Het effect van een meertalige uitnodigingsmail afkomstig van de GMD-houdende huisarts, op de participatie aan baarmoederhalskankerscreening – Een praktijkverbeterproject

Eleni Deneef
Huisarts in Opleiding, Universiteit Gent.

Promotor: Dr. Kaatje Van Roy
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent.

Co-promotor: Prof. Dr. Inès Van Rossem
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg, Vrije Universiteit Brussel.
Huisartsenpraktijk De Nieuwe Baan

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 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.

Dankwoord

Graag wil ik een aantal personen bedanken die mij ondersteund hebben tijdens de totstandkoming van mijn masterproef.

Allereerst wil ik mijn promotor, Dr. Kaatje Van Roy, bedanken voor haar begeleiding doorheen de masterproef. Haar vlotte bereikbaarheid en snelle, constructieve feedback hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan dit werk.

Daarnaast wil ik mijn co-promotor, Prof. Dr. Inès Van Rossem, bedanken. Aangezien zij als huisarts werkzaam was in de praktijk waar dit project plaatsvond, was zij enorm betrokken doorheen het volledige proces. Ook haar collega, Dr. Julie Vandevenne, wil ik bedanken voor haar engagement. Zij hebben mij steeds gesteund en dachten actief mee over zowel de inhoudelijke als organisatorische aspecten van het project.

Ik wil ook graag Marijke, praktijkondersteuner en verpleegkundige in de groepspraktijk, bedanken. Zij maakte mij wegwijs in de statistiekmodule van CareConnect en stond in voor het inplannen van de uitstrijkjes.

Tot slot wil ik mijn familie en partner bedanken voor hun steun en aanmoediging tijdens de totstandkoming van deze masterproef. Hun motivatie heeft mij geholpen om dit proces tot een goed einde te brengen.

Abstract

Inleiding: In 2024 werden in Vlaanderen 4073 nieuwe diagnoses van cervixkanker vastgesteld. Een deel hiervan was mogelijk te vermijden door een betere inzet op screening. Sinds 2013 bestaat er immers een Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker waarbij vrouwen van 25-64 jaar elke 3 tot 5 jaar worden uitgenodigd voor een uitstrijkje. In 2024 bedroeg de dekkingsgraad voor cervixkankerscreening 65,9%[1]. Dit ligt onder de streefwaarde van Domus Medica (namelijk 80%).

Groepspraktijk "De Nieuwe Baan" is gelegen in Halle, een multiculturele stad nabij Brussel en Wallonië. De praktijk telt een grote Franstalige populatie. Er werd geschat dat ongeveer 40% van de consultaties in het Frans verlopen. Aangezien de standaard uitnodigingsbrief van het bevolkingsonderzoek onpersoonlijk is en uitsluitend in het Nederlands verstuurd wordt naar vrouwen woonachtig in Vlaanderen, kan dit deelname aan screening binnen deze praktijk negatief beïnvloeden.

Doelstelling/Onderzoeksvraag: Deze masterproef omvat een praktijkverbeterproject. Hierbij werd onderzocht of een meertalige, laagdrempelige uitnodigingsmail, afkomstig van de GMD-houdende huisarts, de participatie aan cervixkankerscreening kan verhogen. Er werd gestreefd naar een totale dekkingsgraad van minstens 80%, gebaseerd op de aanbeveling van Domus Medica.

Methode: Binnen deze praktijk werd een meertalige uitnodigingsmail verstuurd (in het Nederlands, Frans en Engels) naar alle vrouwen van 25-64 jaar zonder hysterectomie, die nog nooit of ≥4 jaar geleden een uitstrijkje lieten afnemen (n=237). Een informatiebrochure werd toegevoegd als bijlage bij de mail. Na zes maanden werd de respons geëvalueerd en werden enkele sociodemografische kenmerken van de responders en non-responders op de uitnodigingsmail met elkaar vergeleken.

Resultaten: De pre-interventionele dekkingsgraad lag reeds hoger dan verwacht (namelijk 73,5%). De responsgraad op de uitnodigingsmail bedroeg 23,6%. Tijdens de studieperiode lieten 53 vrouwen een uitstrijkje afnemen: 38 bij de huisarts en 15 bij de gynaecoloog. Hierdoor steeg de dekkingsgraad tot 79,8% (+6,3%; $p < 0,0001$). Wat betreft leeftijd, was de respons op de mail het laagst bij de groep 25-29 jarigen. Eerste generatie migranten vertoonden een lagere respons dan vrouwen geboren in België. Er was weinig verschil in respons tussen de uitgenodigde Nederlandssprekende en Franssprekende patiënten. Deze bevindingen zijn echter gebaseerd op univariate analyses.

Van de 38 vrouwen die een uitstrijkje bij de huisarts lieten afnemen, presenteerden 27 vrouwen zich naar aanleiding van de uitnodigingsmail en 11 vrouwen nadat de huisarts hen hierover aangesproken had op consultatie. Van deze 27 vrouwen hadden 17 vrouwen de Nederlandstalige mail gelezen en 10 vrouwen de Franstalige mail. Geen enkele vrouw presenteerde zich naar aanleiding van de Engelstalige versie. Zeven van de 10 vrouwen die de Franstalige mail gelezen hadden, gaven aan dat ze het uitstrijkje waarschijnlijk niet hadden laten afnemen indien de mail uitsluitend in het Nederlands was verstuurd.

Conclusie: Een meertalige, persoonlijke uitnodigingsmail van de huisarts blijkt een eenvoudige en effectieve interventie om de dekkingsgraad voor cervixkankerscreening te verhogen, al blijft het effect beperkt (absolute toename van 6,3%). Dankzij de Franstalige versie werden minstens zeven extra vrouwen bereikt, die anders niet gescreend zouden zijn. Ondanks dit beperkt aantal, vergt het opstellen van een Franstalige versie weinig extra inspanning: dit kan dus meegenomen worden in praktijken met een multiculturele context. Naast taal spelen echter ook andere factoren een rol bij deelname aan screening: socio-economische, culturele, psychosociale en structurele factoren. Dit kan verklaren waarom een louter schriftelijke vertaling van de uitnodigingsmail slechts een beperkt effect realiseerde. Aanvullende, meer actieve sensibiliseringsstrategieën zijn waarschijnlijk noodzakelijk om een groter effect te bereiken.

[1]Infosheet belangrijkste indicatoren Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker - screeningsjaar 2024, Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), Belgian Cancer Registry (BCR) & Departement Zorg, 2025. Opgehaald op 18 maart 2025 van https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/literatuur-bhk

Inhoudstafel

Inleiding **1**
1. Baarmoederhalskanker als gezondheidsprobleem 1
2. Huidige screeningsmethodes en -richtlijnen 1
2.1 Huidige screeningsmethodes 1
2.2 Screeningsrichtlijn in Vlaanderen 2
3. Aanzet tot een praktijkverbeterproject 3
3.1 Situatieschets groepspraktijk De Nieuwe Baan 3
3.2 Probleemstelling 3
3.3 Eerder onderzoek van huisartsen in opleiding 4
3.4 Doelstelling en onderzoeksvraag 4
Oriënterend Literatuuronderzoek **5**
1. Methodologie Literatuuronderzoek 5
2. Resultaten Literatuuronderzoek: Barrières voor cervixkankerscreening 6
Methodologie Veldonderzoek **9**
1. FOCUS-stappenplan voor een praktijkverbeterproject (“Plan”) 9
1.1 Find problem 9
1.2 Organise meeting 9
1.3 Clarify Problem & Uncover Problems: Visgraatanalyse 10
1.4 Select a strategy: Het Plan 11
2. Doelpopulatie interventie 12
3. Studieopzet Praktijkverbeterproject (“Do”) 13
3.1 Retrospectief luik 13
3.2 Prospectief luik 14
4. Primaire doelstelling en Nevenonderzoeksvragen 15
4.1 Primaire doelstelling 15
4.2 Nevenonderzoeksvragen 16
5. Tijdslijn Praktijkverbeterproject 16
Resultaten: Evaluatie van het project (“Check”) **17**
1. Retrospectief luik: Voormeting 17
1.1 Evaluatie screeningsstatus 17
1.2 Pre-interventionele dekkingsgraad 17
2. Prospectief luik: Nameting 19

2.1 Responsgraad op de uitnodigingsmail 19
2.2 Postinterventionele dekkingsgraad 20
2.3 Sociodemografische kenmerken van de responders versus non-responders op de uitnodigingsmail 21
2.4 Analyse van de afgenomen vragenlijsten 24
Discussie 27
1. Kritische reflectie op de resultaten 27
2. Evaluatie van het project: PDCA-cyclus (“Act”) 31
2.1 De meertalige uitnodigingsmail 31
2.2 Registratie van de screeningsstatus 33
Besluit 34
Referenties 35
Bijlagen 37
1. Bijlage 1: Zoekstrategie 37
2. Bijlage 2: Meertalige uitnodigingsmail 37
3. Bijlage 3: Informatiebrochure Nederlands 39
4. Bijlage 4: Query Statistiekmodule CareConnect 41
4.1 Query: vrouwen 25 t.e.m. 64 jaar met actief GMD in 2023 of 2024 41
4.2 Query: nog nooit een uitstrijkje 41
4.3 Query: ≥4 jaar geen uitstrijkje 42
5. Bijlage 5: Vragenlijst 43
6. Bijlage 6: Studieprotocol 44
7. Bijlage 7: Goedkeuring Ethische Commissie 46

Inleiding

1. *Baarmoederhalskanker als gezondheidsprobleem*

Baarmoederhalskanker, ook wel cervixkanker genoemd, is de vierde meest voorkomende kanker bij vrouwen te wereld (1-5). In 2024 werden in Vlaanderen 4073 nieuwe diagnoses cervixkanker vastgesteld, waarvan 94% in situ en 6% invasief[2]. De piekleeftijd van invasieve cervixkanker wordt bereikt op relatief jonge leeftijd, namelijk 35-55 jaar (6).

In >97% van de cervixkankers ligt een infectie met het humaan papillomavirus (HPV) aan de basis (2, 5, 7, 8). HPV is het meest voorkomende seksueel overdraagbare virus (2, 5). De prevalentie van HPV is het hoogst bij vrouwen jonger dan 25 jaar, kort na hun eerste seksuele activiteit (9). Naar schatting zullen ongeveer 80% van de seksueel actieve vrouwen ooit een HPV-infectie doormaken (2, 7). In >90% van de geïnfecteerde vrouwen verloopt de infectie echter transiënt en zal HPV spontaan, binnen de 6 maanden tot 2 jaar, door het immuunsysteem geklaard worden (2, 6, 8, 9). Indien het virus niet geklaard wordt en dus persisteert, kan dit aanleiding geven tot cellulaire veranderingen ter hoogte van de transformatiezone van de cervix, resulterend in laaggradige of hooggradige cervicale intra-epitheliale neoplasie (CIN = premaligne letsels) en finaal cervixkanker (2, 6-8). Het risico hierop is het grootst bij persistentie van high-risk HPV-types (hrHPV), waarbij hrHPV 16 en 18 de twee belangrijkste zijn (2, 5-9).

De etiologische rol van HPV maakt cervixkanker zeer geschikt voor zowel primaire preventie (vaccinatie) als secundaire preventie (screening). Vaccinatie biedt echter geen 100% bescherming (2, 8). Dankzij de trage progressie tussen HPV-infectie, de ontwikkeling van CIN-laesies en invasieve cervixkanker (gemiddeld 10-15 jaar), is afname van een cervixuitstrijkje om de drie tot vijf jaar effectief gebleken voor het verminderen van de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van cervixkanker (minstens 80% reductie) (3, 6-9). Het aanbevolen screeningsinterval van drie of vijf jaar is afhankelijk van de leeftijd van de vrouw (cf. infra “Screeningsrichtlijn in Vlaanderen”).

2. *Huidige screeningsmethodes en -richtlijnen*

2.1 Huidige screeningsmethodes

In de Westerse landen zijn de liquid-based Papanicolaou test (Pap-test) en de HPV-test de twee meest gebruikte screeningsmethodes voor het opsporen van baarmoederhalskanker. De **Pap-test** omvat cytologisch onderzoek waarbij, na afname van een uitstrijkje, de cervicale cellen microscopisch onderzocht worden op de aanwezigheid van morfologische afwijkingen. Een groot nadeel van cytologisch onderzoek is dat het sterk afhankelijk is van 1) een kwalitatieve staalafname door de zorgverlener en 2) de subjectieve interpretatie van de anatoom-patholoog over de gevonden morfologische afwijkingen (2). Dit verklaart de schommelende sensitiviteit van cytologisch onderzoek, waardoor de kans op vals negatieve resultaten blijft bestaan (2). De sensitiviteit voor detectie van CIN II+ bedraagt 0,44-0,99. De specificiteit bedraagt 0,91-0,98 (8).

[2]Infosheet belangrijkste indicatoren Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker - screeningsjaar 2024, Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), Belgian Cancer Registry (BCR) & Departement Zorg, 2025. Opgehaald op 18 maart 2025 van https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/literatuur-bhk

De kennis over de etiologische rol van HPV bij cervixkanker leidde tot de ontwikkeling van een nieuwe, meer sensitieve screeningsmethode: de **HPV-**test. Dit is een moleculaire test, waarbij men op zoek gaat naar de aanwezigheid van HPV DNA of mRNA in het afgenomen staal (2, 5). In tegenstelling tot cytologisch onderzoek, is deze test niet afhankelijk van de hoeveelheid afgenomen cellen of de subjectieve interpretatie van morfologische afwijkingen door de anatoom-patholoog (2). Hierdoor is de kans op vals negatieve resultaten veel kleiner. HPV-screening leidt echter ook tot meer overdiagnose van laaggradige laesies (CIN I) (2). Heel wat seksueel actieve vrouwen (>80%) maken immers ooit een HPV-infectie door: vooral op jonge leeftijd, wanneer er vaker wisselende seksuele partners zijn (2). Deze infectie verloopt echter bij >90% van de vrouwen transiënt (2). Bij jonge vrouwen zou de HPV-test daarom vaak positief zijn, zonder klinische relevantie (2). HPV-positiviteit vertelt immers niets over de ernst van de laesies: hooggradig (CIN II+) dan wel laaggradig (CIN I). Indien men elke HPV-positieve vrouw zou doorverwijzen, zou dit leiden tot heel wat onnodige colposcopieën en behandelingen (2, 6, 10). In vergelijking met cytologie heeft de HPV-test een hogere sensitiviteit voor detectie van CIN II+ (namelijk 95,9%-99,9%), maar een lagere specificiteit (namelijk 89,5%-93,1%)[3].

Omwille van bovenstaande redenen wordt een HPV-test niet aangeraden bij vrouwen <30 jaar en wordt bij een positieve HPV-test een bijkomende triagetest aangeraden, zoals cytologisch onderzoek (2, 8, 11). Patiënten met een positieve HPV-test maar een negatieve triagetest, moeten op regelmatige basis opgevolgd worden om te kijken of het virus spontaan geklaard wordt (2, 11).

2.2 Screeningsrichtlijn in Vlaanderen

In Vlaanderen wordt sinds 2013 een bevolkingsonderzoek georganiseerd voor het vroegtijdig opsporen van baarmoederhalskanker. Vrouwen vanaf 25 tot en met 64 jaar worden, ongeacht hun HPV-vaccinatiestatus, aangespoord om elke drie tot vijf jaar een cervixuitstrijkje te laten afnemen (8). Bij aanvang van deze masterproef gebeurde cervixkankerscreening in België aan de hand van de liquid-based cytologietest (Pap-test), met een aanbevolen screeningsinterval van drie jaar. In januari 2025, midden in het praktijkverbeterproject, werd de primaire screeningstest in Vlaanderen voor vrouwen ≥30 jaar gewijzigd naar HPV-screening, met een aanbevolen interval van vijf jaar (12). Deze wijziging sluit aan bij de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (11) en de Europese richtlijnen (13), die primaire HPV-screening reeds langere tijd aanbevelen vanwege de hogere sensitiviteit. Voor vrouwen tussen 25 en 29 jaar blijft cytologie wel de primaire screeningstest (met een aanbevolen interval van drie jaar), gezien de hoge prevalentie van HPV in deze leeftijdsgroep (12). Aangezien dit praktijkverbeterproject werd opgestart vóór januari 2025 (namelijk in augustus 2024), wordt binnen dit project nog uitgegaan van de situatie zoals die gold vóór januari 2025.

In Vlaanderen staat het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) in voor het versturen van uitnodigingsbrieven per post in het kader van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Aangezien het een Vlaams bevolkingsonderzoek betreft, worden de brieven uitsluitend in het Nederlands verstuurd én uitsluitend naar vrouwen woonachtig in Vlaanderen. Vrouwen ontvangen hun eerste brief in het jaar waarin zij 25 worden, op voorwaarde dat er nog nooit een uitstrijkje werd afgenomen. In de situatie vóór januari 2025 ontvingen vrouwen die reeds een uitstrijkje lieten afnemen een volgende brief 48 maanden na het laatste uitstrijkje. Bij vrouwen die niet reageerden op de uitnodigingsbrief verstuurde het CvKO een nieuwe brief 36 maanden na de vorige brief (12).

[3]Hulstaert Frank, Arbyn Marc, Huybrechts Michel, Vinck Imgard, Puddu Marina, Ramaekers Dirk. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). Health Technology Assessment (HTA). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2006. KCE Reports 38A. Opgehaald op 4/01/2026 van https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/d20061027335.pdf

Afname van een uitstrijkje kan zowel bij de huisarts als bij de gynaecoloog. In 2024 werden de meeste screeningsuitstrijkjes nog steeds afgenomen door de gynaecoloog (86%)[4]. Het (meer) inschakelen van de huisarts zou de drempel tot screening kunnen verlagen, aangezien huisartsen nauw én frequent in contact staan met een groot deel van de doelpopulatie. Huisartsen hebben een belangrijke informerende, motiverende en uitvoerende rol binnen cervixkankerscreening. Volgens de richtlijn 'Cervixkankerscreening' van Domus Medica is het aan de huisarts om actief een uitstrijkje aan te bieden aan zijn patiënten en zelf een screeningsgraad van bijvoorbeeld 80% na te streven voor zijn praktijk (8). In 2024 bedroeg de totale dekkingsgraad voor cervixkankerscreening in Vlaanderen 65,9%[4]. Dit betekent dat ongeveer één derde van de vrouwen binnen de doelpopulatie van het Vlaams bevolkingsonderzoek het aanbevolen screeninginterval heeft overschreden of zelfs nog nooit gescreend werd, ondanks het bestaan van een georganiseerd screeningsprogramma in Vlaanderen.

3. *Aanzet tot een praktijkverbeterproject*

3.1 Situatieschets groepspraktijk De Nieuwe Baan

Groepspraktijk "De Nieuwe Baan", waar ik als HAIO werkzaam was vanaf oktober 2023 t.e.m. september 2024, is gelegen in Halle: een stad in de groene rand rond Brussel en dichtbij de Waalse grens. De ligging van de praktijk heeft geleid tot een multiculturele patiëntenpopulatie en een grote populatie Franstalige patiënten. De huisartsen van deze groepspraktijk schatten dat gemiddeld 10% van hun patiëntenpopulatie een niet-Belgische nationaliteit heeft. Het geschatte percentage van patiënten met een Belgische nationaliteit maar met een migratieachtergrond (eerste, tweede of derde generatie migranten) ligt echter veel hoger, namelijk 35-50%. Door de ligging van de praktijk tegen de Waalse en Brusselse grens én door de multiculturele populatie, wordt geschat dat 15-40% van de totale patiëntenpopulatie de Nederlandse taal niet of onvoldoende machtig is. Een belangrijk aandeel van deze patiënten spreekt wel Frans. Naast Nederlands, is Frans de belangrijkste voertaal op consultatie: de huisartsen uit de groepspraktijk schatten dat gemiddeld 40% van hun consultaties in het Frans gevoerd worden. Bijkomend is groepspraktijk "De Nieuwe Baan" gelegen vlak naast een sociale woonwijk. Een deel van de patiëntenpopulatie heeft dus een lagere socio-economische status (SES), met vaak ook een lagere opleidingsgraad en een lagere gezondheidsgeletterdheid. Dit vergt soms meer inspanningen om patiënten te informeren en motiveren.

3.2 Probleemstelling

Sinds de zomer van 2023 verstuurt het CvKO updates over de datum van het meest recente cervixuitstrijkje, afgenomen bij de specialist of de huisarts. Deze datum wordt als 'laboresultaat' opgenomen in het elektronisch medisch dossier (EMD) van de patiënt. Dankzij deze updates werden heel wat huisartsen geconfronteerd met patiënten, die nog nooit of reeds lange tijd geen uitstrijkje meer lieten afnemen. Vóór aanvang van het praktijkverbeterproject schatten de huisartsen van groepspraktijk "De Nieuwe Baan" dat gemiddeld 50-60% van de vrouwen uit hun praktijk, behorend tot de doelpopulatie van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, gedekt is. Dit geschat percentage ligt onder de Vlaamse dekkingsgraad van 65,9% én onder het streefdoel van Domus Medica (namelijk 80%).

[4]Infosheet belangrijkste indicatoren Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker - screeningsjaar 2024, Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), Belgian Cancer Registry (BCR) & Departement Zorg, 2025. Opgehaald op 18 maart 2025 van https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/literatuur-bhk

Rekening houdend met de kenmerken van de patiëntenpopulatie in deze praktijk (zie "3.1 Situatieschets groepspraktijk De Nieuwe Baan") kan de reguliere uitnodigingsbrief van het CvKO mogelijk enkele tekortkomingen hebben, namelijk:

- De brief wordt uitsluitend in het Nederlands verstuurd.
- De brief is onpersoonlijk: deze wordt namelijk verstuurd vanuit een overheidsinstantie.
- De informatie op de uitnodigingsbrief is weinig beeldend/schematisch weergegeven.

Deze tekortkomingen zouden bij deze specifieke groepspraktijk mogelijk een drempel kunnen vormen voor deelname aan baarmoederhalskankerscreening.

3.3 Eerder onderzoek van huisartsen in opleiding

Reeds enkele masterstudenten Huisartsgeneeskunde hebben getracht de participatiegraad aan cervixkankerscreening in hun stagepraktijk te verhogen door gebruik te maken van een uitnodigingsbrief afkomstig van de GMD-houdende huisarts, en met succes. De studie van Janssens et al. (14) bereikte een verhoging van de dekkingsgraad van 72,9% naar 78,5% na het uitsturen van een persoonlijke, Nederlandstalige uitnodigingsbrief. In deze studie werd gesuggereerd dat een brief in de taal van de patiënt mogelijk de participatiegraad nog meer kon verhogen, gezien het multiculturele aspect van de patiëntenpopulatie. Ook de studie van De Smedt et al. (15) rapporteerde een stijging van de screeningsgraad van 45% naar 51,2% na een persoonlijke, Nederlandstalige uitnodigingsbrief van de GMD-houdende huisarts.

Uit het kwalitatief onderzoek van Bauwens et al. (16) bleek dat Turkse en Bulgaarse vrouwen die het bevolkingsonderzoek "Baarmoederhalskanker" kenden een hogere gemiddelde kennis van het Nederlands hadden in vergelijking met vrouwen die hier nog nooit van gehoord hadden. Dit kan erop wijzen dat taal een barrière is om op de hoogte te zijn van preventieve onderzoeken.

