bewaren en zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u heeft het recht te weigeren eraan deel te nemen.

U heeft ook het recht om uw deelname aan het onderzoek op elk ogenblik stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier ondertekend heeft. U hoeft hiervoor geen reden te vermelden. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkel nadeel of verlies van voordelen met zich meebrengen.

Uw deelname aan het onderzoek kan ook, zonder uw toestemming, op elk ogenblik stopgezet worden door de onderzoeker(s), het Ethisch Comité of de opdrachtgever. Mogelijke redenen voor zulke beslissing kunnen onder andere zijn:

- U houdt zich niet aan de instructies voor deelname aan het onderzoek
- Uw verdere deelname blijkt schadelijk te zijn voor u
- Er wordt tijdens het onderzoek vastgesteld dat u toch niet of niet meer aan de voorwaarden voor deelname voldoet

Aansprakelijkheid en verzekering

Indien u schade ondervindt als gevolg van uw deelname aan dit onderzoek, zal u of uw rechthebbenden door de opdrachtgever van dit onderzoek vergoed worden voor deze schade, overeenkomstig de geldende Belgische wetgeving. U hoeft hiervoor geen fout aan te tonen.

De opdrachtgever heeft een foutloze verzekering afgesloten die de eventuele schade dekt die zou voorvloeien uit dit onderzoek. U of uw rechtheblbenden kunnen hiervoor op elk ogenblik deze verzekeraar rechtstreeks dagvaarden.

Kosten en vergoeding

Deze studie zal voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen. Alle kosten die voortvloeien uit uw deelname aan het onderzoek zijn voor rekening van de onderzoeker of de opdrachtgever. Kosten die geen verband houden met de studie doch deel zijn van uw behandeling, blijven ten laste van u en uw ziekenfonds en/of verzekeraar.

Bescherming van uw persoonlijke levenssfeer

Uw identiteit en uw deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zal niet bij naam of op een andere wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met het onderzoek.

Om uw privacy te garanderen met betrekking tot het bewaren en verwerken van de gegevens in het kader van deze studie, worden uw gegevens gepseudonimiseerd. Dit betekent dat uw naam, voornaam, geboortedatum en woonplaats vervangen worden door een code. Alle verdere verwerkingen gebeuren op deze gepseudonimiseerde gegevens. Het verband tussen de code en uw persoon wordt wel bewaard. Deze link wordt enkel gebruikt om in uw eigenbelang bepaalde informatie naar u te kunnen terugkoppelen.

Bescherming van uw persoonsgegevens

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek betekent dit dat u toestemming geeft tot het gebruik van uw persoonsgegevens die in het kader van dit onderzoek worden verzameld.

U kan de toestemming om uw gegevens te verzamelen en te verwerken op elk moment intrekken. Indien uw studiedeelname voortijdig gestopt wordt, zal uw oorspronkelijke toestemming het gebruik toelaten van de over u verzamelde gegevens met betrekking tot de periode dat u in het onderzoek ingesloten was.

Enkel personen die rechtstreeks bij het onderzoek betrokken zijn, zullen toegang hebben tot uw persoonsgegevens. Uw gegevens worden niet doorgegeven aan derden.

De onderzoekers zullen uw gegevens bewaren gedurende een periode van 20 jaar.

U heeft het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van het onderzoek en wat de bedoeling ervan is. U kan vragen om bepaalde gegevens te verbeteren of te wissen, of om uw gegevens niet meer te gebruiken.
Alle gegevens die van u verzameld worden, zullen behandeld worden in overeenstemming met de "Richtlijn tot bescherming van individuen betreffende het verwerken van persoonlijke gegevens" en de nationale wetgeving die daarop van toepassing is. De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (General Data Protection Regulation (AVG/GDPR) – EU2016/679) en de Belgische wetgeving die deze verordening verder uitwerkt.

De Universiteit Antwerpen is als opdrachtgever van de studie verantwoordelijk voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Zij heeft daartoe een functionaris voor de gegevensverwerking aangesteld.

Wanneer u vindt dat uw rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens onvoldoende worden gerespecteerd, kan u steeds terecht bij de functionaris voor de gegevensbescherming die desgevallend de nodige maatregelen zal treffen. U hebt ook het recht om een klacht in te dienen bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit.

U heeft het recht om op elk ogenblik bijkomende vragen te stellen over de inhoud, het doel of het verloop van het onderzoek, over de mogelijke en/of bekende voor- en nadelen die dit onderzoek voor u inhoudt, enz.. U kunt zich daarvoor wenden tot de onderzoeker(s).

