Een onderzoek naar de invloed van persoonlijke oproep van de huisarts via email en telefonisch motiverend gesprek op de deelname aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker bij vrouwen van 55 tot en met 64 jaar.

Martine De Brandt, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Devroey Dirk, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Dr. Glenn Boulanger, Vrij Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2026

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoud

Dankwoord 4
Abstract 5
1. Introductie 7
2. Literatuurstudie 10
2.1. Zoekstrategie 10
2.2. Literatuuronderzoek 12
3. Studie objectieven en eindpunten 19
3.1. Primair objectief 19
3.2. Secundair objectief 19
3.3. Eindpunten 19
4. Studiedesign 19
5. Studiepopulatie 20
5.1. Bestudeerde populatie 20
5.2. Inclusie- en exclusiecriteria 20
6. Studie evaluaties 21
6.1. Overzicht van de interventies en evaluaties 21
6.2. Detail van de interventies en evaluaties 21
6.3. Datacollectie en verwerking 22
6.4. Goedkeuring door het ethisch committee 22
7. Resultaten 23
7.1. Studiepopulatie 23
7.2. Bijdrage van het telefonisch motiverend contact na e-mail of brief vs. e-mail alleen. 27
7.3. Effect van het motiverend telefoongesprek op de participatiegraad 30
7.4. Redenen non-participatie 33
8. Discussie 36
8.1. Samenvatting van de belangrijkste resultaten 36
8.2. Interpretatie van de resultaten 36
8.3. Sterktes en zwaktes van de studie 38
8.4. Implementatie in de praktijk 38
9. Besluit 39
10. Bijlage 40
10.1. Baarmoederhalskanker algemene informatiefolder patiënten CvKO 40
10.2. Herinneringsmail/brief naar patiënten groepspraktijk Opstal 41
10.3. Herinneringsmail/brief naar patiënten huisartsenpraktijk Grote Plaats Lebbeke 42
10.4. Patient Interview Guide 43
10.5. Goedkeuring Ethisch Committee 45
11. Referenties 46

Dankwoord

Deze masterproef is de laatste mijlpaal in mijn opleiding tot huisarts. De weg naar dit eindpunt was geen evidentie, en ik had dit nooit gehaald zonder de steun van een aantal bijzondere mensen.

Eerst en vooral wil ik mijn promotoren bedanken voor het geduld, de begeleiding en de waardevolle tips en adviezen die ze me gaven tijdens het opstellen van mijn eindwerk.

Daarnaast wil ik mijn collega's en stagebegeleiders bedanken in de Groepspraktijk Opstal (Dokters Jirka Van Damme, Marie Du Bois, Roland Du Bois, Bastiaan Baeten en Eline Van Damme) alsook in de Huisartsenpraktijk Grote Plaats in Lebbeke (Dokters Lieven Callebaut, Stephanie Pauwels, Dieter Podevyn, Lin Courtens en Julian Vandriessche). Ze hebben me bijgestaan met hun advies, hun luisterend oor en humor in de soms zeer drukke tijden. De warme sfeer en de uitdagende leeromgeving hebben me enorm geholpen om te groeien en draag ik voor altijd met me mee in de volgende stappen van mijn carrière.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar mijn gezin en familie. Toen ik negen jaar geleden aankondigde dat ik mijn carrière in de farmasector inwisselde voor de opleiding geneeskunde, was dat allesbehalve voor de hand liggend. Ik had dit nooit gekund zonder mijn echtgenoot Tomas en mijn kinderen Aaron en Jozefien. Ze hebben me altijd gesteund, me opgebeurd wanneer ik het even niet meer zag zitten en me de tijd gegund om te studeren. Zonder hun onvoorwaardelijke liefde en opoffering had ik dit nooit kunnen volbrengen.

Ten laatste wil ik de rest van mijn familie, mijn vrienden en mijn oud-collega's bij Roche bedanken, in het bijzonder mijn oma, die ik dit jaar heb moeten afgeven. Zij was een inspiratie, degene die me aanraadde om voor mijn dromen te gaan.

Abstract

Literatuurstudie

In Vlaanderen krijgen ongeveer 350 vrouwen jaarlijks invasieve baarmoederhalskanker. Door de goedgekende etiologie en vroegtijdige opsporing van aanwezigheid van het humaan papilloma virus (HPV) kan deze ernstige ziekte voorkomen worden. Het Vlaams Actieplan beoogt met het Bevolkingsonderzoek Opsporing Baarmoederhalskanker (BVO BHK) een participatiegraad van 65% te halen. Toch blijkt de participatiegraad in de regio Dender vanaf de leeftijd van 55 jaar onder de norm te dalen. Extra motivatie door een persoonlijk motiverend gesprek of een e-mail zou in deze populatie kunnen leiden tot een verhoogde participatiegraad.

Onderzoeksvraag

Leidt het toevoegen van een telefonisch motivationeel gesprek ten opzichte van enkel een persoonlijke e-mail tot een verhoogde participatiegraad bij niet-deelnemende vrouwen (of transmannen) van 55 tot 65 jaar binnen de huisartsenpraktijk?

Wat zijn de redenen van niet-participatie in de beoogde patiëntengroep na de interventie?

Methode

Dit praktijk verbeterend project onder vorm van een prospectieve, niet-gerandomiseerde, interventionele multicenter studie richtte zich op postmenopauzale patiënten, meer specifiek vrouwen of transmannen van 55 tem 64 jaar, die in de afgelopen 5 jaar niet deelnamen aan het Bevolkingsonderzoek Opsporing Baarmoederhalskanker (BVO BHK). De patiënten werden geselecteerd op basis van de gegevens in het medisch dossier gebaseerd op de gegevens van het CvKO (Centrum voor Kankeropsporing). In een huisartsenpraktijk kregen de patiënten enkel een gestandaardiseerde motivatie/ herinneringse-mail of brief. In de andere huisartsenpraktijk kregen de patiënten naast de gestandaardiseerde motivatie/ herinneringse-mail of brief ook een telefonisch motivationeel gesprek. Na 6 weken werd het effect op de participatiegraad in beide centra nagegaan alsook de redenen van non-participatie via telefooninterview. De participatiegraad werd vergeleken tussen groep die een bijkomend motiverend telefoongesprek kreeg en de controlegroep die enkel de e-mail/brief kreeg.

Resultaten

In totaal werden 124 vrouwen ingesloten in de studie. In totaal kregen 68 vrouwen een telefonisch motivationeel gesprek versus 56 die alleen een e-mail kregen. Bij controle 6 weken na interventie, bleek dat er 33 vrouwen meer geparticipeerd hadden aan het bevolkingsonderzoek na telefonisch motivationeel gesprek en 7 patiënten meer geparticipeerd hadden enkel na e-mailing. Er werd een statistisch significante stijging in participatiegraad vastgesteld na contact via motivationeel gesprek ($p < 0,001$). Hoewel de participatiegraad na e-mailing alleen ook toenam, was het verschil te klein en niet statistisch

significant (p = 0,460). Wanneer de beide interventies met elkaar vergeleken werden, bleek de hogere respons na een motivationeel gesprek ook statistisch significant (p < 0,001) ten opzichte van de response na e-mail alleen in de controlegroep.

De belangrijkste reden om niet te participeren aan het BVO BHK bleek praktisch, zoals vergetelheid of gebrek aan tijd. Op de 2e plaats kwam pijn of ongemak van het uitstrijkje. Dit was zelfs de voornaamste reden bij de patiëntes die niet deelnamen desondanks een motivationeel gesprek. Op psychologische en ideologische barrières, bleek het telefonisch motivationeel gesprek geen effect te hebben.

Conclusie

Toevoeging van een motiverend telefonisch gesprek na het verzenden van de jaarlijkse herinneringsemail voor baarmoederhalskankerscreening is een efficiënte manier om de participatiegraad aan het BVO BHK te verhogen. Deze persoonlijke benadering adresseert de oorzaken van non-participatie op een individuele manier en maakt onmiddellijke actie en inplanning van het uitstrijkje mogelijk, hetgeen leidt tot een betere screening en preventie van baarmoederhalskanker. Deze bevindingen bevestigen nogmaals de cruciale rol van een gepersonaliseerde aanpak en worden dan ook geïmplementeerd in beide praktijken.

Contact

Martine De Brandt

E-mail : martinedebrandt@hotmail.com

Vrije Universiteit Brussel, ManaMa Huisartsengeneeskunde

1. Introductie

De grootste oorzaak van baarmoederhalskanker is besmetting met het humaan papillomavirus (HPV). De meeste HPV-infecties genezen vanzelf. Als dat niet gebeurt, spreken we van een chronische infectie. Zo'n infectie kan vele jaren later baarmoederhalskanker veroorzaken. De gemiddelde periode tussen een HPV-besmetting en het ontstaan van baarmoederhalskanker is 10 tot 15 jaar. Vooraleer er baarmoederhalskanker ontstaat, kunnen er al afwijkende cellen in de cervix worden teruggevonden. Opsporen van baarmoederhalskanker of het risico op baarmoederhalskanker gebeurt momenteel via een uitstrijkje. Dit uitstrijkje wordt dan in een laboratorium onderzocht om te kijken of er HPV aanwezig is en/of het afwijkende cellen bevat. De afwijkende cellen kunnen een voorstadium van baarmoederhalskanker zijn. In 1 op de 3 van de gevallen kunnen deze cellen ontaarden en evolueren naar kanker. Door de ziekte of het risico erop eerder vast te stellen, kunnen verwikkelingen of een (zwaardere) behandeling worden vermeden en is de kans op volledige genezing groter. Daardoor is baarmoederhalskanker een van de ziekten die in aanmerking komen voor een bevolkingsonderzoek. (1) (2)

In 2021 werden 329 vrouwen gediagnosticeerd met een nieuwe invasieve tumor en bij 3.664 vrouwen werd een nieuwe in situ-tumor ontdekt. Respectievelijk 74% en 93% van deze diagnoses vielen binnen de te screenen leeftijdsgroep van 25 tot 64 jaar.

De gemiddelde leeftijd op het moment van de diagnose is 54 jaar. De vijfjaarsoverleving daalt sterk naarmate de vrouw op het moment van de diagnose ouder is: 85,7% tot en met 44 jaar; 70,1% van 45 tot en met 64 jaar; 44,4% ouder dan 64 jaar. Een tijdig uitstrijkje kan 80% van de baarmoederhalskankers vermijden.

Dat screening efficiënt is, blijkt uit de dalende incidentie van de invasieve tumoren. Tot 2019 steeg de incidentie van in situ tumoren maar sinds 2020 neemt men ook hier een daling waar. Daarnaast er is een verschil in stadiumverdeling van de invasieve tumoren bij vrouwen die gescreend zijn en vrouwen die nooit gescreend zijn. Bij de gescreende vrouwen worden 66,3% van deze tumoren gediagnosticeerd in stadium I en slechts 6,2% in stadium IV. Bij de nooit-gescreende vrouwen worden meer tumoren in een ver gevorderd stadium gezien, nl 40,6% in stadium III/IV. (3)

Tijdig opsporen blijft dus belangrijk en om de WHO-norm voor een incidentie van minder dan jaarlijks 4 nieuwe gevallen per 100.000 vrouwen te bereiken, zullen meer inspanningen moeten geleverd worden. Er wordt verwacht dat HPV-vaccinatie de incidentie zal doen

dalen in de toekomst. In afwachting hiervan moet de totale dekkingsgraad verhoogd worden met nieuwe initiatieven. In Vlaanderen streeft men naar een totale dekkingsgraad van 65% en in 2023 werd deze ook voor de eerste maal bereikt. Het gaat dus de goede richting uit. Echter, zowel bij de jongste categorie van 25-29 jaar als vanaf 55 jaar ligt de dekkingsgraad lager, tot slechts 56,1% bij de oudste leeftijdscategorie 60-64 jaar. (4)

Wie zijn dan de mensen die niet deelnemen? Eerder onderzoek toonde al aan dat van vrouwen van 50 tot en met 64 jaar amper vier op de tien zich regelmatig preventief laat onderzoeken. Vrouwen in/na de menopauze hebben de misvatting dat zij geen risico meer lopen op baarmoederhalskanker, waardoor zij afhaken voor preventief onderzoek. Men ziet ook vaak dat, eens er geen nood aan anticonceptie meer is, de opvolging bij de gynaecoloog vermindert, hoewel deze vrouwen juist wel vaker bij de huisarts terugkomen omwille van andere kwalen. Jonge vrouwen zouden zich ook minder laten screenen, dit is waarschijnlijk deels te wijten aan de HPV-vaccinatie en deels aan de communicatie naar deze jonge patiënten waarbij er naar een efficiënter alternatief moet gepolst worden in plaats van de klassieke brief en informatiefolder via de post. Daarnaast bleek dat ook vrouwen van allochtone afkomst (zijnde vrouwen waarvan de eerste nationaliteit niet Belgisch is) zich minder lieten screenen, slechts één op twee liet zich screenen en het grootste deel van deze vrouwen bleek van Oost-Europese afkomst.

Bij vrouwen met een lage socio-economische status en vrouwen met een beperking bleek het risico om niet gescreend te worden ook hoger te liggen. (5)

De rol van de huisarts

De richtlijn cervixkankerscreening van Domus Medica benadrukt de rol van de huisarts. Hierin wordt verwezen naar de cruciale taak van de GMD-houdende huisarts om te informeren naar de tijdstippen van screeningsonderzoeken en de voor- en nadelen om zowel over- als onderscreening te vermijden, alsook het correct communiceren van de resultaten en de nodige opvolgacties ifv de uitkomst van het uitstrijkje. (6) Hiervoor werden in het verleden reeds verschillende tools ter beschikking gesteld, zoals een e-mail/brief naar de patiënt, bij patiënten die niet reageren, beveelt de richtlijn aan telefonisch contact op te nemen. Vanuit het bevolkingsonderzoek Vlaanderen wordt een uitnodigingspakket aangeboden aan huisartsen met gepersonaliseerde brief en informatiebrochure. (7) Huisartsen worden gemotiveerd om hun ongescreende patiënten op te sporen en aan te spreken persoonlijk tijdens consultatie, via e-mail of telefonisch. Algemene e-mailings op basis van screening binnen programma's voor beheer van medisch dossier zoals bvb. CareConnect worden standaard gebruikt om specifieke patiëntengroepen op te sporen en op de hoogte te stellen van nodige onderzoeken of ingrepen. Het bevolkingsonderzoek biedt de huisarts ondersteuning bij het voeren van een audit om niet-responders op te sporen. (8) Ze beveelt dan ook aan om bij patiënten waarvoor geen e-mailadres beschikbaar is of waarvoor deze communicatieweg niet gebruikelijk is, om proactief telefonisch contact of ad

hoc bespreking tijdens een consult toe te passen om zoveel mogelijk patiënten te laten screenen. (9,10)

Studie rationale en doelstelling

Dit kwaliteit verbeterend project onder vorm van kwantitatieve en kwalitatieve studie in de huisartsenpraktijk had als doel om de invloed van een aanvullend telefonisch motiverend gesprek na een persoonlijke e-mail door de huisarts te bestuderen. Zoals al vermeld in de richtlijn van Domus Medica, speelt de huisarts een cruciale rol in het informeren van patiënten over deze screening. Dit is zeker belangrijk bij menopauzale vrouwen die eerder hun uitstrijkje bij de gynaecoloog lieten doen in het kader van anticonceptiebezoeken, maar zich daarna niet meer lieten screenen, omdat ze onvoldoende op de hoogte zijn van de risico's of de mogelijkheid om een uitstrijkje bij de huisarts te laten nemen. Echter, kwantitatieve gegevens rond de invloed van een motiverend gesprek in deze specifieke populatie blijken niet beschikbaar.

Bovendien blijkt uit de cijfers uit de te bestuderen regio dat bij vrouwen van 55 tot 65 jaar de totale dekkingsgraad daalt onder de beoogde WHO-doelstelling van 65%. (11)

Sinds juli 2023 wordt de datum van het laatste screeningsuitstrijkje op een gestructureerde manier doorgestuurd naar het elektronisch medisch dossier (EMD). Hierdoor kunnen patiënten die onvoldoende gescreend zijn snel geïdentificeerd worden.

