Kwaliteit van baarmoederhalskankerscreening verbeteren in de huisartsenpraktijk.

Een rol voor de praktijkverpleegkundige?

Phebe Donné, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

21 april 2026

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2025 – 2026

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

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

Inhoud

Dankwoord **6**
Abstract **7**
1. Inleiding **8**
2. Doelstelling en verantwoording **9**
2.1 Onderzoeksvragen 10
3. Literatuurstudie (find) **11**
3.1 Zoekstrategie 11
3.2 Resultaten van literatuurstudie 12
Hoe is de huidige status van baarmoederhalskankerscreening? *12*
Welke barrières bestaan er voor baarmoederhalskankerscreening? *14*
Welke strategieën verbeteren de baarmoederhalskankerscreening in de eerstelijnszorg? *15*
Wat is de rol van de verpleegkundige in deze verbeterstrategieën? *17*
Wat is het huidig wettelijk kader voor taakdelegatie? *18*
3.3 Besluit van de literatuurstudie 19
4. Veldonderzoek **20**
4.1 Opzet van het veldonderzoek (observe) 20
Methode om de visie van patiënten in kaart te brengen *20*
Aantal deelnemers en rekrutering *20*
Duur van gegevensverzameling *21*
Retrospectief dossieronderzoek *21*
GDRP *22*
Ethische overwegingen en veiligheid *22*
4.2 Analyse van het veldonderzoek (understand) 23
Huidige status van cervixkankerscreening volgens bevraging *23*
Huidige status van cervixkankerscreening volgens dossieronderzoek *25*
Visie van patiënten op medische vaardigheden door de praktijkverpleegkundige *25*
5. Interventieplan voor de praktijk **28**
5.1 Praktijkprotocol 28
Doelgroep *28*
Tijdsbestek en financiering *29*
5.2 Opleidingsfase: opleiden van de praktijkverpleegkundige 29
5.3 Praktische uitvoering van het praktijkprotocol 30
Aanmelding van patiënte voor uitstrijkje *30*
Consultatie bij de praktijkverpleegkundige *30*
Registratie in EMD *31*
Labo-aanvraag *32*
Resultaat van uitstrijkje interpreteren, noteren en nieuwe planning opmaken *33*

Doorverwijzing naar de gynaecoloog *34*
Ethische overwegingen en veiligheid *34*
6. Resultaten 35
Dossieronderzoek na de interventiefase *35*
7. Discussie 36
Sterktes van het project *37*
Zwaktes van het project *38*
8. Conclusie 39
Literatuurlijst 40

Dankwoord

Eerst en vooral wil ik zeggen: wat ben ik blij huisarts te mogen zijn. De voldoening van denkwerk gecombineerd met praktisch werk, de dankbaarheid van patiënten en de warmte van een huisartsenpraktijk, hebben in de afgelopen drie jaar meermaals bevestigd dat mijn keuze voor huisartsgeneeskunde de juiste was.

Ik wil mijn promotor Prof. Dr. Lieve Peremans bedanken voor de begeleiding van deze thesis. Dankzij haar jarenlange ervaring en gerichte feedback hebben we dit mooie praktijkverbeterproject kunnen neerzetten.

Daarnaast wil ik ook alle collega's van Huisartsenpraktijk Inverzo uitdrukkelijk bedanken, in het bijzonder onze verpleegkundige Nele. Hun inzet en steun was onmisbaar om dit project te kunnen uitvoeren en tot een goed einde te brengen.

Tot slot verdient ook mijn familie een grote dankjewel om mij de ruimte te geven aan dit project te kunnen werken. De combinatie met een kersvers gezin was niet altijd gemakkelijk, maar dankzij hun hulp slaagde ik erin voldoende tijd vrij te maken voor de thesis en kan ik er met een tevreden gevoel op terugkijken.

Abstract

Doel: Dit praktijkverbeterproject richt zich primair op de verbetering van de baarmoederhalskankerscreening in de huisartsenpraktijk en dit dankzij inzet van een praktijkverpleegkundige. Een goede opleiding van de verpleegkundige zal er niet alleen voor zorgen dat zij het screeningsproces autonoom kan uitvoeren, maar ook dat zij kan helpen om o.a. emotionele en praktische barrières voor het laten uitvoeren van een uitstrijkje te overwinnen. Met deze vorm van taakdelegatie van arts naar verpleegkundige hopen we tevens ook de werklast voor de huisartsen te verminderen en de jobinhoud voor de verpleegkundige interessanter te maken.
De secundaire doelstelling van het project is een verbetering van enkele kwaliteitsindicatoren i.v.m. baarmoederhalskankerscreening, zoals het verhogen van de screeningsgraad in de huisartsenpraktijk en het correct registreren en plannen van uitstrijkjes in de patiëntendossiers.

Methode: Allereerst heeft er een veldonderzoek in de vorm van een bevraging plaatsgevonden om de visie van onze patiëntenpopulatie in kaart te brengen. Wat vinden zij ervan als de baarmoederhalskankerscreening door de praktijkverpleegkundige wordt uitgevoerd? Met andere woorden is er een draagvlak om dit project uit te voeren? Aan de hand van de resultaten van het veldonderzoek is een haalbaar interventieplan uitgewerkt en ontstond een nieuw praktijkprotocol voor de baarmoederhalskankerscreening.
Een retrospectief dossieronderzoek van 100 dossiers vóór en ná de interventiefase leerde ons of we de kwaliteitsindicatoren hebben kunnen verbeteren.

Resultaten: Uit de bevraging, waaraan 93 vrouwen uit de doelgroep van 25 t.e.m. 64 jaar deelnamen, bleek dat er een redelijk draagvlak was voor het inzetten van een praktijkverpleegkundige in het screeningstraject voor baarmoederhalskanker. De belangrijkste barrières die vrouwen aanhaalden waren schaamte en de verpleegkundige niet voldoende kennen of vertrouwen. De interventiefase, bestaande uit een opleidingsfase voor de verpleegkundige en een praktische uitvoering van een praktijkprotocol, werd doorlopen. Het dossieronderzoek toonde aan dat de screeningsgraden vóór (61%) en ná (57%) de interventiefase niet ver uit elkaar liggen. De uitstrijkjes werden ongeveer even vaak correct genoteerd in het dossier na de interventie (80,70%) als ervoor (80,33%). Het opmaken van een nieuwe planning voor de volgende screening werd net iets consequenter gedaan na de interventie (82,46%) in vergelijking met voorheen (77,05%). Hoewel de harde eindpunten dus niet significant verbeterden, werd er wel opnieuw meer aandacht besteed aan baarmoederhalskankerscreening in onze huisartsenpraktijk en leerde zowel het Inverzo-team als de patiëntenpopulatie kennismaken met taakdelegatie.

Conclusie: We ontwikkelden in deze thesis een praktijkprotocol voor baarmoederhalskankerscreening door de verpleegkundige, rekening houdend met barrières en facilitators die onze patiëntenpopulatie aangaf. Harde eindpunten zoals screeningsgraad, correct noteren in het EMD en opmaken van een planning in het EMD verbeterden met dit praktijkprotocol tot op heden nog niet overtuigend. Desalniettemin is de aandacht voor BMHKS wel terug aangescherpt in onze huisartsenpraktijk en vormt dit project een goed voorbeeld van hoe de praktijkverpleegkundige in de (nabije) toekomst een grotere rol kan opnemen en meer taken naar zich toe kan trekken.

1. Inleiding

Aandacht voor preventieve gezondheidszorg is belangrijker dan ooit tevoren. Dat heeft alles te maken met de zowel in positieve als negatieve zin veranderende levensstijl in onze maatschappij. Denk enerzijds maar aan allerhande sportevenementen, fitnesslessen en powerfood die in populariteit toenemen. Anderzijds zijn er de vele fastfoodrestaurants en take away apps, sociale media en computergames die naar ons lonken. Het is dan ook niet vreemd dat het voor veel patiënten moeilijk is om een gezonde levensstijl te behouden en dat chronische aandoeningen zoals diabetes en obesitas aan een flinke opmars bezig zijn. De huisarts neemt een belangrijke positie in wat betreft bewustwording, sensibilisatie en het geven van preventieve adviezen om de balans tussen het positieve en het negatieve te behouden. Meer nog, volgens de definitie van huisartsgeneeskunde van het European network for Prevention and health promotion in general practice/family medicine (EUROPREV) is preventie een kerntaak en zouden ziektepreventie en gezondheidspromotie een groot deel van de dagelijkse activiteiten van een huisarts moeten uitmaken (1,2). De vraag dringt zich op of dit wel allemaal haalbaar is voor de huisarts en hoe dan.

Als jonge huisarts-in-opleiding (HAIO) heb ik ondervonden dat het uitvoeren van een kwaliteitsvol preventief consult zeer intensief is, wat binnen het tijdsbestek van een normale consultatie vaak onhaalbaar is. Ook mijn collega-huisartsen gaven aan dit te herkennen; preventie komt hoofdzakelijk aan bod wanneer er een directe of indirecte vraag naar is. Het is immers slechts één van de vele taken die we moeten volbrengen. De druk op huisartsen om alles tot een goed einde te brengen wordt alsmaar groter. Daarvoor worden momenteel oplossingen gezocht; zoals de New Deal (3). De huisarts zal een aantal taken uit handen geven en de verpleegkundige zal een steeds belangrijkere rol krijgen in de huisartsenpraktijk (3,4). Vandaag de dag is de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP) al in het leven geroepen. Ook in de huisartsenpraktijk waar ik als eerstejaars HAIO actief ben (geweest), probeerde men dat concept op te pikken. Al bleek het toch niet zo eenvoudig om de rollen goed en efficiënt te herverdelen. De praktijkverpleegkundige functioneerde er grotendeels als medisch secretaresse en haar medisch-praktische verpleegkundige taken bleven beperkt tot bloeddrukmetingen, bloedafnames en vaccineren tijdens het infectieseizoen (griep en covid-19).

Enerzijds is er dus de groeiende nood aan preventieve gezondheidszorg en anderzijds heeft onze huisartsenpraktijk de opportuniteit om daarvoor een rol toe te bedelen aan de verpleegkundige. Daarom vond ik het interessant om voor mijn masterthesis deze twee zaken samen te voegen en te zoeken naar een strategie om de aanpak van preventieve geneeskunde te verbeteren, specifiek toegepast op onze huisartsenpraktijk. Als praktijk die de naam ‘Inverzo’ draagt, wat staat voor ‘in verbinding voor zorg’, staan we erachter de krachten van huisarts en verpleegkundige te bundelen ten voordele van onze patiënten.

2. Doelstelling en verantwoording

In deze thesis voeren we een praktijkverbeterproject uit waarin we trachten de preventieve zorg te verbeteren dankzij inzet van de praktijkverpleegkundige. De vraag stelt zich welke rol de praktijkverpleegkundige kan opnemen in de preventieve geneeskunde in onze huisartsenpraktijk. Een kleine oriënterende literatuurstudie leerde ons dat er drie grote groepen van evidence-based preventieve maatregelen bestaan die hun nut bewijzen op populatieniveau: vaccineren, uitvoeren van bevolkingsonderzoeken en inzetten op een gezonde levensstijl (1,2,5–8). Met deze maatregelen in het achterhoofd werd in de praktijk een overleg gevoerd met alle collega-artsen en ook de verpleegkundige zelf. Na inschatting van de huidige werking in onze praktijk kwamen we tot de overeenkomst dat we met dit project wilden inzetten op één van de bevolkingsonderzoeken: de baarmoederhalskankerscreening.

Het **primaire doel** van het project is de kwaliteit van **baarmoederhalskankerscreening in onze huisartsenpraktijk te verbeteren.** Meer specifiek willen we hierbij de praktijkverpleegkundige een autonome rol laten opnemen: uitstrijkjes afnemen, opsturen, resultaten interpreteren en correct triëren voor verdere opvolging in de toekomst. Als **secundaire doel** van de thesis stellen we het **verbeteren van een aantal kwaliteitsindicatoren** rond baarmoederhalskankerscreening voorop. De kwaliteitsindicatoren fungeren tevens als een vorm van controle op het primaire doel; zijn we erin geslaagd om de baarmoederhalskankerscreening in onze huisartsenpraktijk te verbeteren?

Bijkomend willen we ook aan onze patiënten vragen of ze ervoor openstaan dat onze praktijkverpleegkundige in de toekomst nog andere preventieve en niet-preventieve taken zal opnemen. Dit staat los van bovenstaande doelstellingen, maar deze info kan gemakkelijk gelijktijdig met de thesis verzameld worden en kan de huisartsenpraktijk nog meer toekomstperspectief bieden wat betreft taakdelegatie.

We denken dat deze projectopzet in onze praktijk de meeste verbetering zal kunnen realiseren op vlak van preventie. De werklast op de huisartsen zal tevens verminderen door de praktijkverpleegkundige efficiënter in te zetten én tegelijk zal de jobinhoud voor onze verpleegkundige interessanter en gevarieerder worden. Daarnaast kan dit project ook een aantal bijkomstige voordelen opleveren, zoals bijvoorbeeld een verhoging van de screeningsgraad of het correcter invullen van het elektronisch medisch dossier (EMD). We zullen ook inzicht krijgen in wat onze patiëntenpopulatie denkt over taakdelegatie van huisarts naar verpleegkundige, wat nuttig kan zijn om in de toekomst nieuwe kwaliteit verbeterende projecten op te starten in de praktijk.

Dit kwaliteit verbeterend project wordt monocentrisch uitgevoerd in Huisartsenpraktijk Inverzo, een prestatiegerichte praktijk, gelegen op de Kapelweg 22 te Maaseik (3680). Het team bestaat uit zes vaste huisartsen, één HAIO, één verpleegkundige/secretariaatsmedewerker en twee niet-medisch geschoolde secretariaatsmedewerkers.

2.1 Onderzoeksvragen

De vraagstelling voor het praktijkverbeterend project kan geformuleerd worden als volgt: ***Hoe kunnen we dankzij inzet van de praktijkverpleegkundige de kwaliteit van de baarmoederhalskankerscreening in onze huisartsenpraktijk verbeteren?***

Om concreter te werk te kunnen gaan voegen we er een aantal subvragen aan toe:

- *Hoe verloopt de baarmoederhalskankerscreening op dit moment bij onze vrouwelijke patiënten?*
- *Hoe staan onze vrouwelijke patiënten tegenover het afnemen van een uitstrijkje door de praktijkverpleegkundige?*
- *Hoe staan onze vrouwelijke patiënten tegenover het interpreteren en bespreken van het resultaat van het uitstrijkje door de praktijkverpleegkundige?*

Voor het primaire doel van de thesis is vooral de info over het uitstrijkje van belang, maar voor het bredere toekomstperspectief van de huisartsenpraktijk willen we van de gelegenheid gebruik maken om ook te peilen naar de visie van onze patiënten over andere medische vaardigheden. Als onze patiëntenpopulatie positief denkt over deze taakdelegatie zouden hieruit, naast het thesisproject rond baarmoederhalskankerscreening, nog andere nieuwe praktijkverbeterende projecten kunnen voortvloeien in de toekomst. Dit heeft geleid tot de volgende bijkomende vraagstellingen:

- *Hoe staat onze patiëntenpopulatie tegenover de uitvoering van andere medisch-technische handelingen door de praktijkverpleegkundige?*
  Dit omvat bloed afnemen, parameters nemen, vaccineren, ECG maken, spirometrie afnemen, cryotherapie uitvoeren op wratjes, oren uitspuiten, hechtingen verwijderen en wonden verzorgen.
- *Hoe staat onze patiëntenpopulatie tegenover de uitvoering van medisch-geïntegreerde taken door de praktijkverpleegkundige?*
  Dit omvat de opvolging van chronische aandoeningen en het geven van preventief gezondheidsadvies door de praktijkverpleegkundige, in samenspraak en/of afwisseling met de huisarts.
- *Hoe staat onze patiëntenpopulatie tegenover het maken van herhalingsvoorschriften voor chronische medicatie door de praktijkverpleegkundige (indien wettelijk toegestaan in de toekomst)?*

3. Literatuurstudie (find)

In de literatuurstudie trachten we antwoorden te vinden voor hoger genoemde hoofdonderzoeksvraag, zodoende de nodige basisinformatie te bekomen om dit praktijkverbeterproject te kunnen opstarten. De vraag wordt ontleed in volgende deelvragen om concreet in de literatuur te kunnen zoeken:

Hoe is de huidige status van baarmoederhalskankerscreening?
Welke barrières bestaan er voor baarmoederhalskankerscreening?
Welke strategieën verbeteren baarmoederhalskankerscreening in de eerstelijnszorg?
Wat is de rol van de verpleegkundige in deze verbeterstrategieën?

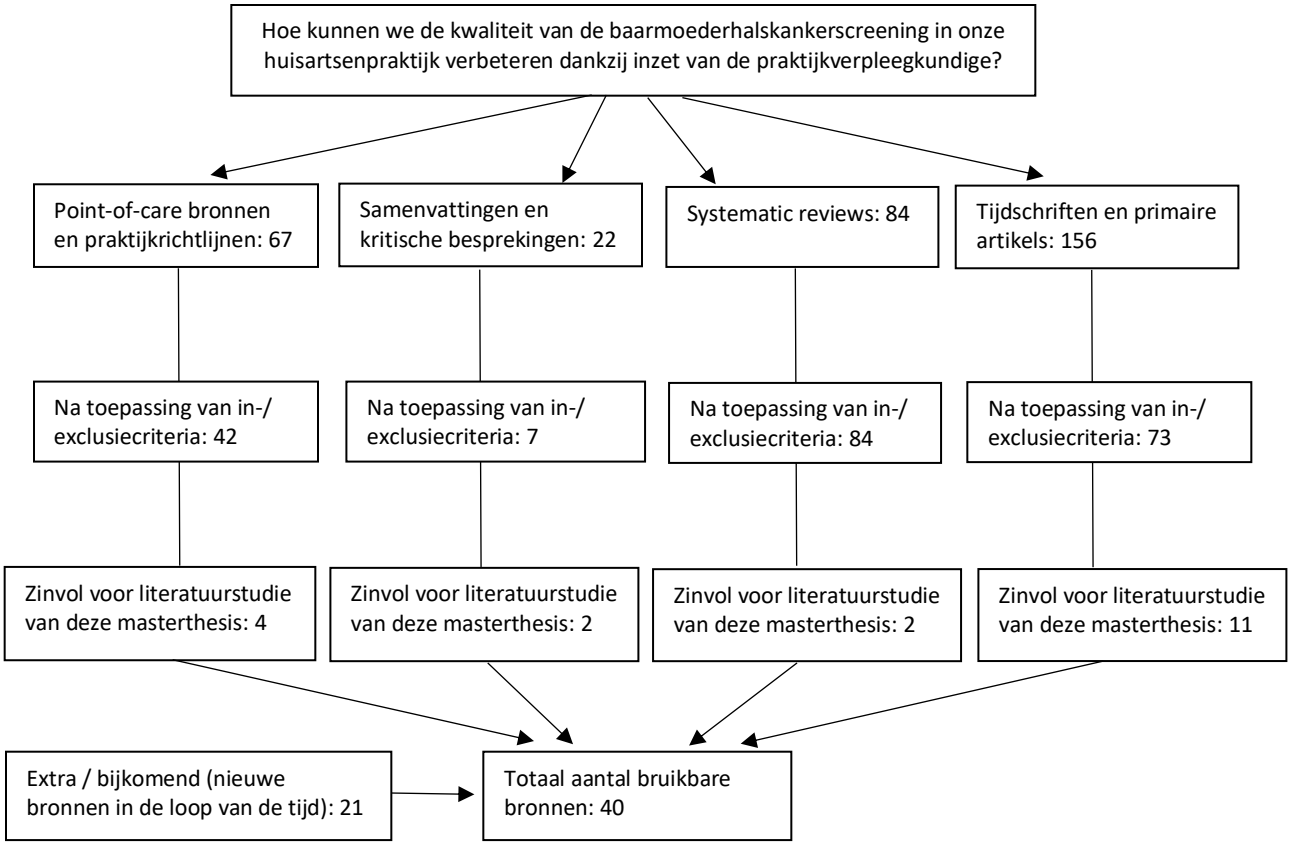
De onderzoeksvragen leiden tot onderstaand ECLIPS-model :

Expectations	- Werkdruk voor huisartsen verlichten - Jobinhoud voor praktijkverpleegkundige interessanter maken
Client group	Vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar van huisartsenpraktijk Inverzo
Location	Huisartsenpraktijk Inverzo, eerstelijnspraktijk
Impact	- Efficiënter werken in de huisartsenpraktijk door optimale inzet van de praktijkverpleegkundige binnen de preventieve gezondheidszorg, meer specifiek de cervixkankerscreening - Screeningsgraad voor cervixkanker verhogen - Verbeterde registratie in het EMD
Professionals involved	Huisartsen en praktijkverpleegkundige
Service	Eerstelijnszorg, cluster preventie

3.1 Zoekstrategie

Voor uitvoering van de literatuurstudie gebruikten we de zoektermen cervixuitstrijkje, baarmoederhalskankerscreening, cervixkankerscreening, taakdelegatie, praktijkverpleegkundige en de Engelstalige varianten hiervan. Voor het opzoeken van primaire bronnen via de databases Pubmed en Cinahl werden woordstammen van bovenstaande woorden gebruikt en gecombineerd. Bij toepassen van deze zoekstrategie werd er rekening gehouden met een aantal in-/exclusiecriteria: de publicatiedatum mocht niet meer dan 10 jaar oud zijn (d.w.z. alleen bronnen van 2014 of later werden geïncludeerd) en de bronnen moesten in het Engels of Nederlands beschikbaar zijn. De setting van de huisartsenpraktijk/eerstelijnszorg werd niet als hard criterium opgenomen omdat het aantal bronnen daarmee aanzienlijk verminderde. In de gevonden literatuur werd er wel aandacht besteed aan hoe de info toepasbaar is op de huisartsenpraktijk.

De zoekstrategie leverde onderstaand resultaat op.



Point-of-care bronnen en praktijkrichtlijnen: EBpractinenet, Dynamed, BAPCOC, Domus Medica, KCE en RIZIV via Cebam; NHG.
Samenvattingen en kritische besprekingen: Minerva en BCFI folia via Cebam; Pearls (Cochrane Primary Health Care Field); Artsenkrant en Nursing via Cochrane corners/Cochrane Belgium.
Systematic reviews: Cochrane Library.
Tijdschriften en primaire artikels: the Lancet, JAMA, BMJ, NEJM, AIM, EBM Journals en GP journals via Cebam; Medline via Pubmed; Cinahl; Huisarts & Wetenschap; Huisarts Nu.

3.2 Resultaten van literatuurstudie

Hoe is de huidige status van baarmoederhalskankerscreening?

Wereldwijd is baarmoederhalskanker (BMHK) één van de meest prevalente kankers bij vrouwen en kent het een hoge mortaliteit, vooral in de lage inkomenslanden (9). Ingezoomd op Europa krijgen jaarlijks nog zo'n 60 000 vrouwen de diagnose van BMHK en sterven meer dan 30 000 vrouwen aan de ziekte (10). In België krijgen iets meer dan 600 vrouwen per jaar te maken met BMHK (incidentie ongeveer 1% van alle kankers), maar is de kans op genezing gelukkig groot (11–13).
BMHK wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door een persisterende infectie met een hoog risico type (meestal type 16 en 18) van het humaan papillomavirus (HPV) en is dus een te voorkomen aandoening (9,14,15). Baarmoederhalskankerscreening (BMHKS) met de kans tot vroegtijdige detectie en interventie en

daarnaast ook preventieve HPV-vaccinatie zijn bewezen effectieve maatregelen om de incidentie en mortaliteit ten gevolge van BMHK te reduceren (9,16,17).

In Vlaanderen wordt de BMHKS gecoördineerd door het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), in opdracht van de Vlaamse overheid. Dankzij dit initiatief werden in 2023 66,1% van de vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar gescreend en kregen 3939 vrouwen te horen dat ze een verdacht letsel hadden (18). Wat betreft de dekkingsgraad halen we met 66,1% niet het doel van 70% dat vooropgesteld wordt door de WHO, maar doen we het wel beter dan de jaren voordien, toen <65% van de doelgroep zich liet screenen (19,20). Het overgrote deel van de uitstrijkjes gebeurt bij de gynaecoloog (19). Nochtans valt ook op dat in 2023 het aandeel uitstrijkjes uitgevoerd door de huisarts vergroot is t.o.v. de jaren voordien en dat er net iets minder uitstrijkjes werden uitgevoerd door de gynaecoloog (19). Dat zou verklaard kunnen worden door een actie van het CvKO in het EMD bij de GMD-houdende huisarts: sinds 2023 verschijnt namelijk de datum van het laatste uitstrijkje in het EMD, zodat de huisarts de patiënte erop kan wijzen wanneer een nieuw preventief uitstrijkje aangewezen is (19).