INFORMATIEDOCUMENT VOOR DE DEELNEMER AAN EEN NIET-COMMERCIEEL EXPERIMENT OP DE MENSELIJKE PERSOON

Titel van het onderzoek:
Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen onder 25 jaar, een kwaliteitsverbeterend project

Opdrachtgever:
Universiteit Antwerpen
Prinsstraat 13, 2000 Antwerpen

Promotor(s):
Prof. dr. Peremans Lieve, Universiteit Antwerpen

Onderzoeker(s):
Buelens-Terryn Anouk, Universiteit Antwerpen, 0470072435, abuelensterryn@gmail.com
Konings Heleen, Universiteit Antwerpen, 0484955258, koningsheleen@gmail.com

Contactpersoon voor informatie:
Anouk Buelens-Terryn, Universiteit Antwerpen: anouk.buelens-terryn@student.uantwerpen.be
Heleen Konings, Universiteit Antwerpen, heleen.konings@student.uantwerpen.be

Commissie voor Medische Ethiek:
Ethisch Comité UZA-UA
UZA, Wilrijkstraat 10, B-2650 Edegem
Tel +32 3 821 38 97 - Fax +32 3 821 42 54
Ethisch.Comite@uza.be

Beste deelnemer,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek met betrekking tot baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen tussen 18 en 25 jaar.

Vooraleer u toestemt om aan dit onderzoek deel te nemen, is het belangrijk dat u dit formulier leest.

1. Studiespecifieke inlichtingen

Dit onderzoek werd op 31/01/2022 goedgekeurd door het onafhankelijke Ethisch Comité UZA/UA.

Doel en beschrijving van het onderzoek

Dit is een wetenschappelijk onderzoek waaraan, naar verwachting in totaal ongeveer 225 patiënten en 217 artsen zullen deelnemen.

Deze studie heeft tot doel een verbeterd beleid op te stellen voor screening naar baarmoederhalskanker in de huisartsenpraktijk bij vrouwen onder de 25 jaar.

Tijdens dit onderzoek wordt geen interventie of experimentele behandeling uitgevoerd.

Baarmoederhalskanker is een belangrijk gezondheidsprobleem. Het baarmoederhalsuitstrijkje is een eenvoudig uit te voeren test dewelke ons de mogelijkheid geeft afwijkingen van de baarmoederhals, die na een lange tijd kunnen lijden tot baarmoederhalskanker, vast te stellen. Het Vlaams Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker raadt aan vanaf 25 jaar tot en met 64 jaar elke 3 jaar een uitstrijkje te laten afnemen om deze afwijkingen vroegtijdig te identificeren. We merken echter in de huisartsenpraktijk dat er veel vrouwen onder de 25 jaar reeds een uitstrijkje hebben laten afnemen.

In het kader van onze master-na-master opleiding Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Antwerpen, doen wij een onderzoek naar de redenen om een baarmoederhalsuitstrijkje onder de 25 jaar af te nemen. We zouden graag een zicht krijgen op wat de redenen zijn om op jonge leeftijd een uitstrijkje te laten afnemen.

In onze huisartsenpraktijk zouden we om te starten graag objectiveren hoe groot het aantal en het percentage vrouwen jonger dan 25 jaar is dat reeds een eerste uitstrijkje kreeg. Hierbij zouden we specifiek kijken naar jonge vrouwen in de leeftijdscategorie 18-25 jaar die een GMD (Globaal Medisch Dossier) bij onze praktijk hebben. Op basis van deze dossiergegevens willen we die jonge vrouwen identificeren en met behulp van een vragenlijst de reden voor deze vervroegde uitstrijkjes achterhalen. We sturen ook een vragenlijst naar de huisartsen en gynaecologen in de omgeving om op te sporen wat voor hen redenen zijn om onder de 25 jaar een uitstrijkje af te nemen.

Indien u aanvaardt om aan dit onderzoek deel te nemen en indien u voldoet aan alle voorwaarden voor deelname, dan kan u de bijgevoegde vragenlijst invullen.

Duur van het onderzoek

Het invullen van deze vragenlijst vraagt ongeveer 10 minuten.

Voor- en nadelen

De informatie die dit onderzoek oplevert, kan bijdragen tot een verbeterd praktijkbeleid met betrekking tot het uitvoeren van baarmoederhalsuitstrijkjes. Door het achterhalen van de redenen om een uitstrijkje uit te voeren voor de leeftijd van 25 jaar, kunnen wij hier als zorgverleners uit de eerste lijn beter op in spelen tijdens het consult maar ook reeds voor het consult bijvoorbeeld met behulp van een informatieve poster in de wachtzaal.