Er werd meermaals gesuggereerd dat een persoonlijke uitnodiging van de GMD-houdende huisarts, in de moedertaal of spreektaal van de patiënt, de participatiegraad kan doen stijgen (14-16). Echter is hier nog weinig onderzoek naar verricht. Aangezien Frans in groepspraktijk "De Nieuwe Baan" een belangrijke voertaal bleek op consultatie (±40% van de consultaties), wekte dit mijn interesse op om hierover een project op te starten binnen deze praktijk.

3.4 Doelstelling en onderzoeksvraag

Dit praktijkverbeterproject heeft als doel de participatiegraad aan baarmoederhalskankerscreening binnen deze groepspraktijk te verhogen. Rekening houdend met de bevindingen uit eerdere masterproeven (14-16), de patiëntkenmerken binnen deze groepspraktijk en de mogelijke tekortkomingen van de uitnodigingsbrief van het CvKO, luidt de onderzoeksvraag van dit project als volgt: *"Kan een meertalige, laagdrempelige uitnodigingsmail, afkomstig van de GMD-houdende huisarts, de participatiegraad aan baarmoederhalskankerscreening verhogen?"*

Op lange termijn beoogt dit project de huisartsen binnen deze groepspraktijk te sensibiliseren over hun rol in cervixkankerscreening. Daarnaast wordt in dit project ook aandacht besteed aan een correcte en uniforme registratie van afgenomen uitstrijkjes in het EMD. Dit is immers essentieel om in de toekomst via de statistiekmodule van het medisch programma lijsten te kunnen genereren van

patiënten die niet of onvoldoende gescreend zijn. Tot slot worden patiënten dankzij dit project ook geïnformeerd over het feit dat uitstrijkjes bij de huisarts kunnen worden afgenomen. Dit is immers vaak niet geweten door patiënten: momenteel wordt 86% van de screeningsuitstrijkjes nog door gynaecologen afgenomen[5].

Om een brede blik te houden op de verschillende mogelijke barrières voor deelname aan cervixkankerscreening, werd eerst een oriënterend literatuuronderzoek verricht om deze barrières beter in beeld te brengen. Na het oriënterend literatuuronderzoek, werd aan de hand van de PDCA-cyclus en het FOCUS-stappenplan een specifieke onderzoeksmethode opgesteld voor het verdere veldonderzoek.

Oriënterend Literatuuronderzoek

1. Methodologie Literatuuronderzoek

Als eerste stap werd een **verkennend literatuuronderzoek** verricht, waarbij de bestaande Belgische screeningsrichtlijnen geanalyseerd werden. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de Domus Medica richtlijnen (8) en de site van het bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker (12). Bijkomend werd in de databank PubMed gezocht naar artikels over de verschillende bestaande screeningsmethodes voor cervixkanker (cytologie, HPV-test, azijnzuur,…). Als laatste stap werd in de ICHO databank gegrasduind in de reeds afgelegde masterproefonderwerpen van collega-HAIO's. Ook hieruit werden enkele interessante masterproeven geselecteerd (14-16).

Na dit verkennend literatuuronderzoek werd een meer **verdiepend literatuuronderzoek** uitgevoerd naar de verschillende barrières die vrouwen ervaren bij deelname aan cervixkankerscreening. De onderzoeksvraag voor het verdiepend literatuuronderzoek luidde als volgt: *"Welke factoren of barrières beïnvloeden deelname aan cervixkankerscreening?"*

Op basis van verschillende MeSH-termen en keywords werd in PubMed gezocht naar relevante artikels over dit onderwerp. Omwille van de grote hoeveelheid artikels over factoren die deelname aan cervixkankerscreening beïnvloeden, werd gekozen om de keywords enkel toe te passen in "titel", en dus niet in "abstract". Op deze manier werd getracht enkel de meest relevante artikels te bekomen. Voor de exacte zoektermen, zie Tabel 1. Voor de exacte zoekstrategie, zie bijlage 1.

Tabel 1: Zoektermen PubMed

Termen omtrent "cervixkanker"	Termen omtrent "screening"	Termen omtrent "barrières"
Uterine cervical neoplasms (Mesh) Cervical cancer* (title)	Early detection of cancer (Mesh) Cancer screening (title) Cervical screening (title)	Health inequities (Mesh) Healthcare disparities (Mesh) Barrier* (title) Participation (title) Obstacle * (title) Attendance (title) Adherence (title) Utilization (title) Inequalit* (title)

[5]Infosheet belangrijkste indicatoren Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker - screeningsjaar 2024, Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), Belgian Cancer Registry (BCR) & Departement Zorg, 2025. Opgehaald op 18 maart 2025 van https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/literatuur-bhk

De zoekstrategie leverde 1133 artikels op. Er werd vervolgens een filter ingesteld op taal (*English*), publicatiejaar (*artikels vanaf 2014*), studiepopulatie (*humans*) en beschikbaarheid van full text. Hierdoor werd het aantal gevonden resultaten gereduceerd tot 727 artikels. Deze artikels werden eerst gescreend op basis van titel en vervolgens op basis van abstract. Voor de exclusiecriteria die hierbij gehanteerd werden, zie Tabel 2. Screening op basis van titel resulteerde in 163 resterende artikels. Deze 163 artikels werden vervolgens gescreend op basis van hun abstract, resulterend in 71 potentieel interessante artikels. De resterende 71 artikels werden beoordeeld op basis van hun full text en relevantie voor deze masterproef (rekening houdend met de vooropgestelde exclusiecriteria). Finaal resulteerde het verdiepend literatuuronderzoek in de inclusie van 16 artikels.

Tabel 2: Inclusie- en exclusiecriteria literatuuronderzoek

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Artikels gepubliceerd ≥ 2014	Artikels gepubliceerd < 2014
Beschikbaarheid van full tekst	Geen full text beschikbaar of betalende full text
Publicatie in het Engels of Nederlands	Niet Engelstalig of Nederlandstalig
Artikels met als hoofdonderwerp 'barrières/factoren die deelname aan baarmoederhalskankerscreening beïnvloeden'	Artikels met als hoofdonderwerp 'barrières/factoren die follow-up of behandeling van een afwijkend uitstrijkje beïnvloeden'
Studies uitgevoerd in Europa (Noord, West en Zuid)	Studies uitgevoerd in Amerika, Australië, Azië, Afrika en Oost-Europa
	Artikels met focus op HPV zelftest
	Artikels met focus op HPV vaccinatie
	Artikels met ook focus op andere kankers dan cervixkanker
	Artikels met focus op COVID 19 pandemie
	Artikels die zich focussen op specifieke subgroepen (bv. Hiv-positiviteit, LGBTQ, druggebruikers,…)
	Verkeerde leeftijdscategorie (< 25 jaar of > 64 jaar)
	Duplicaten

Als laatste stap werden de referentielijsten van de geïncludeerde artikels doorgenomen, waardoor nog één extra artikel geïncludeerd werd (17). Het artikel van Van Leeuwen et al. (17) dateert van 2005 maar werd toch geïncludeerd omdat het zich toespitst op enkele belangrijke barrières voor participatie aan baarmoederhalskankerscreening, specifiek bij vrouwen in Nederland.

2. Resultaten Literatuuronderzoek: Barrières voor cervixkankerscreening

De socio-economische status (SES) beïnvloedt deelname aan preventieve screeningsonderzoeken. Verschillende studies hebben aangetoond dat vrouwen met een **laag inkomen** een hoger risico hebben op onvoldoende (of zelfs niet) deelname aan baarmoederhalskankerscreening (1, 3, 4, 17-20). De kostprijs van een doktersbezoek en de angst voor de kosten van een vervolgonderzoek of behandeling bij een afwijkend uitstrijkje, kan deelname aan baarmoederhalskankerscreening remmen (4). Daarnaast kan een doktersbezoek leiden tot afwezigheid op het werk, wat gepaard gaat met nog extra verlies van inkomsten door werkonderbreking (1).

Ook het hebben van een **lage opleidingsgraad** wordt in verschillende studies aangehaald als risicofactor voor een lagere participatie aan cervixkankerscreening (1, 3, 17, 18, 20-24). Een lagere opleidingsgraad gaat vaak gepaard met een lagere gezondheidsgeletterdheid. Dit resulteert enerzijds in minder kennis over de etiologie, overdracht en risicofactoren van baarmoederhalskanker en

anderzijds in minder kennis over het eigen lichaam en de eigen lichaamsanatomie (1, 3, 4). Een basis gezondheidsgeletterdheid is echter essentieel voor het begrijpen van gezondheidsgerelateerde informatie (gecommuniceerd door artsen of via preventieve campagnes) (23). Heel wat patiënten, ongeacht hun moedertaal, begrijpen bepaalde termen die aan bod komen in de uitnodigingsbrieven niet (bv. uitstrijkje, baarmoederhals,…). De uitnodigingsbrieven bevatten vaak te weinig (beeldende) informatie en te veel moeilijke woorden. Dit maakt de brieven minder geschikt voor vrouwen met een lagere opleidingsgraad (4, 19). In de studie van Harder et al. (21) hadden vrouwen met een basisopleidingsniveau ongeveer driemaal hogere odds op non-participatie aan cervixkankerscreening in vergelijking met vrouwen met een hoog opleidingsniveau (OR=3,05). Vrouwen met een gemiddeld opleidingsniveau hadden 45% hogere odds op non-participatie in vergelijking met vrouwen met een hoog opleidingsniveau (OR=1,45). Ook de Belgische studie van Jolidon et al. (3) bevestigde dat hoe hoger de opleidingsgraad en hoe hoger het inkomen, hoe lager het percentage vrouwen die zich nooit of onvoldoende lieten screenen. De Nederlandse studie van Van Leeuwen et al. (17) berekende de non-responsratio voor cervixkankerscreening op basis van de SES van de participanten. Deze bedroeg 25,6% voor vrouwen met een hoge SES en 35,4% voor vrouwen met een lage SES. De laagste participatiegraad werd gezien bij vrouwen met een migratieachtergrond én een lage SES (17).

Een andere belangrijke barrière voor deelname aan cervixkankerscreening is "**taalbegrip**" (1, 4, 17, 19-21, 25-28). Indien men de taal van een land onvoldoende beheerst, bemoeilijkt dit het verwerven en het begrijpen van gezondheidsgerelateerde informatie. In veel landen wordt gezondheidsgerelateerde informatie (zoals uitnodigingsbrieven voor screeningsonderzoeken) uitsluitend in de landstaal aangeboden. Reeds meerdere studies hebben aangetoond dat dit de participatiegraad van personen met een migratieachtergrond kan beïnvloeden (1, 4, 18, 20, 21, 23, 25-27, 29). In de studie van Verbeckmoes et al. (4) en Idehen et al. (27) gaven enkele vrouwen aan dat zij de uitnodigingsbrieven soms weggooiden, omdat ze deze niet begrepen en dachten dat het om een advertentie ging. Verschillende onderzoeken suggereren dat het aanbieden van informatie in een taal die de patiënt begrijpt, de participatiegraad aan baarmoederhalskankerscreening kan verhogen (1, 19-21, 24, 26, 27).

Volgens de systematische review van Rosato et al. (24) hadden vrouwen met een **migratieachtergrond** 46% lagere odds op deelname aan cervixkankerscreening dan vrouwen zonder migratieachtergrond (OR=0,54). Ook de Duitse studie van Brzoska et al. (30) toonde aan dat eerste generatie migranten een lagere participatie aan cervixkankerscreening hadden: EU migranten en niet-EU migranten hadden respectievelijk 20% en 33% lagere odds op participatie in vergelijking met vrouwen geboren in Duitsland (OR=0,80 en OR=0,67). Ook de Nederlandse studie van Van Leeuwen et al. (17) bevestigde een groot verschil in participatiegraad aan baarmoederhalskankerscreening op basis van het geboorteland: de non-responsratio bedroeg 28,6% bij vrouwen geboren in Nederland en 53,1% bij vrouwen geboren in Marokko ($p<0,05$).

De lagere participatie bij personen met een migratieachtergrond kan verklaard worden door verschillende barrières: beperktere taalvaardigheden, lagere gezondheidsgeletterdheid, minder kennis van preventieve screeningsprogramma's en het gezondheidszorgsysteem van het land, de vaak lagere socio-economische status bij aankomst in het land, culturele barrières,… (20, 24, 30). Taalbarrières bemoeilijken niet alleen het begrijpen van gezondheidsgerelateerde informatie, maar ook de communicatie met zorgverleners. Hierdoor zijn consultaties tussen zorgverleners en patiënten met een migratieachtergrond vaak meer tijdrovend, waardoor in deze consultaties soms minder tijd

kan besteed worden aan preventieve screeningsprogramma's (1, 19, 23). Drie studies toonden aan dat hoe langer personen met een migratieachtergrond in het land verbleven, hoe hoger de kans op participatie aan cervixkankerscreening (19, 20, 26). Dit is vermoedelijk te verklaren door een betere integratie met een beter begrip van de taal en het gezondheidszorgsysteem (27, 29). De studie van Leinonen et al. (19) haalde aan dat vrouwen met een migratieachtergrond een hoger risico vertoonden op non-participatie indien ze werkloos waren of niet actief waren op de arbeidsmarkt (ook nadat rekening werd gehouden met de verblijfsduur). Dit kan erop wijzen dat tewerkstelling integratie in de maatschappij en gezondheidszorg faciliteert, bijvoorbeeld doordat mensen via hun werk de taal leren (19).

Een andere frequent terugkerende barrière is "**schaamte**": heel wat vrouwen, ongeacht hun migratieachtergrond, ervaren schaamte ten aanzien van een gynaecologisch onderzoek. Ook angst voor de screeningsprocedure zelf wordt frequent in studies aangehaald (1, 4, 20, 25). Veel vrouwen vinden het vaak niet gemakkelijk om deze intieme regio te delen met anderen, en zeker niet met een **mannelijke arts** (1, 4, 19, 20, 25, 29). In de studie van Afsah et al. (1) worden ook enkele **culturele en religieuze barrières** vernoemd: veel vrouwen met een migratieachtergrond stellen de gezondheid en basisbehoeften van hun familie prioritair en schuiven hun eigen gezondheid vaak naar de achtergrond. In de studie van Hamdiui et al. (25) geloofden Marokkaanse vrouwen ook dat ze minder vatbaar waren voor de ontwikkeling van cervixkanker, aangezien Moslima niet geacht worden seksueel contact te hebben voor het huwelijk waardoor ze minder seksuele partners hebben in vergelijking met niet-Moslima.

Zowel in de Westerse als niet-Westerse populatie wordt **tijdsgebrek** vaak aangehaald als risicofactor voor onvoldoende of non-participatie (1, 4, 20). Tijdsgebrek door werk, zorg voor het gezin en huishoudelijke verplichtingen gaat gepaard met een hoger risico op onderscreening (1, 4, 20).

Ook de **leeftijd** van de patiënt lijkt een rol te spelen in de participatie aan cervixkankerscreening. Er is echter geen eenduidigheid tussen studies of het hebben van een hoge dan wel lage leeftijd nu de belangrijkste risicofactor vormt. In de Belgische studie van Jolidon et al. (3) kwam non-participatie vaker voor bij jonge patiënten in vergelijking met ouderen. Daarentegen nam onderscreening toe naarmate de leeftijd vorderde (3). De studies van Broberg et al. (18) en Nunes et al. (23) bevestigden het hoger risico op onvoldoende of niet-deelname bij jongere leeftijdsgroepen (25-35 jaar). Nunes et al. (23) verklaarde deze lagere therapietrouw bij jongere vrouwen door hun mogelijk beperktere blootstelling aan gezondheidszorgdiensten in vergelijking met oudere vrouwen. De studie van Kristensson et al. (22) daarentegen toonde aan dat de odds op niet-deelname toenam met de leeftijd (OR voor vrouwen tussen 50-54 jaar bedroeg 1,98 in vergelijking met vrouwen tussen 25-29 jaar). De studie van Marlow et al. (28) stelde dat vrouwen tussen 25-34 jaar zich minder bewust zijn van screening in vergelijking met vrouwen ≥ 35 jaar. Oudere vrouwen daarentegen hadden minder de intentie om zich te laten screenen in vergelijking met jongere vrouwen.

Methodologie Veldonderzoek

1. FOCUS-stappenplan voor een praktijkverbeterproject ("Plan")

1.1 Find problem

Zoals eerder vermeld, stuurt het CvKO sinds juli 2023 automatische updates uit in het EMD van de patiënt, met vermelding van de datum van het laatste cervixuitstrijkje. Deze datum wordt als "laboresultaat" opgenomen in het dossier van de patiënt. Het CvKO verstuurt deze updates vier keer per jaar. Dankzij deze nieuwe manier van communiceren tussen huisartsen en het CvKO, werd het voor huisartsen gemakkelijker om te achterhalen welke vrouwen nood hadden aan een (nieuw) uitstrijkje. Dankzij deze updates werd het in de praktijk duidelijk dat sommige vrouwen nog nooit of reeds lange tijd geen uitstrijkje meer hadden laten afnemen. Het niet of onregelmatig screenen vormt echter een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van baarmoederhalskanker.

Huisartsen hebben een belangrijke preventieve rol te vervullen, maar door toenemende werkdruk is dit niet altijd haalbaar. Preventie vraagt immers veel tijd en energie. Volgens de Domus Medica-richtlijn 'Cervixkankerscreening' (8) is het aan de huisarts om zijn (GMD-)patiënten actief een uitstrijkje aan te bieden en zelf een screeningsgraad van bijvoorbeeld 80% na te streven. De huisartsen van groepspraktijk "De Nieuwe Baan" schatten echter in dat slechts 50 à 60% van de vrouwen uit hun praktijk behorend tot de doelpopulatie van cervixkankerscreening up-to-date gescreend is.

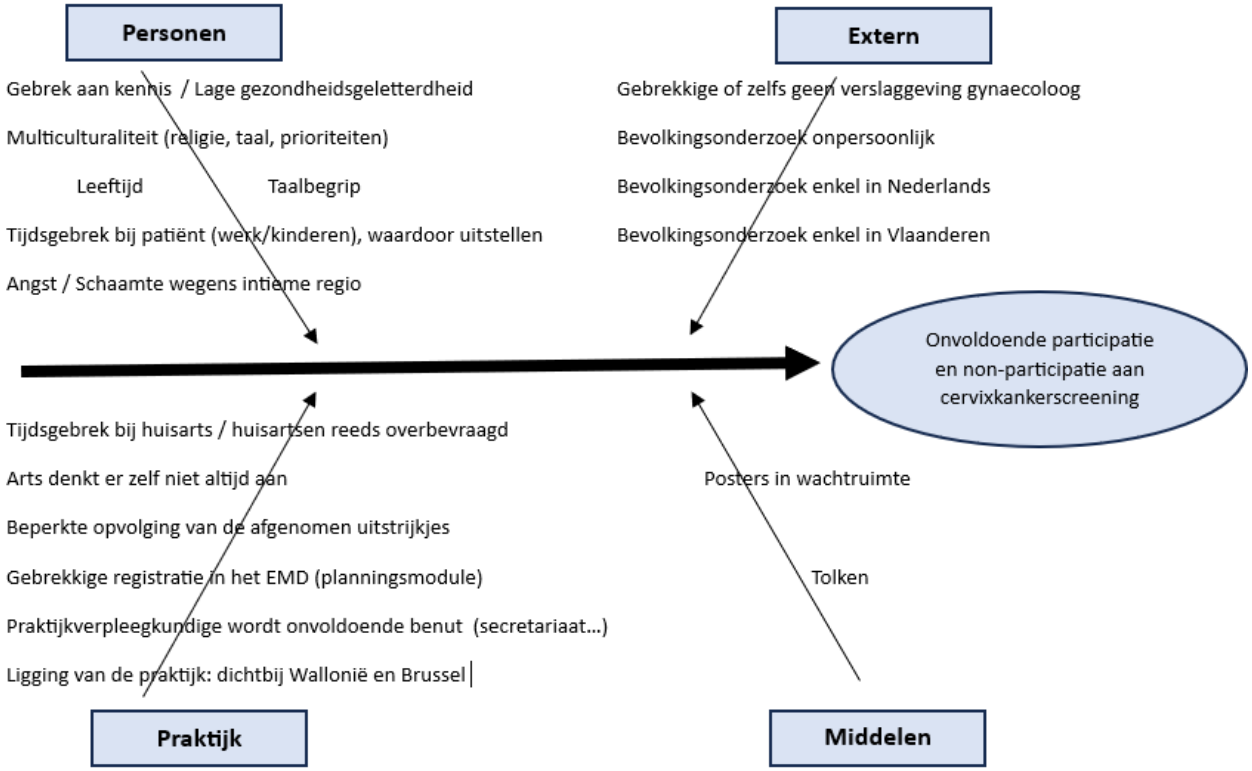
1.2 Organise meeting

Bij aanvang van het project waren in de praktijk drie huisartsen (2 vrouwen en 1 man), één HAIO (vrouw) en één praktijkverpleegkundige (vrouw) werkzaam. De praktijkverpleegkundige nam bij aanvang van het project nog vooral secretariaatstaken op zich. Op termijn zou zij meer verpleegkundige taken opnemen, zodra een secretariaatsmedewerker werd aangesteld.

Tijdens één van de wekelijkse teamvergaderingen, werd door de HAIO (mijzelf) voorgesteld een project op te starten rond cervixkankerscreening. Samen met de collega's werd een inschatting gemaakt van de participatiegraad binnen de groepspraktijk. Zoals eerder vermeld, werd geschat dat ongeveer 50 à 60% van de doelpopulatie correct gescreend was (een uitstrijkje ≤ 3 jaar geleden, inclusief uitstrijkjes afgenomen bij de gynaecoloog). Screening gebeurde tot dan toe vooral opportunistisch: vrouwen werden (sporadisch) op consultatie aangesproken over het bevolkingsonderzoek en werden vervolgens uitgenodigd voor een uitstrijkje. Het aanspreken gebeurde echter niet consequent, maar vooral wanneer de consultatie zich daartoe leende (bijvoorbeeld tijdens een algemene check-up of consultaties omtrent vaginale of urinaire klachten,….).

Tijdens één van de volgende teamvergaderingen werd vervolgens gebrainstormd over de mogelijke knelpunten/barrières voor participatie aan baarmoederhalskankerscreening (binnen deze specifieke groepspraktijk) en werd een visgraatanalyse opgesteld (zie Figuur 1).

1.3 Clarify Problem & Uncover Problems: Visgraatanalyse



Figuur 1: Visgraatanalyse – Mogelijke knelpunten/barrières voor deelname aan baarmoederhalskankerscreening

Zoals eerder vermeld, werd geschat dat 15 à 40% van de totale patiëntenpopulatie in de groepspraktijk de Nederlandse taal niet of onvoldoende machtig was (rekening houdend met de ligging van de praktijk tegen de Brusselse/Waalse grens én de multiculturele patiëntenpopulatie). De huisartsen hadden de ervaring dat een groot deel van deze patiënten wel het Frans (voldoende) beheerste. Aangezien het om een Vlaams bevolkingsonderzoek gaat, worden de uitnodigingsbrieven van het CvKO echter uitsluitend in het Nederlands verstuurd en alleen naar vrouwen woonachtig in Vlaanderen. Dit kan voor veel vrouwen binnen deze praktijk een belangrijk knelpunt vormen voor deelname aan het bevolkingsonderzoek. Eerdere onderzoeken suggereerden reeds meermaals dat een persoonlijke uitnodiging van de GMD-houdende huisarts, in de moedertaal of de spreektaal van de patiënt, de participatiegraad kan verhogen (1, 4, 14-16, 19, 27). Toch is hiernaar nog weinig onderzoek gebeurd.