Belangrijk om te vermelden is dat in 2023 de cervixuitstrijkjes primair o.b.v. cytologie gescreend werden (test volgens Papanicolaou of Pap-test) en dat alleen bij een afwijkende cytologie bijkomend een reflex screening o.b.v. hoogrisico-HPV DNA (HPV-test) werd uitgevoerd op hetzelfde staal (21). De BMHKS vond toen elke drie kalenderjaren plaats (21).
Echter tijdens het verloop van deze thesis veranderde de richtlijn voor BMHKS in België. Sinds 1 januari 2025 deelt men de voormalige doelgroep op in leeftijdscategorieën en kent elke categorie een andere analysesequentie. Voor de vrouwen van 25 t.e.m. 29 jaar blijft het klassieke uitstrijkje de primaire screeningstest en vindt de reflex HPV-test alleen plaats als er een cytologische afwijking blijkt te zijn. Uitstrijkjes blijven met een interval van drie jaar aangewezen (15). Bij de groep van 30 t.e.m. 64 jarigen verandert de primaire analyse naar een HPV-test (15,22). Alleen wanneer een hoogrisico-type HPV gedetecteerd wordt, zal bijkomend een reflex cytologisch onderzoek verricht worden op hetzelfde staal (15,22). In deze groep zal de BMHKS vijfjaarlijks gebeuren i.p.v. driejaarlijks (15).
De aanpassing is gebaseerd op o.a. de hogere sensitiviteit van een HPV-test voor het opsporen van hooggradige precancereuze letsels (CIN2 en CIN3) in vergelijking met de Pap-test (23,24). De specificiteit van een HPV-test is daarentegen is wel lager, wat betekent dat meer vrouwen een vals positief resultaat zullen hebben dan bij een Pap-test (23). Vooral bij de jongere vrouwen treft men een hoog aantal vals positieve HPV-testen aan en dit is meteen de reden waarom men in de leeftijdscategorie van 25 t.e.m. 29 jaar primair cytologisch blijft screenen (22).
De afnameprocedure blijft in de nieuwe richtlijn onveranderd: bij een speculumonderzoek gebruikt men een cervixbrush om endocervicale cellen te verzamelen voor zowel de Pap-test als de HPV-test (15).

Welke barrières bestaan er voor baarmoederhalskankerscreening?

Emotionele en fysieke factoren

De afnameprocedure van het uitstrijkje d.m.v. speculumonderzoek wordt door heel wat vrouwen als een belangrijke barrière aanzien, zowel door fysiek als emotioneel discomfort (25,26). De uitvoering kan als pijnlijk ervaren worden, bijvoorbeeld door vaginale droogte en/of atrofie of door opgespannen bekkenbodemspieren (25,27–29). Anderen ervaren dit onderzoek als gênant, waarbij het mannelijke geslacht van de arts een rol kan spelen (27,28). Ook een verhoogd BMI wordt soms als beïnvloedende factor aangegeven (25,30). Andere vrouwen zijn dan weer moeilijk te motiveren tot deelname omwille van angst voor een slecht resultaat, de vrees niet meer behandeld te kunnen worden of omdat ze in het verleden een negatieve ervaring hadden met BMHKS (28,30–33). Al deze factoren kunnen zorgen voor veel stress in de aanloop naar de afspraak (27,28).

Etnische en demografische verschillen

Studies uit verschillende Europese landen tonen aan dat vrouwen met een allochtone niet-westerse afkomst (vooral geboorteland in regio Midden-Oosten en Noord-Afrika) minder deelnemen aan BMHKS dan inheemse westerse bevolking. Nochtans is in deze groep de prevalentie van BMHK hoger (31,34–37). Redenen voor deze etnische verschillen zijn multifactorieel: te weinig kennis over BMHK en over het bevolkingsonderzoek, taalbarrières, cultureel-religieuze barrières waaronder uitvoering van het uitstrijkje door een mannelijke arts, taboe/stigmatisering rond BMHK en rond vrouwelijke seksuele thema's, schaamte of angst bijvoorbeeld door besnijdenis in de voorgeschiedenis of bijvoorbeeld om beschuldigd te worden van ontrouw/promiscuïteit bij een afwijkend resultaat (27,29,33,35,37).

Vrouwen, eveneens westerse, die in de stad wonen of een lage socio-economische status hebben, laten zich ook minder screenen voor BMHK (30–32,36).

Het zijn vaak deze etnische en demografische groepen die tevens moeilijker toegang vinden tot gezondheidszorg en weinig in contact komen met een huisarts of gynaecoloog, hetgeen ook geassocieerd is aan een lagere deelname aan de BMHKS (16).

Tekort aan kennis en motivatie

Een lage scholingsgraad en gebrek aan kennis over (de risicofactoren voor) BMHK zijn andere belangrijke pijlers die bepalend zijn voor de participatiegraad (30,38). Eerst en vooral worden bevolkingsonderzoeken in het algemeen (ook de screening naar borstkanker en dikke darmkanker) nog te vaak verondersteld niet nodig te zijn als men geen symptomen heeft (28,33,36). Daarnaast begrijpt men de voordelen van screening ook niet altijd of gaat men er foutief vanuit zelf een laag risico op BMHK te hebben, waardoor men preventieve screening geen noodzaak vindt (27,28,32,33,39).

Praktische moeilijkheden

Het inplannen van een afspraak bij de huisarts of gynaecoloog wordt in een beperkter aantal studies ook aangegeven als een struikelblok voor BMHKS, zeker bij de vrouwen met een migratieachtergrond (26,28). Tijdsgebrek, prioriteren van job en gezin versus gezondheidszorg en correct timen rond de maandstonden komen ook naar voren (28,33,39).

Welke strategieën verbeteren de baarmoederhalskankerscreening in de eerstelijnszorg?

Zelftest

Screening o.b.v. hoogrisico-HPV DNA biedt de mogelijkheid tot uitvoering in de vorm van een zelftest, in tegenstelling tot een screening o.b.v. cytologie waarvoor de vrouw altijd bij de huisarts of gynaecoloog moet langsgaan voor een speculumonderzoek. De zelftest gebeurt meestal vaginaal, hoewel ook reeds screening o.b.v. urine beschreven is (40,41). Een zelftest verlaagt de drempel tot deelname aan BMHKS omdat het zowel emotionele, fysieke als praktische barrières omzeilt en kan de screeningsgraad verhogen, ook bij ondergescreende vrouwen (24,26,29,34). Bovendien blijkt een zelftest minstens even betrouwbaar te zijn voor opsporing van hooggradige precancereuze letsels (CIN2 en CIN3) als een HPV-test op een uitstrijkje afgenomen door een arts (22,40,42,43). Belangrijk te vermelden is dat hiermee de werkelijke screeningsgraad alleen maar succesvol verhoogt als men bij een afwijkende zelftest óók deelneemt aan het vervolgonderzoek (22,40). Op een HPV-zelftest kan namelijk geen cytologische diagnostiek gebeuren, zodat bij een afwijkende zelftest alsnog een uitstrijkje dient te gebeuren bij de huisarts of gynaecoloog (40,42). Hier schuilt een risico op lost-to-follow-up (40).

Een andere optie om het speculumonderzoek te omzeilen, maar toch betrokkenheid van een arts te hebben, is de zelftest te laten uitvoeren door een arts (25).

Beter bereiken van de doelgroep

Uitnodigingsbrieven aan het adres van vrouwen die in aanmerking komen voor BMHKS zijn een bewezen effectieve manier om aan te zetten tot deelname (44,45). Wanneer hier ook een telefonische reminder of een persoonlijke mondelinge aansporing door de huisarts aan wordt toegevoegd of wanneer men een persoonlijke herinneringsbrief ondertekend door de eigen huisarts gebruikt, verhoogt het responspercentage nog meer, vooral in de groep vrouwen die zich voorheen zelden of nooit liet screenen (44–47).

Een zelfafnameset voor HPV-testing opent eveneens deuren voor het verhogen van de participatiegraad door de wijze waarop het aan de doelgroep bezorgd wordt. Rechtstreeks toesturen van een zelfafnameset aan huis is wellicht de meest effectieve manier: men creëert zo een opting-out systeem in plaats van een opting-in systeem (24,41,42). De vrouw moet dus niet meer zélf actief stappen ondernemen als ze wil deelnemen, zoals naar de arts gaan om de zelftest te verkrijgen of een afspraak maken voor speculumonderzoek (24,41,42).

Nog een andere optie zou kunnen zijn om een uitstrijkje af te nemen wanneer de vrouw op raadpleging komt voor een andere reden; de zogenaamde opportunistische screening (38,48–50).

In kader van etniciteitsverschillen zijn niet alleen uitnodigingsbrieven belangrijk, maar moet men ook interventies doen om de lokale gemeenschappen te bereiken en te motiveren, bijvoorbeeld d.mv. lekengezondheidswerkers (33,45). Het Vlaamse CvKO voert momenteel een pilootstudie uit in samenwerking met de mutualiteiten om te testen of de participatiegraad voor BMHKS verhoogt als de uitnodiging voorafgegaan wordt door extra info op maat van de specifieke gemeenschap (48). Meer concreet zouden de mutualiteiten de lokale socio-culturele organisaties en geloofsgemeenschappen aansturen en belangrijke sleutelfiguren inzetten om de lokale bevolking te informeren over bevolkingsonderzoeken, bijvoorbeeld tijdens een culturele aangelegenheid (48). Op die manier kan er

aandacht zijn voor etnische barrières en taalbarrières en kunnen misinterpretaties en stigma's aangepakt worden (33).

Daarnaast is ook inzetten op bekendheid en visibiliteit van de bevolkingsonderzoeken van belang om mensen te bereiken en te motiveren tot deelname. In Vlaanderen probeert het CvKO dit te bewerkstelling via persberichten, radiospots, affiches op papier en zelfs op bussen en via het aanstellen van een ambassadeur (48).

Educatie

Verhogen van *health literacy* en *awareness* zijn belangrijk zowel voor patiënten als voor artsen.
Huisartsen bijvoorbeeld bewuster maken van de gezondheidsrisico's van allochtonen en mensen met lage geletterdheid, waaronder het verhoogd risico op BMHK in deze groep, kan ervoor zorgen dat zij vrouwen uit deze groep meer aansporen tot deelname aan BMHKS (30,34).
Educatie van patiënten over BMHK, de risicofactoren en symptomen ervan en de rol van vaccinatie kan participatie verhogen (35,49). Gezondheidsinformatie wordt best gegeven in de moedertaal en is cultureel sensitief (37,44). Het pilootproject van het CvKO zet hier met zijn lekengezondheidswerkers alvast op in (48).
Schriftelijke vormen van educatie zoals informatiebrochures zijn welgekend en kunnen vrouwen stimuleren zich te laten screenen. Wanneer zo'n brochure bijvoorbeeld wordt toegevoegd aan de uitnodigingsbrief, kunnen angst voor de screeningsprocedure en fatalistische gedachten vermeden worden door goede uitleg van de procedure en duiding van het feit dat er precancereuze letsels opgespoord worden en geen invasieve kankers (49).
In schriftelijke educatievormen schuilt daarentegen ook een risico dat informatie verkeerd geïnterpreteerd wordt, zeker bij minderheidsgroepen (50,51). Inzet op mondelinge vormen van educatie en gebruik van videomateriaal en sociale media worden des te belangrijker (48,49,51).

De huisarts is een belangrijke schakel in de educatie van patiënten. Verschillende studies tonen immers aan dat wanneer de huisarts een actieve rol speelt bij het informeren over BMHKS en aanspoort tot deelname, de participatiegraad voor BMHKS omhoog gaat, vooral in hoog risicogroepen (31,32). Dit zijn o.a. vrouwen die zich over het algemeen niet laten screenen, vrouwen uit een lage socio-economische klasse en minderheidsgroepen zoals bijvoorbeeld migranten (31).
Daarnaast kan de huisarts via zijn sociale gezinsgerichte aanpak ook een upward communicatiestrategie in gang zetten die in de allochtone bevolking zijn vruchten afwerpt: voor de BMHKS bij oudere vrouwen blijkt upward communicatie via de dochter(s), die de Nederlandse taal vaak beter beheersen, een meerwaarde te zijn (47).

Normaliseren om te motiveren

Het draait echter niet alleen om de huisarts als louter een educator. Praten over seksualiteit in het algemeen kan een onderliggend seksueel gerelateerd probleem blootleggen bij niet-deelnemende vrouwen en maakt plaats voor een holistische aanpak, ook in een preventieconsult (29,52). Door aan de onderliggende problematiek aandacht te schenken, kan de participatiegraad voor BMHKS misschien toch weer verhogen (29).

Maar ook positieve peer-modeling, sociale steun van familie/vrienden/sleutelfiguren en een gemakkelijke toegang bieden tot screening zijn minstens even belangrijk (17,28,33). Praten over een geërotiseerd lichaamsdeel voelt nog te vaak aan als iets dat men niet doet omdat het gênant is (39).

Wat is de rol van de verpleegkundige in deze verbeterstrategieën?

Uit een voorgaande studie uitgevoerd in Vlaanderen blijkt dat patiënten terughoudender zijn voor taakdelegatie van delicatere medische handelingen, zoals het afnemen van een uitstrijkje, dan voor eenvoudigere handelingen (53). Desondanks is er ook reeds literatuur verschenen waarin het uitvoeren van uitstrijkjes door de praktijkverpleegkundige succesvol blijkt (46). Er zijn multipele factoren die bepalend zijn voor het slagen van deze taakdelegatie. Dat de praktijkverpleegkundige een vrouw is, wordt door patiënten vaak naar voren geschoven als een voorwaarde (46). Ten tweede moet de praktijkverpleegkundige een doorgedreven opleiding omtrent BMHK(S) genoten hebben en klinische ervaring hebben opgedaan (30,54). Ten derde zijn goede communicatievaardigheden essentieel voor de verpleegkundige en moet ze een (vertrouwens)relatie met de patiënte kunnen opbouwen (30). Het consult bij de verpleegkundige kan op die manier een totaalpakket worden van seksuele preventieve gezondheid met een holistische benadering (52).
Eens de verpleegkundige over de nodige kennis, technische en communicatieve vaardigheden beschikt, is het aan de huisarts om duidelijk te tonen aan zijn patiënten dat hij vertrouwen stelt in de verpleegkundige, zodat doorstroom van patiënten van arts naar verpleegkundige vlot verloopt (46,54).

Wanneer aan bovenstaande randvoorwaarden voldaan is, kan de praktijkverpleegkundige een voorname rol spelen in het overwinnen van verschillende barrières voor BMHKS (30).

De toegang tot BMHKS – en gezondheidszorg in het algemeen – kan bijvoorbeeld vergemakkelijkt worden omdat de wachttijd korter is dan bij de arts, omdat er vaak iets meer tijd is om te luisteren en in gesprek te gaan met de patiënt of omdat de setting comfortabeler is (30,54). Dit laatste kan verwijzen naar het vrouwelijke geslacht van de verpleegkundige, maar ook naar de lagere drempel om intiem onderzoek te laten verrichten bij iemand die hen nog niet van kinds af aan kent en/of een niet te familiaire band heeft met hen (30,46). Wanneer een goede relatie opgebouwd is met de patiënte, overbrugt dit ook emotionele barrières zoals angst of schaamte (30).
Daarnaast kan de praktijkverpleegkundige patiënten educeren en sensibiliseren, rekening houdend met de culturele achtergrond van de vrouw, en zodoende de bereidheid tot BMHKS verhogen, zeker in minderheidsgroepen die hier vaker nood aan hebben (30).

Vanuit de huisartsenpraktijk kan een herinneringsbrief verstuurd worden om het uitstrijkje te laten uitvoeren. Om drempelverlagend te werken kan daarin reeds de naam van de praktijkverpleegkundige vermeld worden en kan het vertrouwen geuit worden in haar als opgeleide en bekwame uitvoerder van de uitstrijkjes (46).
Om te weten welke vrouwen een brief moeten krijgen, kan de praktijkverpleegkundige eveneens de GMD's nakijken of kan ze contact nemen met het CvKO om te weten welke vrouwen uit de huisartsenpraktijk in aanmerking komen voor een nieuw uitstrijkje (46).

Tenslotte nog een woordje over het wettelijk kader voor taakdelegatie in de praktijk.

Wat is het huidig wettelijk kader voor taakdelegatie?

In dit praktijkverbeterproject hebben we de kans te werken met een VVAZ-verpleegkundige (*verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg*), d.w.z. A1 of bachelor gediplomeerd. Hoewel onze verpleegkundige geen VIHP-opleiding genoot, kunnen en mogen we haar toch een praktijkverpleegkundige noemen en haar een aantal complexere zorgtaken uit de eerstelijnszorg toevertrouwen. België voorziet namelijk geen wettelijke verplichting tot een VIHP-opleiding om een aantal zorgtaken op te nemen en dus kan men taakdelegatie van huisarts naar verpleegkundige in ruimere zin interpreteren.

Men dient echter wel rekening te houden met een aantal andere bestaande wettelijke kaders.

Zo is er WUG-wet (*Wet op de Uitoefening van Gezondheidszorgberoepen*) van 10 mei 2015 en de wijziging van deze wet op 30 mei 2024 en het Koninklijk Besluit van 18 juni 1990 en de wijzigingen van deze wet, waarin de bevoegdheden van verpleegkundigen zijn vastgelegd (zie tabel 1) (55–57). Met andere woorden, deze wet gaat over het *'mogen'* uitvoeren van zorgtaken afhankelijk van het opleidingsniveau van de verpleegkundige.

Tabel 1: wettelijke bevoegdheden van een VVAZ-verpleegkundige

A-handelingen	Handelingen die de verpleegkundige autonoom mag uitvoeren (56).
B-handelingen	Technisch-verpleegkundige verstrekkingen zonder (B1) of met (B2) voorschrift van een arts, verricht aan de hand van procedures en/of standaard verpleegplannen (56).
C-handelingen	Geneeskundige handelingen die aan de verpleegkundige worden toevertrouwd, mits vastgelegd in een procedure (56).

Informeren van patiënten omtrent BMHK(S) valt onder A-handelingen. Ingezoomd op de B-handelingen staat in de WUG-wet 'staalafneming en collectie van secreties en excreties' (B2) en ook 'behandeling, verwerking, analyseren archivering van de gegevens van medische onderzoeken' (B1) vermeld. Toepassing hiervan op dit praktijkverbeterproject zou betekenen dat de verpleegkundige een cervixuitstrijkje mag afnemen (B2) en de resultaten ervan mag opvolgen en analyseren (B1). Belangrijk te vermelden is dat dit alleen van toepassing is op patiënten die geen klachten ervaren. Met andere woorden het gaat enkel en alleen om een preventieve zorgtaak, zodat de verpleegkundige bij elke patiënte op dezelfde systematische manier te werk kan gaan voor de uitvoering van de BMHKS, zoals vastgelegd in een procedure (56,58). Wanneer de patiënte klachten heeft of wanneer de verpleegkundige opmerkt dat er zich pathologie voordoet t.h.v. de cervix, kan de patiënte niet meer benaderd worden zoals de procedure voorschrijft en dient dit als diagnostische zorgtaak overgeheveld te worden naar de arts (56,58).
Om de BMHKS concreet te kunnen voltooien, is het ook nodig dat de laboratoriumaanvraag voor een Pap- of HPV-test door de praktijkverpleegkundige i.p.v. door de arts gedaan kan worden. Dit kan enkel mits protocollair vastgelegd dat de arts dit toevertrouwt aan de verpleegkundige en dit protocol moet ook kenbaar gemaakt worden aan het labo (58).

Dan is er ook de Kwaliteitswet van 14 mei 2019, die zich o.a. buigt over een bekwaamheid die nodig is om gezondheidszorg te verstrekken, oftewel over het '*kunnen'* uitvoeren van welbepaalde zorgtaken (57,59). Bovendien moet de bekwaamheid voor een welbepaalde handeling aangetoond kunnen worden in een portfolio (59).

Samenvattend zou onze praktijkverpleegkundige een rol kunnen spelen in de BMHKS als ze ervoor bevoegd is (i.e. *'mogen'* uitvoeren) en als ze bewijst bekwaam te zijn (i.e. '*kunnen'* uitvoeren) (55,57,59). De bevoegdheid is reeds voldaan dankzij het behaalde diploma, zijnde A1/bachelor/VVAZ. De bekwaamheid zal moeten blijken uit een opleidingsfase die in de huisartsenpraktijk zal plaatsvinden en waarbij men de praktijkverpleegkundige aanleert hoe uitstrijkjes te nemen, hoe de resultaten te interpreteren en wat dat impliceert voor verdere opvolging. De huisartsen en praktijkverpleegkundige zullen van deze opleidingsfase verslag moeten uitbrengen in een portfolio; dit kan bijvoorbeeld een weergave zijn van het aantal keer dat de verpleegkundige de medische handeling bijwoonde, onder supervisie van een arts uitvoerde en zelfstandig uitvoerde.

3.3 Besluit van de literatuurstudie

De BMHKS in Vlaanderen gebeurt via cytologie en/of hoogrisico-HPV DNA testing en is aanbevolen voor vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar. Helaas bereiken we vandaag de dag nog niet voldoende vrouwen om de vooropgestelde dekkingsgraad van 70% te bereiken. Verschillende barrières dragen hieraan bij en het is een uitdaging voor de eerstelijnszorg om deze barrières te overwinnen.
Emotionele en fysieke barrières, waaronder schaamte, vaginale pijn en angst voor het resultaat kunnen gereduceerd worden dankzij de zelftest die steeds meer aan belang zal winnen.
In onze multiculturele samenleving bestaat er helaas ook nog steeds taboe en cultureel-religieuze afwijzing ten aanzien van BMHKS of is er te weinig begrip van door taalbarrières. Educatie in al zijn vormen zou hiervoor een oplossing moeten bieden. De huisarts heeft hierin een voorname rol, bijvoorbeeld via een persoonlijke brief of aansporing, upward communicatiestrategieën of het proactief bespreken van seksualiteit in het algemeen. Daarnaast kunnen ook lekengezondheidswerkers in de lokale gemeenschappen een grote bijdrage leveren om vrouwen van verschillende origines te motiveren tot deelname.
In een veranderend landschap van eerstelijnszorg kan niet alleen de huisarts, maar ook de praktijkverpleegkundige een verschil maken. Een goed opgeleide verpleegkundige, bij voorkeur een vrouw, die communicatief vaardig is en een vertrouwensband met de patiënte kan opbouwen, kan seksueel preventieve gezondheid als een holistisch thema voor haar rekening nemen. De verpleegkundige draagt op die manier bij aan een oplossing voor emotionele, etnische en praktische barrières.

4. Veldonderzoek

4.1 Opzet van het veldonderzoek (observe)

In de eerste fase van het veldonderzoek werd er een overleg gehouden met alle artsen en de praktijkverpleegkundige om de exacte inhoud van het project en de concrete doelgroep af te lijnen. Om garantie te hebben dat er voldoende draagvlak zou zijn voor het praktijkverbeterend project, wilden we eerst leren welke obstakels en facilitators er in onze praktijk bestonden om taakdelegatie te implementeren. We trachtten deze te weten te komen via een prospectieve bevraging naar de visie van onze praktijkpopulatie.

Methode om de visie van patiënten in kaart te brengen

In deze eerste fase van het project hebben we patiënten bevraagd met een korte papieren enquête om zo de visie over taakdelegatie in kaart te brengen. De inbreng van patiënten was namelijk belangrijk voor het slagen van het project.
Vermits het primaire doelpubliek de vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar betrof, maar we voor de visie op taakdelegatie ook de mening van de mannen en van vrouwen met een andere leeftijd wilden kennen, werden er twee versies van de enquête opgesteld.

Aan de vrouwen met een leeftijd van 25 t.e.m. 64 jaar (zie bijlage 1) stelden we in kader van de primaire doelstelling rond BMHKS 6 specifieke vragen: 3 vragen om te achterhalen hoe de screening op dat moment verliep en 3 vragen over hun mening ten aanzien van de uitvoering van een uitstrijkje en de beoordeling ervan door de praktijkverpleegkundige.
Daarna volgden 11 stellingen in kader van de uitbreiding van taakdelegatie. Deze stellingen kwamen overeen met 9 medisch-technische handelingen en 2 medische-geïntegreerde taken, waarvoor de patiënten konden aangeven of ze helemaal akkoord, eerder akkoord, eerder niet akkoord of helemaal niet akkoord gingen, of er geen mening over hadden.
Alle mannen vanaf 18 jaar en alle vrouwen vanaf 18 jaar die niet tot de primaire doelgroep behoorden, kregen enkel de 11 stellingen i.v.m. taakdelegatie voorgelegd in de enquête (zie bijlage 2).
Aan het einde werd ook nog gevraagd aan de deelnemer om geslacht en leeftijd aan te geven. Daarmee hoopten we eventueel interessante analyses te kunnen maken over welke patiëntengroepen welke visie hadden over de taakdelegatie.

Inhoudelijk werden de stellingen in de enquête opgesteld aan de hand van de noden die er waren specifiek in huisartsenpraktijk Inverzo.

Aantal deelnemers en rekrutering

We bepaalden vooraf geen strikte steekproefgrootte vermits het ging om een oriënterend veldonderzoek en niet om een kwantitatief onderzoek.
Alle patiënten vanaf 18 jaar die onze praktijk bezochten, werden uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Er was één exclusiecriterium. De vragenlijst was namelijk opgesteld in het Nederlands, zodat patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende begrijpen niet konden deelnemen. Naar verwachting zou het overgrote deel van onze praktijkpopulatie echter wél geïncludeerd kunnen worden.

De enquête werd door onze onthaalmedewerkers aan de patiënten overhandigd bij het binnenkomen van de wachtzaal. Er was een afgesloten box voorzien aan het secretariaat waar de patiënten hun ingevulde enquête in konden achterlaten.
Patiënten die meermaals langskwamen in de praktijk gedurende de looptijd van het veldonderzoek hoefden de enquête uiteraard maar éénmaal in te vullen.