Een voordeel voor de geïncludeerde vrouwelijke patiënten is dat hun dossier bijgewerkt wordt waardoor we in de toekomst uw zorg beter kunnen plannen.

Er zijn geen echte nadelen aan het onderzoek verbonden.

2. Algemene informatie over de deelname aan een onderzoek

Vrijwillige deelname

Indien u toestemt om deel te nemen aan het onderzoek, dient u deze informatiefolder te bewaren en zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u heeft het recht te weigeren eraan deel te nemen.

U heeft ook het recht om uw deelname aan het onderzoek op elk ogenblik stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier ondertekend heeft. U hoeft hiervoor geen reden te vermelden. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkel nadeel of verlies van voordelen met zich meebrengen.

Uw deelname aan het onderzoek kan ook, zonder uw toestemming, op elk ogenblik stopgezet worden door de onderzoeker(s), het Ethisch Comité of de opdrachtgever. Mogelijke redenen voor zulke beslissing kunnen onder andere zijn:

- U houdt zich niet aan de instructies voor deelname aan het onderzoek
- Uw verdere deelname blijkt schadelijk te zijn voor u
- Er wordt tijdens het onderzoek vastgesteld dat u toch niet of niet meer aan de voorwaarden voor deelname voldoet

8.3. Toestemmingsformulier/informed consent

Beste deelnemer,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek met betrekking tot baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen tussen 18 en 25 jaar. Vooraleer u toestemt om aan dit onderzoek deel te nemen, is het belangrijk dat u dit formulier leest.

Hierbij bevestig ik, ondergetekende … dat ik over het onderzoek ben ingelicht en een kopie van het informatiedocument ontvangen heb.

Ik heb de informatie gelezen en begrepen. De onderzoeker heeft mij voldoende informatie gegeven met betrekking tot het doel en het opzet van het onderzoek, de voorwaarden en de duur ervan, en de mogelijke bekende voor- of nadelen die dit onderzoek voor mij kunnen inhouden. Bovendien werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik bevredigende antwoorden gekregen heb.

Ik ben ervan op de hoogte dat ik mijn toestemming tot deelname aan het onderzoek en tot verwerking van mijn gegevens kan weigeren en dat ik de toestemming om mijn data te gebruiken op elk moment kan intrekken, nadat ik de onderzoeker hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen. Mijn oorspronkelijke toestemming tot deelname aan het onderzoek en gebruik van mijn persoonsgegevens zal het gebruik van mijn gegevens toelaten met betrekking tot de periode dat ik in het onderzoek ingesloten was.

Ik ben mij bewust van het doel waarvoor mijn medische gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van dit onderzoek. Ik ben ervan op de hoogte gesteld dat mijn gegevens gedurende 20 jaar zullen bewaard worden voor wetenschappelijk onderzoek.

Ik weet dat ik het recht heb om mijn gegevens in te zien en te verbeteren. Als ik klachten heb over het beheer van mijn gegevens weet ik dat ik me kan richten tot de onderzoekers, mijn arts, of de functionaris voor de gegevensbescherming van de UA, Prinsstraat 13, 2000 Antwerpen.

Ik geef toestemming aan de onderzoeker om mijn gegevens te verzamelen, te verwerken en te gebruiken zoals beschreven in het informatiedocument dat ik ontving en conform de geldende wetgeving. Mijn gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Wanneer de studieresultaten gepubliceerd worden, zal mijn identiteit geheim blijven.

Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan dit onderzoek en om mee te werken aan alle gevraagde onderzoekshandelingen: het invullen van een vragenlijst.

Ik ben bereid informatie te verstrekken i.v.m. mijn medische geschiedenis.

8.4. Vragenlijst patiënten

Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen onder de 25 jaar: een kwaliteitsverbeterend project

Versie 5: 12 april 2022

Vragenlijst patiënten

1. Wat is uw leeftijd? …… jaar

2. In welk land bent u geboren?

3. Uit welk land is uw moeder afkomstig?

4. Uit welk land is uw moeder afkomstig?

5. Wat is uw hoogst behaalde diploma?
   - Lager onderwijs
   - Secundair onderwijs
   - Hogeschool
   - Universiteit
   - Tweedekansonderwijs

6. Rookt u?
   - Ja
   - Nee

   Zo ja:
   - Hoeveel jaar rookt u?
   - Hoeveel sigaretten per dag rookt u?