Ook het onpersoonlijk karakter van de uitnodigingsbrief (namelijk verstuurd door een overheidsinstantie) en de gebrekkige registratie van afgenomen uitstrijkjes in de planningsmodule van het EMD, zijn factoren waarop huisartsen relatief eenvoudig zouden kunnen inspelen.

Aangezien een deel van de praktijkpopulatie afkomstig is uit een lagere socio-economische klasse (praktijk is gelegen naast een sociale woonwijk), werd aangekaart dat meer laagdrempelige informatie over cervixkankerscreening (bijvoorbeeld via een brochure) de drempel tot screening mogelijk ook kan verlagen. De informatie op de standaarduitnodigingsbrief van het CvKO is immers weinig beeldend of schematisch weergegeven.

1.4 Select a strategy: Het Plan

De uitgestuurde updates van het CvKO en de relatief laag geschatte screeningsgraad binnen deze groepspraktijk (namelijk 50 à 60%) wekte de interesse op voor het ontwikkelen van een praktijkverbeterproject, met als doel het verhogen van de participatiegraad aan cervixkankerscreening binnen deze specifieke groepspraktijk.

Rekening houdend met de genoemde knelpunten uit bovenstaande visgraatanalyse, de patiëntkenmerken van de groepspraktijk en de gevonden barrières uit het literatuuronderzoek, werd tot volgende **hoofdonderzoeksvraag** besloten:

"Kan een meertalige, laagdrempelige uitnodigingsmail, afkomstig van de GMD-houdende huisarts, de participatiegraad aan cervixkankerscreening verhogen?"

Het versturen van een persoonlijke, meertalige uitnodigingsmail vormde de **hoofdinterventie** binnen dit project. De uitnodigingsmail is als bijlage 2 opgenomen in deze masterproef. In samenspraak met de collega's van de praktijk werd gekozen om de uitnodigingsmail op te stellen in het Nederlands, Frans en Engels, omwille van onderstaande redenen:

1) Nederlands, Frans en Engels waren de meest voorkomende talen waarin consultaties binnen deze groepspraktijk gevoerd werden. De verhouding tussen Franstalige en Nederlandstalige consultaties werd geschat op ongeveer 40/60. Bovendien was geen enkele arts, werkzaam binnen deze huisartsenpraktijk, in staat een consult te voeren in een andere taal dan het Nederlands, Frans of Engels.
2) De artsen uit de groepspraktijk hadden de indruk dat het bij de grote meerderheid van de patiënten lukte om een consult in één van deze drie talen (Nederlands/Frans/Engels) te voeren. De populatie waarbij dit meestal moeilijker of niet lukte, was vooral de oudere populatie (70-plussers): echter komen zij niet in aanmerking voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en dus ook niet voor dit praktijkverbeterproject.
3) Van alle niet-Nederlandstalige patiënten werd geschat dat een belangrijk aandeel wel het Frans beheerste. Enerzijds kon dit verklaard worden door de ligging van de praktijk tegen de grens met Wallonië en Brussel. Anderzijds had de praktijk ook heel wat patiënten met een migratieachtergrond. De meeste waren vermoedelijk tweede of derde generatie migranten, die reeds van jongs af aan opgroeiden in België waardoor zij (meestal) één van onze landstalen beheersten (het Frans of Nederlands).
4) We kozen ervoor om de uitnodigingsmail bijkomend in het Engels te versturen, aangezien het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zich vooral richt op jongere vrouwen. Er werd uitgegaan van het idee dat de meeste jonge vrouwen die het Nederlands of Frans niet beheersten, wel Engels spraken.

Om in te spelen op de lagere scholingsgraad, en dus de mogelijk lagere gezondheidsgeletterdheid van een deel van de praktijkpopulatie, werd aan de uitnodigingsmail een informatiebrochure in bijlage toegevoegd. Deze brochure bevatte meer informatie over baarmoederhalskanker, de procedure van een uitstrijkje en het maken van een afspraak voor een uitstrijkje. De bijlage werd ook in de drie talen opgesteld. De informatie werd zo schematisch en laagdrempelig mogelijk weergegeven. Een voorbeeld van de Nederlandstalige informatiebrochure werd als bijlage 3 opgenomen in deze masterproef.

De collega-huisartsen waren het erover eens dat een hogere screeningsgraad voor cervixkanker vraagt om een betere registratie van de screeningsstatus in het EMD. Concreet hield dit in dat afgenomen uitstrijkjes consequenter in de planningsmodule van het medisch programma CareConnect moesten geregistreerd worden. Enkel zo kunnen artsen immers beter opvolgen welke vrouwen in aanmerking komen voor een (volgend) uitstrijkje. Het beter opvolgen van afgenomen uitstrijkjes (screeningsstatus) en het registeren hiervan op uniforme wijze, werd bijgevolg een bijkomend aandachtspunt van dit project.

Tijdens één van de wekelijkse teamvergaderingen werd samen met de collega's een uniforme manier van registreren vastgelegd: alle screeningsuitstrijkjes moesten als "pap smear screening" geregistreerd worden in de planningsmodule van CareConnect. Er werd afgesproken dat iedere arts de resultaten van de uitstrijkjes die hij/zij afnam zelfstandig zou opvolgen en de screeningsstatus (naargelang het resultaat) zelf zou aanpassen in de planningsmodule. Bijkomend werd dagelijks één arts aangesteld die verantwoordelijk was voor het doornemen van de postmodule van CareConnect. In deze postmodule stromen de resultaten van technische onderzoeken en verslagen van specialisten binnen (inclusief verslagen van gynaecologen en resultaten van uitstrijkjes). De arts die die dag verantwoordelijk was voor het doornemen van de postmodule, werd dus ook verantwoordelijk gesteld voor het registeren van de binnenkomende resultaten van afgenomen uitstrijkjes in de planningsmodule van de patiënt. Op deze manier werd getracht de registratie te verbeteren en de screeningsstatus van patiënten up-to-date te houden.

2. *Doelpopulatie interventie*

De doelgroep van de uitnodigingsmail bestond uit alle vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar met een actief GMD in 2023 of 2024, die nog nooit een uitstrijkje hadden laten afnemen of van wie het laatste uitstrijkje ≥4 jaar geleden plaatsvond. Als grenswaarde werd '4 jaar' genomen, aangezien het CvKO de reguliere uitnodigingsbrief ook pas uitstuurde 4 jaar na het laatste afgenomen uitstrijkje (12).

In overeenstemming met de Belgische richtlijnen voor baarmoederhalskankerscreening (8) kwamen volgende vrouwen niet in aanmerking voor de uitnodigingsmail:

- vrouwen jonger dan 25 jaar of ouder dan 64 jaar
- vrouwen met een hysterectomie in de voorgeschiedenis
- zwangere vrouwen of vrouwen < 3 maanden postpartum (indien geweten)
- vrouwen met baarmoederhalskanker (in situ of invasief)
- vrouwen die nog nooit seksuele betrekkingen gehad hebben (indien geweten)

Voor de inclusie- en exclusiecriteria, zie Tabel 3.

Tabel 3: Inclusie- en exclusiecriteria uitnodigingsmail

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Vrouwen ≥ 25 jaar en ≤ 64 jaar	Vrouwen < 25 jaar of ≥65 jaar
Actief GMD in 2023 of 2024	Geen actief GMD in 2023 of 2024
Baarmoeder(hals) nog aanwezig	Totale hysterectomie in voorgeschiedenis
Nog nooit een uitstrijkje of datum laatste uitstrijkje ≥4 jaar geleden	Datum laatste uitstrijkje < 4 jaar geleden
	Zwangerschap of < 3 maanden postpartum
	Vrouwen met een in situ of invasieve baarmoederhalskanker
	Nog geen seksuele betrekkingen gehad

3. Studieopzet Praktijkverbeterproject ("Do")

Het praktijkverbeterproject werd onderverdeeld in een retrospectief luik (vóór de interventie) en een prospectief luik (na de interventie).

3.1 Retrospectief luik

Het retrospectieve luik onderzocht de dekkingsgraad voor baarmoederhalskankerscreening vóór het versturen van de uitnodigingsmail (pre-interventionele dekkingsgraad). Via de statistiekmodule van CareConnect werd midden augustus 2024 een lijst getrokken van alle vrouwelijke patiënten tussen 25 t.e.m. 64 jaar met een actief GMD in 2023 of 2024. De zoekstring (query) die hiervoor gebruikt werd, is opgenomen in bijlage 4.1 van deze masterproef. Vervolgens werd, via de statistiekmodule, nagegaan wie van deze vrouwen een permanente contra-indicatie had voor een uitstrijkje (namelijk een hysterectomie of cervixkanker). Bij de overige vrouwen werd nadien de datum van het laatste uitstrijkje manueel nagegaan in het dossier. Deze taak werd opgenomen door de HAIO (ikzelf).

Bij het nagaan van de datum van het laatste uitstrijkje werd gebruik gemaakt van de updates van het CvKO (in de laboresultaten van het EMD). Deze datum werd vervolgens nog manueel gecontroleerd in de Hub van de patiënt: dit is een beveiligd digitaal netwerk voor de uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen zorgverleners. Deze extra stap was nodig aangezien de updates van het CvKO slechts 4 keer per jaar verstuurd worden, waardoor recente uitstrijkjes anders over het hoofd gezien konden worden.

Op basis van de gevonden datum van het laatste uitstrijkje, werd vervolgens nagegaan bij hoeveel vrouwen de datum voor het volgende uitstrijkje correct geregistreerd stond in de planningsmodule van CareConnect. Door dit na te gaan, kreeg men een idee over hoe goed de planningsmodule ingevuld wordt binnen deze praktijk: m.a.w. wordt de screeningsstatus van de patiënt goed bijgehouden? Foutieve of ontbrekende registraties in de planningsmodule werden vervolgens manueel gecorrigeerd. Op deze manier werd de screeningsstatus in de planningsmodule volledig geüpdatet.

Na het corrigeren van de screeningsstatus in de planningsmodule van CareConnect, werd op 27/08/2024 aan de hand van een query in de statistiekmodule van CareConnect een lijst bekomen van alle vrouwelijke patiënten tussen 25 t.e.m. 64 jaar met een actief GMD in 2023 of 2024, zonder hysterectomie of baarmoederhalskanker in de voorgeschiedenis, die…

- nog nooit een uitstrijkje lieten afnemen (zie bijlage 4.2)
- reeds ≥ 4 jaar geen uitstrijkje meer lieten afnemen (zie bijlage 4.3).

Bij deze vrouwen werd vervolgens nagegaan in het dossier of er weet is van een tijdelijke contra-indicatie voor een uitstrijkje, namelijk zwangerschap. De overgebleven vrouwen vormden finaal de doelpopulatie voor de meertalige uitnodigingsmail.

3.2 Prospectief luik

Het prospectieve luik omvatte het doorvoeren van de eigenlijke interventie: namelijk het versturen van de meertalige uitnodigingsmail met informatiebrochure in bijlage. Tussen eind augustus en begin september 2024 werd, vanuit het medisch programma CareConnect, de meertalige uitnodigingsmail verstuurd naar alle vrouwen behorend tot de doelpopulatie van de interventie. Via de website of het telefoonnummer van de groepspraktijk kon de patiënt een afspraak maken voor een uitstrijkje bij een dokter naar keuze. Indien de patiënt dit wenste, kon het uitstrijkje ook bij haar gynaecoloog afgenomen worden. De praktijkverpleegkundige stond in voor het beantwoorden van de telefoons/mails omtrent het uitstrijkje en het inplannen van een afspraak.

Halverwege de studie (midden tot eind november 2024) werd de meertalige uitnodigingsmail een tweede keer verstuurd. Dit uitsluitend naar de uitgenodigde vrouwen die tot op dat moment nog geen uitstrijkje hadden laten afnemen of nog niet gereageerd hadden op de eerste mail.

Na een studieperiode van 6 maanden werd het project afgerond. Er werd bewust gekozen voor een studietermijn van 6 maanden, aangezien de wachttijd voor een afspraak bij de gynaecoloog soms behoorlijk kan oplopen. De totale dekkingsgraad vóór het uitsturen van de uitnodigingsmail (=pre-interventionele dekkingsgraad) werd vergeleken met de dekkingsgraad na het uitsturen van de mail (=postinterventionele dekkingsgraad). Het verschil in dekkingsgraad werd getoetst met behulp van de McNemar-test, waarbij een p-waarde < 0,05 als statistisch significant werd beschouwd. De McNemar-test vergelijkt verschillen in gepaarde proporties bij een dichotome variabele. Een dichotome variabele is een variabele met twee antwoordmogelijkheden (in deze studie: “gedekt” versus “niet-gedekt”). In deze studieopzet is er sprake van gepaarde proporties aangezien de voor- en nameting werden uitgevoerd bij dezelfde groep vrouwen. Dit maakt de McNemar-test de meest geschikte statistische test.

Als bijkomend aspect van het praktijkverbeterproject werden enkele sociodemografische kenmerken van de responders versus non-responders op de uitnodigingsmail onderzocht.

- Responders = uitgenodigde vrouwen die tijdens de studieperiode van 6 maanden een uitstrijkje lieten afnemen (bij huisarts of gynaecoloog) plus alle vrouwen die geen uitstrijkje lieten afnemen maar wel reageerden op de uitnodigingsmail.
- Non-responders = uitgenodigde vrouwen die geen uitstrijkje lieten afnemen tijdens de studieperiode en die niet reageerden op de uitnodigingsmail.

Door het verzamelen van deze sociodemografische kenmerken werd getracht inzicht te verwerven in welke vrouwen al dan niet bereikt werden met de meertalige uitnodigingsmail. De analyse van deze sociodemografische kenmerken beperkte zich tot beschrijvende statistiek. Er werden dus geen statistische testen op uitgevoerd.

Hieronder wordt kort weergegeven welke sociodemografische kenmerken verzameld werden én hoe deze verzameling gebeurde:

- Bij de uitgenodigde vrouwen die tijdens de studieperiode een uitstrijkje lieten afnemen bij de huisarts (=**Groep A**) werd tijdens de consultatie een korte vragenlijst afgenomen (na actieve toestemming). Deze vragenlijst peilde enerzijds naar enkele sociodemografische kenmerken (o.a. leeftijdscategorie, moedertaal, spreektaal op consultatie, nationaliteit, geboorteland en opleidingsgraad). Anderzijds werd er gepeild naar de concrete aanleiding voor afname van het uitstrijkje. Men dient immers bewust te zijn van het feit dat vrouwen ook buiten de studiecontext door hun huisarts of gynaecoloog konden aangesproken worden voor afname van een uitstrijkje. De vragenlijst probeerde deze aanleiding in kaart te brengen: liet men het uitstrijkje afnemen …
    - dankzij de meertalige uitnodigingsmail? Zo ja, in welke taal werd de mail gelezen?
    - dankzij de reguliere uitnodigingsbrief van het CvKO?
    - dankzij motivatie van één van de huisartsen uit de groepspraktijk?
    - op eigen initiatief? Andere motivatiereden?

  De afname van de vragenlijst en het informed consentformulier (ICF) gebeurde door de huisarts bij wie de vrouw zich presenteerde voor haar uitstrijkje. De huisartsen kregen op voorhand (tijdens één van de wekelijkse vergaderingen) instructies over hoe de vragenlijst en het ICF diende ingevuld te worden. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 5 van de masterproef.

- Bij de vrouwen die tijdens de studieperiode een uitstrijkje lieten afnemen bij de gynaecoloog <u>én</u> bij de non-responders op de uitnodigingsmail (= **Groep B**), kon niet gewerkt worden met een vragenlijst voor het verzamelen van hun sociodemografische kenmerken. Bij deze groep vrouwen werden enkele kenmerken retrospectief uit het dossier gehaald: meer bepaald leeftijdscategorie, nationaliteit, geboorteland en spreektaal op consultatie. Moedertaal en opleidingsgraad werden bij deze groep dus niet verzameld, aangezien deze gegevens niet automatisch in het EMD beschikbaar zijn. Om ervoor te zorgen dat de vrouwen uit groep B ook geïnformeerd werden over het retrospectief gebruik van voorgenoemde sociodemografische kenmerken, werd dit vermeld in de verstuurde uitnodigingsmail (zie bijlage 2). Ze kregen de mogelijkheid om het retrospectief gebruik van hun sociodemografische data te weigeren.

Indien er data ontbraken, werden die als “missing data” verwerkt in de analyse. Alle data werden verzameld in Excel en gepseudonimiseerd, zodat geen rechtstreekse link met de individuele vrouwen gelegd kon worden. Bovendien werd als extra beveiligingsmaatregel het Excel-bestand versleuteld met een toegangscode.

Het onderzoek werd op 30/07/2024 goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent). Het studieprotocol en de goedkeuring van het Ethisch Comité werden respectievelijk als bijlage 6 en 7 opgenomen in deze masterproef.

4. Primaire doelstelling en Nevenonderzoeksvragen

4.1 Primaire doelstelling

Het doel van dit praktijkverbeterproject was om de participatiegraad aan cervixkankerscreening te verhogen aan de hand van een meertalige, laagdrempelige uitnodigingsmail, afkomstig van de GMD-houdende huisarts. Er werd gestreefd naar een totale dekkingsgraad van minstens 80% post-

interventioneel, gebaseerd op de aanbeveling van Domus Medica (8). Deze doelstelling trachtte men te bereiken binnen 6 maanden na het uitsturen van de uitnodigingsmail.

De totale dekkingsgraad binnen de praktijkpopulatie werd als volgt berekend: de som van het percentage van alle vrouwen tussen 25 t.e.m. 64 jaar met een actief GMD in 2023 of 2024…

- die in de afgelopen 4 jaar een uitstrijkje lieten afnemen

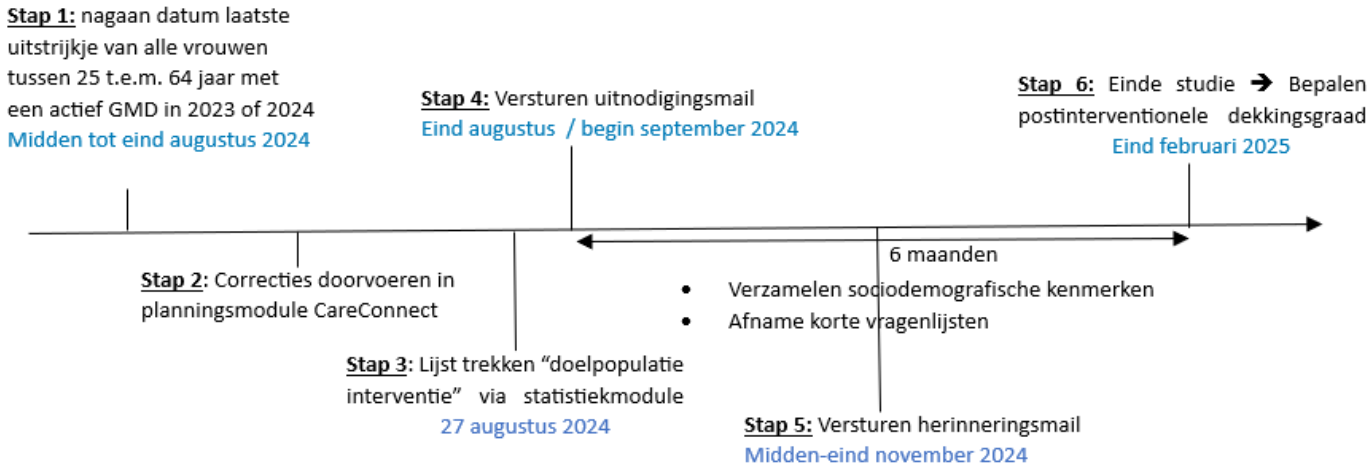
  +
- die een tijdelijke of permanente contra-indicatie hadden voor een uitstrijkje (analoog aan het Vlaams Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker[6]). Meer bepaald: vrouwen met een totale hysterectomie, vrouwen met baarmoederhalskanker, zwangere vrouwen, vrouwen < 3 maanden postpartum en vrouwen die nog nooit seksueel actief geweest zijn (indien geweten).

De berekening van de dekkingsgraad is conform de werkwijze die gehanteerd wordt door het CvKO[6].

4.2 Nevenonderzoeksvragen

- Hoeveel procent van alle vrouwen tussen 25 t.e.m. 64 jaar met een actief GMD hadden vóór aanvang van het praktijkverbeterproject een correcte registratie van hun screeningsstatus in de planningsmodule van CareConnect?
- Wat is de responsgraad op de uitgestuurde uitnodigingsmail?
- Hoeveel vrouwen lieten tijdens de studieperiode een uitstrijkje afnemen bij de gynaecoloog versus bij de huisarts?
- Wat zijn de sociodemografische kenmerken van de responders vergeleken met de sociodemografische kenmerken van de non-responders op de uitnodigingsmail?
- Wat stimuleerde vrouwen tot afname van een uitstrijkje tijdens de studieperiode: de reguliere uitnodigingsbrief van het CvKO? De uitnodigingsmail van de huisarts? De meertaligheid van de uitnodigingsmail? Aangesproken door de huisarts? Een andere motivator?

5. Tijdslijn Praktijkverbeterproject



Figuur 2: Tijdslijn praktijkverbeterproject

[6]Infosheet belangrijkste indicatoren Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker - screeningsjaar 2024, Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), Belgian Cancer Registry (BCR) & Departement Zorg, 2025. Opgehaald op 18 maart 2025 van https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/literatuur-bhk

Resultaten: Evaluatie van het project ("Check")

1. Retrospectief luik: Voormeting

Bij aanvang van het praktijkverbeterproject omvatte de groepspraktijk 852 vrouwen tussen 25 t.e.m. 64 jaar, met een actief GMD in 2023 of 2024. Van deze 852 vrouwen werden 4 vrouwen geëxcludeerd (voor de reden, zie Figuur 3). Finaal waren er dus 848 vrouwen tussen 25 t.e.m. 64 jaar met een actief GMD in 2023 of 2024. Met behulp van de statistiekmodule bleken 33 van deze 848 vrouwen een permanente contra-indicatie te hebben voor een uitstrijkje, namelijk een hysterectomie. Bij de resterende 815 vrouwen werd vervolgens de datum van het laatste uitstrijkje manueel nagekeken in het dossier/de Hub. De flowchart kan teruggevonden worden in Figuur 3.

1.1 Evaluatie screeningsstatus

Van de 815 vrouwen bleek slechts bij 58,7% (478 vrouwen) de screeningsstatus up-to-date in de planningsmodule van CareConnect. Met andere woorden, slechts 478 vrouwen hadden in hun EMD een correcte planning voor hun volgende uitstrijkje. Bij 176 vrouwen (21,6%) ontbrak een planning voor een volgend uitstrijkje, hoewel in het verleden reeds een uitstrijkje afgenomen werd. Bij 161 vrouwen (19,7%) was de planning foutief: de geplande datum voor het volgende uitstrijkje was niet in lijn met de datum van het laatst afgenomen uitstrijkje.