Gezien de lagere dekkingsgraad in de Denderregio bij vrouwen van 55 tot 65 jaar die in aanmerking komen voor een uitstrijkje, werd er beslist om deze specifieke patiëntengroep te motiveren enerzijds via persoonlijke e-mail en anderzijds via e-mail en aanvullend telefonisch contact in 2 lokale landelijkgelegen groepspraktijken.

Als de resultaten van deze gepersonaliseerde motiverende gespreksvoering positief zijn, kan deze werkwijze de participatiegraad in deze specifieke patiëntengroep positief beïnvloeden en dus ook op de mortaliteit van cervixkanker binnen deze huisartsenpraktijken op termijn verbeteren. In dat geval zal het bijkomende telefonische contact na versturen van de e-mail geïmplementeerd worden in beide praktijken.

Secundair werden ook de redenen van niet-participatie in kaart gebracht voor deze specifieke patiëntenpopulatie, om in de toekomst de communicatie nog beter aan de noden van deze vrouwen te kunnen aanpassen.

2. Literatuurstudie

2.1. Zoekstrategie

Onderzoeksvraag literatuurstudie

Wat is de invloed van actief contact door de huisarts op de deelname aan baarmoederhalskankerscreening bij patiënten die in aanmerking komen voor screening, en specifiek bij de populatie van 55 tot 65 jaar?

Bijvraag: welke invloed heeft een motiverend gesprek (door de huisarts) op de deelname aan (kanker)screening? En zijn hier leeftijdsgebonden verschillen?

In- en exclusiecriteria zoekopdracht

- Onderzoekspopulatie: vrouwen tussen de 25 en 65 jaar die in aanmerking komen voor baarmoederhalsscreening
- Publicatieperiode: 01/01/2013 tot en met heden
- Onderzoek setting: screening op populatieniveau
- Taal: Nederlands of Engels
- Beschikbaarheid “Full text”: noodzakelijk
- Artikels moeten volgens IMRED zijn opgebouwd: nee

Gebruikte bronnen en zoekterm volgens graad van evidentie

Richtlijnen:

- KCE: zoekterm “cervical cancer”
- Domus Medica: zoekterm “baarmoederhalskanker”
- EBPracticenet: zoekterm “baarmoederhalskanker” en “cervixkanker”
- NHG: zoekterm “baarmoederhalskanker”
- NHS: zoekterm “cervical cancer”
- WHO: zoekterm “cervical cancer”

Synopsissen van synthesen:

- Minerva: zoekterm “baarmoederhalskanker” en “cervixkanker”

Syntheses:

- Cochrane Library: zoekterm: Title Abstract Keyword: “cervical cancer” AND “screening” vanaf 01/01/2013 tot en met heden.

Primaire studies:

- PubMed:
  - zoekterm ("uterine cervical neoplasms"[MeSH Terms] AND "early detection of cancer"[MeSH Terms] AND "general practice"[MeSH Terms]) AND ((2013:3000/12/12[pdat]) AND (dutch[Filter] OR english[Filter]))
  - zoekterm ("uterine cervical neoplasms"[MeSH Terms] AND "early detection of cancer"[MeSH Terms] AND "barriers"[Other Term]) AND ((2013:3000/12/12[pdat]) AND (dutch[Filter] OR english[Filter]))
  - zoekterm ("uterine cervical neoplasms"[MeSH Terms] AND "early detection of cancer"[MeSH Terms] AND "telephone"[Other Term]) AND ((2013/1/1:3000/12/12[pdat]) AND (dutch[Filter] OR english[Filter]))

  De referenties van de gevonden publicaties werden gebruikt om cijfers te verifiëren.
- Sneeuwbalmethode: cijfers rond baarmoederhalskankerscreening uit Vlaanderen afkomstig via site van Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en site van kankerregister. Via onder andere deze artikels werd de sneeuwbalmethode ook gebruikt. (1)

2.2. Literatuuronderzoek

Hoe verloopt baarmoederhalskankerscreening in Vlaanderen (1,9,10)

In juni 2013 startte de Vlaamse overheid met een bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (BVO BHK). Het onderzoek spoort alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar aan om op regelmatige tijdstippen een uitstrijkje te laten nemen. Tot eind 2024 gebeurde dit voor alle vrouwen om de 3 jaar en werd elk staaltje op afwijkende cytologie onderzocht. Vanaf 1 januari 2025 wordt de tijd tussen 2 uitstrijkjes bepaald door de leeftijd. Voor vrouwen van 25 tot en met 29 jaar verandert de frequentie niet en worden ze elke 3 jaar uitgenodigd via het Centrum voor Kankeropsporing, waarbij het uitstrijkje op afwijkende cytologie onderzocht wordt. Voor vrouwen tussen de 30 en 64 jaar gebeurt het uitstrijkje nu om de 5 jaar en wordt het staal eerst onderzocht op de aanwezigheid van humaan papillomavirus (HPV). Bij een negatieve PCR-test wordt het onderzoek herhaald om de 5 jaar. Als deze PCR-test HPV aantoont, gebeurt er een reflexcytologie. Als er hoogrisico-HPV16- of HPV18-positiviteit wordt aangetoond, wordt er ook een colposcopie uitgevoerd. Blijkt uit de cytologie dat er geen maligniteit of intra-epitheliale laesie (NILM) aantoonbaar is, wordt de HPV PCR-test alsnog na 12 maanden herhaald.

tabel 1. Nieuw testschema vanaf 1/1/2025: primaire screening & reflextesten (triage)

Leeftijdscategorie	Primaire screening	Frequentie	Triage - reflextest (na positieve primaire test)	2de triage – herhalingstest (na 12 maanden)
≤24 jaar	Geen	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.
25-29 jaar *(Figuur 1)*	Cytologie	Om de 3 kalenderjaren	Resultaat ASC-US -> reflex HPV-test	hrHPV pos. -> herhaal cytologie Resultaat primaire screening LSIL -> herhaal cytologie
30-64 jaar *(Figuur 2)*	HPV-test	Om de 5 kalenderjaren	hrHPV niet-16/18 pos. -> reflex cytologie (niet als triage: HPV16/18 pos. -> reflex cytologie + colposcopie)	Resultaat NILM -> herhaal HPV-test
65+ (exit- of inhaalscreening)[1]	Cotesting (cytologie+HPV) op hetzelfde staal	Eénmalig	N.v.t.	hrHPV niet-16/18 pos. + NILM -> herhaal HPV-test hrHPV neg. + ASC-US -> herhaal HPV-test

[1] Indien de afgelopen 10 jaar geen screening werd terugbetaald.

Het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) stuurt in het kader van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker een uitnodiging via My eBox. Als het bericht niet geopend wordt of de My eBox is niet geactiveerd, wordt een uitnodiging per post verstuurd. Door de mail jaarlijks rond de verjaardag van de vrouw te versturen, wordt de doelgroep gespreid uitgenodigd. Hierdoor worden piekmomenten en overbelasting van artsen vermeden.
Vrouwen waarvan de baarmoederhals verwijderd is, die de diagnose hebben gehad van baarmoederhalskanker en diegenen die er zelf voor opteren geen uitnodiging te ontvangen, worden niet meer uitgenodigd. Vrouwen die minder dan 48 maanden geleden een negatief uitstrijkje lieten nemen, worden ook tijdelijk niet meer uitgenodigd.

Faalveiligheidssysteem (10)

Naast de reguliere screening bestaat in België ook een faalveiligheidssysteem.

Het CvKO ontvangt de gegevens via het Belgian Cancerregistry (BCR), deze instelling gaat via een faalveiligheidssysteem na of vrouwen met een afwijkend screeningsresultaat de nodige medische opvolging hebben gekregen, met andere woorden dat er tijdig

diagnostische en therapeutische acties ondernomen zijn (bv. tijdige herhaling cervixcytologie, colposcopisch onderzoek zo geïndiceerd, biopsiename, …).

Daarnaast wordt er ook voor gezorgd dat vrouwen met een uitstrijkje van onvoldoende kwaliteit worden opgevolgd en opnieuw worden gescreend. Immers, zonder passende opvolging na een afwijkend screeningsresultaat kan een bevolkingsonderzoek niet performant zijn.

Het Belgian Cancerregistry (BCR) bekijkt vier keer per jaar, op basis van zowel het cytohistopathologisch register als de InterMutualistisch Agentschap (IMA) databank, wie in het faalveiligheidssysteem terecht komt, en overhandigt de lijst aan het CvKO.

In juli 2026 werden vrouwen die in aanmerking komen voor het BVO BHK verwittigd via My eBox dat ze voortaan ook zelf de resultaten van hun uitstrijkje ontvangen van het CvKO als het is afgenomen in kader van het Bevolkingsonderzoek. Ze krijgen het resultaat via My eBox of via de post en kunnen het ook raadplegen via www.mijngezondheid.be.

Communicatie naar de huisarts (10)

Sinds juli 2023 geeft het Centrum voor Kankeropsporing de datum van het meest recente uitstrijkje van de patiënten met een GMD (Globaal Medisch Dossier) door aan de huisarts, als “laboresultaat” met verzender: Centrum Voor Kankeropsporing vzw of CVKO vzw. Viermaal per jaar wordt een update verstuurd. Hierdoor wordt deze datum gestructureerd opgeslagen in het EMD van de betrokken patiënt, en kan het dus bevraagd worden door de statistische module van het elektronisch medisch dossier (EMD). Dit stelt de huisarts in staat om alle patiënten die in aanmerking komen en waarvan ze het GMD beheren te contacteren om hen te herinneren aan hun uitstrijkje zoals aanbevolen door de richtlijn van Domus Medica. Ook de opvolging en doorverwijzing in geval van afwijkende uitstrijkjes (faalveiligheidssysteem) gebeurt volgens de richtlijnen van Domus Medica en Sciensano.

Toekomst van baarmoederhalskankerscreening in Vlaanderen (10, 15, 16)

Momenteel is de richtlijn cervixkanker van Domus Medica onder review. Een definitieve datum voor de nieuwe richtlijn is nog niet bekend, maar staat wel op de planning van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL). Zoals eerder vermeld, is de richtlijn voor het afnemen van uitstrijkjes en screening aangepast en is deze sinds 01/01/2025 in kracht. Deze “clinical guidance” werd onder leiding van Sciensano uitgeschreven en is algemeen beschikbaar.

Een ander aspect van de huidige screening is dat er te weinig vrouwen gescreend worden en degenen die gescreend worden, worden te frequent gescreend. Er worden te veel colposcopieën uitgevoerd. Het is dus belangrijk om een duidelijke communicatie te hebben over de juiste opvolging na cytologisch onderzoek om dit te vermijden.
In Nederland gebeurt HPV-screening bij 30-jarigen via een zelfafname test die hen thuis wordt opgestuurd. Bij de andere populatiegroepen, gebeurt screening via uitstrijkje bij de arts (Huisarts of gynaecoloog) en krijgen enkel de vrouwen die binnen de 12 weken niet reageerden op de uitnodiging tot screening bij de arts een zelfafname test thuis gestuurd. (13) Op termijn kan ook dit een optie worden in België, voorlopig is er wel nog geen terugbetaling voorzien voor de zelftest, en de prijs van bijvoorbeeld een Evalyn brush

bedraagt ongeveer 30 euro in tegenstelling tot het uitstrijkje waarvoor de patiënte zelf niet hoeft te betalen.

Deelname aan baarmoederhalskankerscreening (4,12)

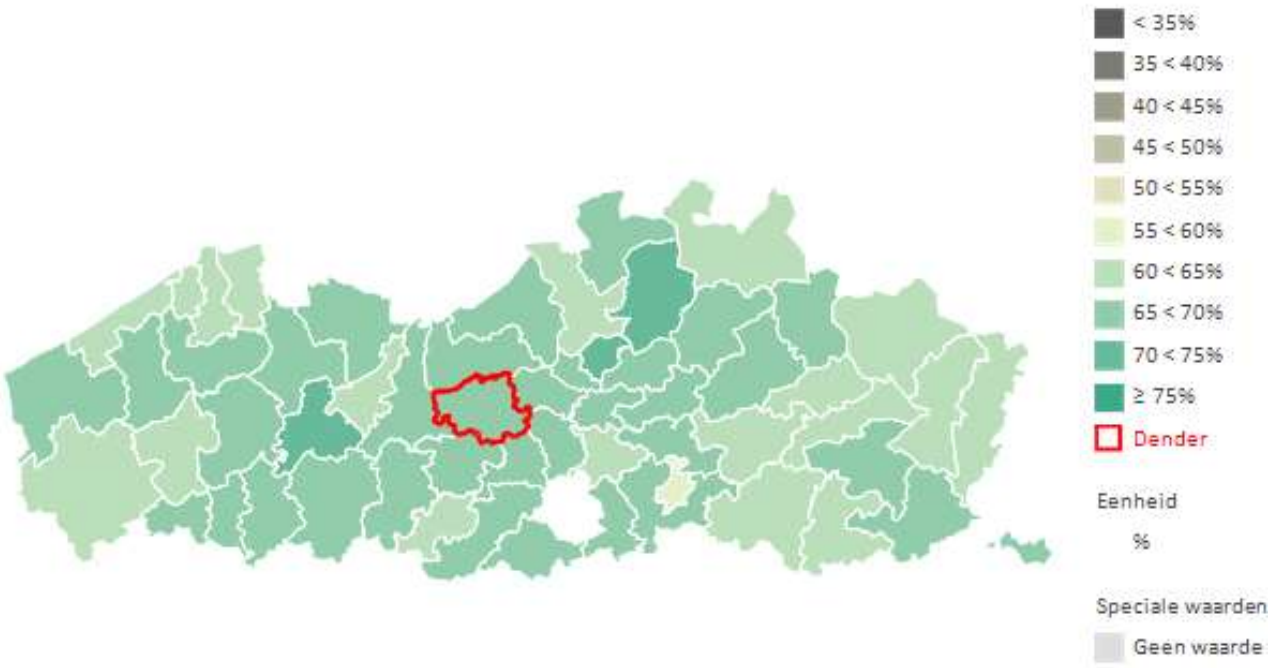
Uitleg over de terminologie:

De totale dekkingsgraad = het percentage vrouwen van de volledige doelgroep

- dat een uitstrijkje liet nemen na het ontvangen van een uitnodiging van het BVO BHK
- dat een uitstrijkje liet nemen op eigen initiatief
- waarbij een screening niet aangewezen is om medische redenen
- vrouwen die geen baarmoederhals meer hebben, of medisch gevolgd moeten worden wegens een kankerdiagnose in het verleden (ontvangen geen uitnodiging voor deelname aan het bevolkingsonderzoek.)

In Vlaanderen was de totale dekkingsgraad van het BVO BHK in 2023 66,1%, waarbij voor het eerst de doelstelling van 65% gesteld door het Vlaams Actieplan werden behaald.

Wanneer we kijken naar deze cijfers in de eerstelijnszone Dender, waar Buggenhout en Lebbeke deel van uitmaken, dan merken we dat de totale dekkingsgraad in 2024 66,9% was. Dit betekent dat er 33,1% van de vrouwen in de doelgroep zich niet preventief laat onderzoeken.