7. Bent u ooit seksueel actief geweest?
   - Ja
   - Nee

   Zo ja:
   - Op welke leeftijd was u voor het eerst seksueel actief?
   - Hoeveel verschillende seksuele partners hebt u gehad?

8. Hebt u ooit een SOA (seksueel overdraagbare aandoening) gehad?
   - Ja
   - Nee

   Zo ja: Welke SOA hebt u (gehad)?

- Chlamydia
- Gonorroe
- Genitale herpes
- Hepatitis B
- Syfilis
- HIV
- Ander

9. Hebt u ooit noodanticonceptie (morning after pill, koperspiraal) moeten gebruiken?
   - Ja
   - Nee

10. Hebt u ooit een abortus ondergaan?
   - Ja
   - Nee

11. Bent u gevaccineerd tegen baarmoederhalskanker (HPV vaccinatie)?
   - Ja
   - Nee

12. Wist u dat u een baarmoederhalsuitstrijkje ook kunt laten afnemen bij uw huisarts?
   - Ja
   - Nee

13. Heeft u ooit een uitstrijkje gehad van de baarmoederhals?
   - Ja
   - Nee

Indien u ja antwoordde op **vraag 13** vul dan de volgende vragen in.
Indien u nee antwoordde dan eindigt de vragenlijst hier.

14. Op welke leeftijd werd bij u het eerste baarmoederhalsuitstrijkje afgenomen?

15. Bij wie werd dit eerste baarmoederhalsuitstrijkje afgenomen?
   - Huisarts
   - Gynaecoloog

16. Wat was voor u de reden om een uitstrijkje te laten doen? (er zijn meerdere antwoordmogelijkheden)

   - Ik had geen vaginale klachten, maar mijn arts raadde mij aan een uitstrijkje te laten doen

- Ik had vaginale klachten, waardoor mijn arts mij aanraadde een uitstrijkje te laten doen
- Ik wilde zelf dat er een uitstrijkje afgenomen werd
- Een naaste van mij heeft mij aangeraden een uitstrijkje te laten afnemen
- Andere redenen: ….

17. Wat was het resultaat van het uitstrijkje?
    - Normaal
    - Afwijkend

18. Heeft uw arts u geïnformeerd dat volgens de richtlijnen een uitstrijkje pas aangeraden is vanaf de leeftijd van 25 jaar?
    - Ja
    - Nee

19. Hoe frequent laat u een uitstrijkje afnemen?
    - Jaarlijks
    - Om de twee jaar
    - Om de drie jaar

8.5. Vragenlijst artsen

Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen onder de 25 jaar: een kwaliteitsverbeterend project

Versie 5: 12 april 2022

Vragenlijst artsen

1. Bent u huisarts of gynaecoloog?
    - Huisarts
    - Gynaecoloog

2. Wat is uw leeftijd?

3. Wat is uw geslacht?
    - Man
    - Vrouw
    - X

4. Hoe vaak neemt u een uitstrijkje van de baarmoederhals af bij patiënten?
    - Minder dan 5 per maand
    - Tussen de 5-10 per maand
    - Tussen de 10-20 per maand
    - Meer dan 20 per maand

5. Een patiënte heeft een uitstrijkje gehad en het resultaat is NILM (negatief voor intra-epitheliale laesie of maligniteit). Welk screeningsinterval raadt u aan?
    - Jaarlijks
    - Tweejaarlijks
    - Driejaarlijks

6. Als een patiënte (jonger dan 25 jaar) vraagt naar een uitstrijkje, informeert u haar dan dat de richtlijnen een uitstrijkje pas aanraden vanaf de leeftijd van 25 jaar?
    - Altijd
    - Soms
    - Nooit

Indien u huisarts bent, mag u volgende vragen beantwoorden:

7. Neemt u als huisarts zelf uitstrijkjes af?
    - Ja
    - Nee, ik stuur de patiënte door naar een gynaecoloog

Zo ja: Vanaf welke leeftijd neemt u een uitstrijkje af?

Zo nee: Vanaf welke leeftijd stuurt u een patiënte door naar een gynaecoloog voor een uitstrijkje?