Duur van gegevensverzameling

We trachtten de enquête aan te bieden gedurende minimum één maand, met uitbreiding naar twee of drie maanden afhankelijk van het responspercentage. De start van gegevensverzameling was voorzien in het najaar van 2024.
Er dient vermeld te worden dat alleen op werkdagen (maandag t.e.m. vrijdag) enquêtes ingevuld konden worden; in de weekenden was dat niet mogelijk.
Tijdens het veldonderzoek vond er geen medische interventie plaats. Enkel de mening van onze patiëntenpopulatie werd bevraagd d.m.v. een korte enquête.

Retrospectief dossieronderzoek

Kwaliteitsindicatoren vormden een belangrijk deel van het project (zie secundaire doelstelling). Deze indicatoren gaven ons namelijk de mogelijkheid om na afloop van het project na te gaan of we de kwaliteit van zorg rond BMHKS effectief verbeterd hadden.

De kwaliteitsindicatoren waarop we wilden inzetten waren een correcte en éénduidige registratie van de uitstrijkjes in het EMD, een zorgvuldige planning voor het volgende uitstrijkje in het EMD en een verhoging van de screeningsgraad voor baarmoederhalskanker in de huisartsenpraktijk.
Om de kwaliteitsindicatoren te beoordelen hadden we dossiergegevens nodig, die we zouden kunnen vergelijken vóór en ná het praktijkverbeterend project. De bedoeling was om onderstaande gegevens te bekijken voor een steekproef van 100 dossiers van vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar die in aanmerking kwamen voor een cervixuitstrijkje:

- Hoeveel van deze vrouwen heeft een uitstrijkje laten uitvoeren in de afgelopen 3 jaar?
    - Hoeveel daarvan bij de huisarts?
    - Hoeveel daarvan bij de gynaecoloog?
- Hoeveel van deze uitstrijkjes werden genoteerd in het EMD?
    - Hoeveel daarvan als zorgaanpak*?
    - Hoeveel daarvan als handeling*?
    - Hoeveel daarvan als reden of evaluatie van een contactmoment*?
- Bij hoeveel van deze vrouwen werd er na het laatste uitstrijkje een nieuwe planning* voor het volgende uitstrijkje opgemaakt?

**Zorgaanpak, handeling, reden van contactmoment, evaluatie van contactmoment en planning zijn rubrieken uit het softwarepakket Care Connect, dat in onze huisartsenpraktijk gebruikt worden voor het beheren van de EMD's. In elk van deze rubrieken is er de mogelijkheid een cervixuitstrijkje te registreren.*

GDPR

De prospectieve patiëntenbevraging gebeurde volledig anoniem; er werden geen gegevens van de deelnemende patiënten gevraagd op de enquête. De ingevulde data op de enquêtes, die overgezet en bewaard werden in een Excel-bestand, konden op geen enkele manier leiden tot identificatie van een welbepaalde patiënt.

Het evalueren van de kwaliteitsindicatoren daarentegen vroeg om een retrospectief dossieronderzoek en kon dus niet anoniem gebeuren. Er werd door de statistiekmodule van softwarepakket Care Connect een lijst gegenereerd van alle vrouwelijke patiënten van 25 t.e.m. 64 jaar, die in aanmerking kwamen voor een uitstrijkje. Uit deze lijst selecteerde de onderzoeker (Phebe Donné) willekeurig 100 dossiers om info omtrent het uitstrijkje uit te verzamelen. De patiëntgegevens van deze steekproef werden vervangen door een pseudoniem in de vorm van een cijfer: patiënt 1, patiënt 2, enz. De link tussen de identificatiegegevens van de patiënt en het pseudoniem was uitsluitend door de onderzoeker gekend. Alleen de pseudoniemen en bijhorende inhoudelijke info van het dossieronderzoek zoals hoger vermeld werden opgeslagen in een Excel-bestand, de oorspronkelijke identificatiegegevens van de patiënten niet. Alle gegevens worden na uitvoering van het veldonderzoek gedurende 20 jaar bewaard op een beveiligde site van de Universiteit Antwerpen door de promotor van dit onderzoek, Prof. dr. Lieve Peremans.

Ethische overwegingen en veiligheid

Ethische overwegingen waren voor dit veldonderzoek beperkt. Er was één mogelijk nadelig effect van de bevraging, namelijk dat sommige patiënten misschien (verkeerdelijk) zouden menen dat ze in de toekomst niet meer welkom zijn bij hun eigen huisarts. Dat kan negatieve emoties met zich meebrengen. Uiteraard is dat absoluut niet het doel dat we voor ogen hebben. Integendeel, door technische handelingen uit handen te geven zal de huisarts meer tijd kunnen vrij maken voor rechtstreeks arts-patiënt contact voor die patiënten die daar nood aan hebben.

De patiëntveiligheid kwam door het invullen van de vragenlijst niet in gedrang. Het ging immers enkel en alleen om een peiling naar de mening van onze patiënten omtrent taakdelegatie van huisarts naar verpleegkundige.

Als in de toekomst daadwerkelijk bepaalde medische vaardigheden overgedragen zullen worden naar de praktijkverpleegkundige, zal de patiëntveiligheid bovendien ook bewaard blijven. Enerzijds door de uitvoering van alle medische handelingen binnen de taakdelegatie protocollair vast te leggen. Anderzijds doordat er ten alle tijden een huisarts aanwezig zal zijn in het gebouw wanneer de verpleegkundige haar taken (autonoom) uitvoert, zodat op elk moment hulp/advies van een huisarts kan gevraagd worden zo nodig.

4.2 Analyse van het veldonderzoek (understand)

Eerst en vooral gebeurde er een statistische verwerking van de enquêtes. De data uit de papieren enquêtes werden manueel overgezet in een Excel-bestand, beheerd door de onderzoeker (Phebe Donné). Per vraag/stelling werden in Excel analysen gemaakt om het aandeel van elke antwoordmogelijkheid weer te geven en de resultaten te kunnen interpreteren.

Zodoende interpreteerden we na afloop van het veldonderzoek de visie van onze patiënten en werden de barrières en facilitators voor verbetering van de zorgkwaliteit in kaart gebracht. Aan de hand van deze analysen en rekening houdend met aanbevelingen uit de literatuur zou nadien een interventieplan opgesteld worden voor de kwaliteitsverbetering van de BMHKS in onze praktijk.

De dataverzameling vond plaats tussen 20 november 2024 en 7 februari 2025. In totaal vulden 191 respondenten de vragenlijst in. Hiervan waren er 40 mannen, 149 vrouwen en op 2 vragenlijsten werd het geslacht niet ingevuld en was dit ook niet te achterhalen door het type vragenlijst. Er waren 34 personen met een leeftijd ≥ 65 jaar en 151 personen van 18 t.e.m. 64 jaar. Voor 2 vragenlijsten was de leeftijd onbekend. Van het totale aantal vragenlijsten werden er 165 volledig ingevuld en bleven 26 vragenlijsten onvolledig (één of meer vragen niet beantwoord). Van alle respondenten ontvingen 163 personen de correcte vragenlijst, maar kregen 28 personen een andere vragenlijst dan eigenlijk de bedoeling was. Redenen hiervoor waren het niet meer voorradig zijn van de versie mét vragen over het uitstrijkje, of de leeftijd van de vrouwelijke respondent werd verkeerd ingeschat en niet expliciet gecontroleerd bij uitdelen van de vragenlijst. De vragenlijst mét bevraging over de uitstrijkjes werd in totaal 93 keer ingevuld.

Huidige status van cervixkankerscreening volgens bevraging

1. Bij wie laat u op dit ogenblik het uitstrijkje uitvoeren?

Van de 93 vrouwelijke respondenten van 25 t.e.m. 64 jaar ging een meerderheid van 57 vrouwen naar de gynaecoloog voor haar uitstrijkje. Er waren 24 vrouwen die het bij de huisarts lieten uitvoeren. Twee respondenten gaven aan dat ze zowel bij huisarts als gynaecoloog gaan en 10 vrouwen zeiden geen uitstrijkje te laten uitvoeren.

2. Hoe vaak laat u het uitstrijkje uitvoeren?

Van de 83 vrouwen die positief antwoordden op voorgaande vraag, werd het algemeen aanbevolen interval van drie kalenderjaren door 32 vrouwen nageleefd. Er waren veel vrouwen die frequenter een uitstrijkje lieten uitvoeren: 23 vrouwen gingen namelijk om de twee jaar en 15 vrouwen zelfs jaarlijks. Opvallend was dat frequentere screening het vaakst voorkomt bij vrouwen die hun uitstrijkje bij de gynaecoloog laten uitvoeren, hoewel dit in mindere mate ook gebeurt bij de huisarts. Daarnaast zeiden 8 vrouwen dat ze het uitstrijkje laten uitvoeren wanneer ze een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek ontvangen van het CvKO. Er was een kleine restgroep van 5 respondenten met andere antwoorden, waaronder bijvoorbeeld niet meer weten hoe vaak ze een uitstrijkje laten uitvoeren of het nog maar één keer hebben gedaan in hun leven.

3. Indien u geen uitstrijkje laat uitvoeren, waarom niet?

De 10 dames die geen uitstrijkje lieten uitvoeren, gaven elk één of meerdere redenen op. De meest voorkomende antwoorden waren schaamte om een uitstrijkje te laten afnemen, geen klachten hebben en geen baarmoeder meer hebben. Elk van deze antwoorden kwam 3 keer voor. Andere minder frequente redenen met elk één stem waren geen partner hebben, er geen tijd voor hebben en angst hebben voor het resultaat.

4. Wat vindt u ervan mocht onze praktijkverpleegkundige het uitstrijkje afnemen?

Van de volledige groep van 93 respondenten waren er 44 vrouwen die ervoor openstonden dat de praktijkverpleegkundige het uitstrijkje afneemt. Toch waren er ook 48 vrouwen die aangaven liever bij hun huisarts en/of gynaecoloog te blijven hiervoor. Één dame zou nog altijd geen uitstrijkje laten uitvoeren.

5. Wat is de reden dat u liever bij de huisarts/gynaecoloog zou blijven voor uw uitstrijkje?

De 48 vrouwen die op de vorige vraag antwoordden liever bij hun huisarts en/of gynaecoloog te blijven voor het uitstrijkje, gaven elk één of meerdere redenen hiervoor. De meest voorkomende reden met 23 stemmen was dat men de verpleegkundige niet kent en de huisarts of gynaecoloog wel. Schaamte om het door de verpleegkundige te laten doen kwam 9 keer terug. Slechts 2 vrouwen gaven aan dat ze niet vertrouwen dat de verpleegkundige dit goed zou doen.
Uit het open antwoordveld konden we in grote lijnen nog 3 verschillende redenen ontleden.
Ten eerste lijken de vrouwen graag vast te houden aan een bekende persoon waarmee ze een goede relatie hebben opgebouwd:

> *"Ik ga jaarlijks naar de gynaecoloog, ik ben haar gewend."*
> *"De gynaecoloog stond mij zeer goed bij tijdens mijn moeilijke zwangerschap."*
> *"Dit is al geen aangenaam onderzoek en ik heb nu vertrouwen in mijn gynaecoloog."*

Daarnaast blijkt dat men bij een arts meer geruststelling kan vinden dankzij de aanpak en uitgebreidheid van het onderzoek:

> *"Het gaat niet alleen om de techniek, maar ook om de inwendige observaties."*
> *"Uit gewoonte ga ik naar de gynaecoloog. De gynaecoloog maakt ook een echo en onderzoekt de borsten, wat een geruster gevoel geeft."*
> *"Liefst een volledig onderzoek door een arts."*

Tot slot lijkt het ook vooral te gaan over vrouwen die toch al voor een andere problematiek bij de gynaecoloog in opvolging zijn:

> *"Ik zit in een IVF traject"*
> *"Ik heb een lisexcisie gehad 4 jaar geleden"*
> *"Ik heb regelmatig infecties en ontstekingen, dus ik moet vaak naar de gynaecoloog".*

6. Wat vindt u ervan mocht onze praktijkverpleegkundige (in overleg met uw behandelend arts) het resultaat van uw uitstrijkje beoordelen en met u bespreken?

Een meerderheid van 55 van de 93 vrouwen vond dat de verpleegkundige de beoordeling en bespreking van resultaten op zich mag nemen. De overige 38 vrouwen gaven aan dat ze deze taak liever overlaten aan de huisarts en/of de gynaecoloog.

Huidige status van cervixkankerscreening volgens dossieronderzoek

Van de 100 vrouwen waarbij we dossieronderzoek deden, werd er bij 61 vrouwen een uitstrijkje uitgevoerd in de voorgaande drie jaar (screeningsgraad 61%). Bij 17/61 vrouwen was de huisarts uitvoerder, bij 43/61 was dat de gynaecoloog. Voor één vrouw konden we in het dossier niet achterhalen bij wie ze het uitstrijkje liet uitvoeren.

Bij 49 van deze 61 vrouwen (80,33%) werd de uitvoering van het uitstrijkje effectief genoteerd in het dossier, het vaakst als zorgaanpak. Wanneer de gynaecoloog het uitstrijkje nam, was dit ook de enige manier waarop er melding van gemaakt werd in het dossier. Wanneer de huisarts uitvoerder was, werd het naast zorgaanpak ook genoteerd als reden, handeling of evaluatie van het consult met een gecodeerde term of werd het aangehaald in het veld subjectief. Slechts één keer was de notitie alleen ongecodeerd terug te vinden bij subjectief.

Van de 61 vrouwen die een uitstrijkje lieten uitvoeren in de laatste drie jaar, werd er voor 47 vrouwen (77,05%) ook een nieuwe planning opgemaakt in het dossier voor het volgende uitstrijkje.

Visie van patiënten op medische vaardigheden door de praktijkverpleegkundige

Globaal genomen was onze patiëntenpopulatie enthousiast over taakdelegatie naar de praktijkverpleegkundige. Zie tabel 2 voor weergave van de resultaten van alle 191 respondenten.

Tabel 2: visie op taakdelegatie, alle respondenten

n = 191	*Helemaal akkoord*	*Eerder akkoord*	*Eerder niet akkoord*	*Helemaal niet akkoord*	*Geen mening*	*Niet ingevuld*
Bloed afnemen	168	10	7	1	1	4
Parameters nemen	171	13	2	0	1	4
Vaccineren	147	22	9	3	4	6
ECG maken	125	36	15	2	6	7
Spirometrie afnemen	137	33	11	1	4	5
Wratjes bevriezen	138	34	8	2	3	6
Oren uitspuiten	141	29	11	1	4	5
Hechtingen verwijderen	151	29	4	1	2	4
Wonden verzorgen	152	27	3	0	2	7
Opvolgen van chronische ziekten	94	60	21	10	1	5
Herhalingsvoorschriften voor chronische medicatie maken	131	33	14	5	3	5

Als bijkomende analysen maakten we een opsplitsing van de totale responsgroep per geslacht (zie tabel 3) en per leeftijdscategorie (zie tabel 4).

Wat betreft de eenvoudigere medisch-technische taken (bloed afnemen, wonden verzorgen, etc) was er over de hele lijn weinig meningsverschil tussen de twee geslachten. De oudere generatie (65-plussers) was iets voorzichtiger en ging vaker eerder akkoord dan helemaal akkoord met deze taakdelegatie dan de jongere generatie (18 t.e.m. 64 jaar). Let wel: de groep respondenten van ≥ 65 jaar was beduidend kleiner dan de groep respondenten < 65 jaar (respectievelijk 34 personen en 151 personen).

Er was een – weliswaar klein – verschil met de complexere medisch-geïntegreerde taken. De stellingen over opvolging van chronische ziekten en het maken van herhalingsvoorschriften voor chronische medicatie (zodra wettelijk toegestaan) kregen vaker een voorzichtig akkoord of werden vaker als eerder/helemaal niet akkoord gescoord. Er was in de beoordeling van de complexe taken geen duidelijk verschil tussen de mening van 65-plussers en die van jongere patiënten. Ook tussen mannen en vrouwen verschilden de meningen niet veel.

Tabel 3: visie op taakdelegatie, per geslacht

Man n = 40 *Vrouw n = 149*		*Helemaal akkoord*	*Eerder akkoord*	*Eerder niet akkoord*	*Helemaal niet akkoord*	*Geen mening*	*Niet ingevuld*
Bloed afnemen	Man	37	2	0	0	1	0
	Vrouw	129	8	7	1	0	4
Parameters nemen	Man	40	0	0	0	0	0
	Vrouw	129	13	2	0	1	4
Vaccineren	Man	30	6	0	2	2	0
	Vrouw	117	16	9	1	2	4
ECG maken	Man	29	6	2	0	3	0
	Vrouw	95	30	13	2	3	6
Spirometrie afnemen	Man	29	6	1	1	3	0
	Vrouw	107	27	10	0	1	4
Wratjes bevriezen	Man	27	9	1	0	0	3
	Vrouw	110	24	7	2	0	6
Oren uitspuiten	Man	33	3	2	0	2	0
	Vrouw	107	26	9	1	2	4
Hechtingen verwijderen	Man	32	5	0	1	2	0
	Vrouw	118	24	4	0	0	3
Wonden verzorgen	Man	34	3	1	0	2	0
	Vrouw	117	23	2	0	0	7
Opvolgen van chronische ziekten	Man	26	7	2	4	1	0
	Vrouw	68	51	19	6	0	5
Herhalingsvoorschriften voor chronische medicatie maken	Man	31	6	1	1	1	0
	Vrouw	99	26	13	4	2	5

Tabel 4: visie op taakdelegatie, per leeftijdscategorie

≥ 65 jaar n = 34 *18-65 jaar n = 151*		*Helemaal akkoord*	*Eerder akkoord*	*Eerder niet akkoord*	*Helemaal niet akkoord*	*Geen mening*	*Niet ingevuld*
Bloed afnemen	≥ 65 j	28	3	2	0	0	1
	18-64 j	137	7	5	1	1	0
Parameters nemen	≥ 65 j	26	6	1	0	1	0
	18-64 j	142	7	1	0	0	1
Vaccineren	≥ 65 j	22	9	2	0	1	0
	18-64 j	124	13	7	3	3	1
ECG maken	≥ 65 j	19	7	3	0	2	3
	18-64 j	104	29	12	2	4	0
Spirometrie afnemen	≥ 65 j	19	9	3	1	1	1
	18-64 j	117	23	8	0	3	0
Wratjes bevriezen	≥ 65 j	21	8	2	0	1	2
	18-64 j	116	24	6	2	2	1
Oren uitspuiten	≥ 65 j	20	11	3	0	0	0
	18-64 j	119	18	8	1	4	1
Hechtingen verwijderen	≥ 65 j	23	8	1	1	1	0
	18-64 j	126	21	3	0	1	0
Wonden verzorgen	≥ 65 j	21	9	0	0	1	3
	18-64 j	129	17	3	0	1	1
Opvolgen van chronische ziekten	≥ 65 j	19	10	3	1	0	1
	18-64 j	75	48	18	8	1	1
Herhalingsvoorschriften voor chronische medicatie maken	≥ 65 j	20	7	3	1	1	2
	18-64 j	110	25	11	3	2	0

5. Interventieplan voor de praktijk

Het veldonderzoek leverde mooie resultaten op wat betreft de mening van onze patiëntenpopulatie over taakdelegatie van arts naar verpleegkundige. Ongeveer de helft van de vrouwen uit de doelgroep voor BMHKS zou het uitstrijkje laten uitvoeren door de praktijkverpleegkundige en meer dan de helft zou het interpreteren en bespreken van het resultaat aan de praktijkverpleegkundige toevertrouwen. De barrières die aangehaald worden om deze acties níét door haar te laten doen (o.a. haar niet kennen of geen goede relatie hebben met de verpleegkundige), zijn voor een deel op te lossen middels een goede training van onze verpleegkundige en het uiten van vertrouwen in de verpleegkundige als artsenteam.
Daarnaast zijn de scores voor de kwaliteitsindicatoren zeker geen slecht begin, zo toont het dossieronderzoek aan. De screeningsgraad voor baarmoederhalskanker in onze praktijk komt overeen met de dekkingsgraad van 61,6 % in Maaseik in 2023 volgens het cijferregister van het CvKO (60). Er is wel ruimte voor verbetering t.o.v. de Vlaamse dekkingsgraad van 66,1% en zeker t.o.v. het streefdoel van 70% van de WHO (18)
De registratie van uitstrijkjes is reeds in de overgrote meerderheid van de gevallen geslaagd, maar tijdens dit praktijkverbeterproject kunnen we een meer éénduidige registratie nastreven wat betreft de uitstrijkjes afgenomen bij de huisarts. Ook kan er meer aandacht besteed worden aan hoe men een correcte nieuwe planning opmaakt in het EMD.
De resultaten van veldonderzoek en dossieronderzoek werden uitvoerig besproken met alle collega-artsen in de praktijk en men besloot dat er voldoende draagkracht was voor het opmaken van een interventieplan rond BMHKS mét inzet van de praktijkverpleegkundige.

Het interventieplan wordt hieronder uitgebreid besproken. Daarnaast is alles ook korter en bondiger samengevat in een checklist, opgesteld door een samenwerking van Domus Medica en Universiteit Antwerpen (zie bijlage 3).

5.1 Praktijkprotocol

Alles omtrent de inventiefase van deze masterthesis is vastgelegd in het **praktijkprotocol "Baarmoederhalskankerscreening met inzet van de praktijkverpleegkundige"**. Het protocol is specifiek van toepassing op Huisartsenpraktijk Inverzo (Kapelweg 22 te Maaseik). De verantwoordelijke voor opstellen en aanpassen van het protocol – nu en in de toekomst – is Phebe Donné, onderzoeker van deze thesis.

Doelgroep

De interventie focuste zich op vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar zónder huidige gynaecologische klachten en zónder voorgaande gynaecologische problematiek waarvoor speciale opvolging vereist is. Concreet werd er afgesproken dat het laatst voorgaande uitstrijkje normaal moet zijn.
De verpleegkundige leverde met andere woorden enkel preventieve zorg en geen curatieve zorg. Dit was een voorwaarde om op een systematische manier te werk te kunnen gaan zoals vastgelegd in het praktijkprotocol. In geval van gynaecologische klachten, pathologie t.h.v. de cervix of een afwijkend

voorgaand uitstrijkje kon de patiënte niet meer benaderd worden zoals het protocol voorschrijft en diende zij gezien te worden door een arts.

Tijdsbestek en financiering

Voor het preventieconsult bij de verpleegkundige werd er een tijdslot van 30 minuten voorzien.
Een bruikbaar financieringsmodel voor het preventieconsult was er helaas nog niet op het moment van de thesis. Huisartsenpraktijk Inverzo werkt binnen een prestatiegericht betalingssysteem en hierin is er voor de taken autonoom uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige nog geen nomenclatuur. Voor de patiënten die op consult kwamen bij de verpleegkundige betekende dit concreet dat zij geen remgeld moesten betalen en de verpleegkundige rekende ook geen bedrag aan via derdebetalersregeling. Enkel wanneer hulp van een huisarts moest worden ingeroepen voor diagnostiek (zie verder) kon er wel getarifeerd worden.

5.2 Opleidingsfase: opleiden van de praktijkverpleegkundige

Als eerste stap van de interventiefase moest de praktijkverpleegkundige opgeleid worden tot een bekwame verpleegkundige die over voldoende kennis omtrent BMHK(S) beschikt en die zelfstandig uitstrijkjes kan afnemen.
Om daartoe te komen werden aan de verpleegkundige educatieve materialen (zie tabel 5) bezorgd in de vorm van leesteksten, websites en een e-learning. Deze gaan over het thema BMHK in het algemeen, over de screening, over de correcte uitvoering van het speculumonderzoek en het uitstrijkje en over opvolging van het resultaat van het uitstrijkje. De verpleegkundige kon deze lectuur op eigen tempo doornemen.

Tabel 5: educatieve materialen voor de opleidingsfase van de verpleegkundige

Onderwerp	**Lectuur**
Baarmoederhalskanker	- Handboek Gynaecologie van Depypere H., De Sutter P., Jacquemyn Y., Vergote I. o paragraaf 6.2 Preventie van baarmoederhalskanker (p. 99) o vrijblijvend ook paragraaf 6.3 Invasieve baarmoederhalskanker (p. 104)
Screening naar baarmoederhalskanker en opvolging	- Website van CvKO : bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker o https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl - Richtlijn cervixkankerscreening van Domus Medica en het meest recente opvolgrapport hiervan o https://www.domusmedica.be/richtlijnen/cervixkankerscreening - Themadossier Baarmoederhalskanker van Domus Medica inclusief het vernieuwde screeningsbeleid weergegeven door Sciensano o https://www.domusmedica.be/richtlijnen/themadossiers/themadossier-baarmoederhalskankerscreening
Speculumonderzoek en afnameprocedure uitstrijkje	- Handboek Gynaecologie van Depypere H., De Sutter P., Jacquemyn Y., Vergote I. o paragraaf 1.3.3.2 Speculumonderzoek (p. 25) - Document Vaardigheidsonderwijs: Gynaecologisch onderzoek van Universiteit Antwerpen o paragraaf 3.1.1 t.e.m. paragraag 3.1.6 - Document over de afnamecondities van het cervixuitstrijkje van labo CMA - E-learning Cervixscreening van Bevolkingsonderzoek Nederland o https://www.bevolkingsonderzoeknederland.nl/professionals/scholing-cervixscreening/

Parallel werden in de huisartsenpraktijk stappen ondernomen om de handeling het uitstrijkje bij een patiënte af te nemen, aan te leren aan de verpleegkundige. De eerste stap hield in dat de praktijkverpleegkundige – mits toestemming van de patiënte – mee keek wanneer de arts een uitstrijkje afnam. De arts voorzag hierbij de nodige uitleg over de technische handeling. Na een (onbepaald) aantal keren toekijken, begon de verpleegkundige zelf uitstrijkjes af te nemen onder begeleiding en supervisie van een arts. Ze ontving feedback van de arts over haar technische uitvoering. Wanneer dit een (onbepaald) aantal keer gelukt was en zowel de arts als de verpleegkundige zich er comfortabel bij voelden, voerde de verpleegkundige in de derde stap zelfstandig uitstrijkjes uit, zonder de arts. Als vierde en laatste stap vond er een kwaliteitsbeoordeling plaats op de uitstrijkjes die door de verpleegkundige waren afgenomen. Waren deze uitstrijkjes van voldoende kwaliteit, dan zouden we kunnen besluiten dat de verpleegkundige de nodige bekwaamheid had verworven om in de toekomst autonoom cervixuitstrijkjes af te nemen.

