Waarom laten vrouwen het cervixuitstrijkje afnemen door een gynaecoloog en niet door hun eigen huisarts?

Hoda Rezaei, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. dr. J. Vandevoorde, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Dr. R. De Keersmaecker

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

'Scientific knowledge is the highest attainment upon the human plane, for science is the discoverer of realities.'

Abdu'l-Bahá

Abstract

Waarom laten vrouwen het cervixuitstrijkje afnemen door een gynaecoloog en niet door hun eigen huisarts?

Huisarts-in-opleiding: Hoda Rezaei (Vrije Universiteit Brussel)
Promotor: Prof. dr. J. Vandevoorde (Vrije Universiteit Brussel)
Co-Promotor: Dr. R. De Keersmaecker
Praktijkopleiders: Dr. R. De Keersmaecer, Dr. K. Van Tilborgh

Context: Cervixkanker is heden ten dage een belangrijk gezondheidsprobleem. Periodieke screening op cervixkanker door middel van het cervixuitstrijkje is een zinvolle preventieve interventie en behoort tot het takenpakket van de huisarts. Er wordt echter gezien dat het cervixuitstrijkje de afgelopen jaren steeds meer door gynaecologen wordt afgenomen en steeds minder door huisartsen.

Onderzoeksvraag: Waarom laten vrouwen het cervixuitstrijkje afnemen door een gynaecoloog en niet door hun eigen huisarts?

Methode: Dit onderzoek werd uitgevoerd in een huisartsenpraktijk te Sint-Truiden; een stad in de Belgische provincie Limburg. Het onderzoek betrof een prospectief observationeel onderzoek, waarbij gegevens werden verzameld middels een vragenlijst. Alle vrouwelijke patiënten van 25 tot en met 64 jaar, die de huisarts consulteerden ongeacht welk probleem, werden gevraagd een vragenlijst anoniem in te vullen. Vragenlijsten werden verzameld over een periode van drie maanden.

Resultaten: Van de 213 geïncludeerde vrouwen in dit onderzoek, werd bij bijna 60% het eerste uitstrijkje afgenomen bij de gynaecoloog. De rest had dit laten doen bij de huisarts. Na het eerste uitstrijkje verkoos de meerderheid van de vrouwen (bijna 56%) de eigen huisarts boven de gynaecoloog voor haar vervolguitstrijkje(s). Dit onderzoek toont tevens aan dat waar de vrouw haar eerste uitstrijkje liet afnemen een sterke onafhankelijke voorspeller is geweest voor waar de vrouw haar vervolguitstrijkje(s) heeft laten uitvoeren. (OR=11,48, P<0,001)
Van de vrouwen die altijd of liever naar de gynaecoloog gingen voor hun uitstrijkje gaf 68,2% aan dat zij na hun eerste uitstrijkje uit gewoonte zijn blijven terug gaan naar de gynaecoloog voor hun vervolguitstrijkje(s). Dit was verreweg de vaakst genoemde reden om bij de gynaecoloog het uitstrijkje te laten afnemen.
In dit onderzoek is tevens naar voren gekomen, dat de richtlijn niet goed is toegepast als het gaat om de leeftijd waarop de vrouw voor het eerst gescreend werd. Bijna de helft van de vrouwen (47,4%) had een leeftijd onder de 25 jaar ten tijde van haar eerste screening.

Conclusies: De plaats waar het eerste uitstrijkje wordt afgenomen, lijkt een cruciale rol te spelen in de keuze waar de vrouw haar vervolguitstrijkjes laat uitvoeren. Dit impliceert dat er een belangrijke en uitdagende taak ligt weggelegd voor de huisarts om ervoor te zorgen dat de vrouw haar eerste uitstrijkje laat afnemen bij de huisarts. De huisarts moet de patiënte dus al op de hoogte te brengen van het cervixuitstrijkje vóór de screeningsleeftijd van 25 jaar. Dit is dan tevens een uitgesproken mogelijkheid om de aanbevolen screeningsleeftijd en screeningsintervallen met de vrouw te bespreken. Deze inzichten brengen met zich mee dat er mogelijk een andere manier van aanpak en organisatie nodig is door de huisarts. Maar als dit bereikt kan worden, dan zal dat mogelijk kunnen betekenen dat vrouwen in de toekomst het cervixuitstrijkje weer steeds meer zullen laten afnemen door hun eigen huisarts en steeds minder door de gynaecoloog.