Indien u gynaecoloog bent mag u volgende vragen beantwoorden:

8. Als een patiënte jonger dan 25 jaar bij u op gynaecologische controle komt, neemt u dan een uitstrijkje af?

- Altijd
- Enkel als er risicofactoren aanwezig zijn
- Nooit

9. Als een patiënte jonger dan 25 jaar naar u komt met de vraag om een uitstrijkje te laten afnemen, neemt u dit dan af?

- Altijd
- Soms
- Enkel als er risicofactoren aanwezig zijn
- Nooit

Indien u bij een patiënte jonger dan 25 jaar al een uitstrijkje hebt afgenomen of indien u dit zou doen mocht de situatie zich voordoen, mag u volgende vraag beantwoorden.
Indien u dit niet doet of nooit zou doen, mag u doorgaan naar **vraag 11**

10. Wat is voor u de reden om bij vrouwen onder de 25 jaar een baarmoederhalsuitstrijkje af te nemen? (er zijn meerdere antwoordmogelijkheden)

- De patiënte komt naar mij met de vraag of er een uitstrijkje kan afgenomen worden
- Ik heb op basis van anamnese en/of medisch dossier beslist dat de patiënte een verhoogd risico heeft op het ontstaan van baarmoederhalskanker
- Ik neem bij elk eerste consultatie een uitstrijkje af (ook als de vrouw jonger dan 25 jaar is)
- Andere reden(en): ….

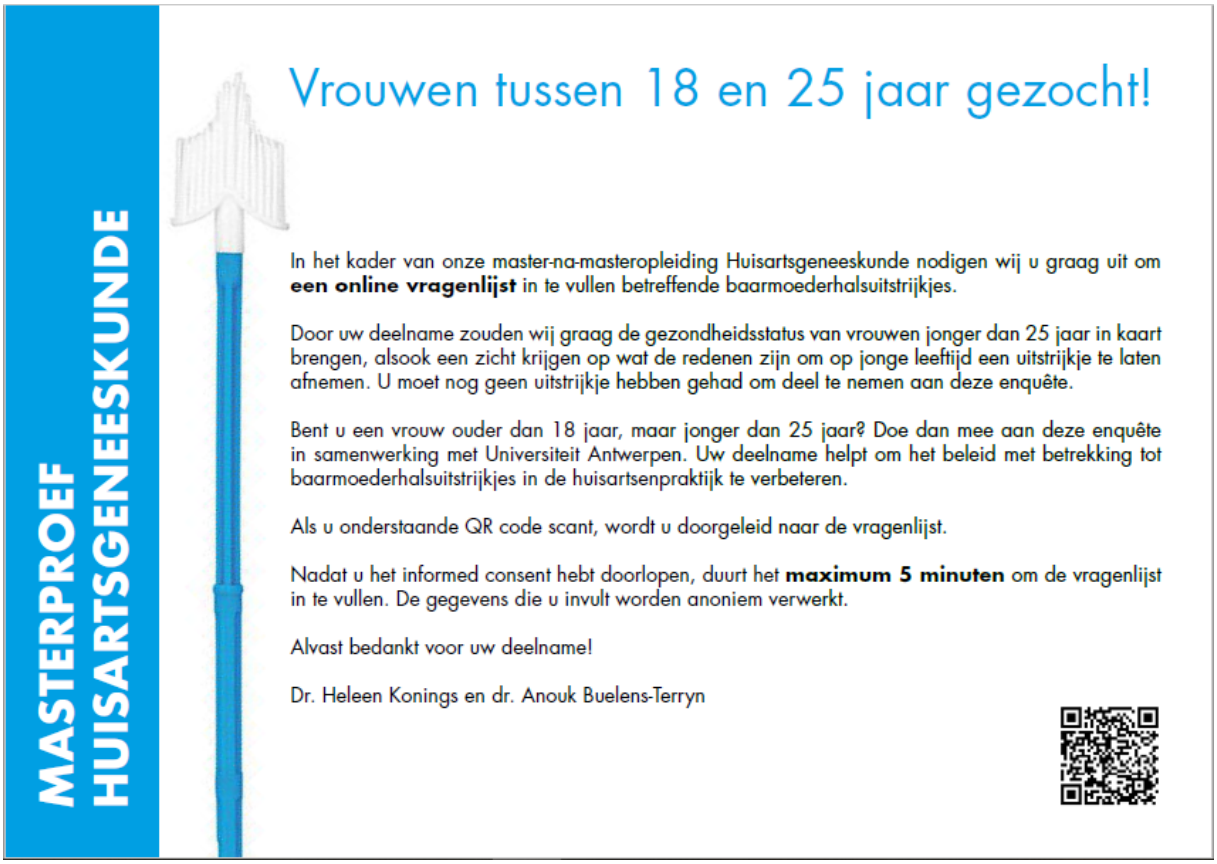
11. Wat zijn voor u risicofactoren die beslissen dat een patiënte een verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van baarmoederhalskanker?