De opleidingsfase startte in juni 2025 en werd afgerond in maart 2026. De verpleegkundige hield een portfolio bij waaruit bleek hoe vaak ze elk van hogergenoemde stappen uitvoerde en welke feedback ze ontving (zie bijlage 4), zoals de Kwaliteitswet van 14 mei 2019 vooropstelt. De stalen door haar genomen waren allen beoordeelbaar. Bijgevolg indiceerde dit portfolio dat onze praktijkverpleegkundige bekwaam was om de BMHKS uit te voeren.

5.3 Praktische uitvoering van het praktijkprotocol

Aanmelding van patiënte voor uitstrijkje

Wanneer een vrouwelijke patiënte zich (fysiek of telefonisch) aanmeldt in de praktijk met de vraag naar een uitstrijkje, is het belangrijk te weten of zij tot de doelgroep van dit praktijkprotocol behoort of niet. Dat bepaalt immers of de patiënte geholpen kan worden door onze verpleegkundige of daarentegen door een huisarts moet gezien worden. Om de secretariaatsmedewerkers te helpen bij deze beslissing, werd een flowchart opgesteld (zie flowchart 1 in bijlage 5). Door enkele korte vragen te stellen aan de patiënte of door een snelle blik te werpen op het patiëntendossier kan men de dame correct inplannen bij hetzij de verpleegkundige hetzij de arts.
Nota bene: een patiënte kan uiteraard weigeren om bij de verpleegkundige ingepland te worden indien zij dit niet wenst, er is geen verplichting.

Consultatie bij de praktijkverpleegkundige

Om de verpleegkundige bij te staan tijdens de consultatie werden eveneens twee flowcharts opgesteld: één voor de categorie vrouwen van 25 t.e.m. 29 jaar (zie flowchart 2 in bijlage 5) en één voor de categorie vrouwen van 30 t.e.m. 64 jaar (zie flowchart 3 in bijlage 5). Deze opsplitsing is nodig n.a.v. de gewijzigde aanbeveling voor het screeningsinterval en de manier van screenen in beide groepen sedert 1 januari 2025.

In het begin van de consultatie voert de verpleegkundige een korte anamnese uit met twee vragen over seksuele veiligheid en gebruik/tevredenheid van anticonceptie. Dit is gebaseerd op een aanbeveling uit

de literatuur om seksualiteit in het algemeen beter bespreekbaar te maken en seksueel gerelateerde problemen die anders onder de radar zouden kunnen blijven – en bijvoorbeeld een barrière zouden kunnen vormen voor BMHKS – te detecteren. We willen normaliseren om te motiveren en plaats maken voor een holistische aanpak, ook tijdens het preventieconsult (29,52). Uiteraard moet dit steeds met respect en de nodige culturele sensitiviteit gebeuren, zodat tevens een goede relatie tussen verpleegkundige en patiënte kan opgebouwd worden. Let wel: het is niet de bedoeling dat de praktijkverpleegkundige een volledig SOA-consult uitvoert. Belangrijke informatie uit deze anamnese wordt door de verpleegkundige in het EMD genoteerd en gemeld aan de huisarts via Trello (i.e. het intern communicatieplatform dat gebruikt wordt in onze huisartsenpraktijk), zodat men hier op een later tijdstip mee kan verder werken. Zo nodig legt de verpleegkundige samen met de patiënt al een afspraak vast bij de huisarts.

Vervolgens dient de verpleegkundige na te gaan of er geen contra-indicaties zijn voor uitvoering van de preventieve BMHKS. Deze staan vermeld op de achterzijde van de flowchart. In geval zich een relatieve contra-indicatie voordoet, kan het uitstrijkje eventueel uitgesteld worden in overleg met de patiënte. In geval van een absolute contra-indicatie vindt er geen preventief uitstrijkje plaats.
Als laatste moet ook de datum van het laatst voorgaande uitstrijkje nagekeken worden, opdat men zeker het juiste interval voor preventieve BMHKS respecteert. Een uitstrijkje dat te vroeg wordt afgenomen kan de patiënte immers geld kosten en dit willen we vermijden. Wanneer het aanbevolen tijdsinterval nog niet verstreken is en de patiënte toch een uitstrijkje wil laten uitvoeren, dan moet dit bij de huisarts ingepland worden en kan het niet tijdens de consultatie bij de praktijkverpleegkundige plaatsvinden omdat dit niet past binnen het afgesproken preventieve traject.

Wanneer bovenstaande voorwaarden vervuld zijn, mag de praktijkverpleegkundige starten aan het gynaecologisch klinisch onderzoek. Ze let hierbij op eventuele macroscopisch zichtbare afwijkingen t.h.v. de cervix.
Zijn er afwijkingen, dan is dit een rode vlag. De verpleegkundige legt uit aan de patiënte dat ze advies van de arts nodig heeft, zonder onnodige ongerustheid op te wekken. Ze neemt in dit geval geen uitstrijkje af en verwittigt onmiddellijk telefonisch de vaste huisarts van de patiënte of, indien dat niet mogelijk is, de permanentiearts van die dag. De arts zal mee komen kijken om het letsel te beoordelen. In afwachting van de arts zorgt de verpleegkundige ervoor dat de patiënte comfortabel is. Dit kan bijvoorbeeld door haar even terug recht te laten zitten op de onderzoekstafel (i.p.v. in gynaecologische houding te laten liggen) en door de intieme zone van de patiënte te bedekken met kleding.
Ook wanneer het de praktijkverpleegkundige niet lukt om de cervix te visualiseren of wanneer er twijfel bestaat over wat ze ziet bij het gynaecologisch onderzoek, wordt er een arts bij geroepen.
Zijn er geen zichtbare afwijkingen t.h.v. de cervix, dan mag de praktijkverpleegkundige het uitstrijkje afnemen en nadien opsturen naar het labo.

Registratie in EMD

De praktijkverpleegkundige brengt kort verslag uit in het EMD over het consult i.v.m. de anamnese over seksuele veiligheid en gebruik/tevredenheid van anticonceptie, over het klinisch onderzoek en zo nodig over bijzonderheden en het bijroepen van de arts.

Concreet doet ze dit door in te loggen via haar eigen account en vervolgens de juiste huisarts te kiezen, onder wiens naam ze een contactmoment aanmaakt (zie afbeelding 1 in bijlage 6). In de rubriek subjectief noteert ze eerst '*BMHKS + naam verpleegkundige'*, zodat steeds duidelijk is dat het om dit praktijkprotocol gaat en traceerbaar is wie het preventieconsult uitvoerde (zie afbeelding 2 in bijlage 6). Hierna volgen de anamnestische en klinische bevindingen zoals hoger genoemd, respectievelijk in de rubriek subjectief en objectief.

In de huisartsenpraktijk werd initieel beslist dat wanneer men een uitstrijkje uitvoert, dit in het EMD genoteerd wordt in de rubriek handeling met de gecodeerde term *afname cervix uitstrijkje (PAP smear) (*37.23)* (zie afbeelding 2 in bijlage 6). Dit geldt zowel voor de praktijkverpleegkundige die werkt binnen dit praktijkprotocol, als voor de huisartsen die ook vrouwen binnen een diagnostisch of therapeutisch traject zien. We streven hiermee een correctere en éénduidigere registratie na, met het oog op verbetering van deze kwaliteitsindicator. Echter, gaandeweg tijdens de interventiefase veranderde de aanbeveling voor BMHKS. Bijgevolg klopte de hoger genoemde gecodeerde term niet meer volledig omwille van de toevoeging 'PAP smear', daar er heden ook primaire screening via HPV-testing gebeurt. Daarom werd in de huisartsenpraktijk de consensus om uitstrijkjes te noteren in het EMD gewijzigd naar de gecodeerde term *cervixneoplasma screening (A98, Z12.4)* in de rubriek evaluatie (zie afbeelding 2 in bijlage 6). Deze wijziging zal het moeilijker maken de kwaliteitsindicator omtrent de registratie juist te beoordelen aan het einde van de interventiefase.

Bij de registratie in het EMD bekijkt de praktijkverpleegkundige in het dashboard (startscherm van het EMD) ook of er reeds een preventief screeningstraject met bijhorende planning bestaat (zie afbeelding 3 in bijlage 6). Bestaat dit nog niet, dan klikt ze naast 'screening baarmoederhalskanker' het pijltje aan en kiest ze voor 'start screening baarmoederhalskanker' (zie afbeelding 4 in bijlage 6). Automatisch verschijnt dan het tabblad zorgaanpakken met een nieuw traject; de promotor is de verantwoordelijke huisarts onder wiens naam de praktijkverpleegkundige het preventieconsult uitvoert (zie afbeelding 5 in bijlage 6). Men klikt vervolgens op bewaren. De screening staat nu geregistreerd als zorgaanpak (zie afbeelding 6 in bijlage 6). Gelijktijdig wordt er door Care Connect automatisch ook een zorgelement in het dossier genoteerd en verschijnt er een planning (zie afbeelding 7 en 8 in bijlage 6). Let wel: de naam van de planning is ingesteld als *PAP smear (screening)*, maar dit is heden niet meer volledig correct gezien de nieuwe HPV-testing. Om ook in de planning een uniforme registratie aan te houden, kiezen we er in onze praktijk voor om vanaf nu de gecodeerde titel *uitstrijkje cervix (screening)* te gebruiken. In het tabblad planning zal de verpleegkundige manueel de naam kunnen aanpassen (zie afbeelding 10 in bijlage 6).

Labo-aanvraag

Huisartsenpraktijk Inverzo werkt samen met het Centrum voor Medische Analysen (CMA) te Hasselt als laboratorium.

Volgens het huidige wettelijke kader – zie eerder in de literatuurstudie de uitleg over de WUG-wet – zou een arts kunnen toevertrouwen aan de praktijkverpleegkundige dat zij de laboaanvraag doet zonder dat daarvoor een voorschrift nodig is, op voorwaarde dat deze taakdelegatie is vastgelegd in een sluitend protocol en mits bekendmaking van het protocol bij het labo. De verantwoordelijke voor het praktijkprotocol "Baarmoederhalskankerscreening met inzet van de praktijkverpleegkundige" (Phebe Donné) nam contact op met het CMA om de laboaanvragen voor preventieve uitstrijkjes als dusdanig te

laten implementeren, maar helaas ging het labo hier niet in mee. CMA hield het standpunt aan dat een verpleegkundige in principe nooit zelf een aanvraag kan doen; dit moet volgens hun procedure altijd door een arts gebeuren.
Er vond overleg plaats in de huisartsenpraktijk om een efficiënte oplossing te zoeken om de verpleegkundige toch zo autonoom mogelijk te kunnen laten werken wat betreft de BMHKS. Zodoende beslisten we om – zeker voor deze masterthesis – te werken met papieren aanvraagformulieren en niet met digitale laboaanvragen via het EMD van de patiënt, vermits dan toch telkens tussenkomst van een arts nodig is. Wel zal elke arts een aantal ondertekende papieren aanvraagformulieren ter beschikking stellen, zodat de verpleegkundige alleen nog maar de correcte test hoeft aan te vinken en dit samen met het afgenomen staal dient op te sturen. Bij voorkeur wordt een formulier van de vaste huisarts gebruikt, behalve indien het de permanentiearts was die tijdens de consultatie hulp bood. Dan kiest de verpleegkundige een formulier op naam van de permanentiearts en wordt de vaste huisarts in kopie gezet. Het is aan de verpleegkundige om erop toe te zien dat er continu voldoende ondertekende formulieren van elke arts voorradig zijn.
We hopen dat in de toekomst de bevoegdheden van de praktijkverpleegkundige kunnen uitbreiden en dat zij m.b.v. een digitale laboaanvraag de preventieconsulten rond BMHKS volledig autonoom kan uitvoeren.

Welke test moet er aangevraagd worden? Dit hangt voornamelijk af van de leeftijdscategorie waarin de patiënte zich bevindt. De mogelijkheden worden weergegeven in bijlage 7, die ook als hulpmiddel ter beschikking wordt gesteld aan de praktijkverpleegkundige.
Omtrent terugbetalingsvoorwaarden voor preventieve BMHKS is het belangrijk steeds de juiste test aan te vinken, daar een foutieve aanvraag kan zorgen voor (hoge) kosten ten laste van de patiënte.
Diagnostische testen (bijvoorbeeld bij afwijkend gynaecologisch onderzoek) of testen in kader van opvolging na een afwijkend uitstrijkje zijn voorbehouden voor de huisartsen en mogen niet door de praktijkverpleegkundige aangevinkt worden.

Resultaat van uitstrijkje interpreteren, noteren en nieuwe planning opmaken

De praktijkverpleegkundige volgt inkomende resultaten in het EMD op. Dit geldt zowel voor de uitstrijkjes afgenomen in de huisartsenpraktijk als voor de uitstrijkjes afgenomen bij de gynaecoloog.
Voor de juiste interpretatie van het cytologische resultaat en/of de HPV-test kunnen opnieuw flowchart 2 en 3 uit bijlage 5 gevolgd worden.

Een niet-afwijkend resultaat wordt door de praktijkverpleegkundige in het EMD genoteerd via de rubriek planning; daar klikt ze de geplande handeling omtrent de BMHKS met oranje kleurcode aan (zie afbeelding 9 in bijlage 6). Vervolgens klikt ze op het pennetje om te bewerken. Daar kan enerzijds de naam van de screening worden aangepast indien nog niet eerder gebeurd (zie afbeelding 10 in bijlage 6). Anderzijds kan de status veranderd worden van gepland naar voltooid, waarbij ook het vakje met de datum van voltooiing zal oplichten en kan ingevuld worden met de datum waarop het huidige uitstrijkje uitgevoerd werd (zie afbeelding 10 t.e.m. 12 in bijlage 6). Het herhalingsschema kan zo nodig manueel gewijzigd worden afhankelijk van het resultaat van het uitstrijkje, zoals aangegeven in flowchart 2 en 3. Men klikt op bewaren en zal zien dat het kleurcode van de huidige handeling blauw is geworden en er een nieuwe

geplande handeling met oranje kleurcode verschijnt. In het EMD verschijnt er tevens een contactmoment met weergave *Cervix kanker (niet aanwezig)* als zorgelement en weergave van de planning.

In geval van een geruststellend uitstrijkje mag de praktijkverpleegkundige het resultaat meedelen aan de patiënte en het aanbevolen tijdsinterval voor een nieuw preventief uitstrijkje met haar bespreken. Patiënten dragen in principe zelf de verantwoordelijkheid om telefonisch contact op te nemen met de praktijk om te vragen naar het resultaat van het uitstrijkje (tenzij bij een afwijkend resultaat, zie verder).

Wanneer het resultaat van een afwijkend uitstrijkje binnenkomt in de inbox van het EMD, wordt dit door de praktijkverpleegkundige via Trello gemeld aan de desbetreffende huisarts. Het is nu aan de huisarts om het EMD correct aan te vullen met desbetreffende afwijking en gebruik makend van de gecodeerde term *abnormaal cervixuitstrijkje (X86, R87)* in een contactmoment.
De huisarts neemt proactief contact op met de patiënte in kwestie om haar het afwijkende resultaat mee te delen en het verdere beleid te bespreken. Er is hierop één uitzondering: bij een ASC-US met negatieve reflextest (hr-HPV -) mag de verpleegkundige alsnog het resultaat meedelen aan de patiënte en blijft ook het normale screeningsinterval aanbevolen.

Doorverwijzing naar de gynaecoloog

Wanneer een afwijkend uitstrijkje vereist dat er verder nazicht door een gynaecoloog gebeurt, zal de huisarts een verwijsbrief opmaken. Hiervoor is er een standaard sjabloon opgemaakt en ter beschikking gesteld in Care Connect (zie bijlage 8). Het sjabloon bevat minstens relevante gynaecologische voorgeschiedenis, de datum en het resultaat van het laatst voorgaande uitstrijkje, de datum en het afwijkende resultaat van het huidige uitstrijkje en eventueel bemerkingen (anamnestisch of klinisch) uit het huidige preventieconsult. De huisarts of praktijkverpleegkundige regelt een versnelde afspraak gynaecologie voor de patiënte in kwestie.

Ethische overwegingen en veiligheid

We beseffen dat het voor sommige patiënten een grote stap kan zijn om de BMHKS toe te vertrouwen aan de verpleegkundige en niet meer bij hun vertrouwde huisarts te gaan voor het uitstrijkje. Voor preventieve uitstrijkjes zal aan de vrouwen steeds aangeboden worden om het bij de verpleegkundige in te plannen, maar ze mogen dit weigeren indien ze dit niet wensen. Taakdelegatie in het algemeen is een behoorlijk nieuw gegeven in onze praktijk, dus we zullen ook de patiënten tijd moeten geven om eraan te wennen.
Voor alle handelingen die de praktijkverpleegkundige doet binnen de BMHKS is ze opgeleid. Bovendien zal er steeds een huisarts aanwezig zijn in de praktijk op de momenten dat de verpleegkundige patiënten ontvangt voor het preventieconsult, zodat advies of hulp op ieder moment kan ingeroepen worden. Beide zaken moeten de patiëntveiligheid waarborgen.

6. Resultaten

Dossieronderzoek na de interventiefase

Het dossieronderzoek werd voor een tweede keer uitgevoerd, dit keer ná de interventiefase, om te zien of er een verbetering van de kwaliteitsindicatoren heeft plaatsgevonden dankzij het nieuwe praktijkprotocol. Er werd een nieuwe steekproef van 100 willekeurige dossiers genomen.

Er werd bij 57 van de 100 vrouwen een preventief uitstrijkje afgenomen in de laatste drie jaar (screeningsgraad 57%). Het aandeel uitstrijkjes uitgevoerd door de huisarts betrof in deze steekproef 6/57 en het aandeel door de gynaecoloog 50/57. Voor één vrouw was in het dossier niet terug te vinden bij wie ze het uitstrijkje liet uitvoeren.
In het EMD werd het uitvoeren van de BMHKS in 46 van de 57 gevallen goed genoteerd (80,70%), nog steeds het vaakst als zorgaanpak. Uitstrijkjes uitgevoerd door de gynaecoloog werden uitsluitend als zorgaanpak genoteerd. De huisartsen noteerden alle 6 keer minstens met een gecodeerde term in de rubriek handeling en/of reden en/of evaluatie of het uitstrijkje was terug te vinden als zorgaanpak. Er werd niet met alleen een subjectief genoteerd. De gebruikte gecodeerde termen varieerden echter nog tussen *afname cervix uitstrijkje (PAP smear)(*37.23)* en *cervixuitstrijk volgens Papanicolaou (A98, Z12.4)*. De nieuwe consensus om te noteren met de correctere term *cervixneoplasma screening (A98, Z12.4)* werd – althans in deze steekproef – nog niet geïmplementeerd.
Wat betreft het opmaken van een nieuwe planning voor de volgende BMHKS slaagde men hierin in 47 van de 57 dossiers (82,46%).

7. Discussie

Voorafgaand aan de ontwikkeling van het praktijkprotocol bekeken we het huidige verloop van de BMHKS in de praktijk en vroegen we naar de mening van onze vrouwelijke patiëntenpopulatie over taakdelegatie van BMHKS van de arts naar de verpleegkundige.
Dat het merendeel van onze vrouwelijke respondenten (57/93) hun uitstrijkje bij de gynaecoloog laat uitvoeren is geen verrassing; de cijfers van het CvKO tonen dit ook aan op grote schaal (19). Toch lijken de laatste jaren meer vrouwen hun weg te vinden naar de eerstelijnszorg voor hun uitstrijkje. In onze bevraging gaf ongeveer de helft van de vrouwelijke respondenten (44/93) zelfs aan dat ze het uitstrijkje zou willen overlaten aan de praktijkverpleegkundige. Dat zette de deur op een kier voor verdere taakdelegatie en gaf ons de mogelijkheid om het praktijkprotocol voor BMHKS met inzet van de verpleegkundige effectief uit te werken. Een belangrijke groep van de vrouwen die bevraagd werden bleek er echter niet direct voor open te staan. De belangrijkste redenen voor hen om het uitstrijkje niet door de verpleegkundige te laten doen of om zelfs helemaal geen uitstrijkje te laten nemen waren schaamte, een verkeerde kennis over BMHKS (bijvoorbeeld geen klachten hebben of geen partner hebben) en de verpleegkundige niet kennen of niet vertrouwen. In het praktijkprotocol werd rekening gehouden met de hoger genoemde barrières om de BMHKS door onze praktijkverpleegkundige te doen slagen.

Zo werd de verpleegkundige zowel theoretisch als technisch opgeleid. Ze beschikt nu over de nodige achtergrondkennis en de juiste vaardigheden met betrekking tot BMHK(S). Ze kan dit gebruiken tijdens het preventieconsult en wanneer patiënten vragen hebben. Verkeerde kennis bij onze patiënten kan door haar gecorrigeerd worden. Echter, een opgeleide verpleegkundige brengt ons niet ver als patiënten haar niet kennen of niet vertrouwen. Daarom werd op het beeldscherm in de wachtzaal kenbaar gemaakt dat patiënten bij de praktijkverpleegkundige terecht kunnen voor o.a. preventieve uitstrijkjes. De huisartsen hielpen hierbij door hun vertrouwen in de verpleegkundige te tonen door patiënten (mondeling) te verwijzen naar de verpleegkundige wanneer er tijdens hun consultatie vraag was naar een preventief uitstrijkje.
De schaamte bij vrouwelijke patiënten overwinnen is een werk voor langere termijn. Met ons praktijkprotocol hopen we hierin echter te kunnen faciliteren door de inzet van een vrouwelijke verpleegkundige, door als artsenteam vertrouwen in haar te uiten als bekwame uitvoerder van het uitstrijkje en door in het preventieconsult ook seksuele gezondheid te bespreken en seksueel gerelateerde klachten normaliseren. Een onderliggend intiem probleem, dat mogelijks aan de basis van de schaamte ligt, zou op die manier opgelost kunnen worden. Bovendien kan het bespreken van seksuele thema's de drempel verlagen om een uitstrijkje te laten doen en kan het bijdragen aan een vertrouwensrelatie met de patiënt, wat op haar beurt ook weer helpend kan zijn om deel te nemen aan de BMHKS.

Zijn we met het praktijkprotocol "Baarmoederhalskankerscreening met inzet van de praktijkverpleegkundige" ook geslaagd in onze opzet om de kwaliteit van de BMHKS te verbeteren? Daarvoor kijken we naar de analyses van onze kwaliteitsindicatoren.
Ten eerste de screeningsgraad: die ging met 61% voorafgaand en 57% na de interventiefase niet in stijgende lijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is de relatief korte looptijd van de interventiefase voor deze masterthesis. Het nieuwe protocol zal waarschijnlijk pas zijn nut bewijzen wanneer patiënten goed

bekend zijn met de verpleegkundige en wanneer het protocol goed ingeburgerd geraakt in onze praktijk. Een tweede mogelijke verklaring is het ontbreken van proactieve patiënteneducatie – al stelt zich de vraag of dit een haalbare taak is voor de huisartsenpraktijk. Desalniettemin werd dankzij dit praktijkverbeterproject wel de aandacht van onze huisartsen opnieuw aangescherpt om vrouwen van de doelgroep te herinneren aan hun uitstrijkje. Op zowel educeren, informeren als herinneren kan in de toekomst nog beter worden ingezet via bijvoorbeeld een informatiefiche omtrent BMHK(S) op het beeldscherm in de wachtzaal of via een persoonlijke herinneringsbrief verstuurd vanuit de huisartsenpraktijk, met daarin ook vermelding van de verpleegkundige. Andere initiatieven, bijvoorbeeld van het CvKO, blijven uiteraard ook zeer belangrijk.
De tweede kwaliteitsindicator, het correct noteren van de uitgevoerde uitstrijkjes in het EMD, bleef ongeveer gelijk met 80,33% voor de interventie en 80,70% nadien. Uitstrijkjes uitgevoerd door de gynaecologen werden strikt éénduidig genoteerd als zorgaanpak. Bij het aandeel van de huisartsen bleek het moeilijker om éénduidig te noteren. Na de interventie werden wel vaker gecodeerde termen gebruikt i.p.v. niet-gecodeerde termen dan voor de interventie, maar wel verscheidene termen en in verschillende rubrieken. Het éénduidig noteren werd wellicht bemoeilijkt door de wijziging van de richtlijn BMHKS (cytologie versus HPV-test), waardoor tijdens de interventiefase ook de consensusterm in het protocol wijzigde. Daarbij komt ook nog dat uitstrijkjes genomen en in het EMD genoteerd vóór aanpassing van de richtlijn natuurlijk hun oude term blijven behouden. Om te weten of we geslaagd zijn in het verbeteren van deze tweede kwaliteitsindicator, zullen we op langere termijn een nieuwe steekproef moeten analyseren.
De derde en laatste kwaliteitsindicator blijkt wel een succesverhaal, want het percentage opgemaakte planningen in het EMD steeg van 77,05% naar 82,46%. Vermoedelijk ligt de reden hiervoor bij de verhoogde aandacht die het praktijkverbeterproject vestigde op (het noteren van) de uitstrijkjes en het feit dat de planning maar op één manier kan worden ingegeven, in tegenstelling tot de termen voor het uitstrijkje zelf.