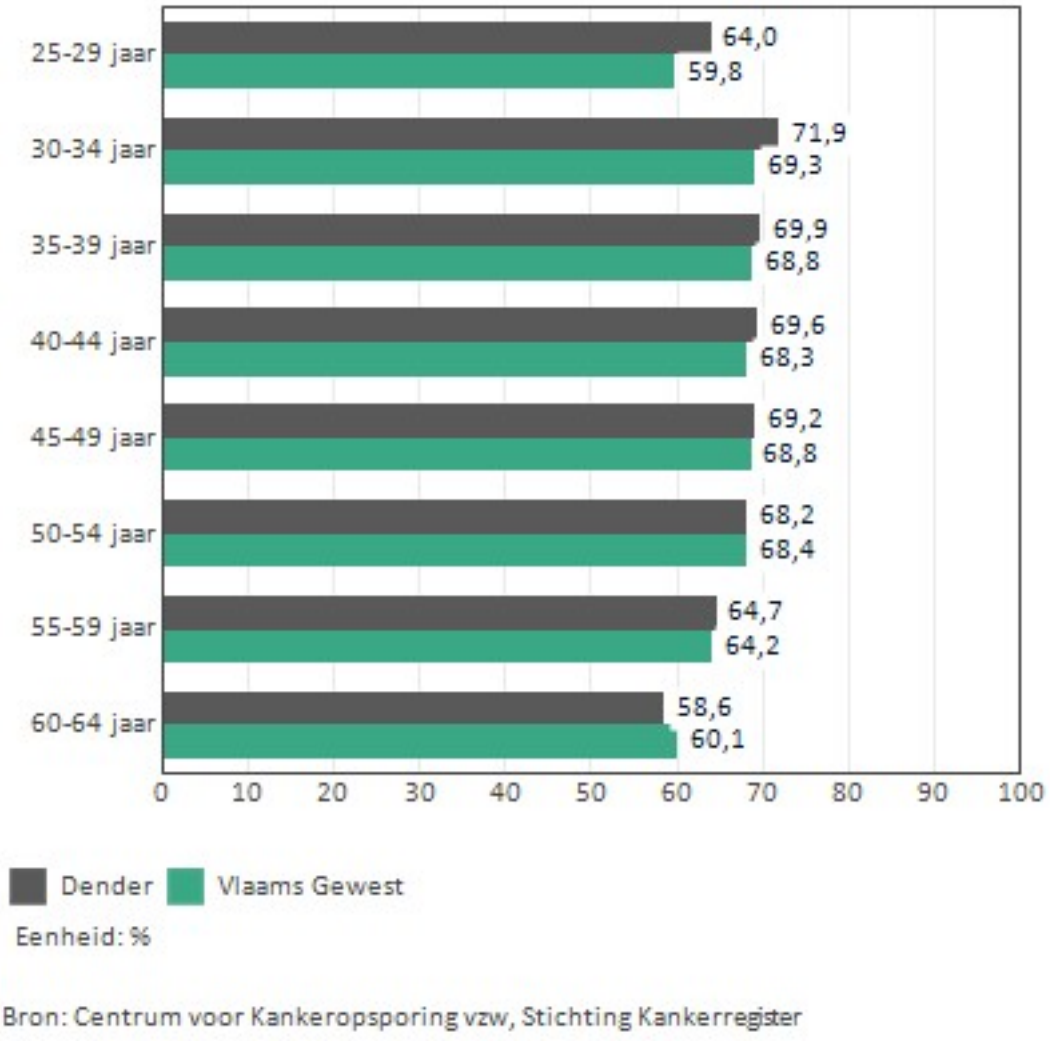


Bron: Centrum voor Kankeropsporing vzw, Stichting Kankerregister

FIGUUR 1: Totale dekkingsgraad (%) per ELZ. Vlaams Gewest 2024, 25- tot 64-jarige vrouwen.

Globaal gezien doen we het in de bestudeerde regio dus niet slecht en halen we de Vlaamse actiedoelstelling. Als we echter naar de totale dekkingsgraad per leeftijdsklassen kijken, zien

we dat de totale dekkingsgraad vanaf de leeftijd van 55 jaar daalt naar 64,7% en 58,6% respectievelijk in de leeftijdscategorieën van 55-59 jaar en 60-64 jaar in de eerstelijnsregio Dender. Bij de oudste categorie presteren we zelfs iets minder goed dan het Vlaams Gewest.



FIGUUR 2: Totale dekkingsgraad (%) per 5-jarenklasse in 2024 ELZ Dender, vergeleken met het Vlaams Gewest.

Redenen waarom vrouwen niet deelnemen aan cervixkankerscreening

Een Britse studie onderzocht de heterogeniteit van vrouwen die niet in het nationaal screeningsprogramma participeerden via computer geassisteerde interviews bij 3113 vrouwen die in aanmerking kwamen voor screening. De vrouwen moesten hun begrip van screening en intentie om in de toekomst deel te nemen evalueren. Op basis daarvan werden ze verdeeld in 5 types niet-participanten. Van de 793 niet-participanten was 28% niet op de hoogte van screening, 15% had besloten om niet te participeren en 51% was van plan om wel deel te nemen, maar was te laat. Bij jongere vrouwen waren er meer die ofwel niet op de hoogte waren van screening ofwel het wel van plan waren, maar te laat waren voor screening, terwijl bij oudere vrouwen van 55 tot 64 jaar er meer waren die beslist hadden

om niet te worden gescreend. Vrouwen uit een lagere sociale klasse of werkloze vrouwen waren vaker niet op de hoogte van screening, wanneer er gekeken werd naar sociale status en werkstatus.

Bij de vrouwen die van plan waren om te participeren maar te laat waren, werd gesuggereerd dat reminders hen zou kunnen overtuigen om toch tijdig te gaan screening. (17)

Een andere Britse kwalitatieve studie onderzocht de redenen waarom vrouwen niet deelnamen aan het nationaal screenings programma met behulp van focusgroepdiscussies. De voornaamste barrières om deel te nemen bleken opnieuw eerder van praktische aard bij jongere vrouwen (zoals timing) en eerder negatieve houding naar de screening zelf bij oudere vrouwen (zoals het nemen van een uitstrijkje zelf, of de angst voor resultaten) (18)

Een Zweedse studie bekeek de redenen voor niet deelnemen aan baarmoederhalskankerscreening op basis van 133 telefooninterviews met niet-deelnemers. De meest voorkomende redenen om niet te participeren waren dat patiënten zich gezond voelden, tijdsgebrek en ongemak van het gynaecologisch onderzoek. (19)

In een Nederlandse literatuurstudie bleken allochtone vrouwen (zoals Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen) minder vaak deel te nemen aan het Nederlandse bevolkingsonderzoek dan autochtone Nederlanders. Twee publicaties bestudeerden de knelpunten bij screening van allochtone vrouwen en kansen om de opkomst van allochtone vrouwen te verhogen. Allochtone vrouwen bleken door een taalachterstand moeite te hebben om de informatie in de uitnodigingsbrief te begrijpen en zij zien het nut van het onderzoek minder in wanneer zij op dat moment geen symptomen hebben. Een lage sociaaleconomische status wordt eveneens geassocieerd met niet-deelname aan screening. Ook leeftijd is van invloed op deelname. Tot 45 jaar geldt dat leeftijd positief gerelateerd is aan deelname aan het Bevolkingsonderzoek. Vanaf 45 jaar is deze relatie andersom: er bestaat dan een negatief verband tussen leeftijd en deelname. (20)

In nog een andere Nederlandse studie gaven 233 patiënten die niet participeerden aan het bevolkingsonderzoek via een vragenlijst antwoord op de reden waarom ze niet participeerde. De volgende vijf redenen werden het meest frequent aangekruist door de ‘ware non-responders’:

1. ik ben vergeten een afspraak te maken (39.2%);

2. ik heb een andere reden (38.0%);

3. ik schaam mij als een man het uitstrijkje bij mij maakt (28.7%);

4. het laten maken van een uitstrijkje lijkt mij pijnlijk (21.1%);

5. ik ben bang voor de uitslag van het uitstrijkje (19.4%).

Bijna 40% van de non-respons wordt verklaard door vergeetachtigheid van de vrouwen. Achtendertig procent geeft aan een andere reden te hebben dan in de Multi response-set wordt genoemd, te weten: ziekte of een ziekenhuisopname (n=12), verhuizing (n=6) en het feit dat zij nooit een uitnodiging hebben ontvangen (n=6). Analyse van deze barrières volgens leeftijd toont aan dat de 60-jarigen het significant moeilijker vinden om naar de huisartspraktijk toe te komen voor het laten maken van een uitstrijkje ($p = 0.04$) en zij zien de noodzaak van het laten maken van een uitstrijkje als ze geen klachten hebben minder in ($p = 0.03$). (20)

In een Zwitserse studie werd op basis van interviews van 556 vrouwen die geen uitstrijkje lieten nemen in de laatste 3 jaar de redenen nagegaan. De belangrijkste redenen waren van praktische aard, zoals tijdsgebrek of de kost van het onderzoek. Deze barrières werden vaker vernoemd door werkende vrouwen, vrouwen die seksueel inactief zijn en vrouwen zonder ziekteverzekering. Bij jonge vrouwen, niet-Europese vrouwen en vrouwen zonder kinderen was de kans groter dat ze nooit eerder deelnamen aan een screeningsprogramma. (21)

Invloed van motiverend gesprek door huisarts op deelname aan screening

In een Europese studie naar het initiatief tot screening, hetzij door de patiënt, hetzij door de arts of hetzij door een screeningsprogramma, werden data verzameld uit de EU-28 in patiënten die deelnamen aan baarmoederhals-, borst- of dikke darmkankerscreening. Data werden gecollecteerd uit de Eurobarometer 66.2 voor 10186 personen in cervixkankerscreening, 5443 personen in borstkankerscreening en 9851 personen in dikkedarmkankerscreening.

Een belangrijk resultaat was dat zelfs in landen met georganiseerde screening programma's de participatie aan het programma voornamelijk gedreven bleek door de huisarts of de patiënt zelf. Specifiek voor België ging het over 358 personen die gescreend werden voor cervixkanker waarvan 36.8% op initiatief van de patiënt, 55.7% op initiatief van de huisarts en slechts 7.5% op initiatief van het screeningsprogramma gebeurde. Data waren in dezelfde lijn voor borst en dikke darmkanker en dit voor de gehele EU-28 regio. Dit onderzoek toont aan dat de rol van de huisarts in de beslissing tot deelname aan screening cruciaal is. (23)

Voorgaande studies in colorectale kankerscreening en cervixkankerscreening toonden al aan dat de betrokkenheid van de huisarts in de beslissing tot het participeren aan een screeningsprogramma de participatiegraad verhoogt ten opzichte van een persoonlijke uitnodiging van het screeningsprogramma. (24,25)

Een recentere studie in Hongarije bestond uit 2 delen: een eerste gezondheidsonderzoek op basis van een vragenlijst waarbij vrouwen van 25 tot 65 jaar werden gevraagd of ze informatie gekregen hadden over baarmoederhalskanker, en een tweede programma waarbij huisartsen geïnformeerd werden over de participatie van hun patiënten in het baarmoederhalskanker-screeningprogramma en zij de patiënten moesten motiveren die de uitnodiging hadden geweigerd.

Uit het eerste deel bleek dat 74% van de doelpopulatie een screeningsonderzoek had ondergaan in de voorgaande 3 jaar. 58% van de doelpopulatie vroeg helemaal niet naar informatie over baarmoederhalskankerscreening en slechte 21% van de populatie consulteerde haar huisarts over kankerscreening. Het 2e deel toonde dat een motivationeel gesprek bij de huisarts 27% van de vrouwen die initieel niet hadden deelgenomen aan het screeningsprogramma toch efficiënt kon motiveren tot deelname. (26)

Een andere recent studie in een eerstelijns kliniek in Californië toonde aan dat educatie over baarmoederhalskankerscreening door de huisarts of andere eerstelijns arts of medewerker, de participatiegraad significant verhoogde, waarbij de meest efficiënte strategie bleek om de screening opportunistisch aan te bieden bij elke consultatie (verhoging van 8,6% in participatiegraad). (27)

Invloed van motiverend telefoongesprek op deelname aan screening

In 2021 verscheen een systematisch review opgezet om de efficiëntie van interventies ter verbetering van de participatie in baarmoederhalskankerscreening te bestuderen. De data van 38 gecontroleerde gerandomiseerde studies werden geanalyseerd. Er was een meta-analyse van 2 studies met in totaal 1899 deelnemers, die aantoonde dat vrouwen die een telefonische uitnodiging tot screening kregen, significant hogere participatie aan screening vertoonden dan vrouwen die een uitnodiging per brief kregen. (28)

De CRICERVA-studie is een Spaanse cluster-gerandomiseerde studie die, in een totaal van 15965 patiënten van 30 tot 70 jaar die geen recent uitstrijkje (binnen 3,5 jaar) geregistreerd hadden in de Publieke Gezondheidszorg databasis, het effect van 3 verschillende soorten interventies ging vergelijken met de standaard opportunistische manier van screening in de controlegroep. De eerste groep kreeg een gepersonaliseerde uitnodigingsbrief, de tweede groep kreeg een gepersonaliseerde uitnodigingsbrief en informatiebrochure en de derde groep kreeg een uitnodigingsbrief en een informatiebrochure gevolgd door een gepersonaliseerd telefonisch contact. Elke interventie had een significant positief effect ten opzichte van de controlegroep waarbij een participatie van 84,1% werd bereikt vs. 64,8% in de controlegroep. De hoogste impact werd geregistreerd in de 3e groep, die uitnodigingsbrief, informatiebrochure en telefonisch contact kreeg en de impact steeg met de leeftijd en was het grootst bij vrouwen boven de 60 jaar, waar er 32% zich alsnog liet screenen na de interventie. (29)

De RACOMIP-studie is een Zweedse gerandomiseerde studie die het effect en kostenefficiëntie van een extra telefoon contact door een vroedvrouw (van een van de 71 participerende antenatale gezondheidsklinieken) ging vergelijken met de standaard screening approach in Zweden in 8800 patiënten tussen 30 en 62 jaar, die geen uitstrijkje meer hadden laten nemen in de 2 laatste screeningsrondes. 4000 patiënten werden gerandomiseerd in de telefoon arm, 4000 in de controle arm (die enkel de standaard jaarlijkse uitnodiging kregen tot een uitstrijkje werd geregistreerd) en 800 patiënten kregen een HPV zelftest via de post opgestuurd. Een significant hoger aantal vrouwen nam deel na het extra telefooncontact (13%) versus de controlegroep (3,9%). In deze studie was het effect bij vrouwen van 30 tot 40 jaar beter dan bij vrouwen van 41 tot 62 jaar. De kosten van het bijkomende telefonisch contact bleek daarnaast ook kostenefficiënt te zijn in kader van het al bestaande screeningsprogramma.

Ook in deze studie werden spontaan gemelde redenen voor niet-deelnemen aan de screening genoteerd in 669 gevallen. Hoewel de redenen sterk varieerden, waren praktische obstakels ook in deze studie de belangrijkste reden. Daarnaast werd fysieke of mentale ziekte, fysieke beperking of mentale retardatie ook vermeld. Sommige vrouwen vonden het niet nodig omdat ze zich gezond voelden, anderen wensten niet te weten of ze cervicale dysplasie hadden. Andere redenen waren een voorgeschiedenis van seksueel misbruik, nog nooit seksueel contact gehad of zich niet comfortabel voelen met gynaecologisch onderzoek of hulp van artsen in het algemeen. Sommigen hadden al een uitstrijkje laten afnemen, en andere hadden dit al later ingepland. Transgender chirurgie was een zeldzame reden. Enkele vrouwen stelden dat ze de kost van de visite niet konden betalen, net verhuisd waren uit de regio of konden zichzelf moeilijk verstaanbaar maken. (30)

3. Studie objectieven en eindpunten

3.1. Primair objectief

De onderzoeksvraag was de volgende:
Leidt het toevoegen van een telefonisch motivationeel gesprek ten opzichte van enkel een persoonlijke e-mail tot een verhoogde participatiegraad bij niet-deelnemende vrouwen (of trans-mannen) van 55 tot 65 jaar binnen de huisartsenpraktijk?

- P: vrouwen (of trans-mannen) van 55 tot en met 64 jaar uit de doelgroep (= Vrouwen/trans-mannen van 25 tot en met 64 jaar, exclusief vrouwen waarvan de baarmoederhals verwijderd is, of die de diagnose hebben gehad van baarmoederhalskanker en diegenen die er zelf voor opteren geen uitnodiging te ontvangen.) die niet deelnamen aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker (BVO BHK).
- I: uitnodiging via e-mail vs. uitnodiging via e-mail en telefonisch kort motiverend gesprek door de huisarts
- C: participatiegraad van patiënten uit de doelgroep voor de interventie.
- O: participatiegraad van patiënten uit de doelgroep na de mail en het motiverende telefonische gesprek.

3.2. Secundair objectief

Wat zijn de redenen van niet-participatie in de beoogde patiëntengroep na de interventie?

3.3. Eindpunten

Het primair eindpunt is de participatiegraad, gedefinieerd als het percentage vrouwen (en trans-mannen) van de volledige doelgroep (vrouwen en trans-mannen van 55 tot en met 64 jaar met een EMD):

- dat een uitstrijkje liet nemen na het ontvangen van een uitnodiging van het BVO BHK
- dat een uitstrijkje liet nemen op eigen initiatief
- waarbij een screening niet aangewezen is om medische redenen
- patiënten die geen baarmoederhals meer hebben, of medisch gevolgd moeten worden wegens een kankerdiagnose in het verleden (ontvangen geen uitnodiging voor deelname aan het bevolkingsonderzoek.)