Contact: Hoda_Rezaei@hotmail.com

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding 1

Hoofdstuk 2: Methoden 3
2.1 Praktijksetting 3
2.2 De vragenlijst 3
2.3 Goedkeuring Ethische Commissie 3
2.4 Uitvoering onderzoek en dataverzameling 3
2.5 Statistieken 4

Hoofdstuk 3: Resultaten 5
3.1 Onderzoeksgroep 5
3.2 Karakteristieken van de onderzoeksgroep – demografische gegevens 5
3.3 Karakteristieken van de onderzoeksgroep – het uitstrijkje 6
3.4 Karakteristieken van de onderzoeksgroep – type arts voor afname van het uitstrijkje 7
3.5 Redenen om naar de gynaecoloog te gaan 10
3.6 Toekomst 12

Hoofdstuk 4: Discussie 13
4.1 Beperkingen in dit onderzoek 15
4.2 Aanbevelingen 16

Hoofdstuk 5: Conclusie 17

Hoofdstuk 6: Dankwoord 18

Hoofdstuk 7: Referenties 19

Bijlage A: Vragenlijst 20
Bijlage B: Informatieformulier voor de patiënt 22
Bijlage C: Toestemmingsformulier 23
Bijlage D: Studieprotocol: Waarom laten vrouwen het cervixuitstrijkje afnemen door een gynaecoloog en niet door hun eigen huisarts? 24
Bijlage E: Advies van de Commissie Medische Ethiek 26

1. Inleiding

Cervixkanker, kanker van de baarmoederhals, is heden ten dage een belangrijk gezondheidsprobleem.[1] In België staat baarmoederhalskanker op de 12de plaats van meest voorkomende kankers bij vrouwen (2,1%) en is deze vorm van kanker de 3de gynaecologische kanker.[2] In 2011 waren er volgens de meest recente cijfers van het Belgische kankerregister 623 gevallen van baarmoederhalskanker, met een gemiddelde leeftijd van 54 jaar waarop de diagnose wordt gesteld.[2] Jaarlijks sterven hier nog altijd meer dan honderd Vlaamse vrouwen aan en zien we dat het grootste deel van deze gevallen vrouwen zijn die niet (recent) gescreend werden.[1]

Het cervixuitstrijkje, een geschikte en eenvoudig uit te voeren test, is al ruim een halve eeuw de referentie voor het opsporen van vroegtijdige veranderingen, die over lange tijd zouden kunnen leiden tot baarmoederhalskanker.[1,2,3] Periodieke screening door middel van het uitstrijkje, gevolgd door adequate opvolging van de gevonden afwijkingen, reduceert de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van de cervixkanker met minstens 80%. Een zinvolle preventieve interventie, mits dit op een georganiseerde manier gebeurt.[1]

Volgens de richtlijnen van Domus Medica wordt dan ook aangeraden om alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar oud, voor zover zij geen volledige hysterectomie ondergingen en zij ooit seksueel actief waren, te screenen op baarmoederhalskanker door middel van een cervixuitstrijkje. Het wordt aanbevolen het screeningsuitstrijkje om de drie jaar uit te laten voeren, hetgeen dan ook volledig terugbetaald is door het RIZIV.[1]

In België is er sprake van een screeningsgraad van slechts 60%.[1,2,4,5] Zo zijn 1,1 Miljoen Belgische vrouwen uit de doelgroep niet of onvoldoende gescreend.[1] De huisarts kan een unieke bijdrage leveren om deze lage screeningspercentages te verhogen, daar de vrouwen die niet (recent) gescreend worden, wel in contact staan met de huisarts voor andere problemen.[1,5] Bovendien is de kwaliteit van uitstrijkjes die de huisarts maakt, over het algemeen zeer goed.[1] Elke huisartsenpraktijk moet dan ook zelf uitstrijkjes kunnen uitvoeren, zo stelt Domus Medica in zijn richtlijnen.[1] Cervixkankerpreventie en het aanbieden daarvan behoort dan ook nog steeds tot het takenpakket van huisartsen.[1,5] Echter, een formele taakverdeling voor cervixscreening bestaat er niet.[1]

Er zijn zorgsystemen met een poortwachterssysteem, waarbij er een verwijzing nodig is van de eerstelijnsarts, de huisarts, om naar de specialist te kunnen gaan. In België heerst er echter geen strikte echelonnering en wordt de patiënte de keuze gegeven om een gynaecoloog te kiezen als haar eerstelijnsarts.[4,6,7]
De laatste jaren heeft er een spontane evolutie plaatsgevonden door een aanbod aan gynaecologen en op vraag van de patiënte zelf, waardoor in België anno 2015, de algemene gynaecoloog nog steeds de eerstelijnsarts voor specifieke vrouwgebonden gezondheidsproblemen is.[7]
Kijkend naar de cijfers dan wordt er gesteld dat 75 tot 80% van de dagelijkse praktijkvoering op een klassieke gynaecologisch spreekuur routinecontroles en onderzoeken zijn. Tevens gebeurt maar 10 tot 15% van alle raadplegingen aan de hand van een verwijzing door huisartsen.[7] In een onderzoek bij 1800 vrouwelijke leden van een ziekenfonds, gaf 83% aan liever direct de gynaecoloog te willen consulteren voor specifieke gynaecologische klachten.[4,7]