Tot slot werpen we nog even een blik op de bijkomende bevraging i.v.m. taakdelegatie van andere medische vaardigheden dan de BMHKS. We kunnen besluiten dat dit positief onthaald wordt door onze patiëntenpopulatie; zowel door mannen als vrouwen, zowel door jongeren als ouderen. In het bijzonder blijken patiënten taakdelegatie van eenvoudigere medisch-technische handelingen zoals bloed afnemen, wratjes bevriezen of hechtingen verwijderen te aanvaarden. Wat betreft de medisch-geïntegreerde taken, waaronder het opvolgen van chronische ziekten, is er nog iets meer terughoudendheid, maar zeker geen duidelijke afkeer. Er was ook geen duidelijk verschil tussen de mening van 65-plussers en die van jongere patiënten, hoewel we dit wel verwacht hadden. De oudere generatie blijkt dus niet meteen vast te houden aan het concept van “dé huisarts” van weleer en staat open voor vernieuwing. Het zal een kwestie zijn van motivatie en tijd om onze patiëntenpopulatie te laten wennen aan de toenemende taakdelegatie.

Sterktes van het project

Dit kwaliteit verbeterend project is gemaakt op maat van Huisartsenpraktijk Inverzo. Het is afgestemd op de specifieke teamsamenstelling en mogelijkheden die onze praktijk heeft, zodat de haalbaarheid van het protocol gegarandeerd blijft.

Zwaktes van het project

Een mogelijke zwakte bevindt zich in het veldonderzoek. De bevraging, die o.a. moest uitwijzen of onze vrouwelijke populatie openstaat voor taakdelegatie van de BMHKS, was enkel in het Nederlands beschikbaar. Anderstalige vrouwen konden dus niet deelnemen. Echter het zijn de allochtone niet-westerse vrouwen die een verhoogd risico hebben op BMHKS, dus van hen zouden we net wel de barrières voor BMHKS willen kennen en er een strategie voor willen vinden om ze te laten deelnemen aan de screening. De bevraging was daarentegen enkel een oriënterend onderdeeltje van de thesis en dit betekent niet dat allochtone vrouwen niet bij de verpleegkundige mogen komen voor de BMHKS.
Strategieën die onze huisartsenpraktijk in de toekomst nog zou kunnen toepassen om zoveel mogelijk allochtone vrouwen te bereiken voor een uitstrijkje zouden bijvoorbeeld kunnen zijn: actief persoonlijke uitnodigingsbrieven versturen in de moedertaal, de informatie op het beeldscherm in de wachtzaal ook in andere talen tonen of meer inzetten op upward communicatie via de (volwassen) kinderen van allochtone vrouwen. Daarnaast zou een arts, verpleegkundige of secretariaatsmedewerker van niet-westerse origine in het team ook een meerwaarde kunnen zijn om de connectie met deze groep vrouwen te vergemakkelijken. Dat zou niet alleen een taalbarrière kunnen overwinnen, maar ook cultureel-religieuze barrières.

Ten tweede is ook de ongelijke verdeling van geslachten en leeftijden bij de respondenten die bevraagd werden over taakdelegatie van andere medisch-technische vaardigheden mogelijks een zwak punt in deze thesis. Vermoedelijk werd er (te) veel belang gehecht aan het verzamelen van vrouwelijke respondenten omdat de thesis primair rond BMHK draait, waardoor de groep mannen beduidend kleiner bleef.

Tot slot is het jammer dat de looptijd van de interventiefase relatief kort was, waardoor het resultaat misschien negatiever lijkt dan het werkelijk is of kan zijn in de toekomst.

8. Conclusie

Baarmoederhalskanker is een zeer prevalente kanker bij vrouwen met ook een belangrijk mortaliteitsrisico. Vroegtijdige screening d.m.v. een cervixuitstrijkje is zinvol en kan gebeuren in de eerste lijn. In dit praktijkverbeterproject ontwikkelden we een protocol voor de BMHKS uitgevoerd door een praktijkverpleegkundige, specifiek toepasbaar op huisartsenpraktijk Inverzo. Barrières die vrouwelijke patiënten ervaren bij de BMHKS zoals schaamte, onbekendheid met de verpleegkundige en gebrek aan vertrouwen in de verpleegkundige waren belangrijk om rekening mee te houden in het protocol. Oplossingen werden geïntegreerd in de vorm van een opleiding van de verpleegkundige, huisartsen die hun patiënten stimuleerden om de weg te vinden naar de verpleegkundige en het bespreken en normaliseren van seksuele thema's. Voor en na implementatie van dit nieuwe praktijkprotocol werden drie kwaliteitsindicatoren onderzocht: de screeningsgraad, het correct noteren van uitstrijkjes in het EMD en het opmaken van een planning voor het volgende uitstrijkje. Tot nu toe leverde het project nog geen duidelijke verbetering op van de kwaliteitsindicatoren rond BMHKS, maar dit betekent niet noodzakelijk het niet-slagen van het project. Een verandering vraagt tijd om aan te wennen, zowel voor ons als Inverzo-team als voor patiënten, en vraagt bijsturing wanneer er problemen opduiken. Bovendien werd onze aandacht voor BMHKS dankzij het praktijkverbeterproject alvast aangescherpt; dit is een goede basis om verder op te bouwen.

Na afloop van deze thesis kunnen we concluderen dat er in de toekomst nog een grotere rol is weggelegd voor onze praktijkverpleegkundige. De aanzet is gegeven om in de toekomst onze schouders te zetten onder nieuwe vormen van taakdelegatie. Onze patiëntenpopulatie lijkt daar in ieder geval ook klaar voor te zijn.

Literatuurlijst

1. European Network for Prevention and Health Promotion in General Practice / Family Medicine (EUROPREV). Prevention and Health Promotion in Primary Care – EUROPREV Policy Statement [Internet]. 2010 [cited 2024 Jan 23]. Available from: https://www.woncaeurope.org/kb/prevention-and-health-promotion-in-primary-care-%E2%80%93-europrev-policy-statement-2010.
2. Lionis C, Midlöv P. Prevention in the elderly: A necessary priority for general practitioners [Internet]. Vol. 23, European Journal of General Practice. Taylor and Francis Ltd.; 2017 [cited 2024 Jan 23]. p. 203–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28762840/.
3. Domus Medica. New Deal Huisartsgeneeskunde [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 23]. Available from: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/themadossiers/new-deal-huisartsgeneeskunde.
4. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Vol. 2018, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2018.
5. Wonca Europe. Webinar: Reflection on Adult and Elderly Health: Early Detection, Prevention, and Vaccination [Internet]. [cited 2024 Jan 23]. Available from: https://www.woncaeurope.org/m/events/view/reflection-on-adult-and-elderly-health-early-detection-prevention-and-vaccination.
6. Heemstra I. Programma Preventie biedt praktische ondersteuning. Huisarts & Wetenschap [Internet]. 2023 Dec 4 [cited 2024 Jan 23]; Available from: https://www.henw.org/artikelen/programma-preventie-biedt-praktische-ondersteuning.
7. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Preventie [Internet]. [cited 2024 Jan 23]. Available from: https://www.nhg.org/thema/preventie/.
8. Govaerts F, Sercu C, Guldtentops M, Weetjens J, Spinnewijn B, Schaubroeck E, et al. Iedere burger heeft recht op een gezond leven. Visietekst van het kennisdomein Preventie en Gezondheidspromotie. [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 23]. Available from: https://www.huisartsnu.be/2019/nr5/bespreking/iedere-burger-heeft-recht-op-een-gezond-leven-visietekst-van-het.
9. World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 22]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer.
10. World Health Organization. Cervical cancer elimination: progress evident, but tragically slow [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 22]. Available from: https://www.who.int/europe/news/item/27-01-2025-cervical-cancer-elimination--progress-evident--but-tragically-slow#:~:text=Persistent%20HPV%20infection%20can%20lead,die%20from%20this%20preventable%20disease.
11. Sciensano. Baarmoederhalskanker wereldwijd in kaart gebracht [Internet]. 2019 [cited 2025 Mar 22]. Available from: https://www.sciensano.be/nl/pershoek/baarmoederhalskanker-wereldwijd-kaart-gebracht#:~:text=%E2%80%9CIn%20Belgi%C3%AB%20krijgt%20bijna%201,alle%20vrouwelijke%20kankers%20in%20Belgi%C3%AB.
12. Stichting tegen kanker. Baarmoederhalskanker [Internet]. [cited 2025 Mar 22]. Available from: https://kanker.be/kanker/baarmoederhalskanker/.
13. Gezondheid en Wetenschap. Baarmoederhalskanker [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 22]. Available from: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/baarmoederhalskanker#:~:text=kan%20jaren%20duren.-

,Hoe%20vaak%20komt%20baarmoederhalskanker%20voor%3F,bij%20vrouwen%20van%20middelbare%20leeftijd.
14. European Commission. Cervical cancer burden in EU-27 [Internet]. [cited 2025 Mar 22]. Available from: https://visitors-centre.jrc.ec.europa.eu/en/media/infographics/cervical-cancer-burden-eu-27.
15. Sciensano. Introductie van de HPV-test in baarmoederhalskanker screening in België [Internet]. 2024 Oct [cited 2025 Mar 2]. Available from: https://www.sciensano.be/sites/default/files/hpv_primair_communicatie_nl_20241101_sciensano.pdf.
16. Marques P, Geraldes M, Gama A, Heleno B, Dias S. Non-attendance in cervical cancer screening among migrant women in Portugal: A cross-sectional study. Women's Health. 2022 Jan 17;18.
17. O'Donovan B, Mooney T, Rimmer B, Fitzpatrick P, Flannelly G, Doherty L, et al. Advancing understanding of influences on cervical screening (non)-participation among younger and older women: A qualitative study using the theoretical domains framework and the COM-B model. Health Expectations. 2021 Dec 2;24(6):2023–35.
18. Centrum voor Kankeropsporing. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker [Internet]. [cited 2025 Mar 2]. Available from: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl.
19. Centrum voor Kankeropsporing. Infosheet belangrijkste indicatoren bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker - screeningsjaar 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 2]. Available from: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/2024-12/CVK24-027%20Verkorte%20Jaarfiche_DDK-BK-BHK%282024%29-v1.pdf.
20. World Health Organization. Cervical Cancer Elimination Initiative [Internet]. [cited 2025 Mar 23]. Available from: https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative.
21. Domus Medica. Cervixkankerscreening [Internet]. 2011 [cited 2025 Mar 2]. Available from: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/cervixkankerscreening?check_logged_in=1.
22. EBPracticeNet, Verhoeven V. 2019. [cited 2025 Mar 15]. De HPV-zelftest: even betrouwbaar als een HPV-test door de huisarts afgenomen? Available from: https://ebpnet.be/nl/ebsources/8007.
23. Frank Smeets, Domus Medica. Opvolgrapport - Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering : cervixkankerscreening. 2017.
24. Wong HY, Wong EL yi. Invitation strategy of vaginal HPV self-sampling to improve participation in cervical cancer screening: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. BMC Public Health. 2024 Sep 10;24(1):2461.
25. Verhoeven V, Minerva. Participatie aan baarmoederhalskankerscreening verhogen door afname van HPV-test zonder speculumonderzoek? [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 15]. Available from: https://minerva-ebp.be/NL/Analysis/20635.
26. Beijaert R, van Haaren K. Baarmoederhalsscreening nieuwe stijl: is het nodig? Huisarts & Wetenschap [Internet]. 2017 Feb 2 [cited 2025 Apr 5]; Available from: https://www.henw.org/artikelen/baarmoederhalsscreening-nieuwe-stijl-het-nodig.
27. Badre-Esfahani S, Petersen LK, Tatari CR, Blaakær J, Andersen B, Seibæk L. Perceptions of cervical cancer prevention among a group of ethnic minority women in Denmark—A qualitative study. PLoS One. 2021 Jun 1;16(6):e0250816.
28. Marques P, Geraldes M, Gama A, Heleno B, Dias S. What is the role of attitudinal barriers on cervical cancer screening non-attendance? Findings from a cross-sectional study with migrant women in Portugal. BMC Womens Health [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 15];23(52). Available from: https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-023-02198-2#citeas.

29. Giesen AM, Lagro-Janssen T, Dielissen P. Geen uitstrijkje? In gesprek over seks. Huisarts & Wetenschap [Internet]. 2014 Sep 3 [cited 2025 Apr 5]; Available from: https://www.henw.org/artikelen/geen-uitstrijkje-gesprek-over-seks.
30. King E, Busolo D. The Role of Primary Care Nurse Practitioners in Reducing Barriers to Cervical Cancer Screening: A Literature Review. Canadian Oncology Nursing Journal. 2022 Apr 21;32(2):233–44.
31. Bongaerts TH, Büchner FL, Middelkoop BJ, Guicherit OR, Numans ME. Determinants of (non-)attendance at the Dutch cancer screening programmes: A systematic review. J Med Screen. 2020 Sep 4;27(3):121–9.
32. Bongaerts T, Büchner F, Middelkoop B, Guicherit O, Numans M. Waarom mensen niet deelnemen aan oncologische bevolkingsonderzoeken. Huisarts & Wetenschap [Internet]. 2020 Aug 27 [cited 2025 Apr 5]; Available from: https://www.henw.org/artikelen/waarom-mensen-niet-deelnemen-aan-oncologische-bevolkingsonderzoeken.
33. Shariati-Sarcheshme M, Mahdizdeh M, Tehrani H, Jamali J, Vahedian-Shahroodi M. Women's perception of barriers and facilitators of cervical cancer Pap smear screening: a qualitative study. BMJ Open. 2024 Jan;14(1):e072954.
34. Diehl J, Minerva. Effect van een interventie bij huisartsen op de deelname van allochtone vrouwen aan baarmoederhalskankerscreening [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 15]. Available from: https://minerva-ebp.be/NL/Analysis/20550.
35. Olde Loohuis K. Cervixscreening bij Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen. Huisarts & Wetenschap [Internet]. 2021 Apr 8 [cited 2025 Mar 15]; Available from: https://www.henw.org/artikelen/cervixscreening-bij-turks-en-marokkaans-nederlandse-vrouwen
36. Derckx R. Doet u mee aan het bevolkingsonderzoek? Huisarts & Wetenschap [Internet]. 2020 Mar 26 [cited 2025 Mar 15]; Available from: https://www.henw.org/artikelen/doet-u-mee-aan-het-bevolkingsonderzoek.
37. Badre-Esfahani S, Larsen MB, Seibæk L, Petersen LK, Blaakær J, Andersen B. Low attendance by non-native women to human papillomavirus vaccination and cervical cancer screening – A Danish nationwide register-based cohort study. Prev Med Rep. 2020 Sep;19:101106.
38. Tabatabai MK, Lophaven S, Lauenborg J, Holmager T, Jepsen R, Lynge E. Socioeconomic, lifestyle and biological determinants of cervical screening coverage: Lolland–Falster Health Study, Denmark. Eur J Public Health [Internet]. 2023 Aug [cited 2025 Mar 15];33(4):568–73. Available from: https://academic.oup.com/eurpub/article/33/4/568/719334.
39. Nelson M, Patton A, Robb K, Weller D, Sheikh A, Ragupathy K, et al. Experiences of cervical screening participation and non-participation in women from minority ethnic populations in Scotland. Health Expectations. 2021 Aug 17;24(4):1459–72.
40. NHG. Zelfafnameset (ZAS) [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 15]. Available from: https://www.nhg.org/praktijkvoering/bevolkingsonderzoeken/bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker/zelfafnameset-zas/.
41. Lefeuvre C, De Pauw H, Le Duc Banaszuk AS, Pivert A, Ducancelle A, Rexand-Galais F, et al. Study Protocol: Randomised Controlled Trial Assessing the Efficacy of Strategies Involving Self-Sampling in Cervical Cancer Screening. Int J Public Health [Internet]. 2022 Feb 24 [cited 2025 Apr 6];67. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8907121/.
42. Gezondheidsraad Nederland. Verbetermogelijkheden bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 15]. Available from: https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2021/10/19/verbetermogelijkheden-bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker.

43. Smits F, Bos M. Zelfafnametest baarmoederhalskanker betrouwbaar. Huisarts & Wetenschap [Internet]. 2018 Jun 27 [cited 2025 Mar 15]; Available from: https://www.henw.org/artikelen/zelfafnametest-baarmoederhalskanker-betrouwbaar.
44. Musa J, Achenbach CJ, O'Dwyer LC, Evans CT, McHugh M, Hou L, et al. Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017 Sep 5;12(9):e0183924.
45. Staley H, Shiraz A, Shreeve N, Bryant A, Martin-Hirsch PP, Gajjar K. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021 Sep 6;2021(9).
46. Reymenants E. Baarmoederhalskankerscreening: een taak voor de praktijkverpleegkundige? Huisarts Nu [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 23];52:130–2. Available from: https://www.huisartsnu.be/2023/nr3/artikel/baarmoederhalskankerscreening-een-taak-voor-de-praktijkverpleegkundige.
47. van der Linden L, Verhoeven V. Baarmoederhalskankerscreening in een multiculturele patiëntenpopulatie Rol van upward en downward communicatie in de moeder-dochterrelatie. Huisarts Nu [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 6]; Available from: https://www.huisartsnu.be/2019/nr3/masterthesis/baarmoederhalskankerscreening-een-multiculturele-patientenpopulatie-rol-van.
48. Centrum voor Kankeropsporing. Jaarverslag 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 2]. Available from: https://www.cvko.vlaanderen/wp-content/uploads/CVK24-010_Jaarverslag_CvKO_DEF.pdf
49. Deguara M, Calleja N, England K. Cervical cancer and screening: knowledge, awareness and attitudes of women in Malta. J Prev Med Hyg [Internet]. 2021 Jan 14 [cited 2025 Mar 15];4(61):584–92. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33628965/.
50. Okan Y, Petrova D, Smith SG, Lesic V, Bruine de Bruin W. How Do Women Interpret the NHS Information Leaflet about Cervical Cancer Screening? Medical Decision Making. 2019 Oct 26;39(7):738–54.
51. Hamdiui N, Stein ML, van Steenbergen J, Crutzen R, Bouman M, Khan A, et al. Evaluation of a Web-Based Culturally Sensitive Educational Video to Facilitate Informed Cervical Cancer Screening Decisions Among Turkish- and Moroccan-Dutch Women Aged 30 to 60 Years: Randomized Intervention Study. J Med Internet Res. 2022 Oct 26;24(10):e35962.
52. Reymenants E. Screening naar baarmoederhalskanker is meer dan uitstrijkjes nemen [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 6]. Available from: https://www.huisartsnu.be/2023/nr3/opinie/screening-naar-baarmoederhalskanker-meer-dan-uitstrijkjes-nemen.
53. Vynckier E, Vulsteke J, Avonts D. Hoe staan patiënten tegenover taakdelegatie? Onderzoek bij 90 patiënten in een huisartsenpraktijk. Huisarts Nu. 2018;5:206–9.
54. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019 Apr 15;2019(4).
55. Federale overheidsdienst volksgezondheid veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. vzw OpenJustice.be. 2024 [cited 2025 Mar 18]. Wet tot wijziging van de Wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, teneinde de hervorming van de verpleegkunde, de afschaffing van de Technische Commissies voor verpleegkunde en de paramedische beroepen en de aanpassing van de taken van de Federale Raden voor verpleegkunde en paramedische beroepen hierin op te nemen. Available from: https://etaamb.openjustice.be/nl/wet-van-18-mei-2024_n2024005082.html.
56. Federale overheidsdienst volksgezondheid veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. vzw OpenJustice.be. 2014 [cited 2025 Mar 18]. Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige

verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen. Available from: https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-25-april-2014_n2014024231.html.

57. Universiteit Antwerpen, Geijsels M, Botteldooren L. Workshop “Coaching van huisartsenpraktijken om samen met een VIHP aan de slag te gaan”. 2025.
58. Universiteit Antwerpen, Dierickx A. Webinar “Start to praktijkverpleegkundige - VIHP” : Samenwerken met een praktijkverpleegkundige, wat zegt de WUG-wet en wat in de praktijk? 2024.
59. Federale overheidsdienst volksgezondheid veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. vzw OpenJustice.be. 2019 [cited 2025 Mar 18]. Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. Available from: https://etaamb.openjustice.be/nl/wet-van-22-april-2019_n2019041141.html.
60. Centrum voor Kankeropsporing. Bevolkingsonderzoek in cijfers [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 2]. Available from: https://bevolkingsonderzoek.incijfers.be/jive/report?openinputs=true&id=gr_bhk_versie_oktober2016.

Kwaliteit van baarmoederhalskankerscreening verbeteren in de huisartsenpraktijk.
Een rol voor de praktijkverpleegkundige?

Bijlage 1

Beste patiënte

Zoals u misschien weet werken we in onze huisartsenpraktijk samen met een verpleegkundige. In de toekomst zal zij, steeds in samenwerking en overleg met de huisarts, meer medische taken gaan uitvoeren. Eén van die taken zou het afnemen van een uitstrijkje kunnen zijn, alsook het interpreteren van het resultaat van het uitstrijkje en het voorzien van de juiste opvolging in de toekomst.

We merken in onze praktijk dat screening naar baarmoederhalskanker door middel van uitstrijkjes niet altijd even vlot verloopt. Daarom willen we binnenkort een project opstarten om dit te verbeteren dankzij inzet van onze verpleegkundige. Om dat op een goede manier te kunnen doen, is het belangrijk vooraf voldoende info te verkrijgen.

Om die reden zullen wij **in de praktijk** een klein **onderzoek doen in 100 dossiers** van vrouwen tussen 25 en 64 jaar. Uit een lijst van alle vrouwen die in aanmerking komen voor een uitstrijkje zal de onderzoeker (dr. Phebe Donné) willekeurig 100 dossiers selecteren en hieruit de nodige info halen. De identificatiegegevens van deze vrouwen zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden: met andere woorden de naam, geboortedatum en andere persoonsgegevens zullen vervangen worden door een nummer (pseudoniem). De link hiertussen zal alleen gekend zijn door de onderzoeker (dr. Phebe Donné).
Alle gegevensverwerking gebeurt in overeenstemming met de Europese GDPR-wetgeving en de Belgische wet algemene verordening gegevensbescherming van 30 juli 2018.

We willen daarnaast ook graag **uw mening kennen**. Wilt u ons helpen door enkele vragen te beantwoorden? Door het invullen van deze **vragenlijst** geeft u automatisch toestemming voor het verwerken van onderstaande gegevens. De antwoorden worden anoniem verwerkt. U mag ten allen tijde uw deelname aan de enquête stoppen.

Bij vragen kan u terecht op phebedonne@gmail.com.

Onderstaande vijf vragen gaan over het uitstrijkje. Duid het passende bolletje aan.

1. Op dit ogenblik laat ik
    - het uitstrijkje uitvoeren door de huisarts
    - het uitstrijkje uitvoeren door de gynaecoloog
    - geen uitstrijkje uitvoeren → ***ga dan naar vraag 3***

2. Hoe vaak laat u een uitstrijkje uitvoeren?
    - Om de 3 jaar
    - Om de 2 jaar
    - Elk jaar
    - Als ik een uitnodiging krijg voor het bevolkingsonderzoek
    - Andere: .....

3. Indien u geen uitstrijkje laat uitvoeren, waarom niet?
    - Ik zie er de noodzaak niet van in
    - Ik vind het uitstrijkje te pijnlijk
    - Ik schaam mij om een uitstrijkje te laten nemen
    - Ik heb geen klachten
    - Ik heb er geen tijd voor
    - Ik heb geen partner
    - Andere: .....
    - Niet van toepassing, ik laat een uitstrijkje uitvoeren

4. Wat vindt u ervan mocht onze praktijkverpleegkundige het uitstrijkje afnemen?
    - Ik zou het door haar laten doen
    - Ik heb liever dat mijn huisarts dit blijft doen → ***ga dan naar vraag 5***
    - Ik heb liever dat mijn gynaecoloog dit blijft doen → ***ga dan naar vraag 5***
    - Ik zou nog steeds geen uitstrijkje laten afnemen

5. Wat is de reden dat u liever bij de huisarts/gynaecoloog zou blijven voor uw uitstrijkje?
    - Ik ken de verpleegkundige niet en mijn huisarts/gynaecoloog wel
    - Ik vertrouw niet dat de verpleegkundige dit goed doet
    - Ik schaam mij om het door de verpleegkundige te laten doen
    - Andere: .....