4. Studiedesign

Deze prospectieve, niet-gerandomiseerde, interventionele multicenter studie werd uitgevoerd bij patiënten van 55 tot en met 64 jaar met een actief GMD waarvoor in de laatste 5 jaar geen screeningsonderzoek gebeurde volgens de gegevens van het CvKO. Er werd nagegaan wat het effect is op de participatiegraad van een uitnodiging via e-mail voor screening en de toegevoegde waarde van een telefonisch motivationeel gesprek.

De studie werd uitgevoerd in 2 landelijk gelegen groepspraktijken van vergelijkbare grootte en vergelijkbare patiëntenpopulatie in de gemeentes Buggenhout en Lebbeke in Oost-Vlaanderen.
In de groepspraktijk Opstal werd het effect van een gepersonaliseerde e-mail of brief nagegaan op de participatiegraad. De participatiegraad voor het uitzenden van de e-mail of brief, werd vergeleken met de participatiegraad 6 weken na het uitzenden van de e-mail.
In groepspraktijk De Grote Plaats in Lebbeke werden de patiënten die in aanmerking kwamen voor de studie gecontacteerd via een e-mail of brief en binnen de week opgebeld voor een kort motivationeel gesprek. Ook hier werd 6 weken na de interventie de

participatiegraad opnieuw geëvalueerd en vergeleken met de participatiegraad voor de interventie. Om het effect van het telefonisch motivationeel gesprek in te schatten, werden stijging in participatiegraad in de 2 praktijken met elkaar vergeleken.

Om de redenen van niet-participatie in kaart te brengen, werden alle patiënten die zich na de interventieperiode van 6 weken niet lieten screenen telefonisch gecontacteerd en kort bevraagd over hun redenen.

5. Studiepopulatie

5.1. Bestudeerde populatie

Vrouwen of trans mannen van de leeftijd van 55 tot en met 64 jaar met een GMD bij Groepspraktijk Opstal of Huisartsenpraktijk Grote Plaats in Lebbeke.

5.2. Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusie Criteria

- Vrouwen of trans mannen van de leeftijd van 55 tot en met 64 jaar met een GMD bij Groepspraktijk Opstal of Groepspraktijk De Grote Plaats in Lebbeke.
- De patiënt(e) heeft in de laatste 5 jaar niet deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker of geen uitstrijkje laten afnemen buiten het bevolkingsonderzoek

Exclusie Criteria

- De patiënt(e) behoort niet tot de doelgroep van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker
    - Vrouwen of trans mannen waarvan de baarmoederhals verwijderd is, of die de diagnose hebben gehad van baarmoeder(hals)kanker
    - Vrouwen of trans mannen die er zelf voor opteren geen uitnodiging te ontvangen
    - Vrouwen of trans mannen die in de afgelopen 5 jaar reeds een uitstrijkje lieten uitvoeren
- De patiënt(e) wordt door de huisarts beoordeeld als ongeschikt om deel te nemen (bijvoorbeeld: patiënt bevindt zich reeds in een palliatieve setting)
- De patiënt(e) heeft intussen een andere huisarts
- De patiënt(e) is intussen overleden

6. Studie evaluaties

6.1. Overzicht van de interventies en evaluaties

	Februari 2026	Februari 2026	+ 6 weken	April 2026
Groepspraktijk Opstal	Bepaling participatiegraad en identificatie in aanmerking komende patiënten	E-mail of brief	Bepaling participatiegraad en identificatie niet-participanten	Telefonisch Patiënteninterview naar redenen niet-participatie
Huisartsenpraktijk Grote Plaats	Bepaling participatiegraad en identificatie in aanmerking komende patiënten	E-mail of brief + telefonisch motivationeel gesprek	Bepaling participatiegraad en identificatie niet-participanten	Telefonisch Patiënteninterview naar redenen niet-participatie

Tabel 2: interventies en overzicht evaluaties

6.2. Detail van de interventies en evaluaties

De volgende procedure werd gevolgd ter identificatie van de patiënten die in aanmerking kwamen voor de studie in beide praktijken:

- Binnen het programma CareConnect werden de patiënten geïdentificeerd via de audit in de module statistiek: “CvKO-audit baarmoederhalskanker: Audit 31-64j”.
- Voor elke patiënte op de lijst werd gecontroleerd of ze in aanmerking kwam voor deze studie.
- Op basis van deze lijst kon binnen het programma CareConnect een e-mailing of brief opgestuurd worden naar de patiënten die geen uitstrijkje hadden in laatste 5 jaar en ouder zijn dan 54 jaar. (Dus geboren van 1962 tot en met 1971)

Simultaan met de e-mail werden in de huisartsenpraktijk Grote Plaats ook alle patiënten telefonisch gecontacteerd voor een kort motiverend gesprek.

- Het motiverende gesprek gebeurde met behulp van de informatiebrochure van het CvKO en bevatte minstens de volgende elementen:
  - De huisarts benoemt dat er werd vastgesteld dat de patiënte in aanmerking komt voor het screeningsprogramma baarmoederhalskanker, maar dat er in de laatste 5 jaar geen uitstrijkje werd genomen.
  - De huisarts legt uit wat baarmoederhalskanker is en hoe het juist ontstaat. Het belang van de regelmatige screening naar baarmoederhalskanker wordt toegelicht en er wordt nog eens uitgelegd hoe het uitstrijkje afgenomen wordt en welke testen precies uitgevoerd worden.
  - De verschillende mogelijke resultaten en verdere opvolging worden kort geschetst.
  - De huisarts gaat na of er verdere vragen of bezorgdheden zijn en geeft extra uitleg indien nodig
- Indien gewenst kan het uitstrijkje genomen worden bij de huisarts of gynaecoloog en wordt een afspraak ingepland.

- Indien de patiënte niet wenst deel te nemen aan het screeningsonderzoek, wordt dit in het medisch dossier genoteerd. De redenen waarom de patiënte niet wenst deel te nemen, worden eveneens bevraagd.

Na 6 weken werden alle patiënten die nog geen actie hadden ondernomen om een uitstrijkje te laten nemen (hetzij reeds een uitstrijkje bij de huisarts of bij de gynaecoloog laten nemen of een afspraak hebben ingepland via de praktijk) opgebeld om na te gaan of ze de mail hadden ontvangen en, indien alles goed begrepen was, wat de reden van niet-participatie was. Om dit te standaardiseren, werd gebruikgemaakt van een interviewguide.

6.3. Datacollectie en verwerking

Het betrof het nagaan van gegevens die vergaard werden binnen de algemene gangbare klinische praktijk met als doel het optimaliseren van het gebruik van reeds bestaande richtlijnen, waardoor ervan uitgegaan kan worden dat er voor de patiënten van 55 tot 64 jaar geen nadelige gevolgen waren. De identificatie van patiënten die in aanmerking komen voor deelname aan de studie, gebeurde via het beveiligd medisch dossier CareConnect op basis van de gegevens bezorgd door het CvKO en valt onder het beroepsgeheim van de artsen. Alle gegevens van telefonisch contact evenals de verzonden mails worden bewaard in het EMD in CareConnect. Voor de verdere dataverwerking werden gegevens gepseudonimiseerd door de onderzoeker en bewaard in een excel op de beveiligde sharepoint van de vakgroep huisartsengeneeskunde aan de VUB. Er werd gebruik gemaakt van Chi-kwadraattoetsen bij de 2 groepen om de invloed van het kort motiverend gesprek te bestuderen.

6.4. Goedkeuring door het ethisch committee

De studie werd goedgekeurd door de commissie medische ethiek van het UZ Brussel op 28/01/2026.

7. Resultaten

7.1. Studiepopulatie

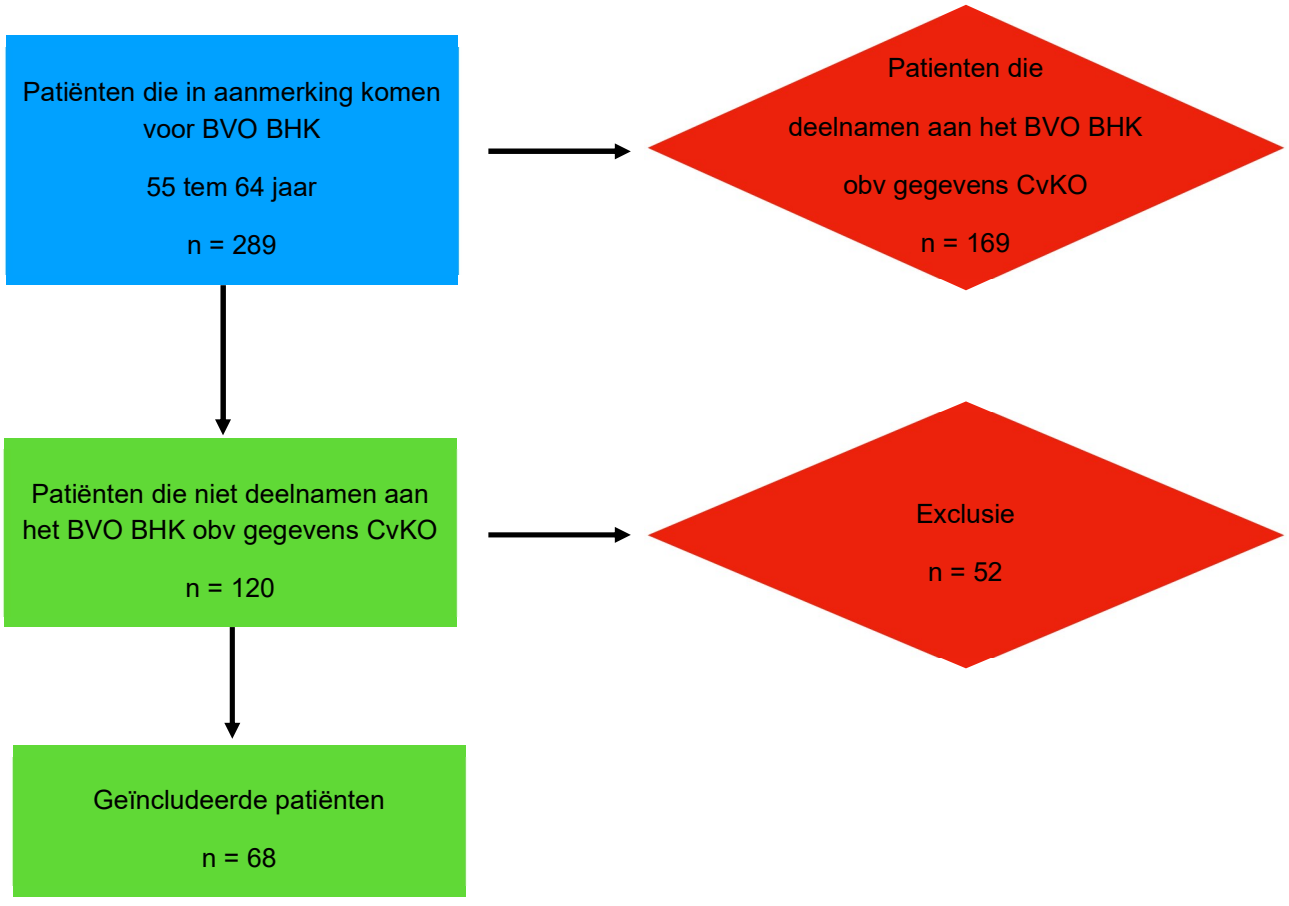
Huisartsenpraktijk de Grote Plaats Lebbeke

Op 9/2/2026 werd een Careconnect audit uitgevoerd ter identificatie van de patiënten die voldeden aan de in- en exclusiecriteria van deze studie.

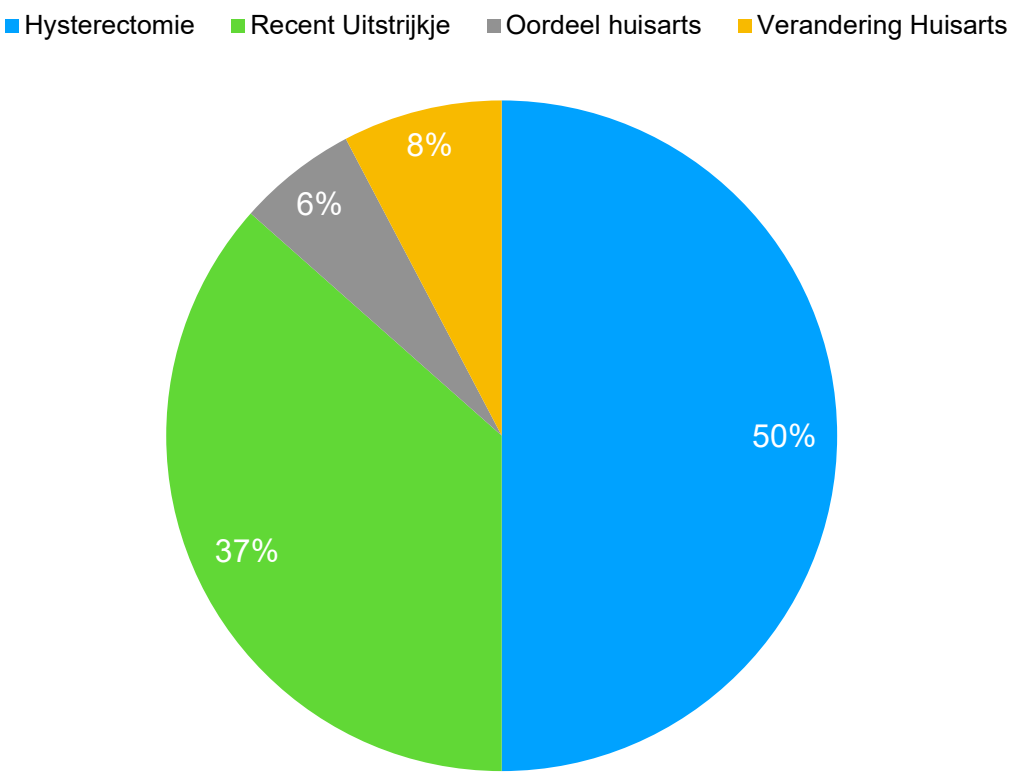
Via een eerste query werd een totaal van 289 patiënten van de leeftijd van 55 jaar t/m 64 jaar geïdentificeerd (geboren van 1971 tem 1961) die in aanmerking kwamen voor het programma screening baarmoederhalskanker van het CvKO.

Via een tweede query werd een totaal van 120 patiënten geïdentificeerd die afgelopen 5 jaar geen uitstrijkje meer hadden gehad en die niet voldeden aan de exclusiecriteria.

Gezien de gegevens voor identificatie gebaseerd werden op de data doorgestuurd door het CvKO en niet op andere gegevens in Careconnect, werd elk individueel patiëntendossier van deze 120 patiënten gescreend op mogelijke exclusiecriteria. Patiënten met toch een hysterectomie in de voorgeschiedenis (n = 26), recent uitstrijkje (n = 19), die volgens oordeel huisarts niet in aanmerking komen (n = 3) of recent veranderd waren van huisarts (n = 4) werden uitgesloten en uiteindelijk werden 68 patiënten gecontacteerd via e-mailing (n = 55) of per brief (n = 13) indien hun e-mailadres niet gekend was. Elk van deze patiënten werd de week nadien ook telefonisch gecontacteerd.