1.2 Pre-interventionele dekkingsgraad

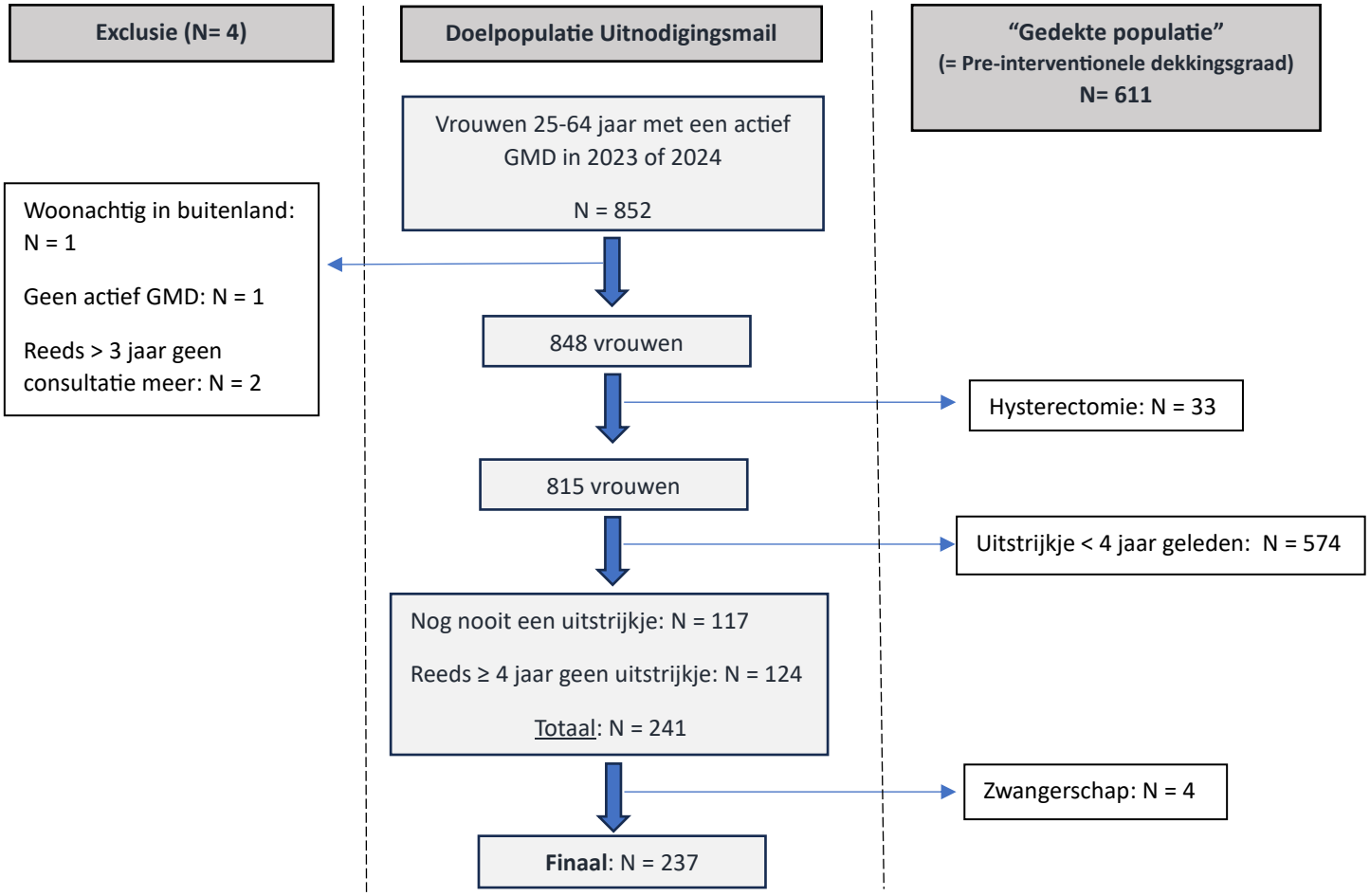
Nadat de screeningsstatus van deze 815 vrouwen volledig geactualiseerd werd in de planningsmodule, werd de vooropgestelde query gebruikt om de doelpopulatie voor de meertalige uitnodigingsmail te identificeren (voor de query, zie bijlagen 4.2 en 4.3). Van deze 815 vrouwen bleken 241 vrouwen niet in orde te zijn met hun uitstrijkje:

- nog nooit een uitstrijkje (n=117)
- reeds ≥ 4 jaar geen uitstrijkje (n=124)

Van deze 241 vrouwen bleken er vier zwanger te zijn bij aanvang van het project. Aangezien zwangerschap een tijdelijke contra-indicatie vormt voor een uitstrijkje, kwamen deze vier vrouwen niet in aanmerking voor de uitnodigingsmail en werden zij bijgevolg tot de "gedekte populatie" gerekend (analoog aan het Vlaams Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker[7]). Finaal kwamen dus 237 vrouwen in aanmerking voor de meertalige uitnodigingsmail.

Voor een schematische voorstelling, zie Figuur 3.

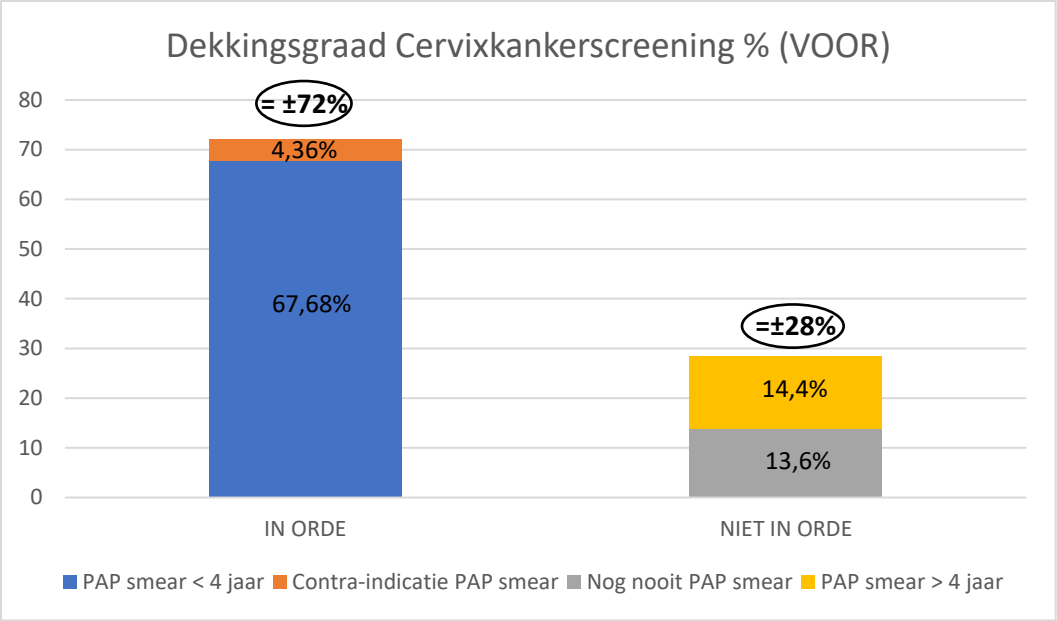
[7]Infosheet belangrijkste indicatoren Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker - screeningsjaar 2024, Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), Belgian Cancer Registry (BCR) & Departement Zorg, 2025. Opgehaald op 18 maart 2025 van https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/literatuur-bhk



Figuur 3: Pre-interventionele dekkingsgraad en doelpopulatie uitnodigingsmail

De pre-interventionele dekkingsgraad bedroeg dus 72% (nl. 611/848 vrouwen). Met andere woorden, 611 vrouwen hadden in de voorafgaande vier jaar een uitstrijkje laten afnemen of hadden een tijdelijke/permanente contra-indicatie voor afname van een uitstrijkje (o.a. totale hysterectomie, zwangerschap, in situ of invasieve baarmoederhalskanker).

De pre-interventionele dekkingsgraad lag dus hoger dan de huisartsen aanvankelijk geschat hadden: namelijk 72% in plaats van de geschatte 50 à 60%. De streefwaarde van Domus Medica, namelijk een dekkingsgraad van 80%, werd echter nog niet bereikt. Iets meer dan een kwart van de vrouwen uit de doelpopulatie (28%) was onvoldoende of zelfs niet gescreend (zie Figuur 4).

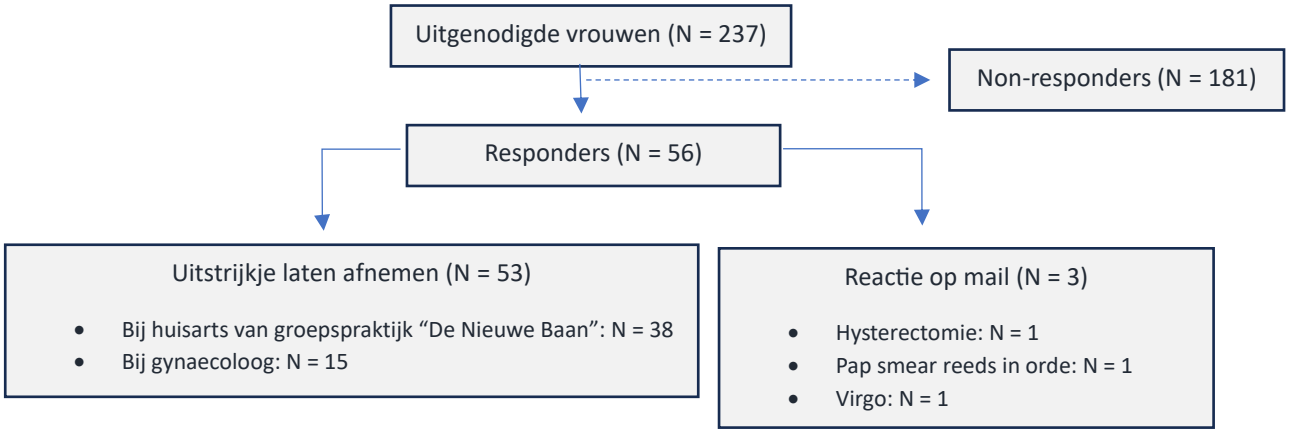


Figuur 4: Dekkingsgraad pre-interventioneel

2. *Prospectief luik: Nameting*

2.1 Responsgraad op de uitnodigingsmail

Rond eind augustus – begin september 2024 werd de meertalige uitnodigingsmail naar 237 vrouwen verstuurd. Van deze 237 vrouwen gingen 56 vrouwen in op de uitnodigingsmail (responsgraad 23,6%). Responders werden gedefinieerd als: *"alle vrouwen die binnen de zes maanden na het versturen van de eerste uitnodigingsmail een uitstrijkje lieten afnemen (bij huisarts of gynaecoloog) plus alle vrouwen die geen uitstrijkje lieten afnemen maar wel reageerden op de uitnodigingsmail".* Voor een schematische voorstelling van de responders op de uitnodigingsmail, zie Figuur 5.



Figuur 5: Responders op de uitnodigingsmail

Van de 53 afgenomen uitstrijkjes werden er 38 afgenomen bij de huisarts (71,7%) en 15 bij de gynaecoloog (28,3%). De meeste uitstrijkjes werden afgenomen tijdens de eerste drie maanden van de studieperiode (n=37; 69,8%). Na het versturen van de herinneringsmail halverwege de studieperiode, werden in de laatste drie maanden van het project bijkomend nog 16 uitstrijkjes afgenomen.

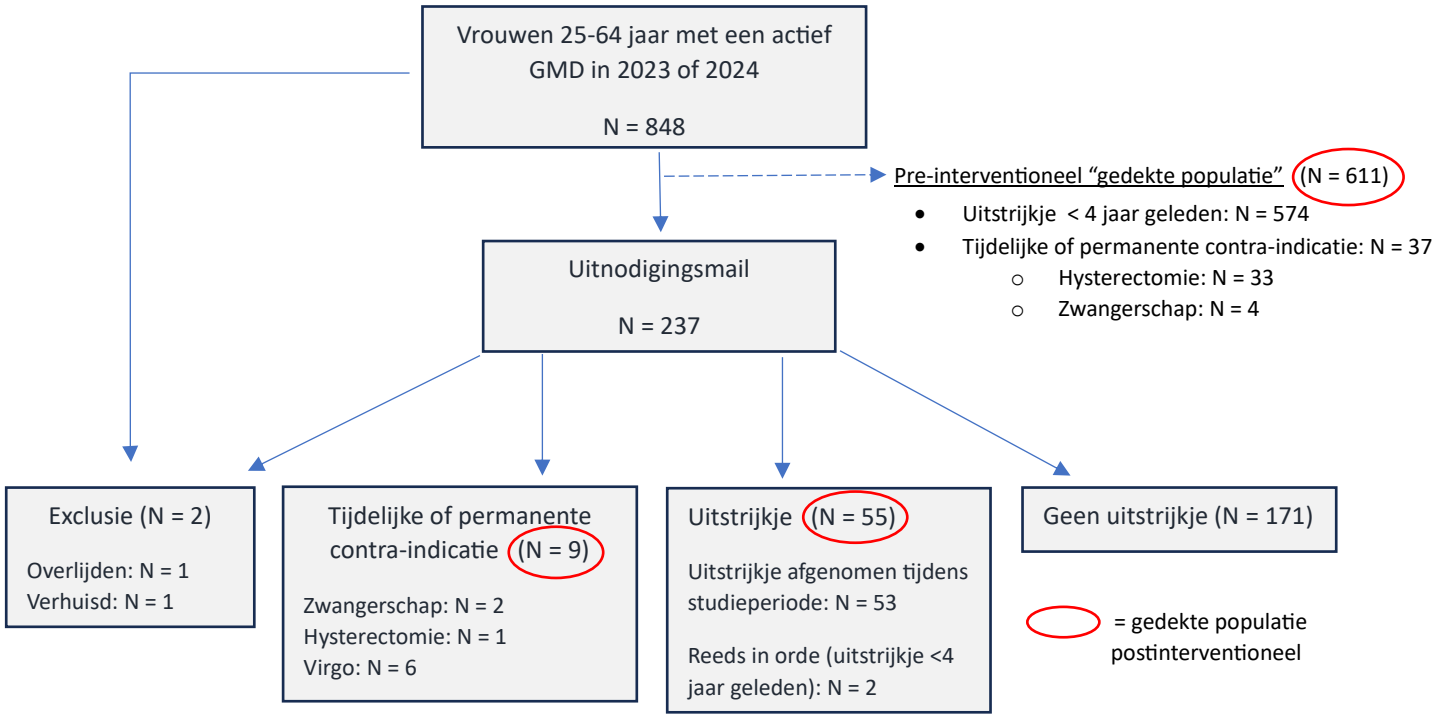
2.2 Postinterventionele dekkingsgraad

Vóór aanvang van de interventie, werden 611 van de 848 vrouwen tot de gedekte populatie gerekend (pre-interventionele dekkingsgraad 72%). Van de 237 vrouwen die de uitnodigingsmail ontvingen, werden er achteraf nog twee geëxcludeerd: één patiënte overleed tijdens de studieperiode en één patiënte verhuisde tijdens de studieperiode. Van de resterende 235 vrouwen:

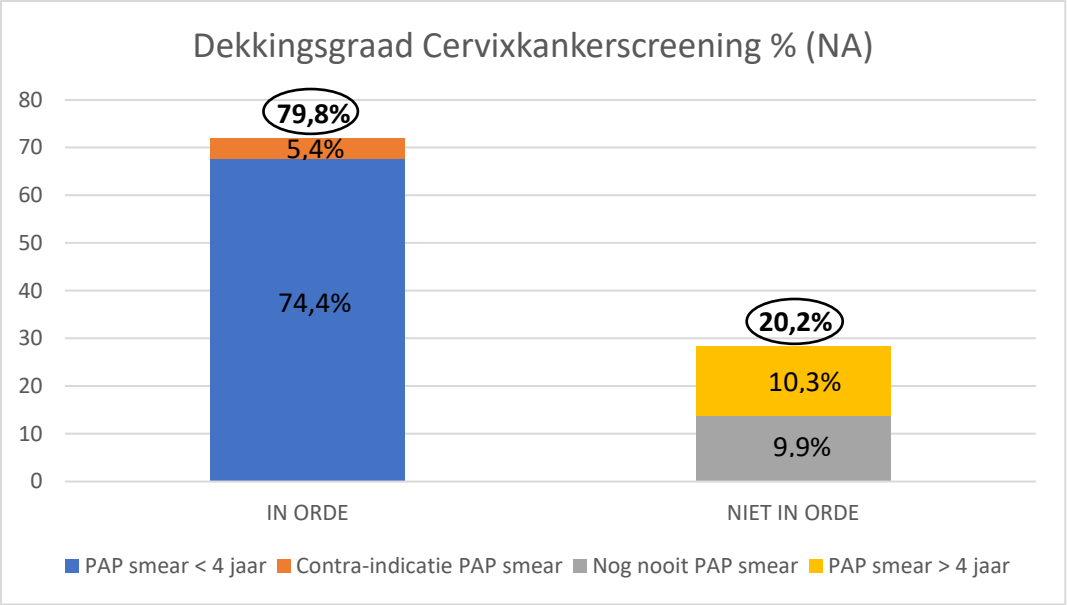
- lieten 53 vrouwen een uitstrijkje afnemen tijdens de studieperiode (bij huisarts/gynaecoloog).
- bleken 2 vrouwen toch reeds in orde te zijn met hun uitstrijkje (uitstrijkje < 4 jaar geleden).
- bleken 9 vrouwen achteraf een tijdelijke of permanente contra-indicatie te hebben voor een uitstrijkje (Virgo, n=6. Hysterectomie, n=1. Zwangerschap, n=2).

De postinterventionele dekkingsgraad bedroeg 79,8% (= 675/846 vrouwen). Met andere woorden, 675 van de 846 vrouwen tussen 25 t.e.m. 64 jaar met een actief GMD hadden in de afgelopen vier jaar een uitstrijkje laten afnemen of hadden een tijdelijke/permanente contra-indicatie voor afname van een uitstrijkje. Het verschil in totale dekkingsgraad pre- versus postinterventioneel bedroeg dus 7,8%.

Voor een schematische voorstelling, zie Figuur 6 en 7.



Figuur 6: Flowchart dekkingsgraad postinterventioneel



Figuur 7: Dekkingsgraad postinterventioneel

Indien men retrospectief echter het "werkelijke" effect van de uitgevoerde interventie op de dekkingsgraad zou willen berekenen, moet er eigenlijk reeds in het begin rekening gehouden worden met…

Cfr Figuur 6

- de exclusies (n=2)
- alle vrouwen met een tijdelijke/permanente contra-indicatie voor een uitstrijkje (n=37+9= 46)
- alle reeds gescreende vrouwen vóór de interventie (n=574+2= 576).

Wanneer hiermee rekening wordt gehouden, bedraagt de werkelijke pre-interventionele dekkingsgraad 73,5% (=622/846 vrouwen). Het werkelijk verschil in totale dekkingsgraad pre- versus postinterventioneel bedraagt dus eigenlijk 6,3%. Dit verschil is statistisch significant (p<0,0001).

2.3 Sociodemografische kenmerken van de responders versus non-responders op de uitnodigingsmail

In Tabel 4 worden enkele sociodemografische kenmerken van de responders en non-responders op de uitnodigingsmail weergegeven (namelijk leeftijdscategorie, spreektaal op consultatie, geboorteplaats en nationaliteit). Deze gegevens werden retrospectief uit het dossier verzameld.

Bij een deel van de responders, namelijk de vrouwen die zich bij de huisarts presenteerden voor afname van hun uitstrijkje (n=38), werden via een vragenlijst twee bijkomende kenmerken verzameld: moedertaal en opleidingsgraad. Deze twee kenmerken zijn niet beschikbaar bij de non-responders en bij de responders die hun uitstrijkje bij de gynaecoloog lieten afnemen. Bij deze twee groepen kon immers geen vragenlijst worden afgenomen. Omwille van die reden worden 'moedertaal' en 'opleidingsgraad' later afzonderlijk besproken en zijn deze dus niet opgenomen in Tabel 4.

Tabel 4: Sociodemografische kenmerken van de uitnodigde vrouwen (n=237), opgesplitst volgens responders (n=56) en non-responders (n=181).

Kenmerk	Populatie uitgenodigde vrouwen		Responders uitnodigingsmail		Non-responders uitnodigingsmail		Responsratio per kenmerk (%)
Totaal	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
	237	100	56	100	181	100	
Leeftijdscategorie							
25-29 jaar	35	14,8%	5	8,9%	30	16,6%	**14,3%** (5/35)
30-34 jaar	29	12,2%	7	12,5%	22	12,1%	**24,1%** (7/29)
35-39 jaar	24	10,1%	4	7,1%	20	11%	**16,7%** (4/24)
40-44 jaar	30	12,7%	6	10,7%	24	13,3%	**20%** (6/30)
45-49 jaar	21	8,9%	6	10,7%	15	8,3%	**28,6%** (6/21)
50-54 jaar	22	9,3%	7	12,5%	15	8,3%	**31,8%** (7/22)
55-59 jaar	33	13,9%	10	17,9%	23	12,7%	**30,3%** (10/33)
60-64 jaar	43	18,1%	11	19,6%	32	17,7%	**25,6%** (11/43)
Spreektaal consultatie							
Nederlands	128	54%	33	58,9%	95	52,4%	**25,8%** (33/128)
Frans	88	37,1%	20	35,7%	68	37,6%	**22,7%** (20/88)
Engels	5	2,1%	0	0%	5	2,8%	**0%** (0/5)
Andere	11	4,6%	3	5,4%	8	4,4%	**27,3%** (3/11)
Onbekend	5	2,1%	0	0%	5	2,8%	**0%** (0/5)
Geboorteplaats							
België	138	58,2%	38	67,8%	100	55,2%	**27,5%** (38/138)
Afrika	62	26,2%	12	21,4%	50	27,6%	**19,35%** (12/62)
Azië	16	6,8%	2	3,6%	14	7,7%	**12,5%** (2/16)
Zuid-Amerika	5	2,1%	0	0%	5	2,8%	**0%** (0/5)
West-Europa	7	3%	2	3,6%	5	2,8%	**28,6%** (2/7)
Oost-Europa	9	3,8%	2	3,6%	7	3,9%	**22,2%** (2/9)
Nationaliteit							
Belg	181	76,4%	45	80,3%	136	75,1%	**24,9%** (45/181)
Afrikaans	16	6,8%	6	10,7%	10	5,5%	**37,5%** (6/16)
Aziatisch	5	2,1%	1	1,8%	4	2,2%	**20%** (1/5)
West-Europees	15	6,3%	2	3,6%	13	7,2%	**13,3%** (2/15)
Oost-Europees	6	2,5%	2	3,6%	4	2,2%	**33,3%** (2/6)
Zuid-Amerikaans	1	0,4%	0	0%	1	0,6%	**0%** (0/1)
Onbekend	13	5,5%	0	0%	13	7,2%	**0%** (0/13)

1. Leeftijdscategorie

Van de 237 vrouwen die pre-interventioneel niet in orde waren met hun uitstrijkje, bevond de grootste groep zich in de leeftijdscategorie van 60-64 jaar (namelijk 18,1%; n=43). Echter was het verschil met de andere leeftijdsgroepen eerder klein (range 8,9 – 14,8%).