6. Wat vindt u ervan mocht onze praktijkverpleegkundige (in overleg met uw behandelende arts) het resultaat van uw uitstrijkje beoordelen en met u bespreken?
    - Ik vind het goed dat de verpleegkundige dat zou doen
    - Ik heb liever dat mijn huisarts dat blijft doen
    - Ik heb liever dat mijn gynaecoloog dat blijft doen

Wat vindt u ervan mocht de praktijkverpleegkundige onderstaande taken uitvoeren?
Zet een kruisje.

	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Geen mening
Bloed afnemen					
Parameters nemen (bloeddruk, hartslag, lengte, gewicht, ...)					
Vaccineren					
ECG maken (hartfilmpje)					
Spirometrie afnemen (blaastest voor de longen)					
Wratjes bevriezen					
Oren uitspuiten					
Hechtingen verwijderen					
Wonden verzorgen					
Opvolgen van chronische ziekten zoals suikerziekte, longlijden, hoge bloeddruk, ... Dit in afwisseling met de huisarts.					
Herhalingsvoorschriften voor chronische medicatie maken					

Tot slot:

Wat is uw leeftijd? ..... jaar

Bedankt voor uw antwoorden!

Kwaliteit van baarmoederhalskankerscreening verbeteren in de huisartsenpraktijk.
Een rol voor de praktijkverpleegkundige?

Bijlage 2

Beste patiënt

Zoals u misschien weet werken we in onze huisartsenpraktijk samen met een verpleegkundige. In de toekomst zal zij, steeds in samenwerking en overleg met de huisarts, meer medische taken gaan uitvoeren. Om dat zo goed mogelijk te laten verlopen, willen we graag vooraf **uw mening kennen**. Wilt u ons helpen door enkele vragen te beantwoorden?

Door het invullen van deze **vragenlijst** geeft u automatisch toestemming voor het verwerken van onderstaande gegevens. De data worden anoniem verwerkt. U mag ten allen tijde uw deelname aan de enquête stoppen.
Bij vragen kan u terecht op phebedonne@gmail.com.

Wat vindt u ervan mocht de praktijkverpleegkundige onderstaande taken uitvoeren?
Zet een kruisje.

	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Geen mening
Bloed afnemen					
Parameters nemen (bloeddruk, hartslag, lengte, gewicht, ...)					
Vaccineren					
ECG maken (hartfilmpje)					
Spirometrie afnemen (blaastest voor de longen)					
Wratjes bevriezen					
Oren uitspuiten					
Hechtingen verwijderen					
Wonden verzorgen					
Opvolgen van chronische ziekten zoals suikerziekte, longlijden, hoge bloeddruk, ... Dit in afwisseling met de huisarts.					
Herhalingsvoorschriften voor chronische medicatie maken					

Tot slot:

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

2. Wat is uw leeftijd? ..... jaar

Bedankt voor uw antwoorden!

Kwaliteit van baarmoederhalskankerscreening verbeteren in de huisartsenpraktijk.
Een rol voor de praktijkverpleegkundige?

Bijlage 3

Checklist praktijkprotocol "Baarmoederhalskankerscreening met inzet van de praktijkverpleegkundige"

Element	Omschrijving	☐	Opmerkingen/notities
Praktijknaam	Naam van de praktijk / organisatie	☐	Huisartsenpraktijk Inverzo (Kapelweg 22, 3680 Maaseik)
Titel	Bevat minstens het type document (protocol, template…), het onderwerp en eventueel de doelgroep. In één oogopslag moet duidelijk zijn waar het document over gaat.	☐	Praktijkprotocol "Baarmoederhalskankerscreening met inzet van de praktijkverpleegkundige"
Protocol-verantwoordelijke	Wie het protocol heeft gemaakt en/of ervoor zorgt dat het up-to-date blijft.	☐	Phebe Donné (HAIO en onderzoeker van de masterthesis)
Doelgroep	Patiëntengroep die geïncludeerd wordt in het protocol.	☐	Vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar zonder gynaecologische klachten en zonder voorgaande gynaecologische problematiek waarvoor speciale opvolging vereist is. D.w.z. enkel preventieve trajecten bij vrouwen met normale voorgaande screening. Geen diagnostische of therapeutische trajecten bij vrouwen met afwijkend voorgaand uitstrijkje.
Logboek	Kernachtige beschrijving van de vorige versies van het protocol en wat er bij elke versie is veranderd, alsook de datum van ontwikkeling.	☐	/

Flowchart	Afhankelijk van het thema van het protocol kan een flowchart voor 2 zaken gebruikt worden. 1) Visuele weergave van het pad dat de patiënt doorloopt en de bijhorende beslissingen. Dit begint vanaf de aanmelding aan het onthaal of een oproep via brief/telefoon en bevat alle verdere contactmomenten (telefonisch, fysiek…). Een flowchart wordt meestal gebruikt bij onderwerpen waarin patiënten verschillende trajecten kunnen doorlopen. 2) Visuele weergave van een grotere patiëntengroep die kan opgesplitst worden in kleinere groepen met specifieke kenmerken. Voor elke kleinere groep is vervolgens een ander of aangepaste versie nodig van het protocol om in te spelen op de specifieke noden van de doelgroep.	☐	Zie in bijlage 5: - Flowchart 1 wanneer patiënte zich aanmeldt voor uitstrijkje: afspraak bij arts of bij verpleegkundige? - Flowchart 2 voor uitstrijkje bij 25 t.e.m. 29 jarige vrouwen - Flowchart 3 voor uitstrijkje bij 30 t.e.m. 64 jarige vrouwen
Steekkaart voor de zorgverlener	Schematische weergave van de verschillende contactmomenten tussen de patiënt en een zorgverlener met de acties die moeten ondernomen worden tijdens het contactmoment.	☐	Zie achteraan deze checklist: - Taken voor de zorgverlener per contactmoment
Streefdoelen	Omschrijving van de streefdoelen (HbA1C, BD, gewicht...) die men wenst te bereiken bij een groep patiënten met bepaalde kenmerken. Dit kan als kapstok gebruikt worden om vervolgens patiënt gericht te werken.	☐	- Screeningsgraad in de doelgroep verhogen door gemakkelijkere toegang bij de praktijkverpleegkundige en tijdige screening elke 3 of 5 jaar. - Uitstrijkjes correct noteren in het EMD en planning opmaken voor volgend uitstrijkje. - Correcte doorverwijzing bij afwijkende screening.

Oranje en Rode vlaggen	Criteria die bepalen in welke situatie en binnen welke termijn een arts moet gecontacteerd worden.	☐	- Een macroscopisch afwijkend letsel t.h.v. de cervix bij gynaecologisch klinisch onderzoek is een rode vlag. De praktijkverpleegkundige roept onmiddellijk een arts erbij voor verdere work-up. Dit gebeurt telefonisch naar (1) de vaste arts van de patiënte of indien die niet beschikbaar is (2) de permanentiearts op die dag. - Ook wanneer de verpleegkundige twijfelt over wat ze ziet bij gynaecologisch onderzoek, of wanneer het niet lukt om de cervix te visualiseren, roept ze hulp van een huisarts in.
Contactmomenten met bijhorende acties	De contactmomenten (telefonisch, fysiek, online…) die plaatsvinden tussen de patiënt en de huisartsenpraktijk binnen een bepaalde tijdsperiode (vb. 1 jaar.) aangevuld met de acties die gebeuren per contactmoment. Een actie beperkt zich niet enkel tot het technische (bloedafname, voetonderzoek…) maar kunnen ook administratief zijn (voorschrift maken, Jaarlijkse verwijsbrief…) of communicatief zijn (educatie, bespreken patiënten doelen…)	☐	Zie achteraan deze checklist: - Taken voor de zorgverlener per contactmoment
Verantwoordelijkheden	Voor elke discipline omschrijven welke acties worden uitgevoerd. Dit element kan gecombineerd worden met het vorige element: ‘contactmomenten met bijhorende acties’.	☐	Zie achteraan deze checklist: - Taken voor de zorgverlener per contactmoment

Verwijzing naar procedures waar nodig	Een verwijzing/link waar in detail wordt beschreven hoe handelingen binnen een bepaalde procedure dienen uitgevoerd en geïnterpreteerd te worden.	☐	- Handboek Gynaecologie van Depypere H., De Sutter P., Jacquemyn Y., Vergote I.
			  ○ paragraaf 1.3.3.2 Speculum-onderzoek (p. 25)
			- Document Vaardigheidsonderwijs: Gynaecologisch onderzoek van Universiteit Antwerpen
			  ○ paragraaf 3.1.1 t.e.m. paragraaf 3.1.6
			- Document over de procedure van het cervixuitstrijkje van labo CMA
			- E-learning Cervixscreening van Bevolkingsonderzoek Nederland
			- https://www.bevolkingsonderzoeknederland.nl/professionals/scholing-cervixscreening/

Aandachtspunten	Extra info die dient meegegeven te worden aan de patiënt of zaken waar je als zorgverlener notie van moet hebben voor het uitvoeren van een bepaalde actie.	☐	- Culturele sensitiviteit, in gesprek gaan wanneer zich een hindernis voor de BMHKS voordoet. - Correct invullen van labo formulier (i.k.v. terugbetaling; foute aanvraag kan patiënte veel geld kosten)
Labo-aanvraag	Indien van toepassing, template of beschrijving waarbij beschreven wordt in welke situatie, welke labo-onderzoeken aangevraagd worden.	☐	Zie bijlage 7: - Papieren aanvraag op naam van en ondertekend door (1) de vaste huisarts van de patiënte of (2) de permanentiearts op die dag, met de vaste huisarts in kopie.

Educatie	Beknopte beschrijving over welke educatie moet gegeven worden, aangevuld met een verwijzing naar een externe bron of procedures met meer gedetailleerde informatie.	☐	Educatiefase voor de praktijkverpleegkundige vóórdat protocol in werking kan gaan: - **Educatieve documentatie in de vorm van leestekst over de afnameprocedure, tekst over mogelijke resultaten en hoe deze verder op te volgen** o Site van CvKO : bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/nl) o Handboek Gynaecologie van Depypere H., De Sutter P., Jacquemyn Y., Vergote I. ▪ paragraaf 6.2 Preventie van baarmoederhalskanker (p. 99) ▪ vrijblijvend ook paragraaf 6.3 Invasieve baarmoederhalskanker (p. 104) ▪ paragraaf 1.3.3.2 Speculumonderzoek (p. 25) o Document 'Vaardigheidsonderwijs: Gynaecologisch onderzoek' van de Universiteit Antwerpen o Richtlijn cervixkankerscreening van Domus Medica en het meest recente opvolgrapport hiervan (https://www.domusmedica.be/richtlijnen/cervixkankerscreening) o Themadossier Baarmoederhalskanker van Domus Medica inclusief het vernieuwde screeningsbeleid weergegeven door Sciensano (https://www.domusmedica.be/richtlijnen/themadossiers/themadossier-baarmoederhalskankerscreening) - **E-learning Cervixscreening** van Bevolkingsonderzoek Nederland o https://www.bevolkingsonderzoeknederland.nl/professionals/scholing-cervixscreening/ - **Teaching fase in praktijk** 1. Verpleegkundige kijkt mee wanneer de arts een uitstrijkje uitvoert. 2. Verpleegkundige voert een uitstrijkje uit onder begeleiding / supervisie van een arts. 3. Verpleegkundige voert uitstrijkje alleen uit. 4. Kwaliteitsbeoordeling op de uitstrijkjes door verpleegkundige alleen uitgevoerd. De kennis die de praktijkverpleegkundige heeft vergaard in deze teachingfase kan ze zelf gebruiken om patiënten te educeren.

EMD gebruik	EMD-gebruik in de context van het onderwerp van het protocol. Algemene afspraken worden idealiter in een praktijk overschrijdende procedure neergeschreven. (Waar wordt wat genoteerd in het EMD, welke coderingen worden er gebruikt, hoe omgaan met de takenmodule, planning, zorgelementen...)	☐	- De praktijkverpleegkundige logt in via haar eigen account en kiest vervolgens de juiste huisarts onder wiens naam ze een contactmoment aanmaakt. In de rubriek subjectief noteert ze eerst *'BMHKS + naam verpleegkundige'*, zodat steeds duidelijk is dat het om dit praktijkprotocol gaat en traceerbaar is wie het preventieconsult uitvoerde. - De praktijkverpleegkundige brengt kort verslag uit in het EMD over het consult: i.v.m. de intake over seksuele veiligheid en gebruik/tevredenheid over anticonceptie, i.v.m. het klinisch onderzoek, zo nodig over bijzonderheden en het bijroepen van de arts. - Wanneer de huisarts en/of praktijkverpleegkundige een uitstrijkje uitvoert, wordt dit genoteerd in de rubriek **evaluatie** met de gecodeerde term ***cervixneoplasma screening (A98, Z12.4)***. - Wanneer het resultaat van een niet-afwijkend uitstrijkje binnenkomt in de inbox van het EMD, wordt dit door de praktijkverpleegkundige genoteerd via de rubriek planning. De planning wordt vernieuwd en automatisch verschijnt er een contactmoment met zorgelement *Cervix kanker (niet aanwezig).* - Wanneer het resultaat van een afwijkend uitstrijkje binnenkomt in de inbox van het EMD, wordt dit door de praktijkverpleegkundige gemeld aan desbetreffende arts via Trello. De arts zal het EMD vervolledigen gebruikmakend van gecodeerde term ***abnormaal cervixuitstrijkje (X86, R87)*** en de planning aanpassen. - Wanneer het resultaat van een uitstrijkje genoteerd wordt in het dossier, dient ook de **planning** voor het volgende uitstrijkje geupdate te worden. We streven naar een uniforme registratie van de planning d.m.v. de titel ***uitstrijkje cervix (screening)***.

Interne communicatie	In welke situatie er gecommuniceerd wordt in de context van het protocol, tussen welke zorgverleners en via welk communicatiekanaal met mensen in de praktijk. Dit kan eventueel verwerkt worden bij de 'contactmomenten met bijhorende acties'.	☐	Zie ook achteraan deze checklist: - Taken voor de zorgverlener per contactmoment - Bij een afwijkend macroscopisch letsel bij het gynaecologisch klinisch onderzoek neemt de verpleegkundige onmiddellijk telefonisch contact op met (1) de vaste huisarts van de patiënte of indien die niet beschikbaar is (2) de permanentiearts op die dag. - Bij afwijkend resultaat van het uitstrijkje verwittigt de praktijkverpleegkundige zo snel mogelijk de desbetreffende huisarts via Trello.
Externe communicatie	In welke situatie er gecommuniceerd wordt in de context van het protocol, tussen welke zorgverleners en via welk communicatiekanaal met mensen buiten de praktijk. Dit kan eventueel verwerkt worden bij de 'contactmomenten met bijhorende acties'.	☐	Zie ook achteraan deze checklist: - Taken voor de zorgverlener per contactmoment - De patiënte draagt in principe zelf de verantwoordelijkheid om telefonisch contact op te nemen met de praktijk om te vragen naar het resultaat van het uitstrijkje (tenzij bij een afwijkend resultaat, zie verder). - Bij geruststellend resultaat deelt de praktijkverpleegkundige het resultaat mee aan de patiënte. - Bij ASC-US met negatieve reflextest (hr-HPV -) mag de verpleegkundige alsnog het resultaat meedelen aan de patiënte. - Bij **ASC-US met positieve reflextest** (hr-HPV +), LSIL, ≥ ASC-H of AGC brengt de huisarts de **patiënte proactief op de hoogte**. - Bij een **hr-HPV + test** brengt de huisarts de **patiënte proactief op de hoogte**. - De huisarts stelt een verwijsbrief op voor de gynaecoloog zo nodig. Hiervoor is een standaard sjabloon beschikbaar. - De huisarts of praktijkverpleegkundige regelt een versnelde afspraak gynaecologie.

Verwijzing naar de netwerkkaart van de praktijk	Verwijzing naar een document met alle externe organisaties/zorgverleners (en hun contactgegevens) waarmee wordt samengewerkt in de huisartsenpraktijk.	☐	Zie bijlage 8: - Sjabloon voor verwijsbrief naar gynaecoloog in geval van afwijkend uitstrijkje wordt voorzien in Care Connect. - Deze brief bevat minstens relevante gynaecologische voorgeschiedenis, de datum en het resultaat van het laatst voorgaande uitstrijkje, de datum en het afwijkende resultaat van het huidige uitstrijkje en eventueel bemerkingen (anamnestisch of klinisch) uit het huidige preventieconsult.
Verwijzing naar extra procedures	Verwijzing naar procedures die niet rechtstreeks gerelateerd zijn aan het onderwerp van het protocol.	☐	/
Bronnen	Verwijzing naar bronnen waarop de inhoud van het protocol is gebaseerd zoals richtlijnen, wetenschappelijk onderzoek... Bij de bronnen dient (indien va toepassing) ook een verwijzing te zitten naar de bestaande zorgsystemen zoals het opstarttraject of voortraject bij diabetes.	☐	- Domus Medica. Cervixkankerscreening [Internet]. 2011 [cited 2025 Mar 2]. - Frank Smeets, Domus Medica. Opvolgrapport - Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering : cervixkankerscreening. 2017. - Sciensano. Introductie van de HPV-test in baarmoederhalskanker screening in België [Internet]. 2024 Oct [cited 2025 Mar 2].

Opmerkingen/notities:

DOMUS MEDICA
ALLES VOOR HUISARTSEN

Universiteit Antwerpen

Absolute en relatieve contraindicaties voor cervixuitstrijkje

- Absolute CI
  - Totale hysterectomie voor goedaardige aandoenignen
  - (totale hysterectomie voor cervicale neoplasie: indicatie voor opvolging individueel bepaald)
  - Macroscopisch verdacht letsel van cervixepitheel (bv. onregelmatig verheven letsel met ulceratie bedekt met bloederig of necrotisch materiaal) → verwijzing gynaecoloog voor colposcopie
- Relatieve CI – situaties met negatieve invloed op kwaliteit van uitstrijkje
  - Menstruatie, dervigsbloeding, doorbraakbloeding
  - Vaginale infectie of ontsteking
  - Genitale atrofie
  - Tijdens zwangerschap of <3 maanden postpartum of <3 maanden na borstvoeding
  - Vaginaal toucher → uitstrijkje moet altijd vaginaal toucher voorafgaan!
  - Recent gebruik met ontsmettingscrème of vloeistof, glijmiddel, vaginale medicatie (<48u)
  - Recente vaginale douche (<24u)
  - Recente colposcopie met azijnzuur (<24u)
  - Vorige uitstrijkje <3 maanden geleden → endotheel heeft tijd nodig om te regenereren. Niet te snel opnieuw om vals negatieve resultaten te vermijden.
  - Cervixchirurgie <3 maanden geleden
  - Radiotherapie zelf tot jaren nadien; altijd vermelden op aanvraagformulier

➔ Ook weergegeven op flowchart 2 & 3.

Taken voor de zorgverlener per contactmoment

Contactmoment	Taken onthaalmedewerker	Taken praktijkverpleegkundige	Taken huisarts
Telefonische aanmelding van vrouw voor uitstrijkje	- Leeftijd van vrouw controleren: tussen 25 en 64 jaar - Huidige gynaecologische klachten bevragen - Voorgaand afwijkend uitstrijkje bevragen - Navragen of er gynaecologische problematiek is uit het verleden waarvoor speciale opvolging vereist is - Nagaan of vrouw in het verleden een totale hysterectomie heeft gehad ➔ volg flowchart 1	- Leeftijd van vrouw controleren: tussen 25 en 64 jaar - Huidige gynaecologische klachten bevragen - Voorgaand afwijkend uitstrijkje bevragen - Navragen of er gynaecologische problematiek is uit het verleden waarvoor speciale opvolging vereist is - Nagaan of vrouw in het verleden een totale hysterectomie heeft gehad ➔ volg flowchart 1	/
Preventieconsult	/	- Twee vragen stellen i.v.m. seksuele veiligheid en gebruik/tevredenheid over anticonceptie - Relatieve contra-indicaties op dit moment nagaan - Nagaan wanneer het vorige uitstrijkje plaatsvond - Gynaecologisch klinisch onderzoek uitvoeren: aandacht voor macroscopisch zichtbare afwijkingen → rode vlag! → dan onmiddellijk telefonisch contact nemen (1) vaste huisarts of (2) permanentiearts - Uitstrijkje afnemen volgens aangeleerde procedure - Laboaanvraag correct invullen en uitstrijkje opsturen	- In geval van macroscopisch zichtbare afwijking het klinisch onderzoek overnemen van de praktijkverpleegkundige voor verdere diagnostiek. Verwijzing naar gynaecoloog zo nodig.

		- Bespreken met patiënte dat ze zelf belt voor het resultaat. Bij afwijkend resultaat zal ze zelf opgebeld worden door de huisarts. ➔ volg flowchart 2 of 3	
Wanneer resultaat van uitstrijkje gekend	/	- Bij geruststellend resultaat deelt praktijkverpleegkundige het resultaat mee aan de patiënte. - Bij afwijkend resultaat verwittigt de praktijkverpleegkundige zo snel mogelijk de huisarts via Trello. - Bij ASC-US met negatieve reflextest (hr-HPV -) mag de verpleegkundige alsnog het resultaat meedelen aan de patiënte. ➔ volg flowchart 2 of 3	- Bij afwijkend resultaat wordt de desbetreffende huisarts via Trello ingelicht door de praktijkverpleegkundige. - Bij ASC-US met positieve reflextest (hr-HPV +), LSIL, ≥ ASC-H of AGC brengt de huisarts de patiënte proactief op de hoogte. - Bij een hr-HPV + test brengt de huisarts de patiënte proactief op de hoogte. ➔ volg flowchart 2 of 3
Opvolgconsult na 12 maanden	/		- Na afwijkend resultaat van routine uitstrijkje wordt het volgende controle-uitstijkje door de huisarts uitgevoerd (= diagnostisch traject).

Kwaliteit van baarmoederhalskankerscreening verbeteren in de huisartsenpraktijk.
Een rol voor de praktijkverpleegkundige?

Bijlage 4

Portfolio praktijkverpleegkundige Inverzo: baarmoederhalskankerscreening

Mee kijken bij uitvoering van uitstrijkje		
Datum	Bij welke arts	Nota / take home message
18/06/25	Dr. Knippenberg	Palpatie (BM, ovaria)
18/06/25	Dr. Knippenberg	Borsteltje goed afkloppen
02/07/25	Dr. Baens	Spiraaltje gezien, beetje bloed is nl.
28/07/25	Dr. Knippenberg	Materiaal goed klaarleggen op voorhand
30/07/25	Dr. Knippenberg	Soms door blaas wat zoeken, iets lager...
04/08/25	Dr. Knippenberg	
05/08/25	Dr. Van de Voorde	Wit verlies
02/09/25	Dr. Van de Voorde	Vlot door goede positionering.

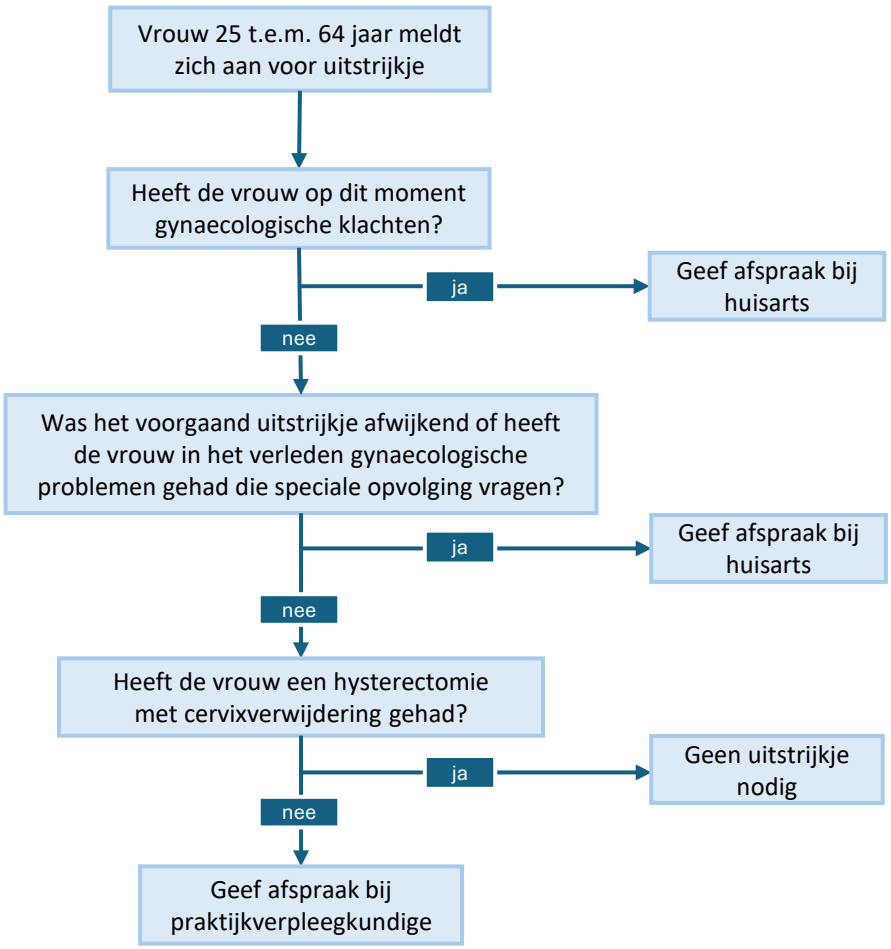
Uitstrijkje zelf uitvoeren onder supervisie		
Datum	Superviserende arts	Nota / take home message
09/09/25	Dr. Knippenberg	Diep genoeg gaan. Durven! palpatie ovaria & slingerpijn niet vergeten
01/10/25	Dr. Knippenberg	palpatie vergeten
02/10/25	Dr. Knippenberg	Vlot gegaan, palpatie oké
10/12/25	Dr. Knippenberg.	OK
11/12/25	Dr. Baens	alles goed klaarleggen als ik alleen ben
15/12/25	Dr. Knippenberg	Zeer vlot
16/12/25	Dr. Baens	Persoonlijk minder goed, cervix moeilijk te vinden, ook beetje prolaps, zager of w. uit.
08/01/26	Dr. Knippenberg	Kocher met compresje om zicht te verbeteren.