Indien u gynaecoloog bent, mag u volgende vraag beantwoorden:

12. Stuurt u systematisch het resultaat van het uitstrijkje door naar de huisarts van de patiënte?

- Ja
- Nee

8.6. Informatieve poster wachtzaal



8.7. Informatie wachtzaal

Huisartsenpraktijk Annonciaden

eID

Gelieve steeds uw identiteitskaart (eID) mee te nemen op consultatie.
De artsen lezen deze in om uw gegevens up to date te houden.
Tevens kan er medische informatie met andere zorgverleners via een beveiligde weg worden uitgewisseld .

Waar kan u bij ons voor terecht?

- Cryo
- Uitstrijkje
- Infiltratie
- Wondzorg
- Kleine chirurgie
- ECG

Identiteitskaart

Gelieve steeds uw identiteits (eID) mee te nemen op consultatie.

De artsen lezen deze in om uw gegevens up to date te houden.

Tevens kan er medische informatie met andere zorgverleners via een beveiligde weg worden uitgewisseld.

Waar kan u bij ons voor terecht?

- Bevriezen van wratjes
- Bloednames en inspuitingen
- ECG
- Infiltraties van gewrichten
- Suikertest tijdens de zwangerschap
- Plaatsing van spiraal en hormoonstaafje als anticonceptie
- Uitspuiten van oren
- Uitstrijkje van de baarmoederhals
- Vaccinaties
- Wegsnijden van huidvlekjes en ingroeiende teennagels
- Wondzorg

9. Persoonlijke reflectie

Anouk Buelens-Terryn

Verloop groepsproces en persoonlijk aandeel

Aan het begin van onze HAIO-jaren ventileerde ik bij Heleen over de uitstrijkjes die onder de leeftijd van 25 jaar waren afgenomen bij de patiënten die langskwamen op mijn consultatie. Aangezien zij een co-schap Gynaecologie had gevolgd, vroeg ik haar of zij wist wat de reden hierachter kon zijn. Dit aangezien ikzelf in de dossiers of verslaggeving van de gynaecologen de denkwijze voor deze handeling niet kon achterhalen. Heleen merkte dezelfde tendens op in haar toenmalige praktijk, maar kon me geen antwoord geven op mijn vraag. Dat was de start voor ons masterproefproject. Hoewel we bijna drie jaar later nog steeds geen eenduidig antwoord verkregen, hebben we ons samen wel stevig verdiept in dit onderwerp.

Na het uitwerken van het topic van onze masterproef, gingen we over tot verdieping in de literatuur. Het ordelijk samenbrengen van relevante bronnen in handige stroomschema's of tabellen nam Heleen voor haar rekening, het samenbrengen van alle nuttige informatie op enkele bladzijden in de vorm van een literatuurstudie nam ik op mij. Voor deze en alle volgende taakverdelingen keken we vooral naar onze sterktes: waar ik een vlotte schrijver ben, is Heleen een organisatorische engel. Hierdoor nam zij ook de deadlineherinneringen, mailverkeer en lay-outen van ons 'sjabloon'-document op zich. Na het gezamenlijk uitschrijven van het onderzoeksprotocol, was het ook Heleen die het instuurde bij het ethisch comité en alle en vele administratieve werk dat daarbij gepaard ging op zich nam.

Dat Heleen zich met deze organisatorische taken wou bezig houden, hielp me ontzettend om mijn extra-curriculair engagement in de vorm van (onder)voorzitterschap van 't HOP (HAIO Overleg Platform) te kunnen opnemen zonder schrik te moeten hebben om in de verschillende agenda's of mailboxen zaken over het hoofd te zien. Daar ben ik Heleen ontzettend dankbaar om.

De tijd die het koste om aan voldoende deelnemers van ons enquêtedeel te geraken, deed me even slikken. Het zorgde voor een reality check: je kan heel veel willen onderzoeken, maar zonder deelnemers kom je nergens. Om mensen te motiveren om deel te nemen, is er wel wat aanmoedigend werk nodig. Ik ben misschien wel teleurgesteld in het aantal deelnemende gynaecologen. Naïef als ik ben hoopte ik daar wel een grotere participatie te kunnen aanwakkeren. Ik probeer alvast in de toekomst zelf nog meer om deel te nemen aan masterproefprojecten.