Figuur 3: Flowchart patiënten inclusie Huisartsenpraktijk Grote Plaats Lebbeke



Figuur 4: Redenen tot exclusie van de patiënten die in aanmerking kwamen voor BVO BMHK maar volgens het CvKO geen uitstrijkje in de afgelopen 5 jaar hadden. Absolute en procentuele cijfers voor Huisartsenpraktijk Grote Plaats Lebbeke

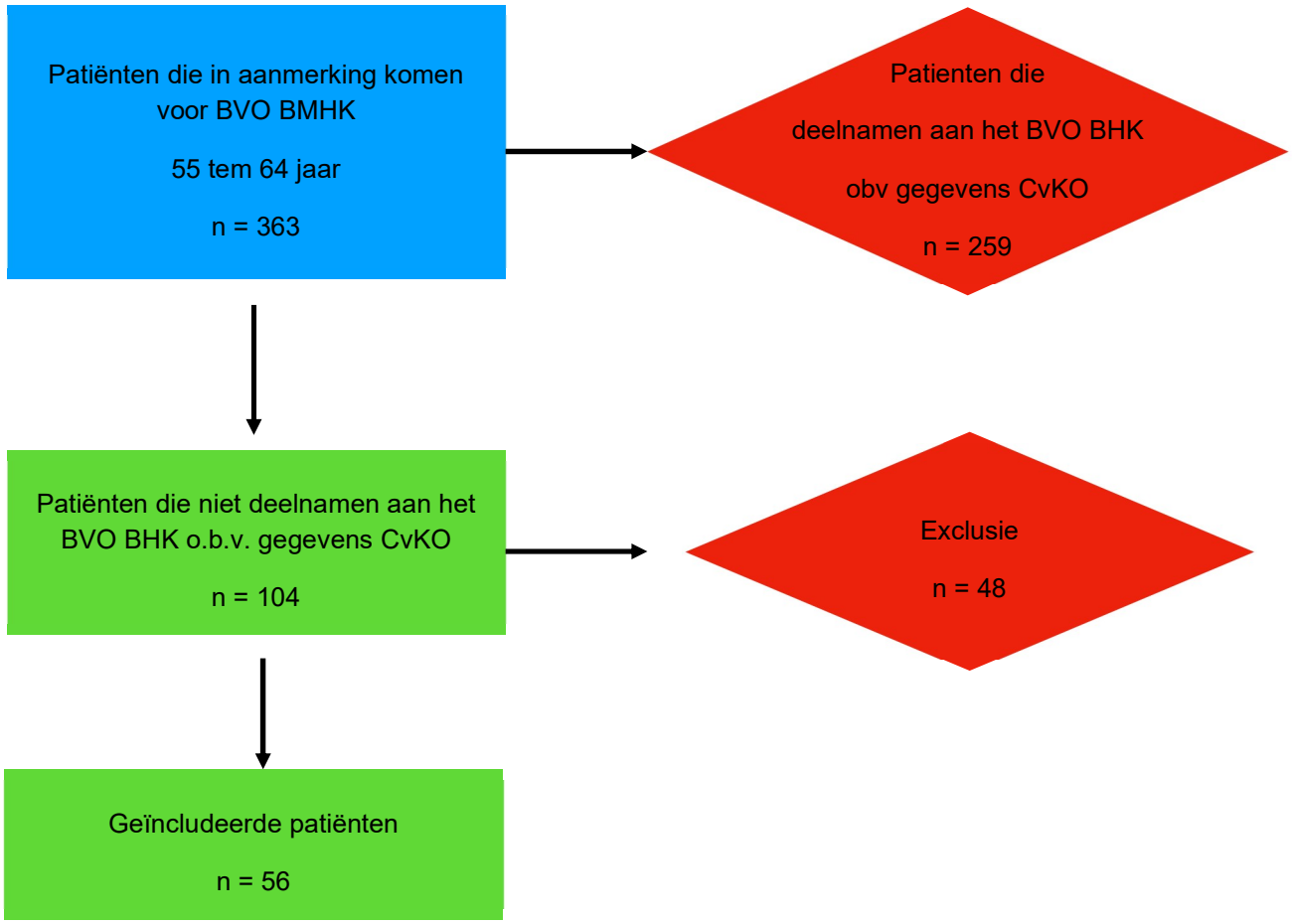
Groepspraktijk Opstal

Op 10/2/2026 werd een Careconnect audit uitgevoerd ter identificatie van de patiënten die voldeden aan de in- en exclusiecriteria van deze studie.

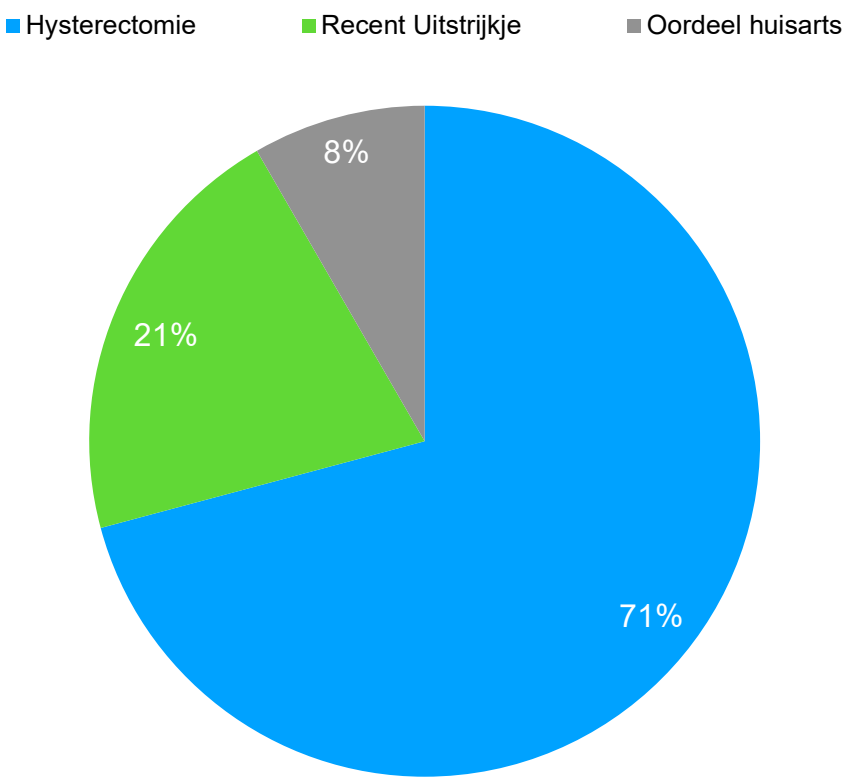
Via een eerste query werden in totaal 363 patiënten geïdentificeerd, die tussen de 55 jaar en 64 jaar oud zijn (geboren van 1971 tem 1961) en in aanmerking kwamen voor het programma screening baarmoederhalskanker van het CvKO.

Via een tweede query werd een totaal van 104 patiënten geïdentificeerd die afgelopen 5 jaar geen uitstrijkje meer hadden gehad en die niet voldeden aan de exclusiecriteria.

Ook hier werd elk individueel patiëntendossier van deze 104 patiënten gescreend op mogelijke exclusiecriteria. Patiënten met toch een hysterectomie in de voorgeschiedenis (n = 34), recent uitstrijkje (n = 10), oordeel huisarts (n = 4) werden uitgesloten en uiteindelijk werden 57 patiënten gecontacteerd via e-mailing (n = 49) of per brief (n = 8) indien hun e-mailadres niet gekend was. 6 weken na het versturen van de e-mails en brieven werden de dossiers opnieuw geconsulteerd. Elke patiënte die niet gereageerd had, werd afzonderlijk gecontacteerd.



Figuur 5: Flowchart patiënten inclusie Groepspraktijk Opstal



Figuur 6: Redenen tot exclusie van de patiënten die in aanmerking kwamen voor BVO BMHK maar volgens het CvKO geen uitstrijkje in de afgelopen 5 jaar hadden. Absolute en procentuele cijfers voor Groepspraktijk Opstal

-

7.2. Bijdrage van het telefonisch motiverend contact na e-mail of brief vs. e-mail alleen.

Resultaten Huisartsenpraktijk Grote Plaats Lebbeke: e-mail of brief gevolgd door telefonisch motivationeel gesprek

Van 16 t.e.m. 27 februari 2026 werden in de Groepspraktijk Grote Plaats Lebbeke 68 patiënten telefonisch gecontacteerd. Na 3 mislukte telefooncontacten werd een voicemail achtergelaten met de vraag zelf contact op te nemen met de praktijk.
Van de 68 telefonisch gecontacteerde patiënten waren er 7 die nooit terugbelden, ondanks de verschillende contactpogingen.
Van de overige 61 patiënten, bleek uit telefonisch contact dat slechts 3 patiënten de e-mail/brief nog niet gelezen hadden.
Na telefonische toelichting van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, bleken van de 61 patiënten:

- 5 patiënten die recent uitstrijkje hadden gehad bij de gynaecoloog en waarvan de resultaten in orde waren.
- 6 patiënten die een voorgeschiedenis van hysterectomie hadden, waar niets in het medisch dossier van terug te vinden was en dus geëxcludeerd dienden te worden
- 2 patiënten die verhuisd en veranderd waren van huisarts
- 32 patiënten die geen actie ondernomen hadden, maar na telefoongesprek zich opnieuw wensten te laten testen (26 vergeten, 3 origineel weigerachtig, 3 gynaecoloog op pensioen en niet opnieuw laten uitvoeren)
- 16 patiënten die weigerden deel te nemen

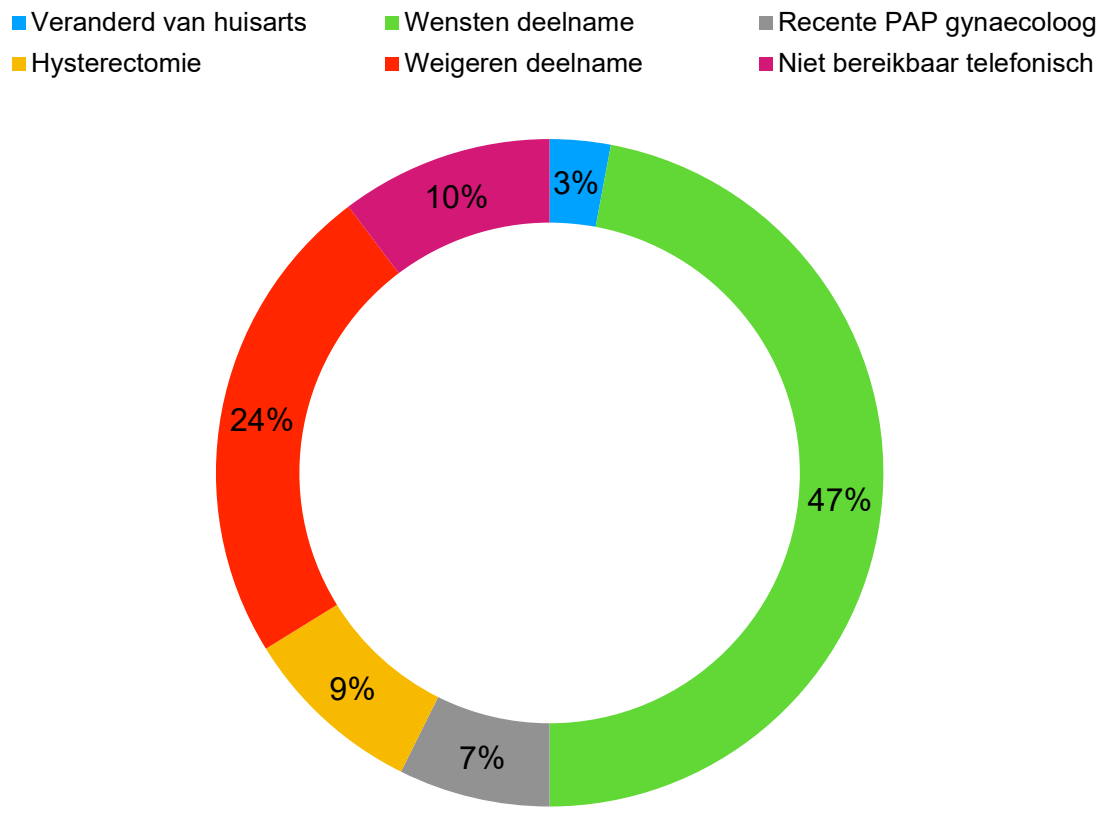


Fig 7: Resultaten van e-mailing gevolgd door telefonisch contact in Groepspraktijk Grote Plaats Lebbeke

Van de 32 patiënten die wensten deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek werden er 23 consultaties voor uitstrijkje vastgelegd tijdens het telefonisch contact. 1 patiënte had reeds bij ontvangst van de mail een afspraak bij haar gynaecoloog vastgelegd. 8 patiënten gingen zelf terugbellen om een afspraak vastleggen bij hun gynaecoloog of huisarts.

6 weken na de laatste telefonische contacten werd in de medische dossiers nagekeken hoeveel deelnames er effectief plaatsgevonden hadden.
In totaal werden 22 uitstrijkjes afgenomen, waarvan 20 bij de huisarts en 2 bij de gynaecoloog.
Van de 23 geplande consultaties kwamen 3 patiënten niet opdagen voor hun screeningsonderzoek; uiteindelijk weigerden ze toch deel te nemen.
Van de 8 patiënten die zelf een afspraak gingen inplannen, bleek slechts 1 patiënte effectief een uitstrijkje te hebben gehad, de 7 andere patiënten hadden de tijd nog niet gevonden of hadden pas later een afspraak bij de gynaecoloog ingepland.
Van de 16 patiënten die het uitstrijkje weigerden tijdens telefonisch contact, werd er ook geen uitstrijkje achteraf teruggevonden.

Resultaten uitstrijkjes:
Van de 22 uitstrijkjes waren 20 uitstrijkjes negatief en werd het normale herhalingsschema van 5 jaar aangeraden.
2 uitstrijkjes bleken positief voor HPV, waarvan 1 patiënte werd doorgestuurd voor colposcopie en uiteindelijk conisatie. De andere patiënte had een positieve PCR voor HPV, maar met negatieve genotypering en pathologisch onderzoek, en moest zich 1 jaar later opnieuw laten testen.

Resultaten Groepspraktijk Opstal: e-mailing zonder telefonisch contact

Van de 56 patiënten waarnaar een e-mail of brief werd gestuurd op 10/02/2026, werd na een termijn van 6 weken in het medisch dossier gecontroleerd wie een uitstrijkje had laten afnemen of zelf contact had opgenomen met de praktijk.
Uiteindelijk bleken 4 patiënten toch in orde met hun uitstrijkje bij de gynaecoloog, 3 patiënten hadden na ontvangst van de e-mail een afspraak gemaakt (2 bij huisarts en 1 bij gynaecoloog) en uitstrijkje laten nemen.