Uitstrijkje zelfstandig uitvoeren		
Datum	Kwaliteitscontrole achteraf a.d.h.v. resultaatweergave door labo (bv. "onvoldoende cellen") ➔ Goed of minder goede staal?	Nota / take home message
22/01/26	Voldoende beoordeelbaar. maar beperkt dr afwezigheid v. cellen v. overgangsgebied.	Normale cervix, dat gevonden. Voldoende ?
17/02/26	Goed staal.	Goed gegaan
19/03/26	Voldoende beoordeelbaar, maar beperkt dr afw. van cellen v. overgangsgebied.	OK. Cervix toch goed zichtbaar geweest.

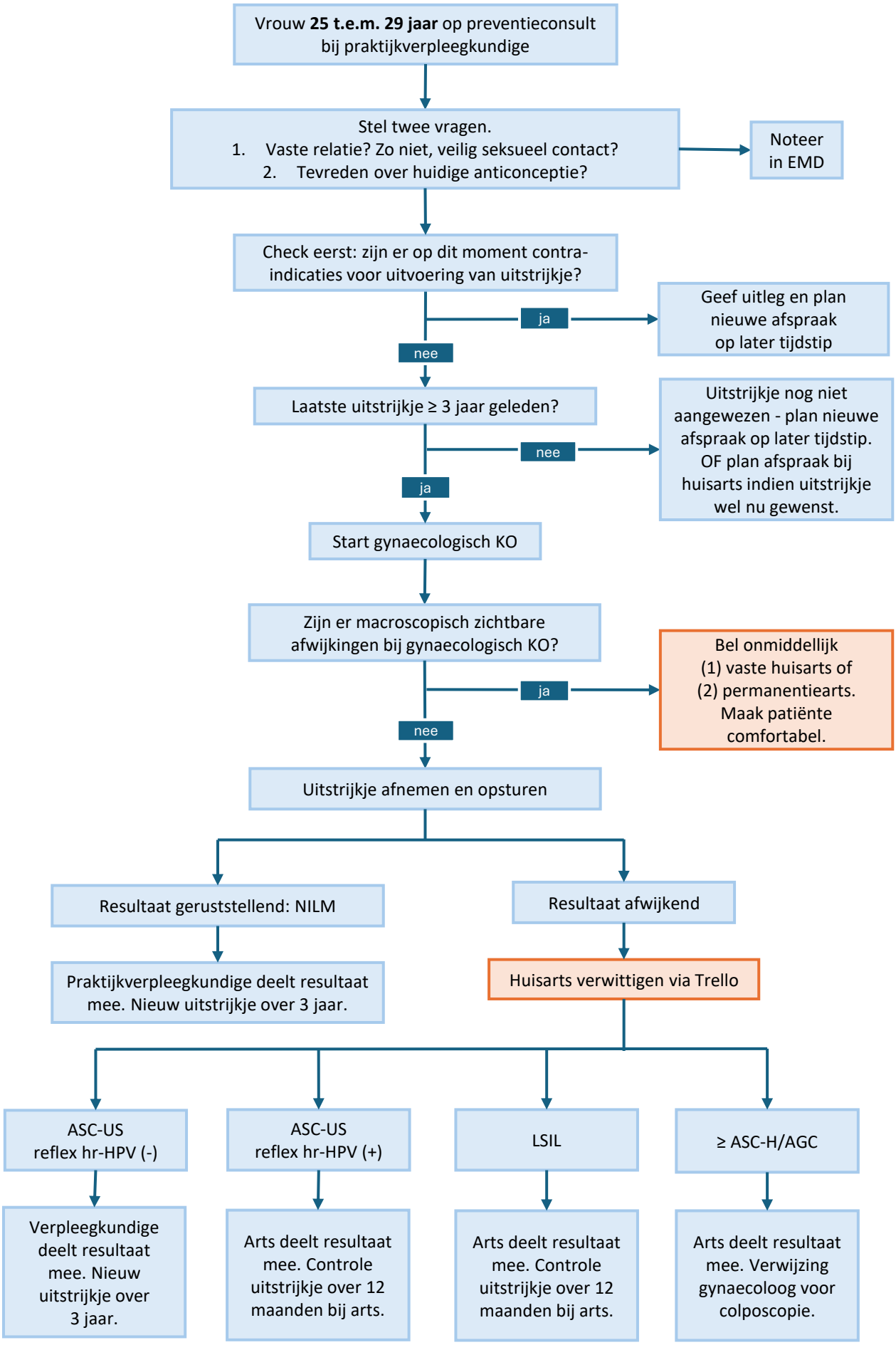
Kwaliteit van baarmoederhalskankerscreening verbeteren in de huisartsenpraktijk.
Een rol voor de praktijkverpleegkundige?

Bijlage 5

Flowchart 1


Vrouw 25 t.e.m. 64 jaar meldt zich aan voor uitstrijkje
Heeft de vrouw op dit moment gynaecologische klachten?
ja
Geef afspraak bij huisarts
nee
Was het voorgaand uitstrijkje afwijkend of heeft de vrouw in het verleden gynaecologische problemen gehad die speciale opvolging vragen?
ja
Geef afspraak bij huisarts
nee
Heeft de vrouw een hysterectomie met cervixverwijdering gehad?
ja
Geen uitstrijkje nodig
nee
Geef afspraak bij praktijkverpleegkundige

Flowchart 2


Vrouw **25 t.e.m. 29 jaar** op preventieconsult bij praktijkverpleegkundige
Stel twee vragen.
1. Vaste relatie? Zo niet, veilig seksueel contact?
2. Tevreden over huidige anticonceptie?
Noteer in EMD
Check eerst: zijn er op dit moment contra-indicaties voor uitvoering van uitstrijkje?
ja
Geef uitleg en plan nieuwe afspraak op later tijdstip
nee
Laatste uitstrijkje ≥ 3 jaar geleden?
nee
Uitstrijkje nog niet aangewezen - plan nieuwe afspraak op later tijdstip. OF plan afspraak bij huisarts indien uitstrijkje wel nu gewenst.
ja
Start gynaecologisch KO
Zijn er macroscopisch zichtbare afwijkingen bij gynaecologisch KO?
ja
Bel onmiddellijk (1) vaste huisarts of (2) permanentiearts. Maak patiënte comfortabel.
nee
Uitstrijkje afnemen en opsturen
Resultaat geruststellend: NILM
Praktijkverpleegkundige deelt resultaat mee. Nieuw uitstrijkje over 3 jaar.
Resultaat afwijkend
Huisarts verwittigen via Trello
ASC-US reflex hr-HPV (-)
Verpleegkundige deelt resultaat mee. Nieuw uitstrijkje over 3 jaar.
ASC-US reflex hr-HPV (+)
Arts deelt resultaat mee. Controle uitstrijkje over 12 maanden bij arts.
LSIL
Arts deelt resultaat mee. Controle uitstrijkje over 12 maanden bij arts.
≥ ASC-H/AGC
Arts deelt resultaat mee. Verwijzing gynaecoloog voor colposcopie.

Absolute contra-indicaties
- Totale hysterectomie voor goedaardige aandoeningen
- Totale hysterectomie voor cervicale neoplasie: indicatie voor opvolging individueel bepaald
- Macroscopisch verdacht letsel thv cervix: huisarts verwittigen, indicatie voor verwijzing naar gynaecoloog (colposcopie)

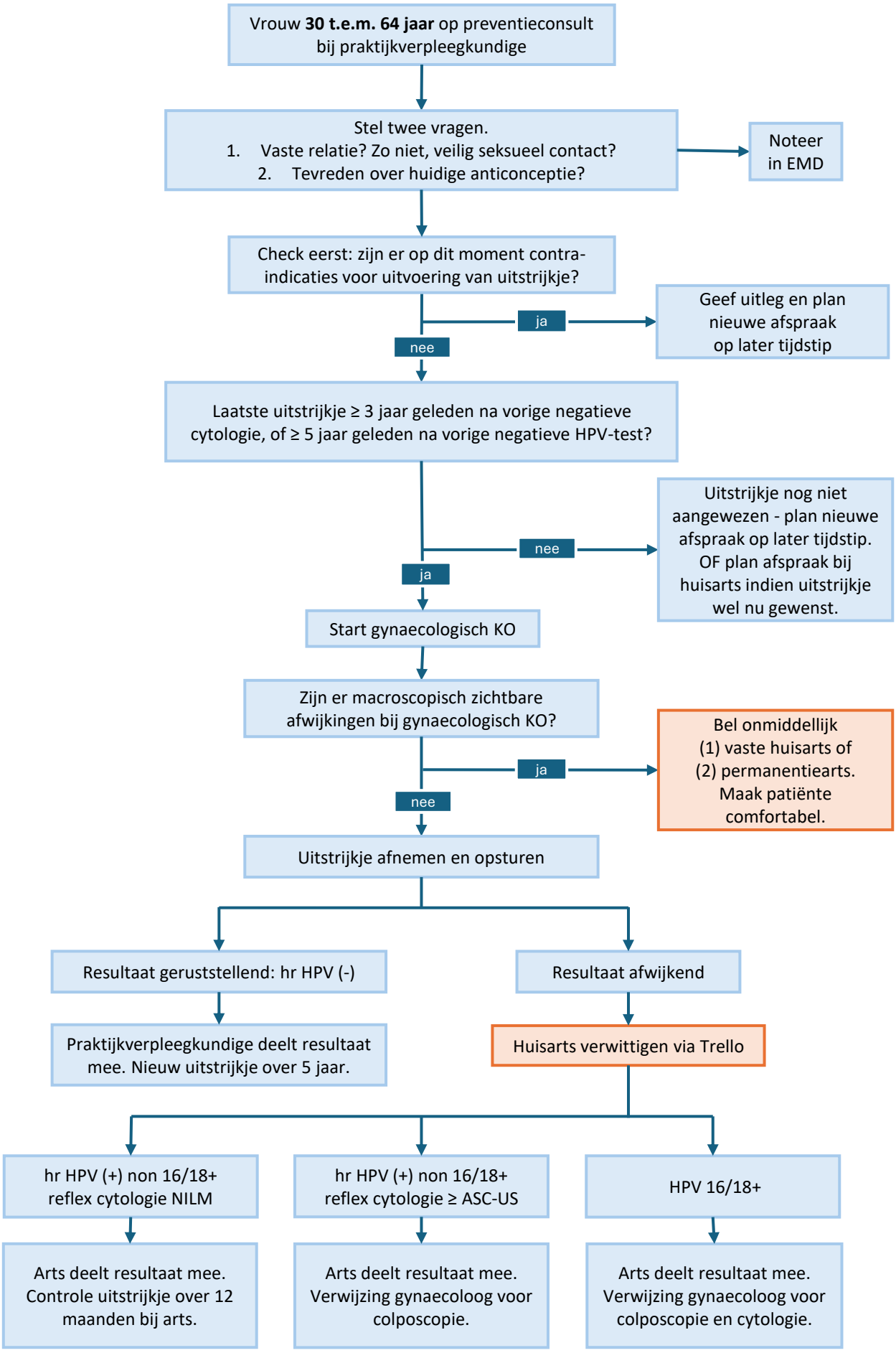
Relatieve contra-indicaties (situaties met negatieve invloed op kwaliteit van uitstrijkje)
- Menstruatie, doorbraakbloeding, dervingsbloeding
- Vaginale infectie of ontsteking
- Genitale atrofie
- Zwangerschap
- <3 maanden postpartum
- <3 maanden na borstvoeding
- Gebruik van vaginale crèmes, spoeling, glijmiddel, medicatie <48 uur
- Colposcopie met azijnzuur <24 uur
- <3 maanden na cervixchirurgie
- Radiotherapie (thv cervix) tot jaren nadien: vermelden op aanvraagformulier
- Vaginaal toucher: uitstrijkje moet altijd vooraf gaan aan vaginaal toucher
- <3 maanden na vorig uitstrijkje: endotheel heeft tijd nodig om te regenereren

Afkortingen
NILM = Negatief voor Intra-epitheliale Leasie of Maligniteit
ASC-US = Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (atypische plaveiselepitheelcellen waarvan de betekenis niet duidelijk is)
LSIL = Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (laaggradige intra-epitheliale plaveiselcelafwijkingen)
ASC-H = atypische squameuze cellen, HSIL kan niet met zekerheid uitgesloten worden
ACG = Atypical Glandular Cells (atypische klierepitheelcellen van endometriale of endocervicale oorsprong)
hr HPV = high risk type HPV

≥ ASC-H/AGC omvat alle hooggradige afwijkingen: ASC-H, ACG, HSIL, SCC, AIS, AC

HSIL = High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (hooggradige intra-epitheliale plaveiselcelafwijkingen)
AIS = Adenocarcinoma In Situ (lokaal adenocarcinoom; voorstadium van cervixkanker met afwijkende cellen aan de endocervix)
AC = Adenocarcinoma (adenocarcinoom)
SCC = Squamous Cell Carcinoma (plaveiselcelcarcinoom)

Flowchart 3


Vrouw **30 t.e.m. 64 jaar** op preventieconsult bij praktijkverpleegkundige
Stel twee vragen.
1. Vaste relatie? Zo niet, veilig seksueel contact?
2. Tevreden over huidige anticonceptie?
Noteer in EMD
Check eerst: zijn er op dit moment contra-indicaties voor uitvoering van uitstrijkje?
ja
Geef uitleg en plan nieuwe afspraak op later tijdstip
nee
Laatste uitstrijkje ≥ 3 jaar geleden na vorige negatieve cytologie, of ≥ 5 jaar geleden na vorige negatieve HPV-test?
nee
Uitstrijkje nog niet aangewezen - plan nieuwe afspraak op later tijdstip. OF plan afspraak bij huisarts indien uitstrijkje wel nu gewenst.
ja
Start gynaecologisch KO
Zijn er macroscopisch zichtbare afwijkingen bij gynaecologisch KO?
ja
Bel onmiddellijk (1) vaste huisarts of (2) permanentiearts. Maak patiënte comfortabel.
nee
Uitstrijkje afnemen en opsturen
Resultaat geruststellend: hr HPV (-)
Praktijkverpleegkundige deelt resultaat mee. Nieuw uitstrijkje over 5 jaar.
Resultaat afwijkend
Huisarts verwittigen via Trello
hr HPV (+) non 16/18+ reflex cytologie NILM
Arts deelt resultaat mee. Controle uitstrijkje over 12 maanden bij arts.
hr HPV (+) non 16/18+ reflex cytologie ≥ ASC-US
Arts deelt resultaat mee. Verwijzing gynaecoloog voor colposcopie.
HPV 16/18+
Arts deelt resultaat mee. Verwijzing gynaecoloog voor colposcopie en cytologie.

Absolute contra-indicaties
- Totale hysterectomie voor goedaardige aandoeningen
- Totale hysterectomie voor cervicale neoplasie: indicatie voor opvolging individueel bepaald
- Macroscopisch verdacht letsel thv cervix: huisarts verwittigen, indicatie voor verwijzing naar gynaecoloog (colposcopie)

Relatieve contra-indicaties (situaties met negatieve invloed op kwaliteit van uitstrijkje)
- Menstruatie, doorbraakbloeding, dervingsbloeding
- Vaginale infectie of ontsteking
- Genitale atrofie
- Zwangerschap
- <3 maanden postpartum
- <3 maanden na borstvoeding
- Gebruik van vaginale crèmes, spoeling, glijmiddel, medicatie <48 uur
- Colposcopie met azijnzuur <24 uur
- <3 maanden na cervixchirurgie
- Radiotherapie (thv cervix) tot jaren nadien: vermelden op aanvraagformulier
- Vaginaal toucher: uitstrijkje moet altijd vooraf gaan aan vaginaal toucher
- <3 maanden na vorig uitstrijkje: endotheel heeft tijd nodig om te regenereren

Afkortingen
NILM = Negatief voor Intra-epitheliale Leasie of Maligniteit
ASC-US = Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (atypische plaveiselepitheelcellen waarvan de betekenis niet duidelijk is)
LSIL = Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (laaggradige intra-epitheliale plaveiselcelafwijkingen)
ASC-H = atypische squameuze cellen, HSIL kan niet met zekerheid uitgesloten worden
ACG = Atypical Glandular Cells (atypische klierepitheelcellen van endometriale of endocervicale oorsprong)
hr HPV = high risk type HPV

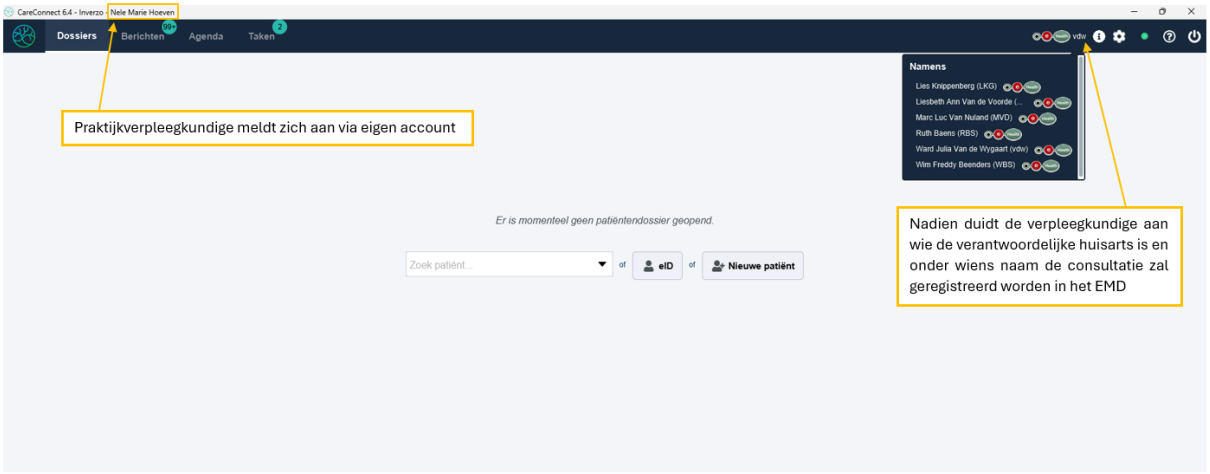
≥ ASC-H/AGC omvat alle hooggradige afwijkingen: ASC-H, ACG, HSIL, SCC, AIS, AC

HSIL = High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (hooggradige intra-epitheliale plaveiselcelafwijkingen)
AIS = Adenocarcinoma In Situ (lokaal adenocarcinoom; voorstadium van cervixkanker met afwijkende cellen aan de endocervix)
AC = Adenocarcinoma (adenocarcinoom)
SCC = Squamous Cell Carcinoma (plaveiselcelcarcinoom)

Kwaliteit van baarmoederhalskankerscreening verbeteren in de huisartsenpraktijk.
Een rol voor de praktijkverpleegkundige?

Bijlage 6

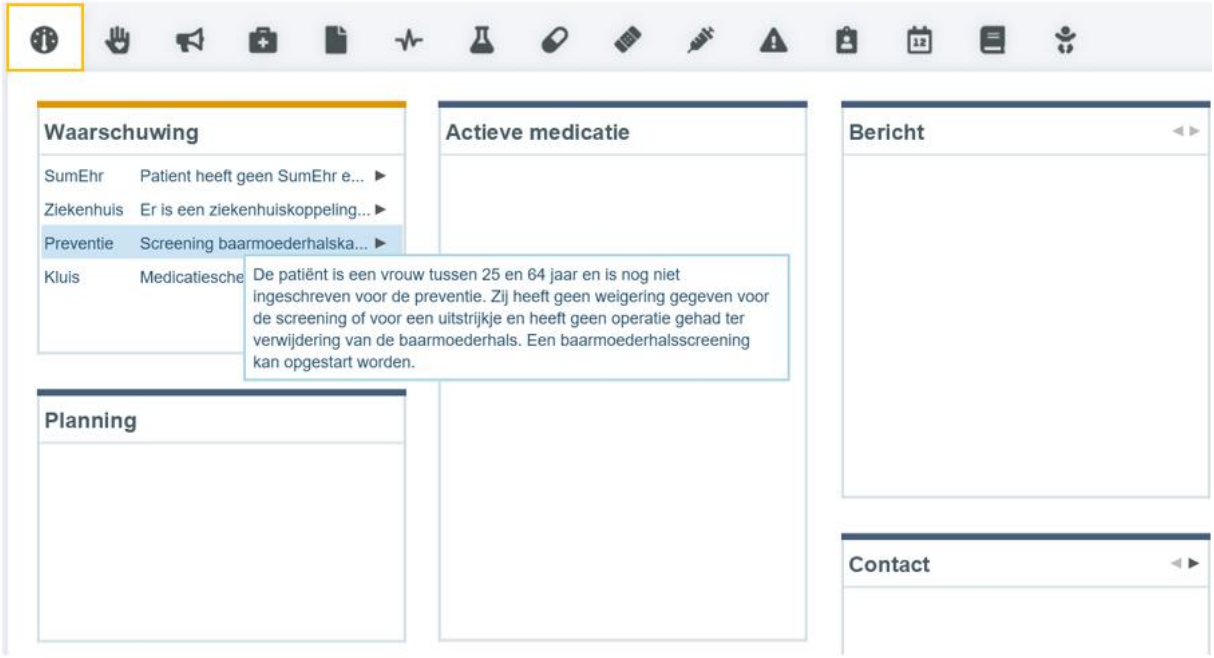
Afbeelding 1: aanmelding verpleegkundige en keuze van arts



Afbeelding 2: voorbeeld van registratie van preventieconsult in EMD



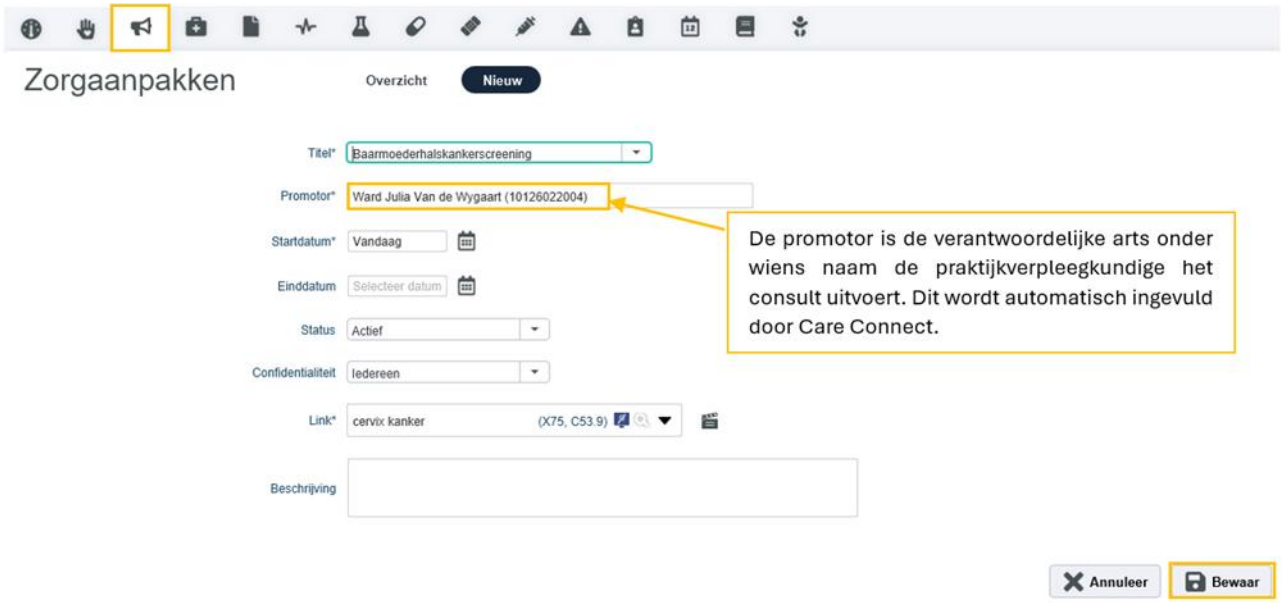
Afbeelding 3: dashboard met screeningstraject