Gezien mijn masterproef in de master Geneeskunde ook een statische analyse van kwantitatieve gegevens inhield en Heleen haar masterproef toen draaide rond kwalitatieve gegevens, was het logisch dat ik voor ons gemeenschappelijk project de cijfermatige gegevens zou uitwerken. Aangezien elke onderzoeksvraag een andere statistische analytische aanpak vraagt, ben ik te rade gegaan bij enkele bevriende PhD-studenten om me opnieuw te verdiepen in de statistische mogelijkheden. Ook hier was er dus sprake van een vorm van multidisciplinair samenwerken. Je kan wel stellen dat het grootste deel van het statistisch werk er eentje was waarbij er nauwelijks resultaat van op papier te zien was. Een enkele p-waarde laat niet uitschijnen welk denkwerk en tijdsbesteding daaraan vooraf ging. Gelukkig was er nadien Heleen, om mijn resultaten in overzichtelijke tabellen en grafieken weer te geven.

Persoonlijke visie op consequenties voor het werkveld

Buiten de intellectuele en onderzoeksmatige uitdagingen die gepaard gaan met een masterproef, was het aldus ook een leerrijke ervaring op andere vlakken. Het was fijn om samen te werken met een collega HAIO die dezelfde frustraties en vragen deelde. Om op regelmatige basis samen te zitten, te ventileren en antwoorden te zoeken. En tussendoor volgens onze eigen agenda eraan verder te werken. Op deze manier gaf de masterproef ons de mogelijkheid om eens te voelen hoe het is om als collega's samen te werken aan een gezamenlijk proces en daarin elk eigen taken te hebben en eigen accenten te leggen. Zo zou je praktijkmanagement later ook moeten kunnen aanpakken, lijkt me. Op basis van een gemeenschappelijke visie ieder zijn sterkte tot z'n recht laten komen.

Onze onderzoeksaanpak stelde ons ook in staat om het praktijkmanagement van onze eigen praktijken onder de loep te nemen. Onze bevindingen triggerden ons om verbeterpunten in de praktijken te formuleren, er oplossingen voor te bedenken en een poging te wagen deze mogelijke aanpakken te implementeren in de bestaande praktijkwerking. Zelf vind ik het uitermate belangrijk om aan goed dossierbeheer te werken met alle collega's. Deze masterproef gaf me de mogelijkheid om het gesprek hieromtrent aan te gaan in mijn opleidingspraktijk.

Ik hoop vooral dat ons masterproefwerk een eye-opener kan zijn op heel eenvoudige vlakken. Zo blijkt uit ons onderzoek immers dat patiënten zich niet geïnformeerd voelen terwijl artsen aangeven dat ze wel denken alle nodige info besproken te hebben. Een van de belangrijkste take-home messages voor mezelf is dat we patiënten nog beter moeten proberen informeren en nog meer werk moeten maken van gezamelijke besluitvorming. Enkel op deze manier kunnen we ervoor zorgen dat iedereen op één lijn zit. Ik geloof dat dat de outcomes van ons medisch handelen zal verbeteren.

Heleen Konings

Verloop groepsproces en persoonlijk aandeel

Drie jaar geleden hebben Anouk en ik besloten om samen onze masterproef te maken. Wij zijn beiden heel geïnteresseerd in gynaecologie en hebben aldus gekozen om het onderwerp van onze thesis hier aan te wijden. We hebben met twee een brainstorm gehouden en al snel kwam het huidige onderwerp: 'baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen onder de 25 jaar' naar voren.

De voorbije drie jaar zijn naar mijn mening goed verlopen. Anouk en ik hebben beiden andere kwaliteiten, wat er voor zorgt dat elk aspect van de masterproef door één van ons beiden werd opgenomen.

Anouk heeft zich bijvoorbeeld gefocust op het schrijven van de literatuurstudie en heeft zich ook verdiept in de wereld van de statistiek. Voor dit laatste heeft zij zelfs hulp ingeroepen van één van haar goede vrienden om haar de kneepjes van het vak te leren, waar ik haar heel dankbaar voor ben. Het gedeelte 'statistiek' is iets wat ik ook tijdens de masterproef in de studie geneeskunde niet op mij heb genomen, waardoor ik hier weinig van af weet. Ik was dan ook heel blij dat Anouk dit op haar heeft willen nemen. Ik ben mij er zeker van bewust dat dit veel tijd en mentale inspanning heeft gevergd.