In totaal hadden 49 patiënten niet gereageerd en van 1/04/2026 tot 14/04/2026 werden zij telefonisch gecontacteerd om hun redenen van niet-participatie na te gaan.
Van de 49 telefonisch gecontacteerde patiënten waren er 8 die nooit terugbelden, ondanks de verschillende contactpogingen. (Belden niet terug na 3 pogingen en voicemail)

Van de overige 41 patiënten, bleek uit telefonisch contact dat 11 patiënten de e-mail/brief niet gezien hadden.
Na telefonische toelichting van het BVO BHK bleken van de 41 patiënten:
- 5 patiënten die regelmatig werden opgevolgd door hun gynaecoloog en dus wel in orde waren (gegevens medisch dossier waren niet volledig)
- 2 patiënten die verhuisd en veranderd waren van huisarts
- 19 patiënten die geen actie ondernomen hadden na de mailing, maar na telefoongesprek zich opnieuw wensten te laten testen
- 15 patiënten die weigerden deel te nemen

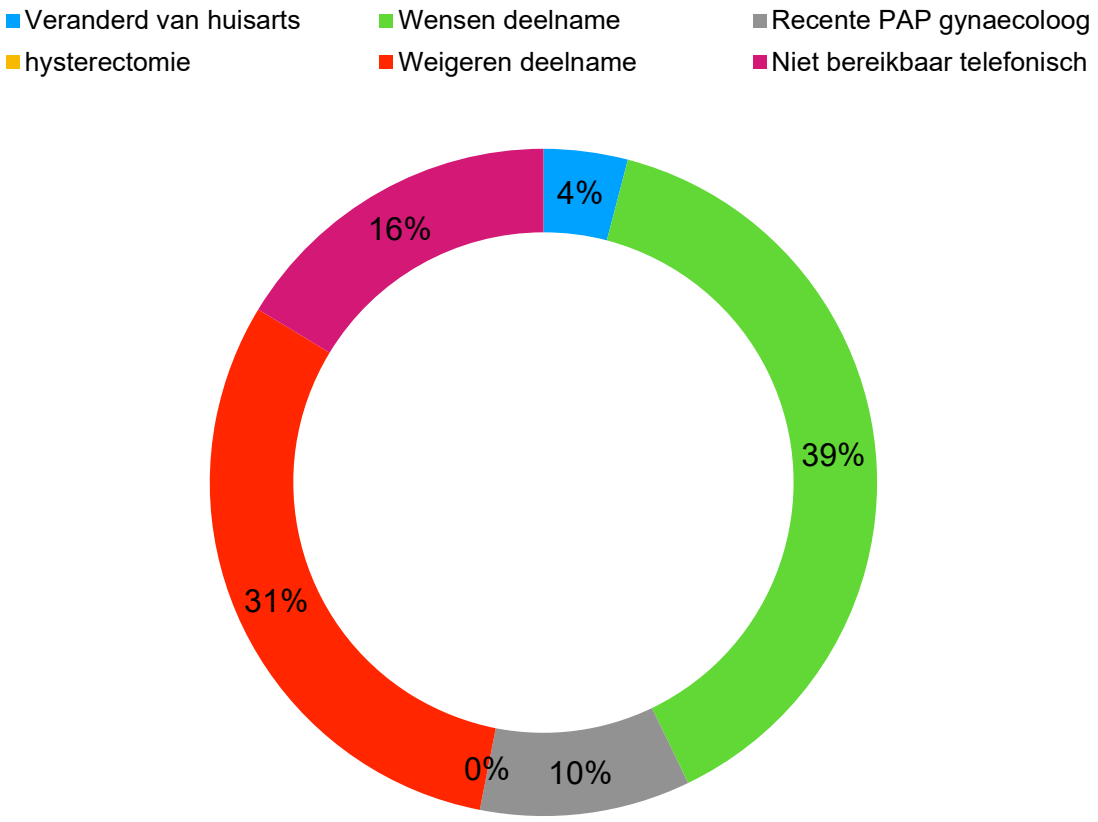


Fig. 8: Resultaten van telefonisch contact in Groepspraktijk Opstal

Aangezien er, tijdens de telefoongesprekken ter identificatie van de redenen om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek, toch 19 patiënten waren die zich opnieuw wensten te laten testen, werd er nagegaan hoeveel extra uitstrijkjes dit nog had opgeleverd na 6 weken. Er werden uiteindelijk nog 12 extra uitstrijkjes genomen die allen negatief waren en waarvoor het normale herhalingsschema van 5 jaar werd aangeraden.

7.3. Effect van het motiverend telefoongesprek op de participatiegraad

Effect van de e-mail of brief en het motiverend telefoongesprek in huisartsenpraktijk Grote Plaats Lebbeke

Pre-screening werd er in de populatie postmenopauzale vrouwen van 55 tot en met 64 jaar die in aanmerking kwamen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (BVO BHK) volgens de gegevens van het CvKO een waarde teruggevonden van 58,1% of 169 van de 289 patiënten.
Na screening op in- en exclusiecriteria van de studie van de 120 patiënten die volgens het CvKO niet recent deelnamen aan het BVO BHK, werd de participatiegraad aangepast naar 76,1% zijnde 217 van de 285 patiënten. Bij 68 patiënten die recent niet deelnamen aan het BVO BHK, werd een mailing gestuurd en contact opgenomen voor een kort motivationeel gesprek. Deze interventie deed de participatiegraad stijgen naar 88,3% zijnde 250 van de 283 patiënten. Deze stijging met 12,2% was statistisch significant (Chi-kwadraatwaarde van 14,45 en p-waarde 0,00014)

	Aantal deelnemers aan BVO BMK	Aantal niet-deelnemers aan BVO BMK	Totaal
Voor mailing en telefonisch motivatie gesprek	217 (76,1%)	68 (23,9%)	285 (100%)
Na mailing en telefonisch motivatie gesprek	250 (88,3%)	33 (11,7%)	283 (100%)
Totaal	467	101	568

Tabel 3: Participatiegraad aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker voor en na de mailing en het telefonisch motivatiegesprek, bepaald respectievelijk in februari 2026 en april 2026 in Huisartsenpraktijk Grote Plaats Lebbeke.

Effect van de e-mail of brief alleen in Groepspraktijk Opstal

Pre-screening werd er in de populatie postmenopauzale vrouwen van 55 tot en met 64 jaar die in aanmerking kwamen voor het BVO BHK volgens het CvKO een waarde teruggevonden van 71,3% of 259 van de 363 patiënten.
Na screening op in- en exclusiecriteria van de studie van de 104 patiënten die volgens het CvKO niet recent deelnamen aan het BVO BHK, werden de participatiegraad aangepast naar 84,6% zijnde 307 van de 363 patiënten.

Bij 56 patiënten die recent niet deelnamen aan het BVO BHK, werd enkel een motivationele e-mail of brief gestuurd en na 6 weken werd gecontroleerd hoeveel patiënten deelgenomen hadden. Deze interventie deed de participatiegraad stijgen naar 86,5% zijnde 314 van de 363 patiënten. Deze stijging met 1,9% was niet statistisch significant (Chi-kwadraatwaarde van 0,546 en p-waarde 0,4601)

	Aantal deelnemers	Aantal niet-	Totaal
Voor e-mail of brief	307 (84,6%)	56 (15,4%)	363 (100%)
Na e-mail of brief	314 (86,5%)	49 (13,5%)	363 (100%)
Totaal	621	105	726

Tabel 4: Participatiegraad aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker voor en na de e-mailing bepaald respectievelijk in Februari 2026 en April 2026 in Groepspraktijk Opstal.

	Pre-screening	Post-screening	Post-interventie	Stijging participatie-graad na interventie	P-waarde
Huisartsenpraktijk Grote Plaats Lebbeke	58,1% (169/289)	76,1% (217/285)	88,3% (250/283)	12,2%	0,00014
Groepspraktijk Opstal	71,3% (259/363)	84,6% (307/363)	86,5% (314/363)	1,9%	0,0847

Tabel 5: overzicht stijging participatiegraad in beide praktijken, inclusief p-waarde.

Effect van de toevoeging van een motivationeel telefoongesprek aan de e-mail of brief vs. e-mail of brief alleen

In de Huisartsenpraktijk Grote Plaats Lebbeke werden uiteindelijk 33 patiënten van de 68 gecontacteerde patiënten na interventie als deelnemer aan het BVO BHK beschouwd, dat is een responspercentage van 48,5%.

In de Groepspraktijk Opstal werden van de 56 patiënten gecontacteerd via e-mail of brief, uiteindelijk 7 als deelnemer aan het BVO BHK beschouwd, wat neerkomt op een responspercentage van 12,5%.

Interventie	Deelname aan het BVO BHK	Geen deelname aan het BVO BHK	totaal gecontacteerd
E-mailing + telefonisch motivationeel gesprek **(Huisartsenpraktijk Grote Plaats Lebbeke)**	33 (48,5%)	35 (51,5%)	68
E-mailing alleen **(Groepspraktijk Opstal)**	7 (12,5%)	49 (87,5%)	56
Totaal	40	84	124

Tabel 6: Vergelijking responsepercentages met en zonder telefonisch motivationeel gesprek

Het verschil tussen deze responsepercentages is statistisch significant (Chi-kwadraatwaarde van 18,23 en p-waarde 0,00002) in het voordeel van de gecombineerde aanpak die gebruikt werd in de Huisartsenpraktijk Grote Plaats in Lebbeke.

De toevoeging van een kort motivationeel gesprek aan de e-mail (Huisartsenpraktijk Lebbeke) zorgt dus voor een aantoonbare en significant hogere respons bij patiënten met geen recente deelname aan het BVO BHK dan het louter versturen van een e-mail of brief (Groepspraktijk Opstal). De gecombineerde aanpak is in deze setting dus de superieure strategie om de participatiegraad te verhogen.

7.4. Redenen non-participatie

Om de redenen van non-participatie in kaart te brengen, werd voor alle patiënten die op moment van telefonisch contact niet geparticipeerd hadden in het BVO BHK, de redenen genoteerd van non-participatie. In totaal werden voor 82 (48 in Lebbeke en 34 in Opstal) patiënten de redenen genoteerd aan de hand van de interviewguide. De patiënten konden meerdere redenen opgeven.

Redenen Niet-participatie	Aantal patiënten (Lebbeke en Opstal N=82)	Aantal patiënten (Lebbeke N=48)	Aantal patiënten (Opstal N=34)
Vergeten	42 (51,2%)	29 (60,4%)	13 (38,2%)
Pijn/ongemak onderzoek	27 (32,9%)	16 (33,3%)	11 (32,4%)
Geen tijd gehad	24 (29,3%)	19 (39,5%)	5 (14,7%)
Niet vertrouwd met onderzoek	8 (9,8%)	5 (10,4%)	3 (8,8%)
Niet meer nodig geacht	7 (8,5%)	5 (10,4%)	2 (5,9%)
Angst voor slecht nieuws	6 (7,3%)	2 (4,2%)	4 (11,8%)
Tegen alle vormen van screening	5 (6,1%)	3 (6,3%)	2 (5,9%)
Taalbarriere	3 (3,7%)	1 (2,1%)	2 (5,9%)
Geen prioriteit wegens andere gezondheidproblemen	3 (3,7%)	2 (4,2%)	1 (2,9%)
Gyneaco met pensioen	3 (3,7%)	1 (2,1%)	2 (5,9%)
Slechte ervaring in verleden	2 (2,4%)	0	2 (5,9%)
Angst voor artsen	2 (2,4%)	1 (2,1%)	1 (2,9%)
Gene/beschaamd	1 (1,2%)	1 (2,1%)	0
Weigert zonder reden	1 (1,2%)	1 (2,1%)	0

Tabel 7: redenen voor non-participatie in alle geïnterviewde patiënten

De belangrijkste reden om niet te participeren aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker was vergetelheid; meer dan de helft van de patiënten gaf aan dat ze vergeten waren het uitstrijkje te herhalen of in te plannen. Dit verklaart ook voor een groot deel de effectiviteit van de herinneringsmails en telefooncontacten.
Op de 2e plaats werd de pijn of het ongemak van het onderzoek als barrière voor participatie weergegeven. Bij een derde van de patiënten werd dit ook aangehaald als een echte barrière of als excuus voor uitstel van de test.
Op de 3e plaats werd tijdgebrek aangehaald. Praktische agenda problemen, afspraak vastleggen bij gynaecoloog, nieuwe gynaecoloog zoeken, wachttijden… werden toch als pragmatische barrière gezien. Dit verklaart ook het aantal succesvol vastgelegde afspraken voor PAP tijdens de telefonische motivatiegesprekken. (22 in Lebbeke en 12 in Opstal)

Bij 15 patiënten werd te weinig kennis over het screeningsprogramma en baarmoederhalskanker genoteerd. Zo waren 8 vrouwen niet vertrouwd met het onderzoek en hadden zij nog nooit een uitstrijkje laten nemen. 7 vrouwen vonden het onderzoek niet nodig omdat zij misvattingen hadden over de oorzaak van baarmoederhalskanker en hun postmenopauzale risico. (Vb. geen seksuele activiteit meer)

Een taalbarrière zorgde eerder voor praktische belemmeringen, en daar kon dan tijdens het telefonisch gesprek een oplossing voor gezocht worden, zoals informatie opsturen in de gepaste taal of werken met een tolk.

Wanneer we de data enkel bekeken voor de patiënten die na het telefonisch consult nog steeds niet wensten te participeren, in totaal 41 patiënten (26 in Lebbeke en 15 in Opstal), bleek de belangrijkste reden om niet te participeren in deze populatie toch de pijn of het ongemak van het uitstrijkje.

Barrières die enkel aanwezig waren bij de patiënten die weigerden deel te nemen aan het BVO BHK en waar er weinig vat op was telefonisch, waren eerder psychologisch en ideologisch van aard:
- Algemene angst voor slecht nieuws, voor artsen of schaamte
- Ideologisch tegen elke vorm van screening zijn
- Slechte ervaringen in het verleden
- Patiënten die niet openstonden voor toelichting van hun redenen

Redenen niet-participatie	Aantal patiënten	Percentage van totaal aantal bevraagde patiënten (N=41)
Pijn/ongemak onderzoek	19	46,3%
Geen tijd gehad	14	34,1%
Vergeten	9	22%
Niet meer nodig geacht	7	17,1%
Niet vertrouwd met onderzoek	6	14,6%
Tegen alle vormen van screening	5	12,2%
Angst voor slecht nieuws	4	9,8%
Slechte ervaring in verleden	2	4,9%
Angst voor artsen	2	4,9%
Geen prioriteit wegens andere gezondheidproblemen	2	4,9%
Gynaeco met pensioen	1	2,4%
Taalbarriere	1	2,4%
Gene/beschaamd	1	2,4%
Weigert zonder reden	1	2,4%

Tabel 8: redenen voor niet-participatie bij patiënten die na telefonisch interview het onderzoek weigerden of nadien niet lieten uitvoeren.

8. Discussie

8.1. Samenvatting van de belangrijkste resultaten

Uit de screening van de medische dossiers voor de interventie bleek dat nog heel wat patiënten niet hoefden gecontacteerd worden omdat ze buiten de scope van het screeningsprogramma vielen. De voornaamste redenen van exclusie waren een hysterectomie of recent uitstrijkje in de voorgeschiedenis die niet gedetecteerd werden door de query omdat ze verkeerd gecodeerd stonden in het dossier of in geval van de uitstrijkjes, dat de gegevens niet gekend waren door het CvKO. De nodige aanpassingen in het dossier werden gedaan en dat had toch een effect op de participatiegraad waarmee we starten op moment van de interventie. Uiteindelijk startten we met een participatiegraad van 76,1% in Lebbeke en 84,6% in Opstal.

Er werden in totaal 68 patiënten die niet deelgenomen hadden aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker gecontacteerd via e-mail en telefonisch motivationeel gesprek versus 56 patiënten via mail alleen. Bij controle 6 weken na interventie, bleek dat er 33 patiënten meer geparticipeerd hadden aan het bevolkingsonderzoek na e-mail en telefonisch motivationeel gesprek en 7 patiënten meer geparticipeerd hadden enkel na e-mailing. Er werd een statistisch significante stijging in participatiegraad vastgesteld na contact via e-mailing en motivationeel gesprek ($p < 0,001$). Hoewel de participatiegraad na e-mailing alleen ook toenam, was het verschil te klein en niet statistisch significant ($p = 0,460$). Wanneer de beide interventies met elkaar vergeleken werden, bleek de hogere respons na e-mailing en motivationeel gesprek in de huisartsenpraktijk Grote Plaats Lebbeke ook statistisch significant ($p < 0,001$) ten opzichte van de response na mail alleen in Groepspraktijk Opstal.

Van alle patiënten die door deze interventies extra gescreend werden, werd toch 1 patiënte gedetecteerd die een colposcopie en uiteindelijk conisatie moest ondergaan. 1 patiënte was HPV-positief en moet binnen 1 jaar hertest worden.

Uit de telefonische gesprekken bleek dat de belangrijkste redenen om niet te participeren aan het bevolkingsonderzoek nog steeds van praktische aard waren, zoals vergetelheid of gebrek aan tijd.
De pijn of het ongemak van het uitstrijkje kwam op de 2e plaats en dit was zelfs de voornaamste reden bij de patiëntes die niet deelnamen, ondanks een motivationeel gesprek.
Taalbarrière bleek ook een probleem van eerder praktische aard, waarvoor er met een tolk en anderstalig materiaal kon gewerkt worden.
Op psychologische en ideologische barrières (zoals algemene angst voor slecht nieuws, voor artsen of schaamte, tegen elke vorm van screening zijn, slechte ervaringen in het verleden) bleek het telefonisch motivationeel gesprek geen effect te hebben.

8.2. Interpretatie van de resultaten

Dit praktijk verbeterend project toont aan dat het toevoegen van een kort motiverend telefonisch gesprek door de huisarts aan de herinnering per e-mail of brief een effectieve strategie is om de participatiegraad aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

significant te verhogen. Daarenboven liggen de resultaten van de participatiegraad na deze interventie (88,3%) in lijn met andere studies, zoals de CRICERVA studie waar de totale participatiegraad na interventie ook op 84,1% lag. En de stijging in participatiegraad van 12,2% in dezelfde grootteorde als in de RACOMIP studie (waar jaarlijkse herinneringsbrief ook al standaard was in het screeningsprogramma) namelijk 13%. (28,29)

In de Huisartsenpraktijk Lebbeke leidde dit zelfs tot de vroegtijdige detectie en behandeling van baarmoederhalskanker bij 1 patiënte.