Van de 56 responders op de uitnodigingsmail bevond de grootste groep zich in de oudste leeftijdscategorie, namelijk 60-64 jaar (19,6%; n=11). Daarna volgde de leeftijdscategorie 55-59 jarigen, met 17,9% (n=10). Het verschil met de andere leeftijdsgroepen was beperkt (range 7,1 – 12,5%). Rekening houdend met het totaal aantal uitgenodigde vrouwen binnen elke leeftijdscategorie, werd de laagste responsratio gezien bij de 25-29 jarigen (14,3%; n=5/35) en de hoogste responsratio bij de 50-54 jarigen (31,8%; n=7/22). In de oudste leeftijdscategorie bedroeg de responsratio 25,6% (n=11/43).

2. Spreektaal op consultatie

Van de 237 vrouwen die pre-interventioneel niet in orde waren met hun uitstrijkje, sprak 54% Nederlands op consultatie (n=128), 2,1% Engels (n=5) en 37,1% Frans (n=88). Bij 4,6% was de voertaal "Andere" (n=11), wat betekent dat deze patiënten onvoldoende kennis hadden van het Nederlands, Frans of Engels om een consultatie in één van deze drie talen te voeren en te begrijpen. Bij deze groep vrouwen werd tijdens de consultatie gebruik gemaakt van hulpmiddelen (zoals Google Translate, tolken, familieleden,…).

Van de 56 responders op de uitnodigingsmail sprak 58,9% Nederlands (n=33); 35,7% Frans (n=20); 0% Engels (n=0) en 5,4% een 'andere' taal (n=3) op consultatie. Van de uitgenodigde vrouwen die Nederlands spraken op consultatie bedroeg de responsratio op de uitnodigingsmail dus 25,8% (=33/128). Dit in vergelijking met een responsratio van 22,7% (=20/88) bij de uitgenodigde vrouwen met spreektaal Frans en 27,3% (=3/11) bij de uitgenodigde 'anderstalige' vrouwen. Verhoudingsgewijs was er dus weinig verschil in de responsratio op de uitnodigingsmail tussen de uitgenodigde Nederlandssprekende en Franssprekende vrouwen.

Van de 33 responders met spreektaal Nederlands, kon met zekerheid vastgesteld worden dat minstens 18 vrouwen reageerden op de Nederlandstalige uitnodigingsmail. Bij de 23 responders met spreektaal Frans of 'Andere' reageerden minstens 12 vrouwen op de Franstalige uitnodigingsmail. Er kon geen uitspraak gedaan worden over de motivatiereden van de vrouwen die een uitstrijkje lieten afnemen bij de gynaecoloog (n=15). Voor een schematisch overzicht, zie Tabel 5.

Tabel 5: Details van de responders (n=56), onderverdeeld volgens spreektaal op consultatie.

Responders met spreektaal 'Nederlands' (n=33)	**Responders met spreektaal 'Frans' (n=20)**	**Responders met spreektaal 'Andere' (n=3)**
Uitstrijkje bij huisarts (n=21) **Aanleiding voor uitstrijkje** • Nederlandstalige uitnodigingsmail: n = 17 • Aangesproken door huisarts: n = 4	Uitstrijkje bij huisarts (n=14) **Aanleiding voor uitstrijkje** • Franstalige uitnodigingsmail: n = 9 • Aangesproken door huisarts: n = 5	Uitstrijkje bij huisarts (n=3) **Aanleiding voor uitstrijkje** • Franstalige uitnodigingsmail: n = 1 • Aangesproken door huisarts: n = 2
Uitstrijkje bij gynaecoloog (n=11)	Uitstrijkje bij gynaecoloog (n=4)	
Geen uitstrijkje, maar reactie op Nederlandstalige uitnodigingsmail (n=1)	Geen uitstrijkje, maar reactie op Franstalige uitnodigingsmail (n=2)	

3. Geboorteplaats

Van de 237 uitgenodigde vrouwen was 58,2% (n=138) geboren in België, waarvan het grootste deel in Vlaanderen (63,8%). Een kleiner deel was geboren in Brussel en Wallonië (respectievelijk 32,6% en 3,6%). Ongeveer 41,8% (n=99) van de uitgenodigde vrouwen was geboren in het buitenland, waarvan de meerderheid in Afrika (n=62).

Van de 56 responders was 67,8% (n=38) geboren in België; 21,4 % (n=12) in Afrika; 3,6% (n=2) in Azië; 3,6% (n=2) in West-Europa en 3,6% (n=2) in Oost-Europa. De responsratio voor vrouwen geboren in België bedroeg dus 27,5% (=38/138). Dit in vergelijking met een responsratio van 18,2% (=18/99) voor vrouwen geboren in het buitenland.

4. Nationaliteit

Hoewel een groot deel van de uitgenodigde vrouwen geboren was in een ander land dan België (cf. supra), hadden de meeste vrouwen wel de Belgische nationaliteit aangenomen (namelijk 76,4%; n=181). De tweede grootste groep werd gevormd door vrouwen met een "Afrikaanse nationaliteit" (6,75%, n=16).

Van de 56 responders op de uitnodigingsmail had 80,3% (n=45) de Belgische nationaliteit; 10,7% (n=6) een Afrikaanse nationaliteit; 3,6% (n=2) een Oost-Europese nationaliteit; 3,6% (n=2) een West-Europese nationaliteit; 1,8% (n=1) een Aziatische nationaliteit en 0% een Zuid-Amerikaanse nationaliteit.

Van de uitgenodigde vrouwen met een Belgische nationaliteit reageerden dus 24,9% (=45/181) op de mail. Bij vrouwen met een niet-Belgische nationaliteit bedroeg de responsratio 25,6% (=11/43). De responsratio was het grootst bij vrouwen met een Afrikaanse nationaliteit, namelijk 37,5% (=6/16).

2.4 Analyse van de afgenomen vragenlijsten

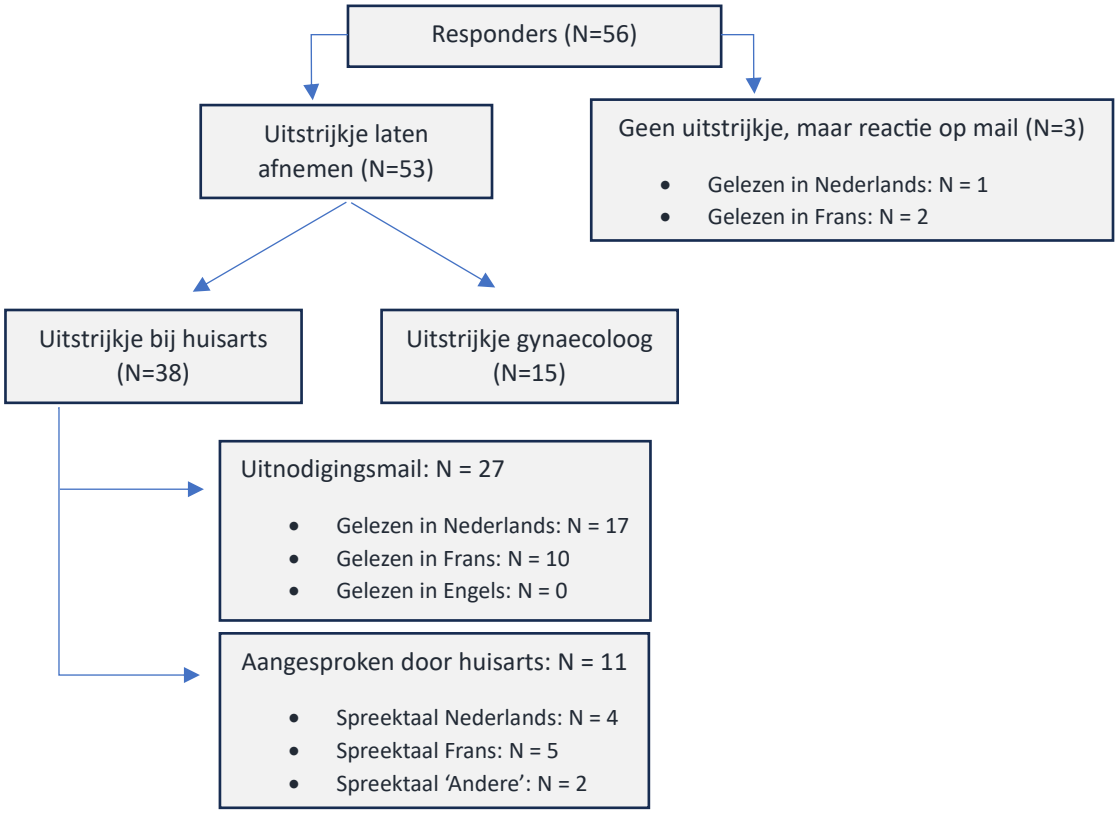
Bij de uitgenodigde vrouwen die tijdens de studieperiode hun uitstrijkje lieten afnemen bij de huisarts (=Groep A), werd een vragenlijst afgenomen (zie bijlage 5). Deze vragenlijst peilde naar:

1) enkele sociodemografische kenmerken (namelijk leeftijdscategorie, spreektaal op consultatie, geboorteland, nationaliteit, moedertaal en opleidingsgraad). De eerste vier kenmerken werden reeds hierboven besproken (in Tabel 4).
2) de aanleiding voor afname van het uitstrijkje: de verstuurde uitnodigingsmail? De uitnodigingsbrief van het CvKO? Aangesproken door de huisarts op consultatie? Andere reden?
3) de taal waarin de uitnodigingsmail gelezen werd.

Zoals eerder vermeld, werden tijdens de studieperiode 38 van de 53 uitstrijkjes afgenomen door één van de huisartsen van groepspraktijk "De Nieuwe Baan" (Figuur 8). Bij deze 38 vrouwen diende een vragenlijst te worden afgenomen. Bij vijf vrouwen werd de vragenlijst echter vergeten. Voor deze vijf vrouwen werd achteraf aan de huisarts (die het uitstrijkje had afgenomen) gevraagd wat de aanleiding was voor de patiënte om het uitstrijkje te laten afnemen. Indien de aanleiding 'de uitnodigingsmail' was, werd aan de huisarts gevraagd naar de taal waarin de patiënte de mail gelezen had. De opleidingsgraad kon bij deze vijf vrouwen niet achterhaald worden, aangezien de huisarts dit niet wist en deze informatie ook niet in het EMD bijgehouden werd. In de analyse werd de opleidingsgraad van deze vijf vrouwen daarom gecategoriseerd als 'onbekend'.

1) Motivatiereden

Van de 38 vrouwen die tijdens de studieperiode een uitstrijkje lieten afnemen bij de huisarts, presenteerde de meerderheid zich naar aanleiding van de uitnodigingsmail (n=27; 71%). Elf van de 38 vrouwen (28,9%) lieten het uitstrijkje afnemen nadat zij hierover op consultatie waren aangesproken door één van de huisartsen. Hoewel deze 11 vrouwen de uitnodigingsmail dus ook ontvangen hadden, vond screening in hun geval plaats na persoonlijke motivatie door de huisarts. Voor een schematische uiteenzetting, zie Figuur 8.



Figuur 8: Schematische voorstelling van de responders op de uitnodigingsmail

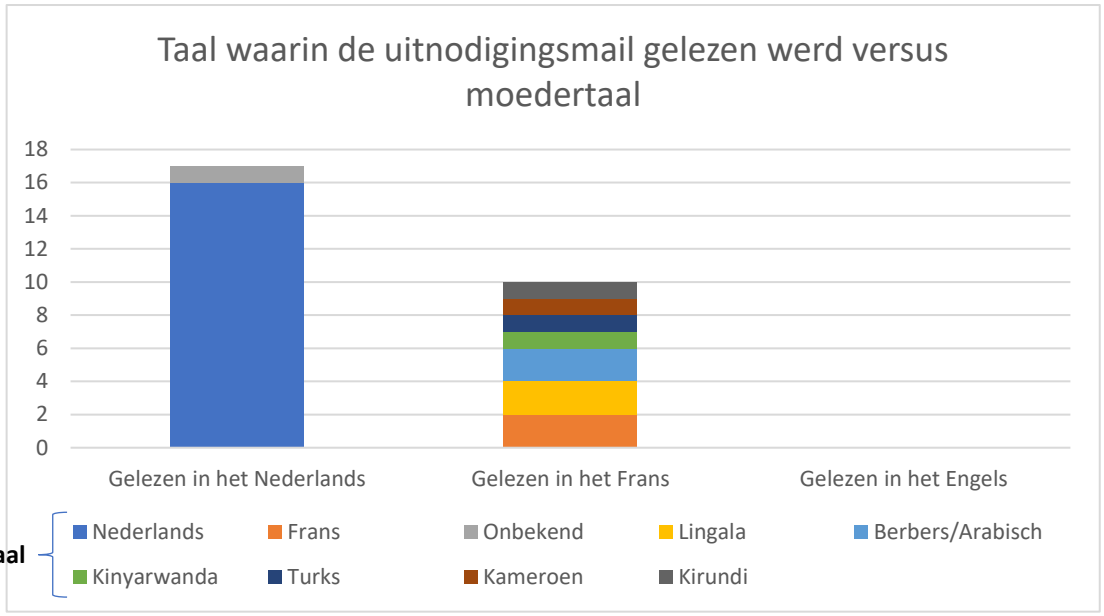
2) (Moeder)taal

Van de 27 vrouwen die een uitstrijkje lieten afnemen naar aanleiding van de uitnodigingsmail, hadden 17 vrouwen de mail in het Nederlands gelezen (63%) en 10 vrouwen in het Frans (37%). Geen enkele vrouw had de mail in het Engels gelezen. Zie Figuur 8.

Van de 17 vrouwen die de mail in het Nederlands gelezen hadden, sprak de meerderheid 'Nederlands' als moedertaal (namelijk 94%; n=16). Bij één vrouw was de moedertaal onbekend. Eén vrouw had bij het lezen van de Nederlandstalige uitnodigingsmail hulp gevraagd aan een familielid. Deze vrouw spreekt 'Nederlands' als moedertaal, maar is gekend met een mentale beperking.

Van de 10 vrouwen die een uitstrijkje lieten afnemen bij de huisarts naar aanleiding van de Franstalige uitnodigingsmail, sprak de meerderheid 'Frans' als voertaal op consultatie (n=9). Eén patiënte sprak 'Andere' als voertaal op consultatie (zie Tabel 5). Wat betreft de moedertaal, was 'Frans' slechts bij twee van de tien vrouwen de moedertaal (zie Figuur 9).

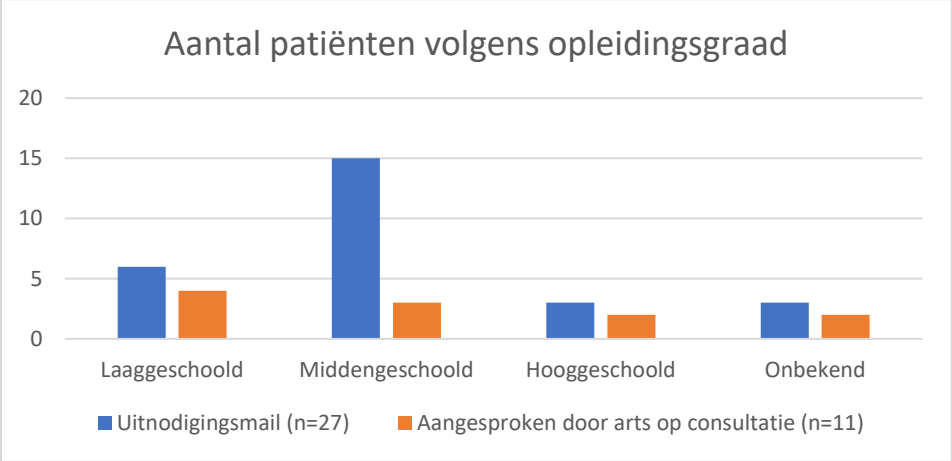
Zes van de tien vrouwen hadden de Franstalige mail zelfstandig gelezen, terwijl vier vrouwen hulp hadden gekregen van een familielid of vriend bij het lezen en begrijpen van de mail. Zeven van de tien vrouwen (70%) gaven aan de uitnodigingsmail niet gelezen te hebben, indien deze uitsluitend in het Nederlands verstuurd zou zijn geweest.



Figuur 9: Aantal personen die de uitnodigingsmail in het Nederlands/Frans/Engels gelezen hebben, opgesplitst volgens hun moedertaal.

3) Opleidingsgraad

Van de 38 vrouwen die tijdens de studieperiode een uitstrijkje lieten afnemen bij de huisarts, was 26,3% laaggeschoold (n=10); 47,4% middengeschoold (n=18) en 13,2% hooggeschoold (n=5). Bij 13,2% van de vrouwen was de opleidingsgraad onbekend (n=5).



Figuur 10: Opleidingsgraad van de vrouwen die tijdens de studieperiode een uitstrijkje lieten afnemen in de huisartsenpraktijk (n=38).

Discussie

1. *Kritische reflectie op de resultaten*

a) Dekkingsgraad

Na afloop van het praktijkverbeterproject bedroeg de postinterventionele dekkingsgraad 79,8%. Dit omvat dekking door tijdelijke of permanente contra-indicaties en dekking door een uitstrijkje in de afgelopen vier jaar. Het vooropgestelde streefdoel van 80%, gebaseerd op de richtlijnen van Domus Medica (8), werd daarmee net niet bereikt. Het project heeft geleid tot een werkelijke toename van de dekkingsgraad met 6,3% (=toename door 53 afgenomen uitstrijkjes tijdens het project). Het is belangrijk om op te merken dat de pre-interventionele dekkingsgraad reeds hoger lag dan aanvankelijk geschat (73,5% in plaats van de geschatte 50 à 60%). Hoe hoger de pre-interventionele dekkingsgraad, hoe moeilijker het is om nog winst te boeken.

Indien men de stijging van de dekkingsgraad (namelijk 6,3%) kritisch zou bekijken, kan men vermoeden dat dit percentage mogelijk lager ligt indien enkel het effect van de verstuurde uitnodigingsmail in rekening gebracht wordt. Dit kan als volgt verklaard worden:

- Elf van de 53 vrouwen lieten een uitstrijkje afnemen nadat zij hierover op consultatie door één van de huisartsen werden aangesproken. Hun deelname kan voornamelijk toegeschreven worden aan motivatie door de huisarts, en dus niet uitsluitend aan de ontvangen uitnodigingsmail. Dit wijst erop dat actieve aanspreking door de huisarts een belangrijke rol kan spelen bij het motiveren tot deelname aan screening.
- Vijftien vrouwen lieten een uitstrijkje afnemen bij de gynaecoloog. Bij deze vrouwen kan niet met zekerheid vastgesteld worden of hun deelname het gevolg was van de uitnodigingsmail, dan wel van een initiatief van de gynaecoloog of de patiënt zelf. De precieze motivatie van deze vrouwen blijft dus onbekend.

De toename van de dekkingsgraad in dit praktijkverbeterproject (6,3%) ligt ongeveer in lijn met eerdere praktijkverbeterprojecten van Janssens et al. (14) en De Smedt et al. (15). Bij deze twee projecten leidde een Nederlandstalige uitnodigingsbrief of mail tot een stijging van respectievelijk 5,6% en 6,2%. Hoewel in ons project een meertalige uitnodigingsmail werd gebruikt, resulteerde dit niet in een aanzienlijk hogere toename van de dekkingsgraad vergeleken met deze twee eerdere studies. Een kanttekening die hierbij gemaakt dient te worden is het feit dat de pre-interventionele dekkingsgraad in de studie van De Smedt et al. (15) veel lager lag in vergelijking met ons project (namelijk 45% versus 73,5%). Hoe lager de pre-interventionele dekkingsgraad, hoe meer ruimte voor verbetering. In vergelijking met de studie van De Smedt et al. (15) werd in onze studie wel een hogere responsgraad vastgesteld: 23,6% op onze meertalige uitnodigingsmail vergeleken met 16% op de Nederlandstalige uitnodigingsmail van De Smedt et al. (15).

In de studie van Janssens et al. (14) werd, naast het versturen van een Nederlandstalige uitnodigingsbrief, een tweede interventie verricht: anderhalve maand na verzending van de brief werden non-responders telefonisch gecontacteerd. Het telefonisch contacteren bleek effectiever dan de brief alleen (een stijging van +5,6% door de brief versus +8,3% door telefonisch contact). In ons praktijkverbeterproject werd er bewust voor gekozen de non-responders niet meer telefonisch te contacteren vanwege de arbeidsintensiviteit hiervan. In de studie van Janssens et al. (14) was er immers gemiddeld 37 minuten beltijd nodig om één extra vrouw te motiveren tot screening.

Hoewel arbeidsintensief, hebben eerdere studies wel degelijk aangetoond dat persoonlijk aanspreken op consultatie en/of het telefonisch contacteren van non-responders effectiever kan zijn dan het versturen van een (persoonlijke) uitnodigingsmail (31, 32). Dit blijft dus een interessant aandachtspunt voor de toekomst, vooral in praktijken waar een praktijkassistent of verpleegkundige deze taak kan opnemen. Bij aanvang van ons project was dit echter nog niet haalbaar, aangezien de praktijkverpleegkundige toen voornamelijk secretariaatstaken op zich nam en onvoldoende ruimte had om dit op te nemen in haar takenpakket. Naarmate haar rol in de praktijk evolueert, kan dit echter wel een interessante piste zijn om de participatie aan screening in de toekomst nog verder te verhogen.

b) <u>Leeftijd</u>

Postinterventioneel werd de laagste responsratio vastgesteld bij de jongste leeftijdscategorie (25-29 jaar; 14,3%). De hoogste responsratio werd gezien bij vrouwen van 50-54 jaar (31,8%). Binnen de oudste leeftijdscategorie (60-64 jaar) bedroeg de responsratio 25,6%. Deze resultaten moeten echter met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Enerzijds was de steekproef per leeftijdscategorie relatief klein (minimaal n = 21, maximaal n = 43), waardoor toeval een rol kan spelen. Anderzijds betreft het een univariate analyse: andere mogelijk verstorende variabelen zoals taal, opleidingsniveau, migratieachtergrond, socio-economische status,… werden niet in rekening gebracht. Een multivariate analyse zou nodig zijn om te bepalen welke variabelen onafhankelijk bijdragen aan (onder)screening. Dit vereist echter grotere aantallen en viel buiten de scoop van dit praktijkverbeterproject.

Hoewel voorzichtigheid geboden blijft bij de interpretatie, zouden de resultaten kunnen suggereren dat jonge vrouwen mogelijk een verhoogd risico lopen op onderscreening of niet-screening. Dit sluit aan bij bevindingen uit eerdere studies (3, 18, 23, 28). In de meest recente jaarfiche van het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskankerscreening[8] werd de laagste participatiegraad gezien bij de jongste (25-29 jaar) en oudste leeftijdscategorieën (60-64 jaar).