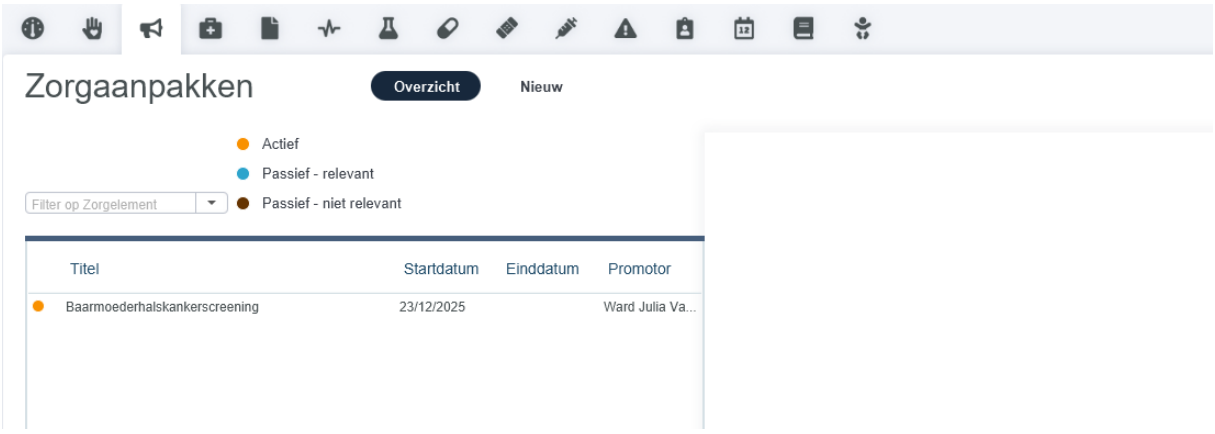
Afbeelding 4: start een nieuw screeningstraject



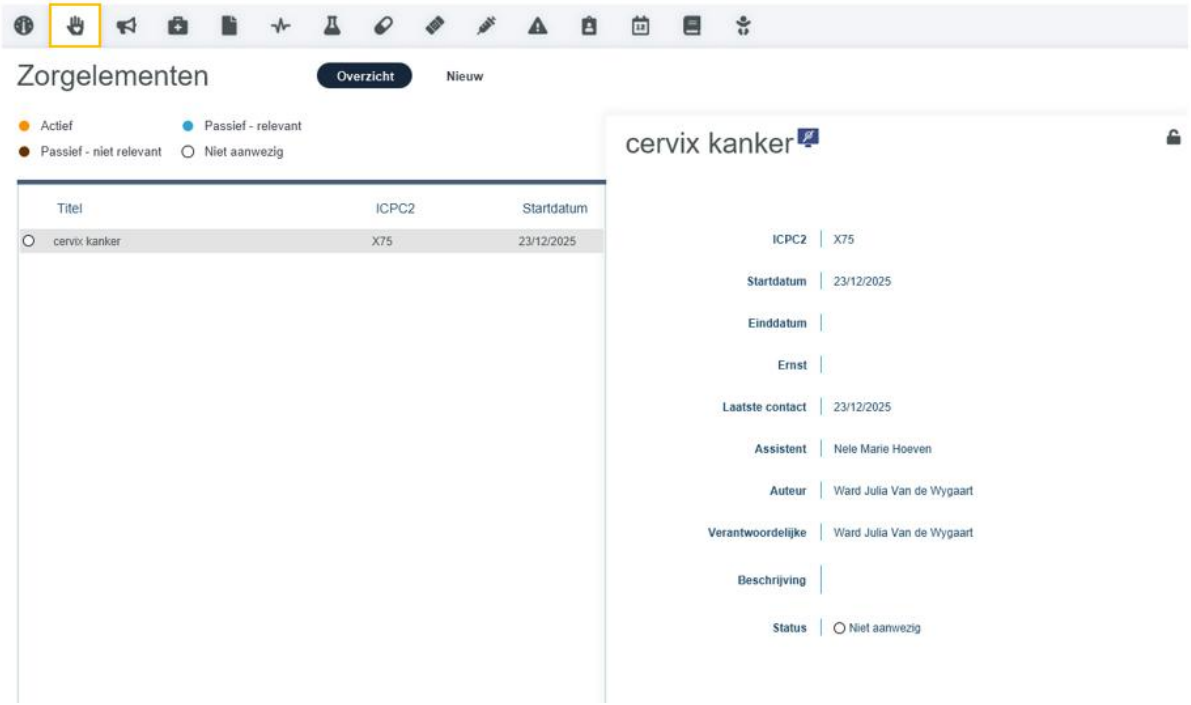
Afbeelding 5: een nieuw screeningstraject wordt automatisch aangemaakt als zorgaanpak



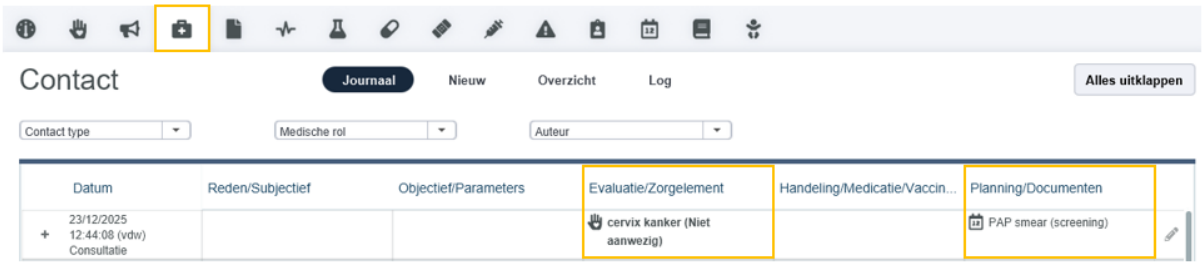
Afbeelding 6: weergave van een nieuw screeningstraject na bewaren



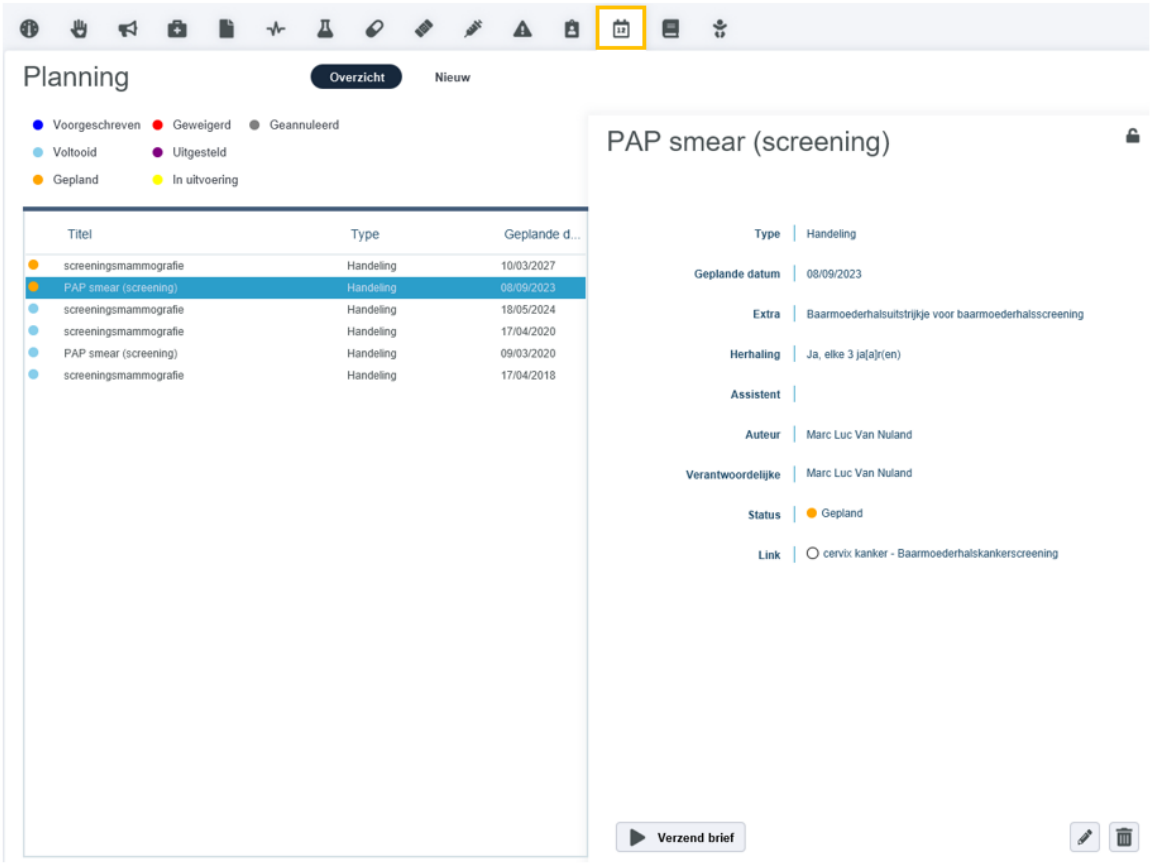
Afbeelding 7: bij een nieuw screeningstraject wordt automatisch een nieuw zorgelement aangemaakt



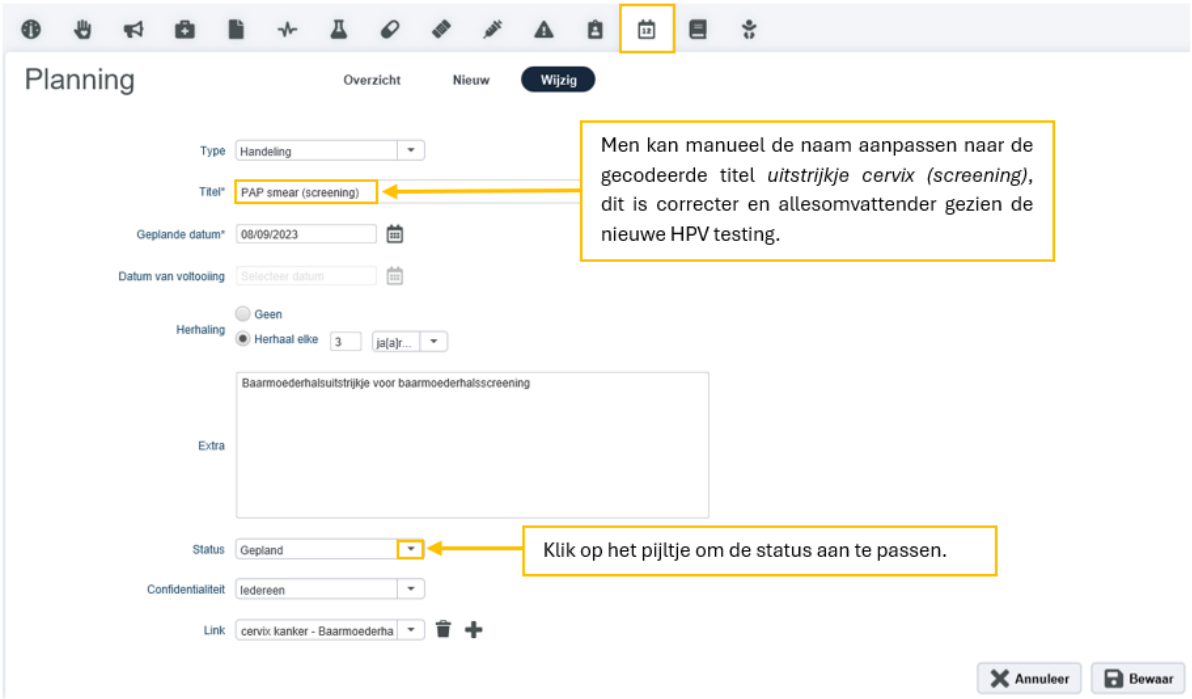
Afbeelding 8: automatisch verschijnen van een contactmoment met weergave van zorgelement en planning



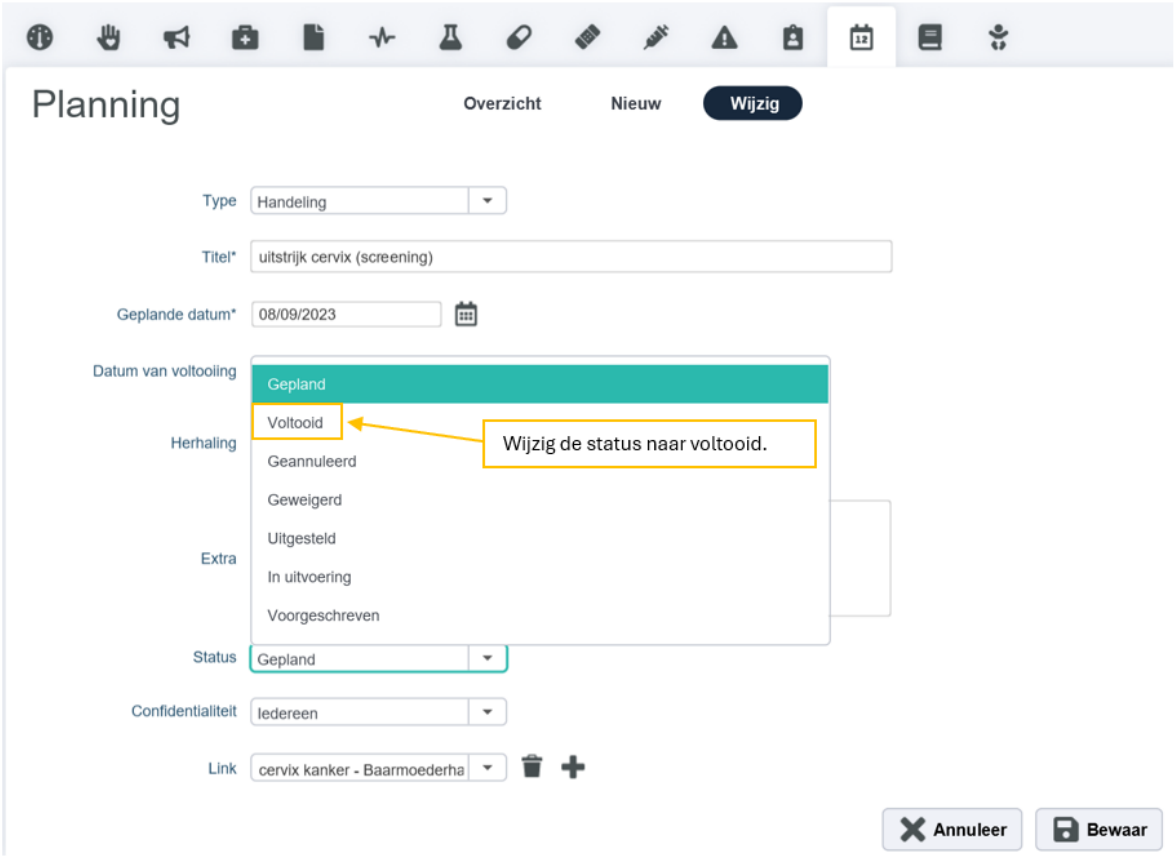
Afbeelding 9: kies de laatst geplande BMHKS met oranje kleurcode



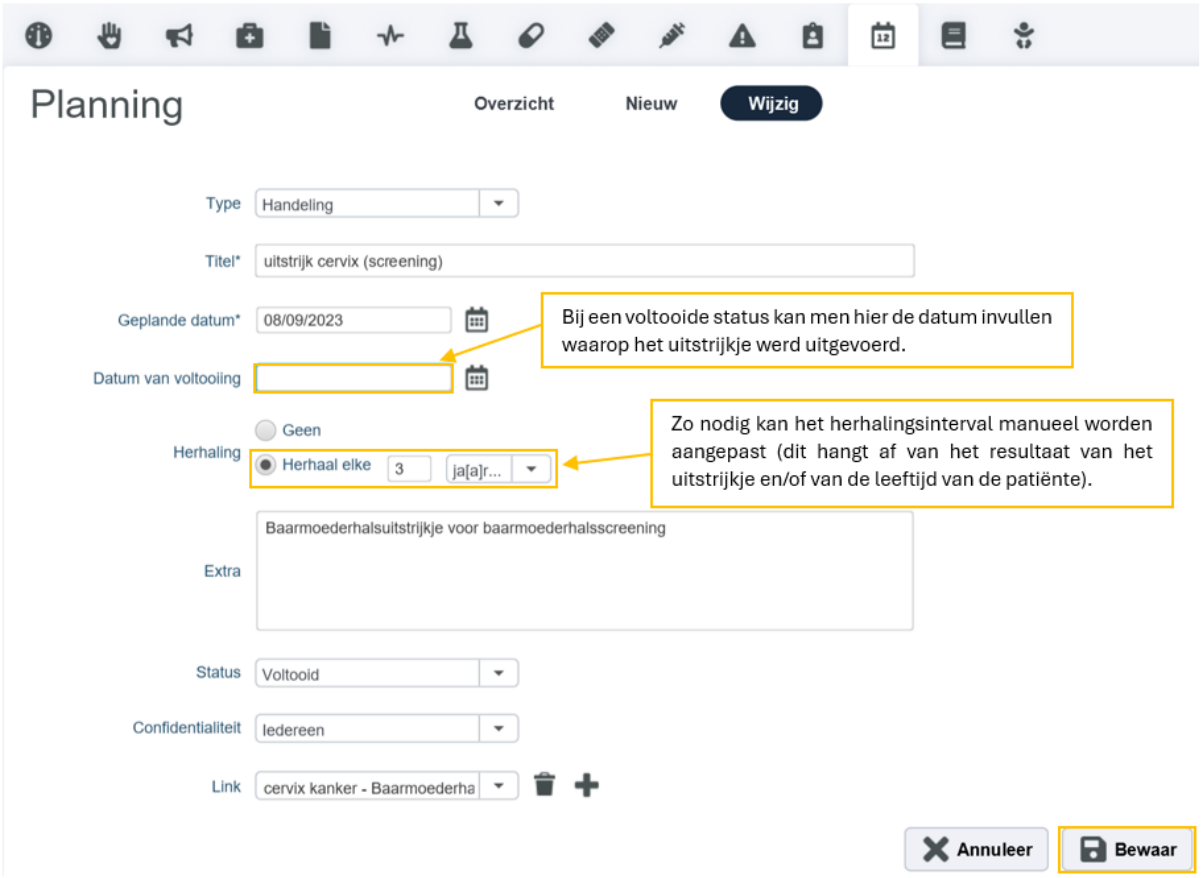
Afbeelding 10: naam van de planning wijzigen en status aanpassen



Afbeelding 11: geplande status wijzigen naar voltooide status



Afbeelding 12: datum van het huidige uitstrijkje ingeven en correct herhalingsinterval kiezen



Kwaliteit van baarmoederhalskankerscreening verbeteren in de huisartsenpraktijk.
Een rol voor de praktijkverpleegkundige?

Bijlage 7

PATIENT

Naam/Voornaam .....

☐ M ☐ V

Geboortedatum . . . . / . . . . / . . . . . Afname . . . / . . . / . . . . u . . .

Adres .....

.....

Mutualiteit . . .

Rijksregisternr

CG1 . . . CG2 . . .

☐ Tel ☐ Fax ☐ Mail ☐ Sms

.....

.....

.....

☐ Medisch urgent

☐ Kopie aan patiënt ☐ Meedelen aan patiënt

☐ Franstalig rapport U. ref .....

Kopie aan .....

Adres *(verplicht)* .....

.....

BARCODE

In te vullen door praktijkverpleegkundige

OPSPOREN BAARMOEDERHALSKANKER

Leeftijdsklassen refereren naar de leeftijd die de patiënt in de loop van het jaar bereikt. Leeftijd = dit jaar - geboortejaar.

HERKOMST STAAL

☐ Cervix ☐ Vaginakoepel ☐ Vulva ☐ Vaginawand ☐ Andere: .....

KLINISCHE GEGEVENS

Onderzoek:
- ☐ Gave cervix
- ☐ Erosie
- ☐ (Endocervicale) poliep
- ☐ Ontsteking/infectie
- ☐ Verdacht
- ☐ .....

Status:
- ☐ Laatste menses: .....
- ☐ Menopauze sedert: .....
- ☐ Hormonale substitutie
- ☐ Zwangerschap
- ☐ Post-partum
- ☐ Post-abortum
- ☐ I.U.D.
- ☐ Hormonale contraceptie

Ingrepen/behandeling:
- ☐ Geen
- ☐ Oestrogenen/Progestagenen
- ☐ Colposcopie
- ☐ Conisatie/Lusexcisie
- ☐ Cryo- of lasertherapie
- ☐ Radiotherapie
- ☐ Hysterectomie, cervix aanwezig
- ☐ Hysterectomie, cervix afwezig

Anatomopathologisch onderzoek:
- ☐ Normaal
- ☐ CIN 1
- ☐ CIN 2
- ☐ CIN 3
- ☐ Cervixcarcinoom

☐ Mon

GEORGANISEERDE SCREENING

Primaire screening

987 ☐ 25-29j: Cytologie en indien atypische cellen aanwezig: +HPV (1x/3 kal.j)

988 ☐ 30-64j: HPV en indien hr-HPV positief: +Cytologie (1x/5 kal.j)

989 ☐ >/=65j: HPV en Cytologie (voorwaarde: geen terugbetaalde screening de afgelopen 10 kalenderjaren)

Praktijkverpleegkundige kan enkel kiezen voor één van deze opties, afhankelijk van de leeftijdscategorie van de patiënte

Opvolging 12 maanden na afwijkend resultaat van primaire screening (pas van toepassing voor aanvragen vanaf 1/01/2026)

942 ☐ 25-29j: Cytologie en indien atypische cellen aanwezig: +HPV

943 ☐ >29j: HPV en indien hr-HPV positief: +Cytologie

DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE OPVOLGING

993 ☐ Cytologie 1x/kal.j zo lang medisch noodzakelijk

994 ☐ HPV 1x/kal.j zo lang medisch noodzakelijk en indien hr-HPV positief: +Cytologie

953 ☐ Cytologie 2x/kal.j met eenmalig notificatieformulier (verplicht) naar VI 'Tijdelijk hoogrisico'

955 ☐ HPV 2x/kal.j met eenmalig notificatieformulier (verplicht) naar VI 'Tijdelijk hoogrisico' en indien hr-HPV positief: +Cytologie

Indicatie (verplicht): ☐ Na afwijkende Cytologie ☐ Na conisatie ☐ Na positieve hr-HPV ☐ .....

Voorwaarden voor combineren van Cytologie en HPV: zie richtlijnen van Sciensano (https://www.sciensano.be/en/biblio/clinical-guidance-supporting-introduction-hpv-test-cervical-cancer-screening-belgium).

KLINISCH/DIAGNOSTISCH

944 ☐ HPV en Cytologie met notificatieformulier (verplicht) naar VI

Indicatie (verplicht): ☐ Onverklaard post-coïtaal bloedverlies ☐ Post-menopauzaal bloedverlies ☐ Abnormaal therapieresistent uterien bloedverlies

HOOGRISICO GROEPEN met eenmalig notificatieformulier (verplicht) naar VI

995 ☐ Cytologie bij patiënt (21-29j) met immuunsuppressie, aanbevolen 1x/kal.j en indien atypische cellen aanwezig: +HPV

996 ☐ HPV bij patiënt (30-64j) met immuunsuppressie, aanbevolen 1x/3 kal.j en indien hr-HPV positief: +Cytologie

Indicatie (verplicht):
- ☐ HIV-positieve persoon
- ☐ Na orgaantransplantatie
- ☐ Na allogenetische stamceltransplantatie
- ☐ SLE
- ☐ Congenitale primaire immuundeficiëntie
- ☐ Onder immuunsuppressieve behandeling voor:
  - ☐ Inflammatoire darmaandoeningen
  - ☐ Reumatologische aandoeningen
  - ☐ Sarcoïdose
  - ☐ Neuromyelitis optica

962 ☐ HPV en Cytologie bij DES-slachtoffer, aanbevolen 1x/j

963 ☐ HPV en Cytologie bij patiënt met adenocarcinoma in situ, aanbevolen 1x/j

ANDERE REDEN VAN ONDERZOEK, GEÏNFORMEERDE PATIËNT (niet terugbetaald, aangerekend aan patiënt)

7420 ☐ HPV € 7380 ☐ Cytologie € 7420/7380 ☐ HPV en Cytologie € €: geen terugbetaling

ARTS *stempel + datum + handtekening*

Gegevens + handtekening van de verantwoordelijke huisarts

73364

HASST01/HASOT01/HASAT01

HPV_N_V05

Kwaliteit van baarmoederhalskankerscreening verbeteren in de huisartsenpraktijk. Een rol voor de praktijkverpleegkundige?

Bijlage 8

Dr. Donné Phebe
Huisartsenpraktijk Inverzo
Kapelweg 22
3680 Maaseik
Telefoon: 089567883
RIZIV nr: 11000984006

Aan gynaecologie

Betreft: Annabelle Janssen (fictief)
Geboortedatum 25/01/1999
Rijksregisternummer 99012527492

Geachte collega

Ik verwijs bovenstaande patiënte voor uw advies in kader van een afwijkend preventief cervixuitstrijkje, dat werd afgenomen op (datum huidige uitstrijkje): (type afwijking).

Anamnestisch en bij gynaecologisch klinisch onderzoek zijn er (wel/geen) bijzonderheden te vermelden: (....)

Voorgaand uitstrijkje dateert van (datum vorig uitstrijkje) en was (normaal/afwijkend).

Relevante gynaecologische voorgeschiedenis: (...).

Algemene medische voorgeschiedenis:

- (.....)

Medicatielijst:

- (.....)

Graag vertrouw ik u mijn patiënte toe.

Met collegiale groeten,

Dr. Donné Phebe

Huisartsenpraktijk Inverzo