Ikzelf heb mij voornamelijk gefocust op de lay-out en opbouw van het document, alsook het schrijven van de methodologie. Ik heb ook het grote deel van het mailverkeer op mij genomen. Dit is gekomen omdat Anouk zich ook nog engageert voor vele andere extra-curriculaire activiteiten en dit zou kunnen zorgen voor chaos en onoplettendheid in haar mailbox. De aanvraag voor het ethisch comité heb ik ook ingediend.

Het gedeelte met de resultaten van ons onderzoeksproject hebben we samen uitgeschreven. Anouk heeft het grootste deel hiervan uitgeschreven (aangezien zij ook meer kennis had van de statistiek). Ik heb ook enkele delen geschreven, maar ik heb vooral het maken van de tabellen op mij genomen.

Wat betreft het kwaliteitsverbeterend project: hier hebben wij met z'n tweeën een brainstorm rond gehouden en onze bevindingen in de opleidingspraktijk met elkaar gedeeld en besproken. Anouk heeft dit nadien in onze thesis verder uitgewerkt en neergeschreven. Ikzelf heb hier dan een SWOT analyse van gemaakt. Het discussiegedeelte heb ik dan weer op mij genomen, en werd door Anouk aangevuld waar nodig.

Tussen de verschillende deadlines in, hebben Anouk en ik elkaars geschreven teksten in het thesisdocument nagelezen, verbeterd en aangevuld.

Ik denk dat de workload van onze masterproef redelijk gelijk verdeeld is geweest over deze drie jaren. We hebben elks op andere momenten doorheen het jaar meer of minder werk gehad, maar in het algemeen hebben we beiden evenveel werk en tijd in deze thesis ingestoken.

Persoonlijke visie op consequenties voor het werkveld

De reden dat Anouk en ik voor het huidige onderwerp van deze thesis hebben gekozen, is omdat wij het beiden heel opvallend vonden hoeveel vrouwen onder de 25 jaar reeds een uitstrijkje hadden laten afnemen. Dit kwam niet overeen met wat wij tijdens onze studie geneeskunde hadden geleerd en wat

er in de richtlijnen wordt aanbevolen. Vanuit onze eigen leefwereld (vrienden en familie) en vanuit wat we zagen op de consultaties, bracht een afwijkend uitstrijkje vaak veel stress teweeg bij de vrouw. Een afwijkend uitstrijkje klinkt voor hen alsof ze al kanker hebben en zorgt voor slapeloze nachten. Dit is deels te verklaren vanuit hun onwetendheid, maar ook vanwege een tekort aan informatie die hierover wordt gegeven aan hen. (Jonge) vrouwen vinden het vaak onaangenaam een uitstrijkje te laten afnemen, en als dit dan bijvoorbeeld elke 6-12 maanden herhaald moet worden, of er moet een colposcopie gebeuren, brengt dit telkens de stress opnieuw naar boven. Om dan nog maar te zwijgen over de maatschappelijke kosten van het uitstrijkje en de eventueel bijkomende onderzoeken die hier door worden gevolgd.

Ik vind het zelf belangrijk als huisarts om de patiënten correct en voldoende te informeren over de onderzoeken die worden uitgevoerd en wat dit impliceert. Ik leg altijd in duidelijke taal uit aan een patiënt die voor mij zit op consultatie wat er aan de hand is en hoe dit volgens mij dient te worden opgelost. Ik toets steeds af of ze het begrepen hebben en of ook zij het een goed plan vinden. Dit geldt ook voor de afname van een baarmoederhalsuitstrijkje. De (jonge) vrouw moet weten waarom dit afgenomen wordt en wat een afwijkend resultaat kan betekenen. Aangezien ikzelf niet steeds de volledige informatie kan geven tijdens het consult en ook reeds op voorhand wil informeren voordat de patiënt langskomt, vind ik het belangrijk deze informatie later op de huisartsensite te vermelden en/of in de wachtzaal te tonen. Zo kan de patiënt zelf beslissen of het onderzoek uitgevoerd mag worden of niet. Ik vind dat een patiënt moet weten waar hij aan toe is. ‘Een gewaarschuwd man (of in dit geval vrouw), is er twee waard’.

Ook vind ik het belangrijk dat de dossiers up-to-date blijven. Dit zorgt ervoor dat je tijdens een consult maar één blik moet werpen op de zorgelementen en meteen op de hoogte bent van de aandachtspunten. Dit spaart tijd omdat je niet in de hub moet zoeken, zorgt voor een betere opvolging van de patiënt en geeft ook een blijk van professionaliteit. Dit is een aandachtspunt dat zeker op praktijkniveau dient besproken te worden, anders loopt dit niet goed.