Mogelijke verklaringen voor een lagere participatiegraad bij jonge vrouwen zijn:

- *Beperkter contact met gezondheidszorginstellingen* (23): jonge vrouwen zijn over het algemeen minder vaak ziek, hebben minder chronische aandoeningen en gebruiken minder (chronische) medicatie. Dit kan ertoe leiden dat zij minder in contact komen met de eerstelijnszorg, waardoor zij mogelijk minder op de hoogte zijn van bestaande screeningsprogramma's.
- *(Verkeerde) veronderstellingen rond gynaecologisch onderzoek:* voor gynaecologische problemen raadplegen jonge vrouwen soms vaker een gynaecoloog dan een huisarts. Daarbij kan de (onjuiste) veronderstelling leven dat een gynaecologisch onderzoek automatisch gepaard gaat met afname van een uitstrijkje, terwijl dit in de praktijk niet altijd het geval is.
- *Tijdsgebrek:* uit eerdere studies blijkt dat 'tijdsgebrek' een veelvoorkomende drempel is voor deelname aan baarmoederhalskankerscreening (1, 4, 19, 20). Deze factor speelt mogelijk een nog grotere rol bij jonge vrouwen (door combinatie van werk, zorg voor de kinderen en huishoudelijke verantwoordelijkheden). Hierdoor stellen jonge vrouwen hun screening mogelijk uit, wat het risico op onderscreening verhoogt.

[8]Infosheet belangrijkste indicatoren Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker - screeningsjaar 2024, Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), Belgian Cancer Registry (BCR) & Departement Zorg, 2025. Opgehaald op 18 maart 2025 van https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bhk/literatuur-bhk

c) Nationaliteit

Wat betreft nationaliteit, was verhoudingsgewijs de respons op de uitnodigingsmail het hoogst bij vrouwen met een Afrikaanse nationaliteit (namelijk 37,5%). Dit in vergelijking met een responsratio van 24,9% bij vrouwen met een Belgische nationaliteit. Echter is het mogelijk dat dit verschil volledig op toeval berust, gezien het beperkt aantal vrouwen in de groep met Afrikaanse nationaliteit (n=16) in vergelijking met de Belgische nationaliteit (n=181).

Bovendien zegt nationaliteit op zich weinig over migratieachtergrond. Vrouwen met een migratieachtergrond hebben immers reeds vaak de Belgische nationaliteit aangenomen. Hierdoor is het mogelijk relevanter om te kijken naar het verschil in responsratio volgens geboorteplaats en taal.

d) Geboorteplaats

Vrouwen geboren in België hadden een hogere responsratio in vergelijking met vrouwen geboren in het buitenland (respectievelijk 27,5% versus 18,2%). Ook hier dienen de resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, gezien de beperkte studiegrootte en het gebruik van een univariate analyse. Mogelijke confounders werden niet in rekening gebracht, waardoor het onzeker blijft of de vastgestelde verschillen daadwerkelijk bestaan of (gedeeltelijk) op toeval berusten. Op basis van de univariate analyse zouden de resultaten kunnen suggereren dat eerste generatie migranten een hoger risico lopen op onvoldoende of niet-deelname aan cervixkankerscreening, wat in lijn ligt met eerdere studies (4, 8, 17, 19-21, 23-27, 30). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:

- *Taalbarrières*: bij vrouwen geboren in het buitenland kan beheersing van de landstaal variëren, wat communicatie met zorgverleners en het begrijpen van gezondheidsgerelateerde informatie kan beïnvloeden (4, 17, 19-21, 23-27, 30). Dit praktijkverbeterproject trachtte hierop in te spelen door de uitnodigingsmail in drie talen aan te bieden (Nederlands, Frans en Engels). Dat een vrouw één van deze talen als voertaal op consultatie beheerst, betekent echter niet automatisch dat zij de geschreven inhoud van de mail volledig begrijpt. Vermoedelijk bereikte de meertalige uitnodigingsmail vooral tweede- en derde generatie migranten, aangezien zij één van deze drie talen vaker beter beheersen dan eerste generatie migranten. Een deel van de eerste generatie migranten werd mogelijk niet bereikt, al is het waarschijnlijk dat dit aantal lager ligt dan bij een uitsluitend Nederlandstalige mail. Communicatie in de moedertaal blijft vermoedelijk de meest doeltreffende manier om iedereen optimaal te bereiken, al is dit in de praktijk vaak moeilijk haalbaar.
- *Onvoldoende kennis van het Belgisch gezondheidszorgsysteem:* vooral in de eerste jaren na migratie kunnen personen minder vertrouwd zijn met het gezondheidszorgsysteem en de bestaande screeningsprogramma's (20, 26, 30).
- *Culturele barrières bij vrouwen met een migratieachtergrond:*
    - Net zoals bij vrouwen zonder migratieachtergrond, wordt vaak schaamte ervaren rond het gynaecologisch onderzoek. Het betreft immers een intieme regio, wat in veel culturen een taboe blijft (1, 4, 19, 20, 25).
    - In de studie van Hamdiui et al. (25) gaven sommige vrouwen met een Marokkaanse achtergrond aan zichzelf als minder vatbaar te beschouwen voor cervixkanker. Dit werd toegeschreven aan bepaalde religieuze overtuigingen rond seksueel gedrag, zoals het ideaal van geen seksuele contacten voor het huwelijk.

e) Taal

Het praktijkverbeterproject had twee belangrijke doelen. Enerzijds werd getracht meer vrouwen te bereiken via een uitnodigingsmail afkomstig van de huisarts. Anderzijds werd getracht Franstalige en anderstalige vrouwen beter te bereiken door de meertaligheid van de uitnodiging. Eerdere studies hadden immers aangetoond dat onvoldoende beheersing van de (lands)taal een belangrijke barrière vormt voor deelname aan screeningsonderzoeken (1, 4, 17, 19-21, 23-28, 30).

Wat betreft spreektaal op consultatie, was de responsgraad op de uitnodigingsmail vergelijkbaar tussen de uitgenodigde Nederlandssprekende en Franssprekende patiënten (respectievelijk 25,8% en 22,7%). Het is echter niet met zekerheid vast te stellen of dit toe te schrijven is aan de meertaligheid van de uitnodigingsmail, dan wel op louter toeval berust. Hiervoor zou een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) nodig zijn, waarin één groep uitsluitend een Nederlandstalige mail ontvangt (controlegroep) en een andere groep een meertalige mail (interventiegroep). Beide groepen zouden bovendien vergelijkbaar moeten zijn wat betreft hun sociodemografische kenmerken, om vertekening van de resultaten te vermijden. Dit viel buiten de scoop van deze masterproef, dat als primair doel had zoveel mogelijk vrouwen te bereiken (én dus niet om een opsplitsing te maken tussen een controle- en interventiegroep).

Binnen dit project kon met zekerheid worden vastgesteld dat minstens 27 van de 53 afgenomen uitstrijkjes (51%) plaatsvonden naar aanleiding van de uitnodigingsmail: 17 dankzij de Nederlandstalige versie en 10 dankzij de Franstalige versie. Mogelijk ligt dit aantal nog hoger, aangezien niet bekend is of de 15 vrouwen die hun uitstrijkje bij de gynaecoloog lieten afnemen dit deden naar aanleiding van de uitnodigingsmail en in welke taal deze gelezen werd. Van de tien vrouwen die zich bij de huisarts presenteerden na de Franstalige mail, gaven zeven vrouwen expliciet aan de mail niet gelezen te hebben indien deze uitsluitend in het Nederlands was verstuurd. Zonder de Franstalige versie zouden dus minstens 7 vrouwen niet gescreend zijn, waardoor slechts 20 van de 53 uitstrijkjes (38%) aan de mail toe te schrijven zouden zijn: een reductie van 13%. Dit suggereert dat het aanbieden van een Franstalige versie de respons positief beïnvloedde. Aangezien het opstellen van de Franstalige versie weinig extra inspanning vereiste, is dit een relatief eenvoudige en weinig arbeidsintensieve manier om extra patiënten te bereiken.

In de literatuur zijn slechts twee RCT's beschikbaar die het effect van taal op deelname aan screeningsonderzoeken bestudeerden (33, 34). In beide studies werd een uitnodiging in de officiële landstaal én moedertaal van de patiënt (interventiegroep) vergeleken met een uitnodiging uitsluitend in de officiële landstaal (controlegroep). In de Noorse studie van Hofvind et al. (33) werden vrouwen met een migratieachtergrond willekeurig toegewezen aan de controlegroep (uitnodiging in het Noors) of interventiegroep (uitnodiging in het Noors en in de moedertaal). Er werd nauwelijks een verschil gezien in participatiegraad tussen beide groepen (respectievelijk 47,4% en 46,5%). Een vergelijkbaar resultaat werd gevonden in de RCT van Beauchamp et al. (34), waarbij onderscreende vrouwen met een Arabische of Italiaanse migratieachtergrond willekeurig een Engelse uitnodiging (controlegroep) of een uitnodiging in hun voorkeurstaal plus Engels ontvingen (interventiegroep). Ook hier werd weinig verschil gezien in participatie tussen beide groepen (respectievelijk 38,9% en 37,4%). De follow-up tijd in deze studie was echter beperkt tot slechts 14 dagen.

Hoewel in eerdere studies gesuggereerd werd dat meertalige informatie een eenvoudige en efficiënte interventie zou kunnen zijn om screening te verbeteren, toonden deze twee RCT's aan dat het louter passief vertalen van een uitnodigingsbrief doorgaans niet leidde tot een hogere participatie (33, 34).

Taal vormt dus vermoedelijk slechts één onderdeel binnen het complexe en bredere geheel aan factoren die participatiegraad beïnvloeden. Naast taal spelen ook culturele, structurele, praktische en psychologische barrières een belangrijke rol (zie literatuuronderzoek). Een passieve vertaling neemt deze andere barrières niet weg. Bovendien vormt taal slechts één aspect van het begrip 'gezondheidsgeletterdheid'. Zelfs als een patiënt de mail kan lezen, betekent dit niet noodzakelijk dat zij de medische informatie volledig begrijpt, de risico's en voordelen van screening correct kan inschatten en begrijpt hoe het zorgsysteem werkt. Gezondheidsgeletterdheid is een multifactorieel concept dat niet uitsluitend door taalvaardigheid bepaald wordt.

f) Opleidingsgraad

Uit de literatuur blijkt dat een lagere opleidingsgraad een risicofactor kan zijn voor verminderde deelname aan cervixkankerscreening (1, 3, 17, 18, 21-24). In dit praktijkverbeterproject kon de opleidingsgraad alleen bevraagd worden bij de vrouwen die hun uitstrijkje in de huisartsenpraktijk lieten afnemen (n=38). Hiervan was 26,3% laaggeschoold (n=10); 47,4% middengeschoold (n=18) en 13,2% hooggeschoold (n=5).

Aangezien men niet beschikt over het percentage laag-, midden- en hooggeschoolden binnen de volledige groep uitgenodigde patiënten (n=237), kunnen op basis van deze resultaten geen conclusies getrokken worden over verschillen in responsratio per opleidingsgraad. De opleidingsgraad van patiënten wordt immers niet standaard bijgehouden in het EMD. Bovendien kan de vraag gesteld worden of het systematisch registreren van de opleidingsgraad in het patiëntendossier daadwerkelijk een meerwaarde biedt, of eerder stigmatiserend werkt.

2. Evaluatie van het project: PDCA-cyclus ("Act")

2.1 De meertalige uitnodigingsmail

a) Algemene tevredenheid

Vier maanden na afloop van het project (±eind juni 2025) werd elke collega afzonderlijk bevraagd over hun ervaringen. Over het algemeen waren de collega's zeer tevreden: ze hadden het gevoel dat patiënten effectief consultaties inplanden naar aanleiding van de uitnodigingsmail. De patiënten die een afspraak maakten, waren unaniem positief: ze gaven aan deze herinneringsmail in de toekomst opnieuw te willen ontvangen. Een kanttekening hierbij is dat de patiënten die niet hebben deelgenomen aan het project hun (on)tevredenheid ook niet konden uiten (risico op selectiebias).

b) Arbeidsintensiviteit

De ervaren arbeidsintensiviteit voor de artsen was beperkt. Het project werd uitgevoerd in een periode zonder overvolle agenda's (namelijk in de zomer). Patiënten kwamen doorgaans enkel voor afname van het uitstrijkje, waardoor de werkbelasting voor de artsen beperkt bleef.

Het meest tijdsintensieve onderdeel van het project bestond uit het opstellen van de query in CareConnect, het genereren van de patiëntenlijsten, het manueel nakijken en corrigeren van de screeningsstatus én het opstellen van de uitnodigingsmail/informatiebrochure. Deze taken werden echter uitgevoerd door mezelf als HAIO (in overleg met de collega-huisartsen). Het opstellen van de query was beperkt tijdsintensief (±2 à 3 uur). Het manueel nakijken van de datum van het laatste uitstrijkje én het corrigeren van de screeningsstatus in de planningsmodule waren het meest arbeidsintensief. Hier werden ±8 halve dagen aan gespendeerd.

Aangezien de query, e-mail en informatiebrochure inmiddels bestaan, kan de praktijk deze in de toekomst eenvoudig hergebruiken. Naar aanleiding van dit project werd de screeningsstatus van alle vrouwelijke patiënten tussen 25 t.e.m. 64 jaar volledig bijgewerkt. De belangrijkste uitdaging in de toekomst zal vooral liggen in het consequent blijven opvolgen en registreren van afgenomen uitstrijkjes, zodat de screeningsstatus up-to-date blijft (zie punt 2.2 infra).

c) <u>Obstakels tijdens het project</u>

De afname van de informed-consentformulieren en de vragenlijsten verliep iets minder vlot. De vragenlijst werd een aantal keer vergeten. De meest voorkomende redenen hiervoor waren: tijdsgebrek, het moeilijk terugvinden van de juiste taalversie en de noodzaak om patiënten uit te leggen waarom zij het informed-consentformulier moesten ondertekenen. Deze obstakels hadden echter weinig te maken met de interventie zelf, maar vloeiden voornamelijk voort uit de (ethische) vereisten gelinkt aan het onderzoeksproject.

d) <u>Toekomstige implementatie</u>

De collega's gaven aan de intentie te hebben om het project in de toekomst opnieuw te willen uitvoeren. Met de komst van een praktijkmanager, zou de praktijkverpleegkundige minder administratieve taken uitvoeren en meer ruimte hebben om dit project op te nemen. Zij kan dan instaan voor het trekken van de patiëntenlijsten (op basis van de reeds bestaande query) en het versturen van de meertalige uitnodigingsmail. Eventueel zou zij bijkomend de non-responders telefonisch kunnen contacteren om hen te overtuigen tot participatie.

Een protocol werd uitgeschreven zodat de praktijkverpleegkundige dit project zelfstandig kan doorlopen.

e) <u>Voorstellen tot aanpassing (ADAPT)</u>

De meertaligheid van de mail werd unaniem als meerwaarde gezien. Zoals één van de huisartsen het verwoordde: *"Ik ben van mening dat preventie taaloverschrijdend is en dat daar een belangrijke rol voor ons als huisarts ligt om de preventieve zorgen bij iedereen te krijgen."* Dankzij de Franstalige versie werden minstens 7 vrouwen extra bereikt. Het opstellen van een Franstalige versie vereiste slechts beperkte inspanning en kan dus eenvoudig geïmplementeerd worden.

Ondanks de positieve evaluatie werden enkele kleine aanpassingen voorgesteld:

- *Aantal talen van de uitnodigingsmail*: Aangezien de Engelstalige versie weinig tot geen respons opleverde, overweegt men in de toekomst de mail uitsluitend in het Nederlands en Frans te versturen. Het aanbieden van de mail in andere (extra) talen wordt voorlopig niet overwogen omwille van volgende redenen:
    - De praktijk wil patiënten stimuleren om te communiceren in één van de twee landstalen (Nederlands of Frans). Rekening houdend met het gebruikelijke communicatiekader in België, kan dit immers de zorgcontinuïteit bevorderen.
    - Een uitnodigingsmail in meerdere talen kan te lang worden en kan patiënten mogelijk afschikken om deze te lezen.
    - Dankzij de huidige technologische ontwikkelingen, zoals automatische vertaalprogramma's, kunnen patiënten de uitnodiging indien gewenst zelf vertalen.
- *Informatiebrochure*: De informatiebrochure die als bijlage werd toegevoegd in de mail, zou men in de toekomst willen weglaten om de mail overzichtelijker te houden. Men zou de brochure wel willen gebruiken om twijfelaars op consultatie te overtuigen.

2.2 Registratie van de screeningsstatus

De pre-interventionele dekkingsgraad in deze praktijk lag reeds hoger dan verwacht (73,5% in plaats van de geschatte 50-60%). Dit kwam deels omdat de planningsmodule slechts bij 58,7% van de patiënten correct ingevuld was. Het bijhouden van de screeningsstatus in het EMD is echter noodzakelijk om patiënten met een verhoogd risico te kunnen identificeren: namelijk vrouwen die nog nooit of reeds lange tijd geen uitstrijkje meer lieten afnemen.

Tijdens dit project werd daarom expliciet aandacht besteed aan het verbeteren van de registratie van afgenomen uitstrijkjes. Dagelijks werd één arts verantwoordelijk gesteld voor het doornemen van de postmodule van CareConnect, met als doel binnenkomende resultaten van uitstrijkjes niet te missen en onmiddellijk een herhaaldatum in te stellen in de planningsmodule van de patiënt.

Vier maanden na afloop van het project bleek dat deze werkwijze nog steeds werd toegepast. Echter is het nu vooral de praktijkverpleegkundige die de binnenkomende post omtrent de verschillende bevolkingsonderzoeken verwerkt (zoals CvKO- en laboresultaten, verslagen van gynaecologen en anatoom-pathologen,…). Zij is nu verantwoordelijk voor het registeren van de resultaten in het EMD van de patiënt en voor het instellen van een herhaaldatum in de planningsmodule.

De artsen en praktijkverpleegkundige zijn ervan overtuigd dat dit project geleid heeft tot een betere registratie van afgenomen uitstrijkjes én andere bevolkingsonderzoeken in het EMD. Er wordt nu meer aandacht besteed aan het aanmaken van zorgelementen en het correct registreren van uitgevoerde screeningsonderzoeken (inclusief het instellen van een herhaaldatum). In de toekomst zal het vooral belangrijk zijn om deze werkwijze duidelijk te communiceren aan nieuwe collega’s en HAIO’s.

Besluit

Dit praktijkverbeterproject had als doel de dekkingsgraad voor cervixkankerscreening binnen een specifieke groepspraktijk te verhogen door middel van een meertalige uitnodigingsmail (Nederlands, Frans en Engels), afkomstig van de GMD-houdende huisarts. De keuze voor een meertalige uitnodigingsmail was gebaseerd op de ligging van de praktijk nabij Brussel en Wallonië én op de multiculturele patiëntenpopulatie. Aangezien taal in de literatuur vaak aangehaald wordt als een mogelijke barrière voor deelname aan screeningsonderzoeken, werd verondersteld dat een meertalige uitnodiging een eenvoudige interventie kon zijn om meer patiënten te bereiken.

De interventie resulteerde in een statistisch significante stijging van de dekkingsgraad met 6,3%. De responsgraad op de uitnodigingsmail was vergelijkbaar tussen de uitgenodigde Nederlandssprekende en Franssprekende patiënten. Zeven vrouwen die een uitstrijkje lieten afnemen naar aanleiding van de Franstalige mail, gaven aan de mail niet gelezen te hebben indien deze uitsluitend in het Nederlands zou verstuurd zijn. Dankzij de Franstalige versie werden dus minstens zeven extra vrouwen bereikt (en vermoedelijk meer), die anders mogelijk niet aan screening zouden hebben deelgenomen. Hoewel dit aantal relatief beperkt is, vergt het opstellen van een Franstalige versie weinig extra inspanning. Een meertalige uitnodigingsmail kan dus een effectieve en weinig arbeidsintensieve interventie zijn om extra patiënten te bereiken.

Omwille van de beperkte studiepopulatie binnen elk sociodemografisch kenmerk en het gebruik van uitsluitend univariate analyses, kunnen geen harde conclusies getrokken worden over de invloed van deze kenmerken op de participatie aan cervixkankerscreening. Hoewel bepaalde trends werden waargenomen (zoals een lagere responsratio bij jongere vrouwen en bij vrouwen geboren in het buitenland) is verder onderzoek met grotere studiepopulaties en multivariate analyses of gerandomiseerde gecontroleerde studies noodzakelijk om te bepalen of de gevonden verschillen daadwerkelijk bestaan of louter op toeval berusten.

Samenvattend suggereert dit praktijkverbeterproject dat een meertalige, persoonlijke uitnodigingsmail afkomstig van de eigen huisarts kan bijdragen tot een stijging van de dekkingsgraad voor cervixkankerscreening, al is het effect eerder beperkt (absolute toename met 6,3%). Op basis van de huidige studieopzet kan niet achterhaald worden of deze stijging voornamelijk te wijten is aan de meertaligheid van de uitnodigingsmail dan wel aan het meer persoonlijke karakter ervan (namelijk verstuurd door de eigen huisarts). Om dit onderscheid te kunnen maken, zou idealiter een gerandomiseerde gecontroleerde studie uitgevoerd moeten worden, waarbij twee vergelijkbare patiëntengroepen respectievelijk een Nederlandstalige (controlegroep) of meertalige uitnodigingsmail ontvangen (interventiegroep).

Op heden bestaan er slechts twee gerandomiseerde studies met dergelijke opzet (33, 34). Beide studies toonden echter aan dat een louter passieve vertaling van uitnodigingsbrieven in de moedertaal van de patiënt doorgaans weinig effect had op de participatie aan screeningsonderzoeken. Dit suggereert dat taal vermoedelijk slechts één onderdeel vormt van een complexer geheel van barrières die participatie beïnvloeden. Naast taal spelen immers ook andere factoren een rol: zoals de socio-economische status van een patiënt, persoonlijke motivatie, eerdere ervaringen, religieuze overtuigingen, praktische en structurele drempels,… Bovendien garandeert het feit dat een patiënt een bepaalde taal kan lezen of spreken, niet dat de boodschap ook daadwerkelijk begrepen wordt en dat op basis hiervan weloverwogen beslissingen genomen kunnen worden. Het louter vertalen van uitnodigingsbrieven is dus mogelijk onvoldoende om participatie aan screening substantieel te verhogen, waardoor bijkomende en meer actieve vormen van sensibilisering nodig zijn.