De herinneringsmail alleen bleek in de groepspraktijk Opstal de participatiegraad niet statistisch te verhogen. Dit kan te maken hebben met de reeds hogere participatiegraad vanwaar vertrokken werd (in beide praktijken was het uitsturen van een herinneringsmail al een jaarlijkse standaard).

Anderzijds bleek uit de analyse van de redenen voor non-participatie dat de belangrijkste reden toch eerder van praktische aard was, zoals vergetelheid of gebrek aan tijd. Dit wordt ook in verschillende andere Europese studies geconfirmeerd. (17-21). Bij deze praktische barrières kon het telefonisch contact een meerwaarde hebben omdat er onmiddellijk een afspraak kon vastgelegd worden voor patiënten die het uitstrijkje alsnog wensten te laten afnemen. Vaak waren patiënten tevreden dat we zelf contact opnamen omdat ze dit anders weer zouden uitstellen.

De voornaamste reden bij de patiëntes die niet deelnamen, ondanks een motivationeel gesprek, was de pijn of het ongemak van het uitstrijkje. In deze populatie is er eventueel een plaats weggelegd voor de zelftest, hoewel deze in België nog niet terugbetaald is.

Uit deze analyse bleek ook dat de psychologische en ideologische barrières voor participatie niet konden worden overwonnen door een telefonisch contact. Mogelijk is dit toch nog beter aan te pakken via een face-
to-face consult. Ook werden alle telefonische contacten door een HAIO (huisarts in opleiding) uitgevoerd en niet door de vaste huisarts, wat ook een rol kan spelen. De vaste huisarts heeft een vertrouwensband met de patiënt en weet door de jarenlange opvolging en kennis van de patiënt beter hoe hij/zij op de individuele noden en angsten kan inspelen.

Het nadeel van de telefonische gesprekken is natuurlijk wel dat deze tijd in beslag nemen waarvoor geen consult kan aangerekend worden. Het is dus een investering van de huisarts in de gezondheid van zijn/haar patiënt. In totaal namen de telefonische gesprekken tussen de 5 à 15 minuten per gesprek in beslag. Soms heel kort, voornamelijk als de patiënte onmiddellijk bereikbaar was of er gewoon praktische barrières waren om zich te laten testen. Andere keren waren verschillende telefoontjes nodig om de patiënte te pakken te krijgen of genereerde het telefoongesprek andere vragen voor de huisarts die dan ook in de mate van het mogelijke werden behandeld. Deze gesprekken werden verdeeld over verschillende dagen om de impact op de dagdagelijkse werkzaamheden haalbaar te houden en werden vooral in de namiddag en avond uitgevoerd om de telefonische werkdruk voor de secretaresses tot een minimum te beperken (vb. patiënten die zelf terugbelden na missen van een oproep van de praktijk) en patiënten ook na de werkuren te kunnen bereiken.

Uit de screening van de medische dossiers voor de interventie bleek dat nog heel wat patiënten niet hoefden gecontacteerd worden omdat ze buiten de scope van het screeningsprogramma vielen. De voornaamste redenen waren dat een voorgeschiedenis van hysterectomie niet correct gecodeerd stond in het dossier, of dat er een recente PAP

was die nog niet gekend was door het CvKO. Correcte informatie in het patiëntendossier draagt dus ook bij aan een hogere participatiegraad en bewijst nogmaals de waarde van correct coderen.

8.3. Sterktes en zwaktes van de studie

Dit onderzoek is een van de eerste in Vlaanderen die de impact van een gepersonaliseerd telefonisch motivatiegesprek op de participatiegraad aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker bestudeert specifiek in postmenopauzale vrouwen. De studie heeft een voldoende grote steekproef en de kwantitatieve benadering zorgt voor een grotere betrouwbaarheid van de resultaten. De interventie is eenvoudig uitvoerbaar in de huisartsenpraktijk en haalbaar met beperkte middelen. Gezien er momenteel geen terugbetaling voor telefonische gesprekken meer wordt voorzien door het RIZIV, is de vraag wel of voor grotere groepen patiënten deze aanpak praktisch haalbaar blijft.
Omwille van praktische redenen werd er gekozen om de studie niet te randomiseren. Gezien de interventie door 1 persoon uitgevoerd werd en in beide huisartsenpraktijken simultaan liep, was het logistiek makkelijker om deze methode toe te passen. Door de studiepopulatie niet te randomiseren kan er natuurlijk wel bias ontstaan. De studie werd slechts uitgevoerd in 2 groepspraktijken en door één persoon, wat ook de generaliseerbaarheid kan beperken. De korte follow-up periode van 6 weken kan ook een bias veroorzaken, die mogelijk vermeden kan worden door langere termijn opvolging. Bv. voor patiënten die hun uitstrijkje liever bij hun gynaecoloog laten afnemen, kan de wachttijd voor een afspraak veel langer dan 6 weken zijn.
In beide groepen waren patiënten die telefonisch niet te bereiken waren. In de interventiegroep was dit 10,3% van de patiënten, in de controlegroep 16,3 % van de patiënten. De reden waarom ze telefonisch niet bereikbaar waren, is niet gekend. Mogelijkerwijs hebben sommige patiënten angst om terug te bellen als ze door de groepspraktijk worden opgebeld. Een andere verklaring kan zijn dat het telefoonnummer niet correct in het dossier stond.

8.4. Implementatie in de praktijk

De resultaten bewijzen dat de toevoeging van een motiverend telefonisch contact na uitsturen van de herinneringse-mail resulteert in een hogere participatiegraad aan het screeningsprogramma en dus zal dit geïmplementeerd worden in beide praktijken.
Om een teveel aan contacten te vermijden, zal er speciale aandacht worden gegeven aan de codering van hysterectomie en laatste uitstrijkje in het EMD. Indien deze op correcte manier worden ingegeven, zal de lijst van niet-deelnemers kleiner zijn, waardoor de arbeidslast ook beperkt wordt. Aangezien in beide praktijken het uitsturen van de e-mail al een jaarlijkse gewoonte was, blijft voorlopig diezelfde jaarlijkse frequentie aangehouden.
Het telefonisch contact met deze doelgroep van postmenopauzale vrouwen blijft behouden en er wordt geëvalueerd of uitbreiding naar de volledige populatie van 25 tot en met 64 jaar haalbaar is. Verwacht wordt dat, gezien de doeltreffendheid van de interventie, de te contacteren groep patiënten op termijn ook zal verkleinen waardoor de arbeidslast haalbaarder wordt.
Voorlopig wordt deze taak door 1 huisarts/HAIO opgenomen, maar op termijn kan deze ook door het secretariaat opgenomen worden of door een praktijkverpleegkundige, mits de nodige training. Voor patiënten met psychologische of ideologische objecties wordt een nota

in het dossier gemaakt, zodat de vaste huisarts deze eventueel kan bespreken tijdens een face-to-face consult.

9. Besluit

Dit praktijk verbeterend project onder vorm van een prospectieve, niet-gerandomiseerde, interventionele multicenter studie toonde aan dat toevoeging van een motiverend telefonisch gesprek na het verzenden van de jaarlijkse herinnering via e-mail of brief voor baarmoederhalskankerscreening een efficiënte manier is om de participatiegraad te verhogen. Deze persoonlijke benadering adresseert de oorzaken van non-participatie op een individuele manier en maakt onmiddellijke actie en planning van het uitstrijkje mogelijk, hetgeen leidt tot een betere screening en preventie van baarmoederhalskanker.
Verder onderzoek is nodig om deze aanpak uit te breiden naar de volledige scope van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, zijnde alle patiënten van 25 tot en met 64 jaar.

10. Bijlage

10.1. Baarmoederhalskanker algemene informatiefolder patiënten CvKO



Wat kan het resultaat zijn?

Er zijn drie mogelijkheden:

1. Er wordt geen HPV gevonden. Dan is er geen verder onderzoek nodig. Over 5 jaar ontvang je terug een uitnodiging voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. 9 op 10 deelnemers krijgen deze uitslag.
2. Er wordt HPV gevonden maar er zijn in het labo geen afwijkende cellen gevonden. Een nieuw uitstrijkje over 12 maanden is belangrijk. Alhoewel de HPV-infectie meestal spontaan geneest is het belangrijk om dit te controleren. Je krijgt hiervoor terug een uitnodiging. Minder dan één deelnemer op tien krijgt deze uitslag.
3. Er is verder onderzoek nodig omdat er hoog risico HPV- infectie werd gevonden of afwijkende cellen. Dit onderzoek is een colposcopie. Je gynaecoloog onderzoekt je baarmoederhals met een colposcoop. Dat is een soort microscoop waarmee je arts het weefsel van je baarmoederhals in detail kan bekijken. Het onderzoek is pijnloos. Soms wordt een klein stukje weefsel weggenomen voor verder onderzoek in het labo (biopsie). Eén vrouw op honderd deelnemers krijgt deze uitslag.

Jij beslist

Jij beslist of je een uitstrijkje laat nemen. Het is daarom belangrijk om de voordelen en de nadelen van het onderzoek te kennen. Zo kan je, eventueel samen met je arts, een bewuste keuze maken.

"Meer dan 700.000 vrouwen in Vlaanderen laten regelmatig een uitstrijkje nemen."
Doe jij ook mee?

Voordelen

- Baarmoederhalskanker en de voorlopers ervan kunnen vroeg ontdekt worden, voor je er zelf iets van merkt.
- Door voorlopers te behandelen kun je voorkomen dat je kanker krijgt.
- Een eventuele behandeling is efficiënt en eenvoudig waardoor je kans om te sterven aan baarmoederhalskanker kleiner wordt.

Nadelen

- Geen enkel onderzoek levert volledige zekerheid op. Dus heb je last van ongewoon bloedverlies of andere klachten, ga dan naar je huisarts of gynaecoloog, ook als het geen vijf jaar geleden is dat je een uitstrijkje liet nemen.
- Soms ruimt het lichaam afwijkende cellen vanzelf op. Het kan dus zijn dat je geen behandeling nodig hebt. De dokter zal dit met jou bespreken. Ongerustheid is niet nodig.

Vraag zeker advies aan je arts:

Als je één van de volgende klachten hebt:

- ongewone afscheiding uit de vagina;
- ongewoon bloedverlies:
  - tijdens of na het vrijen;
  - als je niet ongesteld bent;
  - na de menopauze.

Heb je vragen?

Voor meer informatie kan je terecht:

- bij je **huisarts of gynaecoloog**
- op **www.baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl**
- op het gratis nummer **0800 60 160**
- op **info@bevolkingsonderzoek.be**
- via deze **QR-code**:



BEVOLKINGSONDERZOEK.BE · CvKO CENTRUM VOOR KANKEROPSPORING · Vlaanderen

Onderzoek naar baarmoederhalskanker

WIJ DOEN HET. EN WAT DOE JIJ?



TIJDIG OPSPOREN IS BELANGRIJK

Informatie over het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker voor vrouwen van 30 t.e.m. 64 jaar.

BEVOLKINGS ONDERZOEK BAARMOEDER HALSKANKER

www.baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be



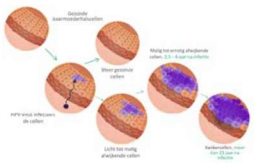
"OOK NA DE MENOPAUZE BLIJFT EEN UITSTRIJKJE ELKE 5 JAAR BELANGRIJK"

Wat is baarmoederhalskanker?

Baarmoederhalskanker is een kwaadaardig gezwel dat in de baarmoederhals ontstaat. De baarmoederhals is het onderste deel van de baarmoeder dat overgaat in de vagina. In Vlaanderen krijgen elk jaar ongeveer 350 vrouwen baarmoederhalskanker.

Hoe ontstaat baarmoederhalskanker?

Deze kanker ontstaat door een virus: het humaan papillomavirus of HPV. Er zijn meer dan 100 verschillende types HPV. Sommige kunnen kanker veroorzaken, die noemen we hoog-risico types (hr-HPV). Omdat het virus erg besmettelijk is, zijn de meeste personen ooit besmet geweest met HPV. Waarschijnlijk was jij dat ook al, zonder dat je het weet. Meestal is dat niet erg, want je lichaam overwint het virus doorgaans vanzelf.



- Blijft de besmetting toch lange tijd in je lichaam, dan kunnen er afwijkende cellen ontstaan. Je hebt dan nog geen kanker. Artsen kunnen deze afwijkende cellen gemakkelijk behandelen.
- Neemt het aantal afwijkende cellen toe en laat je deze cellen niet behandelen, dan kunnen ze uitgroeien tot een voorstadium van baarmoederhalskanker. Je hebt dan nog steeds geen kanker en kunt geholpen worden met een eenvoudige behandeling.
- Laat je ook een voorstadium van baarmoederhalskanker onbehandeld, dan krijg je nog meer afwijkende cellen en kan je baarmoederhalskanker krijgen.
- Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich dus meestal heel langzaam: het kan wel 10 tot 15 jaar duren.

Wat is een uitstrijkje?

Met een uitstrijkje worden cellen van de baarmoederhals genomen en naar het labo gestuurd. Het uitstrijkje wordt eerst getest op hr-HPV. Alleen als er HPV gevonden wordt, wordt hetzelfde uitstrijkje in het laboratorium ook onderzocht op afwijkende cellen.

Gratis?

Je betaalt enkel de consultatie bij je huisarts of gynaecoloog. Een deel hiervan krijg je terug van je ziekenfonds. De afname en de analyse van het uitstrijkje zijn gratis als je één uitstrijkje laat nemen elke vijf jaar. Als er na het onderzoek een vervolgonderzoek nodig is, is dit gedeeltelijk ten laste van je ziekenfonds en betaal je soms remgeld.

Hoe laat je een uitstrijkje nemen?

> Maak een afspraak met je huisarts of gynaecoloog om een uitstrijkje te laten nemen. Spreek af op een dag waarop je niet ongesteld bent.



> Je arts zal eerst een paar vragen stellen. Wanneer je voor het laatst ongesteld was, bijvoorbeeld.

> Je kleedt je onderaan uit en gaat op de onderzoekstafel liggen.



> De arts gebruikt een eendebek of speculum om de baarmoederhals goed te kunnen zien



> De dokter neemt met een borsteltje wat slijm van de baarmoederhals af. **Het onderzoek verloopt snel en pijnloos.**

> Het uitstrijkje wordt naar het labo gestuurd.

Hoelang duurt het onderzoek?

Het onderzoek duurt met aan- en uitkleden ongeveer 15 minuten.



Wanneer krijg je het resultaat?

Na een week of twee ontvangt je dokter het resultaat. Spreek met hem of haar af hoe je het resultaat zult vernemen, via de telefoon of door langs te gaan.



10.2. Herinneringsmail/brief naar patiënten groepspraktijk Opstal

Geachte (naam van de patiënt)

Kanker van de baarmoederhals (cervixkanker) is de zevende meest voorkomende kanker bij vrouwen. In Vlaanderen krijgen elk jaar 350 vrouwen baarmoederhalskanker. Toch kan deze kanker in de meeste gevallen vroegtijdig ontdekt worden, op een ogenblik dat er eigenlijk nog geen klachten zijn en volledige genezing nog mogelijk is. Deze vroegtijdige opsporing is mogelijk door elke 5 jaar een uitstrijkje te laten uitvoeren. Zowel wij, uw huisarts, als de gynaecoloog kunnen dit eenvoudige onderzoek uitvoeren. De Vlaamse overheid betaald dit onderzoek, uw betaalt enkel het remgeld van de consultatie bij uw arts.

Als uw huisarts en de door u aangewezen beheerder van uw Globaal Medisch Dossier, willen we dan ook bewaken dat u dit onderzoek tijdig aangeboden krijgt.

Voor zover onze gegevens volledig zijn, heeft u de voorbije 5 jaar geen uitstrijkje laten doen.
Als dit klopt, zouden we u graag aanmoedigen alsnog een afspraak hiervoor te maken bij ons of uw gynaecoloog. Indien u twijfels of vragen hebt, bespreken we dit graag met u persoonlijk.