Referenties

1. Afsah YR, Kaneko N. Barriers to cervical cancer screening faced by immigrant Muslim women: a systematic scoping review. BMC Public Health. 2023;23(1):2375.
2. Chrysostomou AC, Stylianou DC, Constantinidou A, Kostrikis LG. Cervical Cancer Screening Programs in Europe: The Transition Towards HPV Vaccination and Population-Based HPV Testing. Viruses. 2018;10(12).
3. Jolidon V, De Prez V, Willems B, Bracke P, Cullati S, Burton-Jeangros C. Never and under cervical cancer screening in Switzerland and Belgium: trends and inequalities. BMC Public Health. 2020;20(1):1517.
4. Verberckmoes B, De Paepe E, De Vestele J, Gama A, Keygnaert I, Vermandere H, et al. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among under- and neverscreened women in Flanders, Belgium - a qualitative study on community and healthcare providers' perspectives. BMC Public Health. 2024;24(1):2870.
5. Wang W, Arcà E, Sinha A, Hartl K, Houwing N, Kothari S. Cervical cancer screening guidelines and screening practices in 11 countries: A systematic literature review. Prev Med Rep. 2022;28:101813.
6. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet. 2007;370(9590):890-907.
7. Johnson CA, James D, Marzan A, Armaos M. Cervical Cancer: An Overview of Pathophysiology and Management. Semin Oncol Nurs. 2019;35(2):166-74.
8. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. *Cervixkankerscreening* [Internet]. Domus Medica; apr 2011 [Accessed 5th February 2024]. Available from: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/cervixkankerscreening
9. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin. 2020;70(5):321-46.
10. Loopik DL, Koenjer LM, Siebers AG, Melchers WJG, Bekkers RLM. Benefit and burden in the Dutch cytology-based vs high-risk human papillomavirus-based cervical cancer screening program. Am J Obstet Gynecol. 2021;224(2):200.e1-.e9.
11. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. Geneva: World Health Organization; 2021.
12. Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker [Internet]. België: Vlaams Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker; [Accessed 24th January 2026]. Available from: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl
13. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety, Karsa L, Dillner J, Suonio E, Törnberg S, Anttila A, Ronco G et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening : second edition : supplements. Publications Office; 2015. Available from: doi/10.2875/859507.
14. Janssens K. Verhogen van de participatie aan cervixkankerscreening: haalbare interventies in de huisartsenpraktijk. ICHO-databank. 2015.
15. De Smedt E. Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen tussen 25 en 45 jaar: een praktijkverbeterend project. ICHO-databank. 2015.
16. Bauwens L. Cervixkankerscreening bij Turkse en Bulgaarse patiënten in de huisartspraktijk: evaluatie van kennis en attitudes. ICHO-databank. 2016.
17. van Leeuwen AW, de Nooijer P, Hop WC. Screening for cervical carcinoma. Cancer. 2005;105(5):270-6.
18. Broberg G, Wang J, Östberg AL, Adolfsson A, Nemes S, Sparén P, et al. Socio-economic and demographic determinants affecting participation in the Swedish cervical screening program: A population-based case-control study. PLoS One. 2018;13(1):e0190171.

19. Leinonen MK, Campbell S, Ursin G, Tropé A, Nygård M. Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a registry-based study of 1.4 million women in Norway. Eur J Public Health. 2017;27(5):873-9.
20. Marques P, Nunes M, Antunes MDL, Heleno B, Dias S. Factors associated with cervical cancer screening participation among migrant women in Europe: a scoping review. Int J Equity Health. 2020;19(1):160.
21. Harder E, Juul KE, Jensen SM, Thomsen LT, Frederiksen K, Kjaer SK. Factors associated with non-participation in cervical cancer screening - A nationwide study of nearly half a million women in Denmark. Prev Med. 2018;111:94-100.
22. Kristensson JH, Sander BB, von Euler-Chelpin M, Lynge E. Predictors of non-participation in cervical screening in Denmark. Cancer Epidemiol. 2014;38(2):174-80.
23. Nunes MF, Leite AH, Dias SF. Inequalities in adherence to cervical cancer screening in Portugal. Eur J Cancer Prev. 2021;30(2):171-7.
24. Rosato I, Dalla Zuanna T, Tricarico V, Barbiellini Amidei C, Canova C. Adherence to Cervical Cancer Screening Programs in Migrant Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(3).
25. Hamdiui N, Marchena E, Stein ML, van Steenbergen JE, Crutzen R, van Keulen HM, et al. Decision-making, barriers, and facilitators regarding cervical cancer screening participation among Turkish and Moroccan women in the Netherlands: a focus group study. Ethn Health. 2022;27(5):1147-65.
26. Hertzum-Larsen R, Kjær SK, Frederiksen K, Thomsen LT. Participation in cervical cancer screening among immigrants and Danish-born women in Denmark. Prev Med. 2019;123:55-64.
27. Idehen EE, Pietilä AM, Kangasniemi M. Barriers and Facilitators to Cervical Screening among Migrant Women of African Origin: A Qualitative Study in Finland. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(20).
28. Marlow LAV, Chorley AJ, Haddrell J, Ferrer R, Waller J. Understanding the heterogeneity of cervical cancer screening non-participants: Data from a national sample of British women. Eur J Cancer. 2017;80:30-8.
29. Leinonen MK, Campbell S, Klungsøyr O, Lönnberg S, Hansen BT, Nygård M. Personal and provider level factors influence participation to cervical cancer screening: A retrospective register-based study of 1.3 million women in Norway. Prev Med. 2017;94:31-9.
30. Brzoska P, Aksakal T, Yilmaz-Aslan Y. Utilization of cervical cancer screening among migrants and non-migrants in Germany: results from a large-scale population survey. BMC Public Health. 2020;20(1):5.
31. Smeets F., Verhoeven V., Baay M., Weyers S., Colpaert C., Govaerts F. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. *Huisarts Nu*. 2011;40.
32. Broberg G, Jonasson JM, Ellis J, Gyrd-Hansen D, Anjemark B, Glantz A, et al. 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;133(1):164-71.
33. Hofvind S, Iqbal N, Thy JE, Mangerud G, Bhargava S, Zackrisson S, et al. Effect of invitation letter in language of origin on screening attendance: randomised controlled trial in BreastScreen Norway. Bmj. 2023;382:e075465.
34. Beauchamp A, Mohebbi M, Cooper A, Pridmore V, Livingston P, Scanlon M, et al. The impact of translated reminder letters and phone calls on mammography screening booking rates: Two randomised controlled trials. PLoS One. 2020;15(1):e0226610.

Bijlagen

1. Bijlage 1: Zoekstrategie

("Uterine Cervical Neoplasms"[MeSH Terms] OR "cervical cancer*"[Title]) AND (“Early Detection of cancer”[Mesh] OR "Cancer screening"[Title] OR "cervical screening"[Title]) AND (“Healthcare disparities”[Mesh] OR “health inequities”[Mesh] OR "Barrier*"[Title] OR "Inequalit*"[Title] OR "particip*"[Title] OR “obstacle*”[Title] OR "adherence"[Title] OR “attendance”[Title] OR “utilization”[Title])

2. Bijlage 2: Meertalige uitnodigingsmail

Pour le français: voir ci-dessous.

For English: see below.

Beste @{Voornamen} @{Naam} ,

Om het risico op het krijgen van baarmoederhalskanker te verkleinen, wordt aangeraden dat vrouwen vanaf 25 t.e.m. 64 jaar om de 3 jaar een vaginaal onderzoek laten uitvoeren. Hierbij neemt de dokter met een borsteltje een staaltje af (‘een uitstrijkje’). U ontvangt vandaag deze email omdat u **nog nooit of reeds ≥ 4 jaar geen uitstrijkje** meer liet afnemen.

Daarom willen we u **uitnodigen om een afspraak te maken voor een uitstrijkje bij ons in de praktijk of bij uw gynaecoloog.** Je kan de afspraak telefonisch maken (02 356 96 09) of via de website (www.groepspraktijkdenieuwebaan.be).

Klik op de bijlage *‘Baarmoederhalskankerscreening’* in het Nederlands voor meer informatie over het uitstrijkje, baarmoederhalskanker en het maken van een afspraak.

Vriendelijke groeten,

Dr. Hedwig Van Rossem, Dr. Inès Van Rossem en Dr. Julie Vandevenne

*Deze uitnodigingsmail maakt deel uit van een onderzoek van Dr. Eleni Deneef voor haar opleiding tot huisarts. Met dit onderzoek wil zij meer vrouwen in onze praktijk aansporen om een uitstrijkje te laten afnemen. In het kader van haar onderzoek zal Dr. Deneef bij **alle** vrouwen die deze uitnodigingsmail ontvangen, enkele gegevens uit het medisch dossier verzamelen (dus ook indien u ervoor kiest geen uitstrijkje te laten afnemen). Volgende gegevens zullen verzameld worden: uw leeftijdscategorie, nationaliteit, geboorteland en spreektaal op consultatie. Deze gegevens zullen in haar onderzoek verwerkt worden, maar er zal geen directe link naar uw identiteit mogelijk zijn. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden in dit onderzoek, mag u ons hiervan op de hoogte brengen via secr.denieuwebaan@gmail.com of via het nummer 02 356 96 09. Voor meer informatie over de gegevens die zullen verzameld worden en het doel hiervan, zie het document ‘ICF Nederlands’ in bijlage.*

Bonjour @{Voornamen}@{Naam} ,

Pour réduire le risque de développer un cancer du col de l’utérus, il est recommandé aux femmes âgées de 25 à 64 ans de faire un examen vaginal tous les trois ans. Pendant cet examen, le médecin prélève un échantillon avec une petite brosse (‘un frottis’). Vous recevez cet e-mail aujourd’hui parce que **vous n’avez jamais fait de frottis auparavant ou que vous n’en avez pas fait depuis ≥ 4 ans**.

Nous vous invitons à prendre rendez-vous pour un frottis dans notre cabinet ou chez votre gynécologue. Vous pouvez prendre rendez-vous par téléphone (02 356 96 09) ou sur le site web (www.groepspraktijkdenieuwebaan.be).

Cliquez sur l’annexe *‘Dépistage du cancer du col de l’utérus’* en français pour plus d’informations sur le frottis, le cancer du col de l’utérus et la prise de rendez-vous.

Cordialement,

Dr. Hedwig Van Rossem, Dr. Inès Van Rossem en Dr. Julie Vandevenne

*Cet e-mail fait partie d’une étude du Dr Eleni Deneef dans le cadre de sa formation en médecin généraliste. Par cette étude, elle souhaite encourager plus de femmes à subir un frottis. Dans le cadre de cette étude, Dr Deneef va collecter certaines données des dossiers médicaux de **toutes** les femmes recevant cet e-mail (même si vous choisissez de ne pas faire de frottis). Les données suivantes seront collectées : votre catégorie d’âge, nationalité, pays de naissance et la langue parlée lors de la consultation. Ces données seront analysées dans l’étude, mais aucun lien direct vers votre identité ne sera possible. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées dans cette étude, vous pouvez nous en informer par e-mail (secr.denieuwebaan@gmail.com) ou par téléphone (02 356 96 09). Pour plus d’informations sur les données qui seront collectées et leur objectif, voyez le document joint ‘ICF français’.*

Dear @{Voornamen}@{Naam} ,

To reduce the risk of developing cervical cancer, it is recommended that women between the ages of 25 and 64 years have a vaginal examination every 3 years. During this examination, the doctor takes a sample with a small brush (also called a 'Pap smear'). You are receiving this email today because **you have never had a Pap smear before or it has been ≥ 4 years since your last one**.

Therefore, we would like **to invite you to make an appointment for a Pap smear** at our practice or with your gynecologist. You can make an appointment by phone (02 356 96 09) or via the website (www.groepspraktijkdenieuwebaan.be).

Click on the attachment '*Cervical Cancer Screening*' in English for more information about the Pap smear, cervical cancer and making an appointment.

Kind regards,

Dr. Hedwig Van Rossem, Dr. Inès Van Rossem en Dr. Julie Vandevenne

*This invitation email is part of a study by Dr. Eleni Deneef as part of her training to become a general practitioner. With this study, she aims to encourage more women in our practice to have a Pap smear. As part of her study, Dr. Deneef will collect some data from the medical records of **all** women receiving this invitation email (even if you choose not to have a Pap smear taken). The following data will be collected: your age category, nationality, country of birth and language spoken during consultation. This data will be processed in her study, but no direct link to your identity will be possible. If you do not want your data to be used in this study, please inform us by emailing secr.denieuwebaan@gmail.com or by calling 02 356 96 09. For more information about the data that will be collected and its purpose, click on the document attached to this email ('ICF English').*

3. Bijlage 3: Informatiebrochure Nederlands

Uitnodiging Baarmoederhalskanker

"Tijd voor een uitstrijkje!"

Groepspraktijk De Nieuwe Baan, Halle



Aan vrouwen vanaf 25 t.e.m. 64 jaar wordt aangeraden om **elke drie jaar** een baarmoederhalsuitstrijkje te laten afnemen. Een uitstrijkje is een vaginaal onderzoek waarbij, met behulp van een borsteltje, enkele cellen ter hoogte van de baarmoederhals (=ingang van de baarmoeder) worden weggestreken. Deze cellen worden daarna onderzocht. Een uitstrijkje heeft als doel baarmoederhalskanker vroegtijdig op te sporen, zodat deze op tijd behandeld kan worden.

Een uitstrijkje: voor wie?

- **Alle vrouwen vanaf 25 t.e.m. 64 jaar**
  - Ook vrouwen in de menopauze !
  - Ook vrouwen die gevaccineerd zijn tegen baarmoederhalskanker. Reden: vaccinatie biedt geen 100% bescherming.
- **Die ooit seksueel actief geweest zijn**, ook indien je op dit moment reeds lange tijd een vaste relatie hebt of geen relatie hebt.
- **Bij wie de baarmoederhals niet verwijderd** is.

Indien onze gegevens correct zijn, krijg je deze mail omdat je **nog nooit een uitstrijkje** liet afnemen of omdat **je laatste uitstrijkje meer dan 4 jaar geleden** plaatsvond. Daarom nodigen wij jou uit om een afspraak te maken, bij ons in de huisartsenpraktijk of bij je gynaecoloog. Een uitstrijkje is gratis. Bij een afspraak met jouw gynaecoloog, betaal je wel de kostprijs voor deze afspraak.

Afspraak maken?

- Wens je het uitstrijkje bij ons te laten afnemen, maak dan een afspraak bij één van onze dokters naar keuze. Je kan de afspraak telefonisch maken (02 356 96 09) of via de website (https://www.groepspraktijkdenieuwebaan.be/).
- Kies je ervoor het uitstrijkje bij jouw gynaecoloog te laten afnemen, gelieve ons te verwittigen via mail (secr.denieuwebaan@gmail.com) zodat wij hiervan op de hoogte zijn.

Je stelt best je uitstrijkje uit naar een latere datum als:

- Je op dit moment (bij het ontvangen van de mail) je ***menstruatie*** hebt.
  Advies: Maak een afspraak voor een uitstrijkje van zodra je menstruatie gedaan is.
- Je momenteel ***zwanger*** bent of ***minder dan 3 maanden geleden bevallen*** bent.
  Advies: je stelt je uitstrijkje beter uit tot 3 maanden na de bevalling.

Indien je om één van deze redenen het uitstrijkje momenteel niet kan laten afnemen, laat ons dit dan weten via het telefoonnummer 02 356 96 09 of via mail (secr.denieuwebaan@gmail.com).

Indien je dit wenst, kan je op de volgende pagina meer informatie terugvinden over het uitstrijkje en baarmoederhalskanker.

Vriendelijke groeten,

Dr. Eleni Deneef Dr. Hedwig Van Rossem Dr. Inès Van Rossem Dr. Julie Vandevenne

*Deze uitnodigingsmail maakt deel uit van een onderzoek van Dr. Eleni Deneef voor haar opleiding tot huisarts. Met dit onderzoek wil zij meer vrouwen in onze praktijk aansporen om een uitstrijkje te laten afnemen. In het kader van haar onderzoek zal Dr. Deneef bij **alle** vrouwen die deze uitnodigingsmail ontvangen, enkele gegevens uit het medisch dossier verzamelen (dus ook indien u ervoor kiest geen uitstrijkje te laten afnemen). Volgende gegevens zullen verzameld worden: uw leeftijdscategorie, nationaliteit, geboorteland en spreektaal op consultatie. Met behulp van deze gegevens wil ze de groep vrouwen, die onvoldoende bereikt worden met deze uitnodigingsmail, beter in beeld brengen. De gegevens zullen in haar onderzoek verwerkt worden, maar er zal geen directe link naar uw identiteit mogelijk zijn. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden in dit onderzoek, mag u ons hiervan op de hoogte brengen via secr.denieuwebaan@gmail.com of via het nummer 02 356 96 09, uiterlijk voor 30 september. Het niet deelnemen aan dit onderzoek zal uiteraard geen enkele invloed hebben op uw verdere behandeling of relatie met de arts. Voor meer informatie over de gegevens die zullen verzameld worden en het doel hiervan, zie het document 'ICF Nederlands' in bijlage van deze mail.*

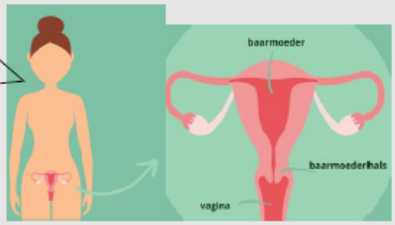
Extra informatie

Wat is een uitstrijkje?

Voor het maken van een uitstrijkje is een vaginaal onderzoek nodig.

Bij een uitstrijkje worden cellen weggestreken ter hoogte van de baarmoederhals. Dit gebeurt met behulp van een borsteltje en doet in principe geen pijn.

De baarmoederhals is de verbinding tussen de baarmoeder en de vagina.



Waarom wordt een uitstrijkje afgenomen?

Met een uitstrijkje proberen we **abnormale cellen** ter hoogte van de baarmoederhals op te sporen

Deze abnormale cellen ontstaan door **besmetting met HPV**, een virus dat via seksueel contact wordt verspreid.

Als je besmet bent met dit virus, merk je meestal **niets**.

Meestal ruimt jouw lichaam dit virus zelf op. Het virus verdwijnt.

Soms **blijft het virus aanwezig**.

Als het virus aanwezig blijft, kunnen abnormale cellen ontstaan.

Jouw lichaam kan deze abnormale cellen vanzelf opruimen.

Indien jouw lichaam deze abnormale cellen niet opruimt, kunnen deze cellen zich na enkele jaren ontwikkelen tot **baarmoederhalskanker** (dit duurt gemiddeld 10-15 jaar).

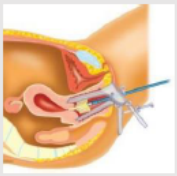
Het is dus belangrijk om aan de hand van een uitstrijkje deze abnormale cellen vroegtijdig op te sporen én te behandelen, zodat er geen baarmoederhalskanker ontstaat.

Hoe gebeurt de afname van een uitstrijkje?

1. Neem plaats op de onderzoekstafel, nadat u uw onderlichaam ontkleed heeft.
2. Uw voeten worden ondersteund door speciale beensteunen, zodat de arts uw vagina gemakkelijker kan onderzoeken.
3. Met behulp van een plastic instrument, ook wel 'speculum of eendenbek' genoemd, zal uw arts de baarmoederhals in beeld brengen. Probeer u zo goed als mogelijk te ontspannen.
   - De arts brengt glijmiddel aan op het speculum, zodat dit gemakkelijk naar binnen kan glijden.
   - Dit kan koud aanvoelen, maar doet in principe geen pijn.
4. Met behulp van een borsteltje zal de arts langs de baarmoederhals strijken. Op deze manier worden cellen afgenomen.
5. Deze afgestreken cellen zullen opgestuurd worden naar het laboratorium voor verder onderzoek.
6. Bel ons na 2 weken op voor het resultaat.

Speculum





Wat als ik een afwijkend uitstrijkje heb?

Bij de meeste vrouwen wijst een afwijkend uitstrijkje **niet** op baarmoederhalskanker

Een afwijkend uitstrijkje wijst meestal op de aanwezigheid van **abnormale cellen**

Deze abnormale cellen kunnen spontaan verdwijnen <u>of</u> kunnen uitgroeien tot baarmoederhalskanker

Een afwijkend uitstrijkje moet dus goed opgevolgd worden

Het uitstrijkje kan sneller herhaald worden (bv. na een aantal maanden)

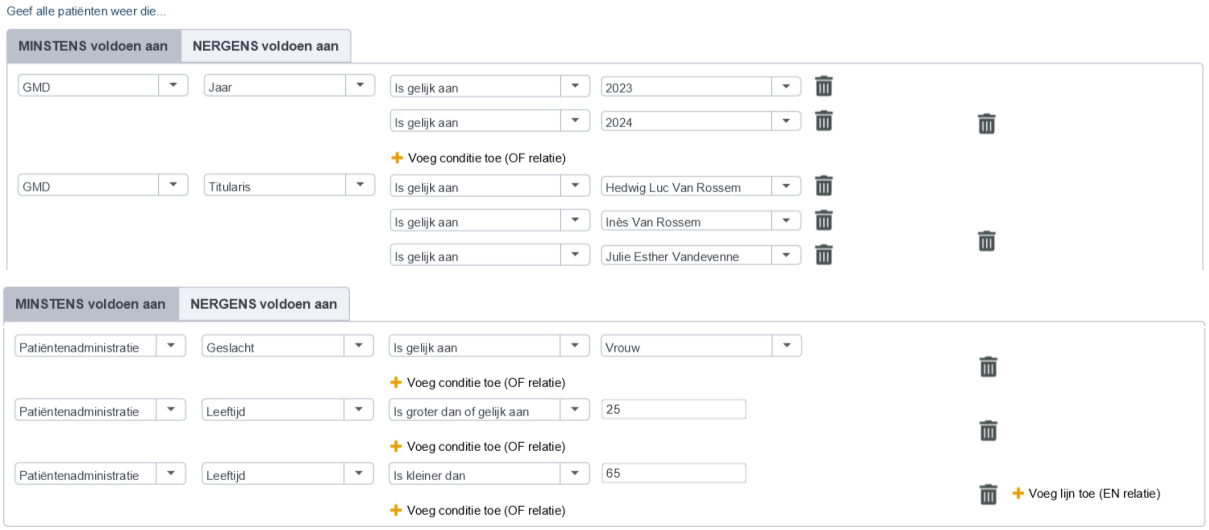
Controle bij de gynaecoloog kan mogelijk zijn

Fabels en mythes

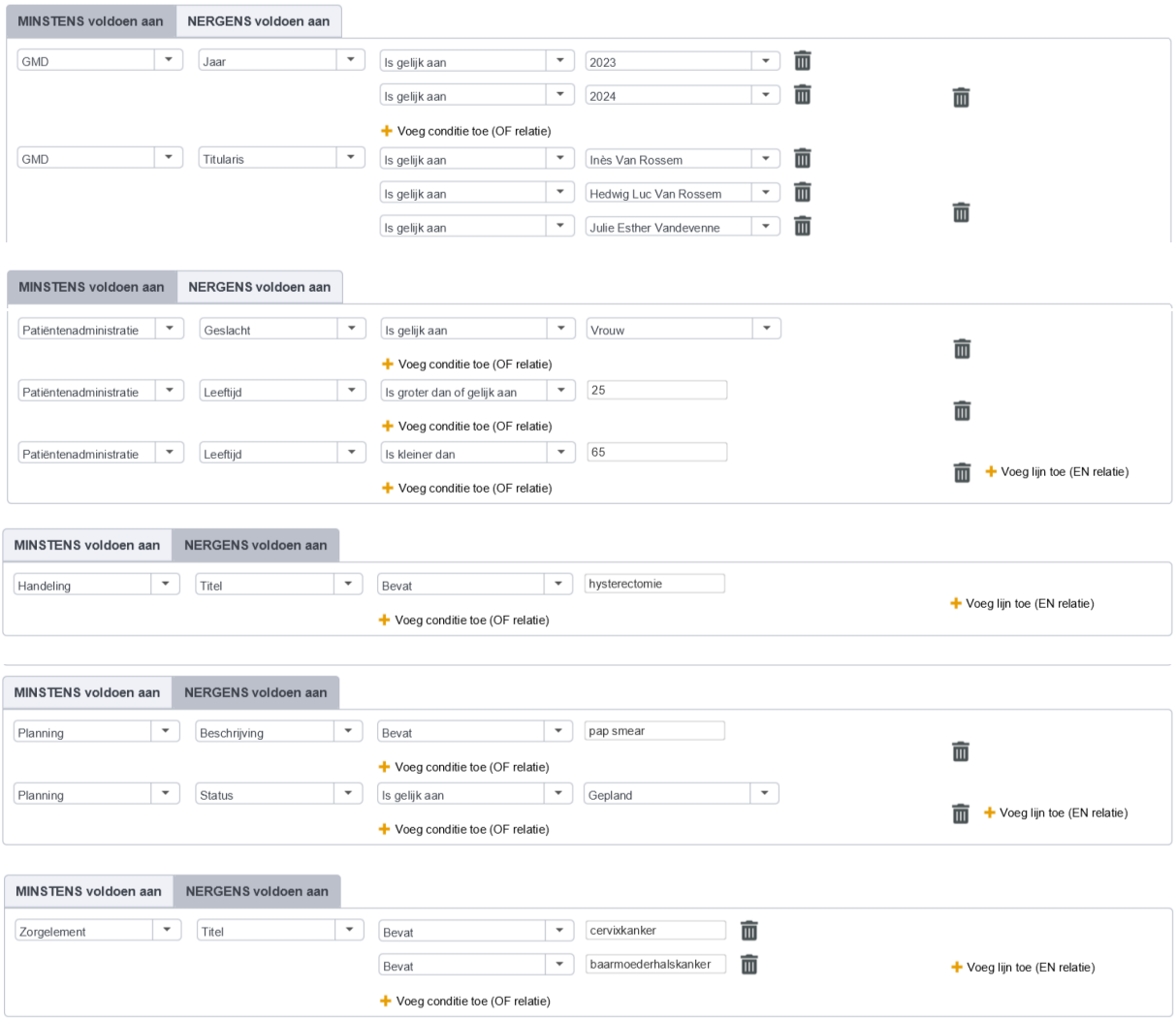
- *"Een uitstrijkje kan enkel afgenomen worden door de gynaecoloog."*
  - ⇨ **FOUT**: Ook huisartsen kunnen uitstrijkjes afnemen.
- *"Ik moet geen uitstrijkje meer laten afnemen vanaf de menopauze."*
  - ⇨ **FOUT**: Ook vrouwen in de menopauze worden uitgenodigd om een uitstrijkje te laten afnemen, tot en met de leeftijd van 64 jaar.
- *"Ik moet geen uitstrijkje meer laten afnemen als ik al lange tijd een vaste partner heb."*
  - ⇨ **FOUT**: Ook vrouwen met een vaste partner moeten regelmatig een uitstrijkje laten afnemen.
- *"Een uitstrijkje is niet nodig als ik al lange tijd geen seksueel contact meer heb gehad."*
  - ⇨ **FOUT**: Alle vrouwen die <u>ooit</u> seksueel actief zijn geweest, moeten een uitstrijkje laten afnemen. De datum van het laatste seksueel contact speelt hierbij geen rol.