Elke arts binnen onze groepspraktijk kan u meer uitleg hierover verschaffen en, indien gewenst, deze test uitvoeren, u kiest zelf bij wie u hiervoor langsgaat.

U mag hiervoor telefonisch een afspraak maken op nummer 052/35 88 40 of online via de website: _____ _____ via de knop: maak een afspraak.

Als u de voorbije vijf jaar ergens anders een uitstrijkje liet maken, dan heeft onze collega ons daarvan misschien niet op de hoogte gebracht. In dat geval is onmiddellijke herhaling van het onderzoek waarschijnlijk niet nodig.
Toch hechten wij er, als beheerder van uw globaal medisch dossier, belang aan om deze informatie te krijgen. Op die manier kunnen we mee bewaken dat ook in de toekomst de uitstrijkjes op het juiste tijdstip uitgevoerd worden.
Daarom willen we u vragen om ons toch de datum van het vorige uitstrijkje door te geven.

Uiteraard kunt u voor bijkomende inlichtingen ook steeds telefonisch met ons contact opnemen.

Vriendelijke groeten,

De artsen van de groepspraktijk Opstal

Groepspraktijk Opstal

Meir 12

9255 Buggenhout

052/35.88.40

10.3. Herinneringsmail/brief naar patiënten huisartsenpraktijk Grote Plaats Lebbeke

Geacht (naam van de patiënte)

Kanker van de baarmoederhals (cervixkanker) is de zevende meest voorkomende kanker bij vrouwen. In Vlaanderen krijgen elk jaar 350 vrouwen baarmoederhalskanker. Toch kan deze kanker in de meeste gevallen vroegtijdig ontdekt worden, op een ogenblik dat er eigenlijk nog geen klachten zijn en volledige genezing nog mogelijk is. Deze vroegtijdige opsporing is mogelijk door elke 5 jaar een uitstrijkje te laten uitvoeren. Zowel wij, uw huisarts, als de gynaecoloog kunnen dit eenvoudige onderzoek uitvoeren. De Vlaamse overheid betaald dit onderzoek, uw betaalt enkel het remgeld van de consultatie bij uw arts.

Als uw huisarts en de door u aangewezen beheerder van uw Globaal Medisch Dossier, willen we dan ook bewaken dat u dit onderzoek tijdig aangeboden krijgt.

Voor zover onze gegevens volledig zijn, heeft u de voorbije 5 jaar geen uitstrijkje laten doen.
Als dit klopt, zouden we u graag aanmoedigen alsnog een afspraak hiervoor te maken bij ons of uw gynaecoloog. Indien u twijfels of vragen hebt, bespreken we dit graag met u persoonlijk.

Elke arts binnen onze groepspraktijk kan u meer uitleg hierover verschaffen en, indien gewenst, deze test uitvoeren, u kiest zelf bij wie u hiervoor langsgaat.

U mag hiervoor telefonisch een afspraak maken op nummer 052/41 19 25 of online via de website:

_____ via de knop: online afspraak.

Als u de voorbije vijf jaar ergens anders een uitstrijkje liet maken, dan heeft onze collega ons daarvan misschien niet op de hoogte gebracht. In dat geval is onmiddellijke herhaling van het onderzoek waarschijnlijk niet nodig.
Toch hechten wij er, als beheerder van uw globaal medisch dossier, belang aan om deze informatie te krijgen. Op die manier kunnen we mee bewaken dat ook in de toekomst de uitstrijkjes op het juiste tijdstip uitgevoerd worden.
Daarom willen we u vragen om ons toch de datum van het vorige uitstrijkje door te geven.

Uiteraard kunt u voor bijkomende inlichtingen steeds met ons contact opnemen.

Vriendelijke groeten,

De artsen van de huisartsenpraktijk Grote Plaats

Huisartsenpraktijk Grote Plaats

Grote Plaats 12A/13

9280 Lebbeke

10.4. Patient Interview Guide

Patient Interview Guide

Hallo, u spreekt met Dr. Martine De Brandt van Groepspraktijk Opstal/Huisartsenpraktijk Grote Plaats.

Ik bel u in kader van mijn thesis onderzoek rond baarmoederhalskanker. In verband met uw deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker kreeg u 6 weken geleden een email van ons. Stoort het als ik u hier een paar vragen over stel? Dit neemt normaal niet meer dan 15 minuten van uw tijd in beslag.

____Ja ____Neen

(Als ja, ga verder)
(Als neen, vraag om een ander moment in te plannen, als nog steeds neen, bedanken voor de tijd en gesprek afsluiten)

Alvast bedankt voor uw medewerking, voor we verder gaan wil ik nog snel even schetsen waarover het gaat.

Omdat we binnen de praktijk opgemerkt hebben dat bij patiënten in de menopauze, vanaf de leeftijd van 55 jaar steeds minder op de uitnodiging tot screening van de overheid wordt ingegaan, zijn we op zoek naar de beste manier om patiënten te motiveren. Omdat u de laatste 5 jaar geen uitstrijkje meer liet nemen, hebben we u hiervoor 6 weken geleden een email gestuurd. We contacteren nu alle patiënten die de mail kregen maar nog geen actie ondernomen om een uitstrijkje te laten nemen. We willen graag van u weten wat u weerhoudt om dit onderzoek te laten doen, teneinde onze communicatie te verbeteren en uiteindelijk te kunnen bijdragen aan een betere zorg en kankerpreventie binnen onze patiëntenpopulatie. Indien het persoonlijk telefonisch contact nuttig blijkt, wensen we dit te implementeren in onze praktijk. Ik wens ook nog even te benadrukken dat uw deelname aan het onderzoek volledig vrijwillig is, indien u niet wenst deel te nemen, respecteren wij die keuze volledig en zal dit niets veranderen aan uw dagdagelijkse zorg of uw relatie met uw huisarts.

Uw feedback zal worden genoteerd en deze gegevens zullen in uw medisch dossier worden bewaard. Om uw privacy te garanderen worden uw gegevens gepseudonimiseerd. Dit wil zeggen dat de gegevens enkel aan u gelinkt kunnen worden door de huisarts onderzoeker op basis van een identificatielogboek dat veilig binnen uw huisartsenpraktijk wordt bewaard. De gepseudonimiseerde gegevens zullen in de repositorie van de VUB worden bijgehouden in het kader van deze studie maar zullen geen data bevatten waaruit men u kan identificeren.

Als er vragen niet duidelijk zijn, onderbreek me gerust en ik zal proberen wat meer uitleg te geven. Als u alsnog niet wenst te antwoorden, laat me dat dan ook gerust weten. Er zijn geen foute antwoorden, de bedoeling is dat wij van u iets leren.

1) Heeft u de email 6 weken geleden ontvangen? ____Ja ____Neen

(Als ja, ga verder)

(Als neen, lees de email voor zoals hij werd opgestuurd)

2) Was de email duidelijk voor u? ____Ja ____Neen

(Als ja, ga verder)

(Als neen, vraag naar wat niet duidelijk is en geef meer uitleg aan de hand van de infobrochure van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker)

3) Redenen om niet te participeren: *(overloop de verschillende opties en duid alles wat van toepassing is aan)*

- Slechte ervaring onderzoek in verleden: ____Ja ____Neen

- Angst voor slecht nieuws:____Ja ____Neen
- Te weinig vertrouwd met het onderzoek: ____Ja ____Neen
- Verwachte pijn of ongemakken bij onderzoek: ____Ja ____Neen
- Te lange wachttijd tussen onderzoek en resultaten: ____Ja ____Neen
- Het onderzoek duurt te lang/is te ver: ____Ja ____Neen
- Geen tijd: ____Ja ____Neen
- Andere: …

4) Vraag nogmaals of de patiënt alles goed begrepen heeft en adresseer de eventuele zorgen, vragen. Indien de patiënt toch nog wenst deel te nemen, wordt indien ze dit wens een afspraak voor uitstrijkje ingepland bij de huisarts of gynaecoloog.

Bedankt de patiënt voor de medewerking en sluit het gesprek af.

10.5. Goedkeuring Ethisch Committee

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

DIRK DEVROEY
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN CHRONISCHE

Brussels, 2026-01-28

EC number: EC-2025-422

LEADING ETHICS COMMITTEE – SINGLE OPINION

Concerning :
A study into the influence of a personal email appeal and a motivational telephone interview on participation in the Cervical Cancer Screening Programme in postmenopausal women.

BUN: 1432025000318

The Medical Ethics Committee of UZ Brussel/VUB reviewed the documents (see annex EC document list) concerning the above mentioned project from the ethical, legal and medical science points of view and in accordance with the Belgian Law of 7 May 2004 concerning experiments on the human person, Chapter VIII – Article 11 – § 4 : items 1 till 11

The Ethics Committee decided, during its meeting on 2026-01-28, that there are no objections to the study in its present form.

Please remark that the Green Light Procedure has to be completed before the study can be performed at UZ Brussel.

This approval is valid for the duration of the trial. The Committee wishes to obtain an annual trial status. Results of the trial should be transmitted to the Committee at the end of the trial (publication or summary if there is no publication planned). The Committee reminds the investigator of his/her personal responsibility for this project. The Committee does not take any responsibility for its favourable advice of the project. The Ethics Committee is organised and operates according to ICH-GCP and its applicable laws and regulations. The list of members is enclosed.

Kind regards,

Chairman
Vice-Chairman

Cc: FAGG, R&D department

11. Referenties

1. CvKO. Wat is het bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker? *https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/baarmoederhalskanker/bevolkingsonderzoek*
   Geraadpleegd nov. 2025
2. Gezondheid & wetenschap. Patiënten richtlijn baarmoederhalskankerscreening. *https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/vroegtijdige-opsporing-van-baarmoederhalskanker*
   Geraadpleegd nov. 2025
3. Infosheet voor huisartsen 2023. https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/2023-01/Infosheet Huisartsen 2023.pdf
   Geraadpleegd nov. 2025
4. Jaarfiche 2025. https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/2025-10/Jaarfiche_BHK_2025_0.pdf
   Geraadpleegd mei 2026
5. BEPALING VAN HET SOCIO-ECONOMISCH PROFIEL NIET-DEELNEMERS AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK BAARMOEDERHALSKANKER EN DIKKEDARMKANKER OP BASIS VAN EEN KOPPELING VAN CVKOGEGEVENS MET GEGEVENS VAN DE KRUISPUNTBANK SOCIALE ZEKERHEID. Sarah Hoeck en Eliane Kellen
6. Cervixkankerscreening: richtlijn Domus Medica 2011
   Smeets F., Verhoeven V., Baay M., Weyers S., Colpaert C, Govaerts F.
7. Bevolkingsonderzoek Vlaanderen: uitnodigingspakket voor zorgverleners. https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/wat-zit-er-in-het-uitnodigingspakket
   Geraadpleegd Nov 2025
8. https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/wat-kan-ik-doen-als-huisarts-om-het-bevolkingsonderzoek-te-ondersteunen
   Geraadpleegd Nov 2025.
9. Clinical Guidance: Supporting the introduction of the HPV test in cervical cancer screening in Belgium Simoens, Cindy; Arbyn, Marc; Gilles, Christine ; Dewilde, Dr. Kobe https://hdl.handle.net/20.500.14493/10861
10. Themadossier Baarmoederhalskankerscreening. Domus Medica (Publicatie datum 21 okt 2024 Revisiedatum 15 mar 2025)
11. Procedure faalveiligheid binnen het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/procedure-faalveiligheid-binnen-het-bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker
    Geraadpleegd mei 2026
12. Cijfers CvKO per regio, regio Dender 2024. Geraadpleegd Nov 2025 https://bevolkingsonderzoek.incijfers.be/jive/report?openinputs=true&id=elz_bhk_versie_november2022
13. NHG-Praktijkhandleiding Baarmoederhalskanker: //www.nhg.org/praktijkvoering/bevolkingsonderzoeken/bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker/

Geraadpleegd Nov 2025
14. Informatiefolder bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/2024-11/BHK_Algemene_Folder_30-64J_17092024.pdf Geraadpleegd nov. 2025

15. Smeets F. Opvolgrapport op de aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening richtlijn Domus Medica 2011, gepubliceerd in dec. 2017

16. Arbyn Marc, Haelens Annemie, Desomer Anja, Verdoodt Freija, Francart Julie, Thiry Nancy, Hanquet Germaine, Robays Jo. Welke screening voor baarmoederhalskanker ?. Health Technology Assessment (HTA). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 238A. DOI: 10.57598/R238AS.

17. Marlow L et al. Understanding the heterogeneity of cervical cancer screening non-participants: Data from a national sample of British women. European Journal of Cancer, Volume 80, 30 - 38

18. Marlow, L., McBride, E., Varnes, L. *et al.* Barriers to cervical screening among older women from hard-to-reach groups: a qualitative study in England. *BMC Women's Health* **19**, 38 (2019). https://doi.org/10.1186/s12905-019-0736-z

19. Oscarsson MG, Benzein EG, Wijma BE. Reasons for non-attendance at cervical screening as reported by non-attendees in Sweden. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2008 Mar;29(1):23-31. doi: 10.1080/01674820701504619. PMID: 18266164.

20. Kuiper D, Holwerda A, Dijkstre G. Non-respons bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker Augustus 2005. Geconsulteerd Aug 2026 op https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/66709799/kuiper_ea_2005_non_respons_2_.pdf

21. Petignat, P., Meyer-Hamme, U., Fehlmann, A., Alzuphar, S., Guillot, C., Royannez-Drevard, I., Vassilakos, P., & Catarino, R. (2016). Barriers to Cervical Cancer Screening in Geneva (DEPIST Study). Journal of Lower Genital Tract Disease, 20(2), 135–138. https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000173

22. Waller J, Jackowska M, Marlow L, Wardle J. Exploring age differences in reasons for nonattendance for cervical screening: a qualitative study. BJOG 2012;119:26–32.

23. Barbara Willems, Piet Bracke. Participants, Physicians or Programmes: Participants educational level and initiative in cancer screening, Health Policy, Volume 122, Issue 4, 2018, Pages 422-430, ISSN 0168-8510, https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.001.

24. C. Senore, P. Armaroli, M. Silvani, B. Andreoni, L. Bisanti, L. Marai, *et al.* Comparing different strategies for colorectal cancer screening in Italy: predictors of patients participation The American Journal of Gastroenterology, 105 (2010), pp. 188-198

25. T. Spadea, S. Bellini, A. Kunst, I. Stirbu, G. Costa The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: a review Preventive Medicine, 50 (2010)

26. Gyulai A, Nagy A, Pataki V, Tonté D, Ádány R, Vokó Z. General practitioners can increase participation in cervical cancer screening - a model program in Hungary. BMC Fam Pract. 2018 May 19;19(1):67. doi: 10.1186/s12875-018-0755-0. PMID: 29778099; PMCID: PMC5960501.

27. Jaqua E, Nguyen V, Morton K, Chin E, Brougher A, Dawes J. Improving Cervical Cancer Screening Rates at an Urban Federally Qualified Health Center Family Medicine Residency Clinic. Perm J. 2022 Jun 29;26(2):21-27. doi: 10.7812/TPP/21.066. Epub 2022 Jun 15. PMID: 35933660; PMCID: PMC9662239.
28. Staley H, Shiraz A, Shreeve N, Bryant A, Martin-Hirsch PP, Gajjar K. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Sep 6;9(9):CD002834. doi: 10.1002/14651858.CD002834.pub3. PMID: 34694000; PMCID: PMC8543674.
29. Acera A, Manresa JM, Rodriguez D, Rodriguez A, Bonet JM, Trapero-Bertran M, Hidalgo P, Sànchez N, de Sanjosé S. Increasing Cervical Cancer Screening Coverage: A Randomised, Community-Based Clinical Trial. PLoS One. 2017 Jan 24;12(1):e0170371. doi: 10.1371/journal.pone.0170371. PMID: 28118410; PMCID: PMC5261609.
30. Broberg G, Jonasson JM, Ellis J, Gyrd-Hansen D, Anjemark B, Glantz A, Söderberg L, Ryd ML, Holtenman M, Milsom I, Strander B. Increasing participation in cervical cancer screening: telephone contact with long-term non-attendees in Sweden. Results from RACOMIP, a randomized controlled trial. Int J Cancer. 2013 Jul;133(1):164-71. doi: 10.1002/ijc.27985. Epub 2013 Jan 10. PMID: 23233356.