4. Bijlage 4: Query Statistiekmodule CareConnect

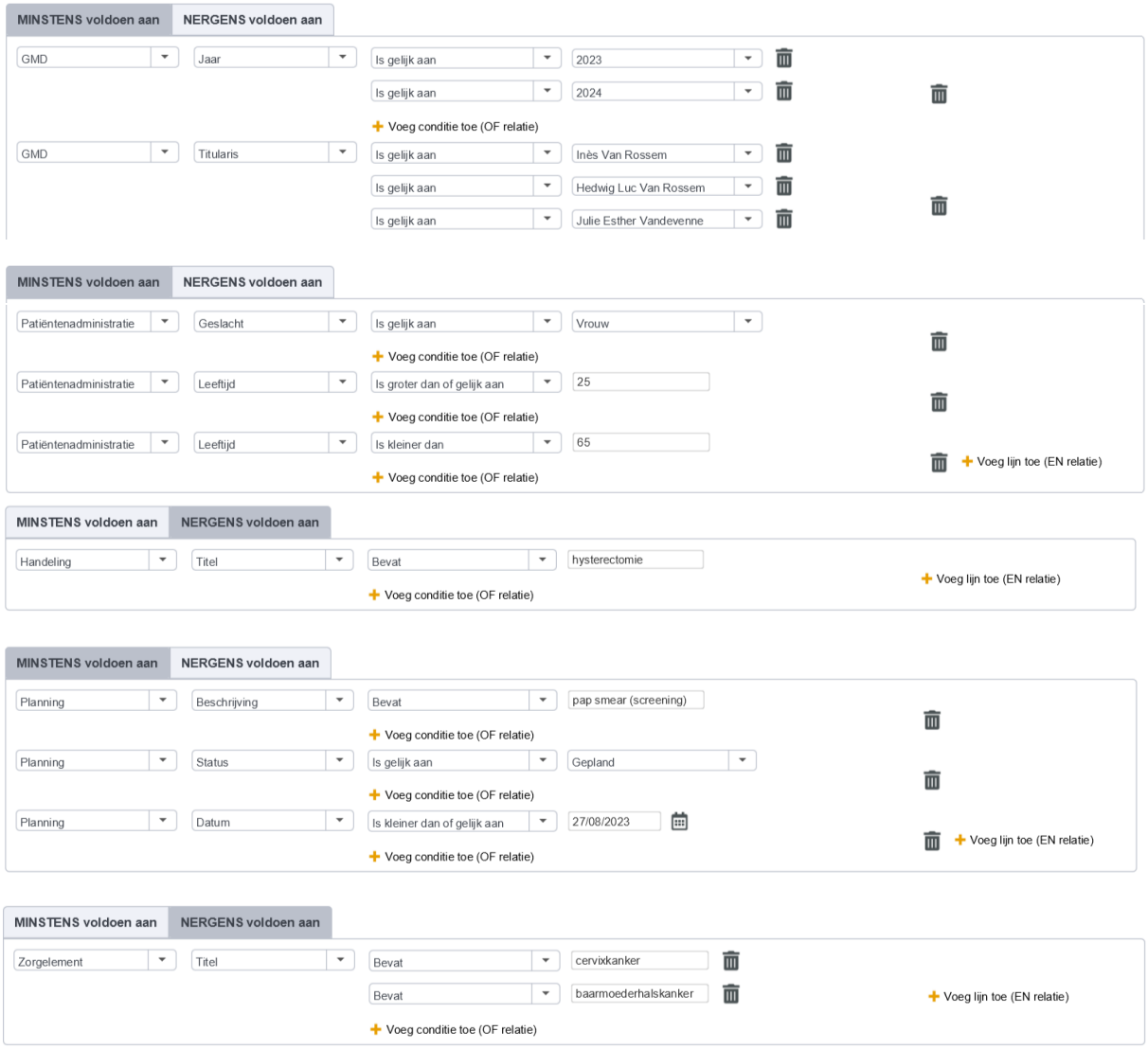
4.1 Query: vrouwen 25 t.e.m. 64 jaar met actief GMD in 2023 of 2024



4.2 Query: nog nooit een uitstrijkje



4.3 Query: ≥4 jaar geen uitstrijkje



5. Bijlage 5: Vragenlijst

Naam Patiënt:

Korte Bevraging: mondeling af te nemen en in te vullen door de huisarts

Leeftijdscategorie:..... *Spreektaal op consultatie:*.....

Moedertaal ..... *Opleidingsgraad:*.....

Nationaliteit: ..... *Geboorteland:* .....

Laaggeschoold	Geen diploma secundair onderwijs (= geen middelbaar diploma)
Middengeschoold	Diploma secundair onderwijs.
Hooggeschoold	Diploma hoger onderwijs (=Hogeschool of universiteit).

1) Wat heeft ervoor gezorgd dat jij je uitstrijkje vandaag laat afnemen?

- Ik werd eraan herinnerd dankzij de uitnodigingsmail die jullie mij gestuurd hebben.
- Ik heb een uitnodigingsbrief ontvangen van het Centrum voor Kankeropsporing.
- Ik had er zelf aan gedacht.
- Andere: .....

2) Indien van toepassing: In welke taal heb je de uitnodigingsmail gelezen?
.....

a) Heb je de mail zelf gelezen of heb je hierbij hulp gehad van een vriend/familielid?
   - Zelf gelezen.
   - Ik heb hulp gevraagd van een vriend/familielid.

b) *Indien de patiënt de uitnodigingsmail in het "Frans/Engels" gelezen heeft:*
   - Als we de mail enkel in het Nederlands zouden hebben verstuurd, zou je deze dan ook gelezen hebben?
     - Ja
     - Nee
   - Hoe zou jij jouw kennis van het Nederlands inschatten?

Spreken:	Lezen:
O Goed	O Goed
O Voldoende	O Voldoende
O Onvoldoende	O Onvoldoende

6. Bijlage 6: Studieprotocol

Studieprotocol: ***Het effect van een meertalige uitnodigingsmail, afkomstig van de GMD-houdende huisarts, op de participatie aan baarmoederhalskankerscreening - Een praktijkverbeterproject***

Inleiding

In Vlaanderen bestaat sinds 2013 het bevolkingsonderzoek naar 'Baarmoederhalskanker'. Het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) nodigt vrouwen tussen 25 t.e.m. 64 jaar, woonachtig in Vlaanderen, uit voor afname van een uitstrijkje aan de hand van een Nederlandstalige uitnodigingsbrief.

Deze masterproef is een praktijkverbeterproject, uitgevoerd in een specifieke groepspraktijk gelegen in de groene rand rond Brussel en dichtbij de Waalse grens. De ligging van de praktijk heeft geleid tot een multiculturele patiëntenpopulatie en een grote populatie Franstalige patiënten. Door de ligging van de praktijk tegen de Waalse en Brusselse taalgrens én door de multiculturele populatie, wordt geschat dat 15-40% van de totale patiëntenpopulatie de Nederlandse taal niet of onvoldoende machtig is (ongeacht hun nationaliteit). Men heeft de ervaring dat een belangrijk aandeel van deze patiënten wel het Frans beheerst. In deze groepspraktijk schat men dat 50-60% van de vrouwen, behorend tot de doelpopulatie voor baarmoederhalskankerscreening, in de afgelopen drie jaar gescreend werd aan de hand van een uitstrijkje. Volgens de richtlijn 'Cervixkankerscreening' van Domus Medica is het aan de huisarts om actief een uitstrijkje aan te bieden aan zijn patiënten en zelf een screeningsgraad van bijvoorbeeld 80% na te streven voor zijn praktijk.

Aangezien de verstuurde uitnodigingsbrief van het CvKO 1) eerder onpersoonlijk is, 2) enkel in het Nederlands verstuurd wordt én 3) uitsluitend verstuurd wordt naar vrouwen woonachtig in Vlaanderen, kan dit mogelijk een belangrijk knelpunt vormen voor deelname aan baarmoederhalskankerscreening binnen deze groepspraktijk, waarbij een aanzienlijk deel van de patiënten de Nederlandse taal niet/onvoldoende machtig is en een belangrijk percentage niet woonachtig is in Vlaanderen. Het uitsturen van een uitnodigingsmail, afkomstig van de GMD-houdende huisarts én raadpleegbaar in meerdere talen (Nederlands, Frans en Engels), kan mogelijk op deze barrières inspelen en de deelname aan baarmoederhalskankerscreening in deze specifieke groepspraktijk verhogen. Het Nederlands, Frans en Engels zijn de meest courante talen waarin consultaties in deze groepspraktijk gevoerd worden. De artsen in de praktijk hebben de ervaring dat het in de grote meerderheid van de gevallen lukt om een consult in één van deze drie talen te voeren.

Primair doel, Hoofdonderzoeksvragen en nevenonderzoeksvragen

Primair doel: Het verhogen van de deelname aan baarmoederhalskankerscreening binnen deze specifieke groepspraktijk aan de hand van een meertalige uitnodigingsmail, afkomstig van de GMD-houdende huisarts en opgesteld in het Nederlands, Frans en Engels.

Er zal gestreefd worden naar een totale dekkingsgraad van minstens 80%, gebaseerd op de aanbeveling van Domus Medica. De totale dekkingsgraad wordt als volgt berekend (conform de berekeningswijze van het CvKO): de som van het percentage van alle vrouwen tussen 25 t.e.m. 64 jaar met een actief GMD in 2023 of 2024…

- die in de afgelopen 4 jaar een uitstrijkje lieten afnemen. We opteren voor een grenswaarde van '4 jaar' omdat de reguliere uitnodigingsbrief van het CvKO ook pas verstuurd wordt 4 jaar na het laatst afgenomen uitstrijkje.

+

- die een tijdelijke of permanente contra-indicatie hebben voor een uitstrijkje. Meer bepaald: vrouwen met een hysterectomie, vrouwen met baarmoederhalskanker, zwangere vrouwen, vrouwen < 3 maanden postpartum en vrouwen die nog nooit seksueel actief geweest zijn (indien gekend in het medisch dossier).

De totale screeningsgraad vóór het uitsturen van de uitnodigingsmail zal vergeleken worden met de totale screeningsgraad na het uitsturen van de uitnodigingsmail.

Hoofdonderzoeksvraag: Kan een meertalige uitnodigingsmail (Nederlands, Frans en Engels), afkomstig van de GMD-houdende huisarts, de participatiegraad aan baarmoederhalskankerscreening verhogen?

De doelgroep van de interventie (meertalige uitnodigingsmail) bestaat uit alle vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar met een actief GMD in 2023 of 2024, die nog nooit een uitstrijkje hadden laten afnemen of van wie het laatste uitstrijkje ≥4 jaar geleden plaatsvond. Als grenswaarde wordt '4 jaar' genomen, aangezien het CvKO de reguliere uitnodigingsbrief ook pas verstuurt 4 jaar na het laatste afgenomen uitstrijkje. Voor de inclusie- en exclusiecriteria, zie onderstaande tabel.

Inclusiecriteria (=doelpopulatie uitnodigingsmail)	Exclusiecriteria
Vrouwen ≥ 25 jaar en ≤ 64 jaar	Vrouwen < 25 jaar of ≥65 jaar
Actief GMD in 2023 of 2024	Geen actief GMD in 2023 of 2024
Baarmoeder(hals) nog aanwezig	Hysterectomie in voorgeschiedenis
Nog nooit een uitstrijkje of datum laatste uitstrijkje ≥4 jaar geleden	Datum laatste uitstrijkje < 4 jaar geleden
	Zwangerschap of < 3 maanden postpartum
	Vrouwen met een in situ of invasieve baarmoederhalskanker
	Nog geen seksuele betrekkingen gehad

Nevenonderzoeksvragen:

- Hoeveel procent van alle vrouwen tussen 25 t.e.m. 64 jaar met een actief GMD hadden vóór aanvang van het praktijkverbeterproject een correcte registratie van hun screeningsstatus in het preventiesjabloon (de planningsmodule) van CareConnect?
- Wat is de responsgraad op de uitgestuurde uitnodigingsmail?
- Hoeveel vrouwen lieten tijdens de studieperiode een uitstrijkje afnemen bij de gynaecoloog versus bij de huisarts?
- Wat zijn de sociodemografische kenmerken van de responders vergeleken met de sociodemografische kenmerken van de non-responders op de uitnodigingsmail?
- Wat stimuleerde vrouwen tot afname van een uitstrijkje tijdens de studieperiode: de reguliere uitnodigingsbrief van het CvKO? De uitnodigingsmail van de huisarts? De meertaligheid van de uitnodigingsmail? Aangesproken door de huisarts? Een andere motivator?
    - Dit zal bevraagd worden, na actieve toestemming (ICF), bij de vrouwen die tijdens de studieperiode hun uitstrijkje laten afnemen in de huisartsenpraktijk (zie stap 4).

Methodologie

Stap 1: Via de statistiekmodule in het medisch programma CareConnect zal een lijst bekomen worden van alle vrouwen vanaf 25 tot en met 64 jaar met een actief GMD in 2023 of 2024.

1a) Via de statistiekmodule wordt vervolgens nagegaan wie van deze vrouwen een permanente contra-indicatie heeft voor een uitstrijkje (namelijk hysterectomie en/of cervixkanker).

1b) Bij de resterende vrouwen zal nadien de datum van het laatste uitstrijkje nagegaan worden in het EMD en de Hub van de patiënt.

Stap 2: Op basis van de gevonden datum van het laatste uitstrijkje, zal vervolgens worden nagegaan bij hoeveel vrouwen deze datum correct geregistreerd stond in de planningsmodule (het preventiesjabloon) van CareConnect. Foutieve of ontbrekende registraties zullen nadien manueel gecorrigeerd worden, zodat de planningsmodule van deze patiënten volledig up-to-date is.

Stap 3: Na het corrigeren van de screeningsstatus in de planningsmodule van CareConnect, zal aan de hand van de statistiekmodule een lijst bekomen van alle vrouwelijke patiënten tussen 25 t.e.m. 64 jaar met een actief GMD in 2023 of 2024, zonder hysterectomie of baarmoederhalskanker in de voorgeschiedenis, die…

- nog nooit een uitstrijkje lieten afnemen
- reeds ≥ 4 jaar geen uitstrijkje meer lieten afnemen

Bij deze vrouwen wordt vervolgens nagegaan in het dossier of er weet is van een tijdelijke contra-indicatie voor een uitstrijkje, namelijk zwangerschap. De resterende vrouwen zullen finaal de doelpopulatie voor de meertalige uitnodigingsmail vormen.

Stap 4: Naar de doelpopulatie (cfr. stap 3) wordt vanuit het medisch programma CareConnect de meertalige uitnodigingsmail verzonden. Deze mail nodigt de vrouwen uit om een uitstrijkje te laten afnemen bij hun huisarts of gynaecoloog. In bijlage van de mail wordt een informatiebrochure en ICF-document toegevoegd. Dit ICF-document informeert de vrouwen over het retrospectief gebruik van enkele sociodemografische kenmerken uit hun dossier (zie stap 6).

Stap 5: Zes maanden na het uitsturen van de uitnodigingsmail zal de interventie afgesloten worden. Er wordt bewust gekozen voor een studietermijn van 6 maanden aangezien de wachttijd voor een afspraak bij de gynaecoloog soms behoorlijk kan oplopen.

Er zal worden nagegaan hoeveel vrouwen tijdens deze studieperiode een uitstrijkje lieten afnemen (% bij huisarts versus % bij gynaecoloog). De totale dekkingsgraad voor baarmoederhalskankerscreening binnen deze groepspraktijk zal vergeleken worden pre- versus post-interventioneel.

Stap 6: Om na te gaan welke vrouwen al dan niet zijn ingegaan op de verstuurde uitnodigingsmail, zullen tijdens de studieperiode ook enkele sociodemografische kenmerken van de responders en non-responders op de uitnodigingsmail in kaart gebracht worden. Het is immers belangrijk om een beter inzicht te krijgen in de kenmerken van de vrouwen die, ondanks de extra interventie (nl. de uitnodigingsmail), zich nog steeds onvoldoende laten screenen (=non-responders). Voor het verzamelen van de sociodemografische kenmerken wordt beroep gedaan op de rechtsgrond Algemeen Belang. Alle vrouwen die de uitnodigingsmail ontvangen, zullen geïnformeerd worden over het verzamelen en het gebruiken van hun sociodemografische gegevens:

a) Bij de ***uitgenodigde vrouwen die tijdens de studieperiode langskomen in de huisartspraktijk voor afname van hun uitstrijkje (=groep A)***, wordt een korte vragenlijst afgenomen (na actieve geïnformeerde toestemming). Deze vragenlijst peilt enerzijds naar enkele sociodemografische kenmerken (o.a. leeftijdscategorie, moedertaal, spreektaal op consultatie, nationaliteit, geboorteland en opleidingsgraad). Anderzijds werd er gepeild naar de motivatiereden voor afname van het uitstrijkje.
    - Liet men het uitstrijkje afnemen doordat men hieraan herinnerd werd dankzij de meertalige uitnodigingsmail? Zo ja, in welke taal werd de uitnodigingsmail gelezen?
    - Liet men het uitstrijkje afnemen doordat men de uitnodigingsbrief van het CvKO ontvangen had?
    - Liet men het uitstrijkje afnemen doordat één van de huisartsen uit de groepspraktijk de vrouw hierover had aangesproken op consultatie?
    - Liet men het uitstrijkje afnemen doordat men hier zelf aan gedacht had?
b) Bij de ***uitgenodigde vrouwen die tijdens de studieperiode een uitstrijkje laten afnemen bij de gynaecoloog <u>én</u> bij de non-responders op de uitnodigingsmail (= Groep B),*** kan <u>niet</u> gewerkt worden met expliciete toestemming voor het verzamelen van enkele sociodemografische kenmerken uit hun dossier (aangezien zij niet langskomen op consultatie voor hun uitstrijkje). Deze groep vrouwen zal geïnformeerd worden over het retrospectief gebruik van enkele sociodemografische kenmerken uit hun dossier aan de hand van een ICF-document dat als bijlage in de verstuurde uitnodigingsmail wordt toegevoegd (cfr. stap 4). Bovendien wordt het retrospectief gebruik van hun sociodemografische kenmerken ook nog eens vermeld in de uitnodigingsmail zelf. Op deze manier krijgen vrouwen uit groep B de mogelijkheid om het gebruik van hun sociodemografische kenmerken te weigeren. Volgende sociodemografische kenmerken zullen bij deze groep vrouwen retrospectief verzameld worden: leeftijdscategorie, nationaliteit, geboorteland en spreektaal op consultatie. Deze gegevens zijn rechtstreeks beschikbaar in het EMD van de patiënt. Moedertaal en opleidingsgraad worden bij groep B dus niet verzameld, aangezien deze gegevens niet automatisch in het EMD beschikbaar zijn.

Indien er data ontbreken, zullen die als "missing data" verwerkt worden in de analyse. Alle verzamelde data binnen dit project (vragenlijsten + verzamelde sociodemografische kenmerken) zullen op pseudonieme wijze geanalyseerd worden en zullen in de masterproef gerapporteerd worden onder de vorm van geaggregeerde data. Op deze manier is er geen rechtstreekse link met de patiënt mogelijk.

7. Bijlage 7: Goedkeuring Ethische Commissie

Dr. Kaatje Van Roy
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Universiteit Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Eleni Deneef	30/07/2024	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2024-0178		nvt

Betreft:
Het effect van een meertalige uitnodigingsmail, afkomstig van de GMD-houdende huisarts, op de participatie aan baarmoederhalskankerscreening - Een praktijkverbeterproject

Betrokken student(en):
- Eleni Deneef

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 18/06/2024.

Dit project valt niet onder de bevoegdheid van de wet van 7/5/2004.

De CME heeft geen bezwaar tegen het project op voorwaarde dat de gegevens vertrouwelijk worden beheerd en in overeenstemming met de Belgische wetgeving inzake privacy.

De studie kan vanaf nu (25/07/2024) starten in ons centrum.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent



UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be