Recente berichtgevingen en nieuw gepresenteerde cijfers stellen dat huisartsen ook terrein verliezen als het gaat om het cervixuitstrijkje. De gynaecologen nemen op dit moment ruim 9 op de 10 cervixuitstrijkjes voor hun rekening.[5] Daar waar in 1995 huisartsen nog goed waren voor 18,5% van de uitstrijkjes, is dit –in minder dan 20 jaar- gezakt tot 8,8% in 2012.[5]

Naar aanleiding van deze berichtgeving met betrekking tot het cervixuitstrijkje, kwam ik tot het onderwerp van mijn masterproef en onderzoeksvraag: Waarom laten vrouwen het cervixuitstrijkje afnemen door een gynaecoloog en niet door hun eigen huisarts?

2. Methoden

2.1 Praktijksetting

Het onderzoek werd uitgevoerd in een huisartsenpraktijk te Sint-Truiden. De huisartsenpraktijk is een familiepraktijk, met drie vaste huisartsen, een HAIO en twee secretaressen. Gemiddeld worden er in deze praktijk zo'n 100-150 patiënten gezien per dag, door alle artsen tezamen. In 2014 werd voor 900 patiënten een GMD afgesloten.
De praktijk is gevestigd in Nieuw Sint-Truiden, een sociale buurt. Voor veel patiënten wordt in deze praktijk de 'derdebetalersregeling' toegepast. Exacte cijfers hiervan zijn op dit moment echter niet bekend.
Sint-Truiden zelf is een stad in de Belgische Provincie Limburg, met bijna 40.000 inwoners en daarmee de vierde stad van Limburg. Sint-Truiden ligt tevens in Haspengouw, een landstreek.[8]

2.2 De vragenlijst

Het onderzoek betrof een prospectief observationeel onderzoek, waarbij gegevens werden verzameld door middel van een vragenlijst.
De vragenlijst bevatte 12 vragen. Hierbij werd gevraagd naar enkele demografische gegevens en of een vrouw ooit seksueel actief was geweest in haar leven. Daarnaast werden er vragen gesteld over of de vrouw ooit een uitstrijkje had gehad en wanneer bepaalde uitstrijkjes waren afgenomen (eerste en laatste uitstrijkje). Tevens werd gevraagd of de vrouw wist dat de huisarts een uitstrijkje kon afnemen. De rest van de vragen betrof het type arts, de huisarts of gynaecoloog, die de vrouw consulteerde voor de afname van haar uitstrijkjes en indien een voorkeur voor de gynaecoloog, dan werd naar de reden van deze keuze gevraagd .
De totstandkoming van de vragenlijst was op basis van literatuur en door middel van brainstormsessies met vrouwelijke collega's en vriendinnen. (Bijlage A)

2.3 Goedkeuring Ethische Commissie

Voor het uitvoeren van het onderzoek werd een informatieformulier en informed consentformulier opgesteld. Deze formulieren, inclusief de vragenlijst en opzet van het onderzoek, werden ingediend en goedgekeurd door de Ethische Commissie van het UZ Brussel. (Bijlage B tot en met Bijlage E)

2.4 Uitvoering onderzoek en dataverzameling

Om alle vrouwelijke patiënten van 25 tot en met 64 jaar in de praktijk te bereiken, werd de medische ICT-dienst Corilus benaderd. Voor deze specifieke doelgroep activeerden zij een pop-up in het Elektronisch Medisch Dossier met een herinnering tot deelname aan het onderzoek. Deze pop-up verscheen bij het openen van het Elektronisch Medisch Dossier, wanneer de vrouw zich meldde bij de huisarts voor een consult, ongeacht welke presentatieklacht. De pop-up was zo gemaakt, dat deze handmatig kon worden uitgeschakeld door de huisarts, als de vrouw eenmaal was gevraagd mee te doen aan het onderzoek. Dit om te voorkomen dat eenzelfde vrouw vaker werd benaderd tot deelname.
Alle huisartsen werkzaam in de huisartsenpraktijk waren bereid aan het onderzoek mee te werken; er was geen sprake van opting-out.

Als tijdens het consult de pop-up verscheen, werd de desbetreffende vrouw gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Haar werd mondeling uitleg gegeven over het onderzoek en er werd haar gevraagd ook het informatieformulier door te nemen. Indien akkoord, werd op dat moment het informed consentformulier ondertekend door beide partijen. Er werd gevraagd de vragenlijst anoniem in te vullen op een moment dat het voor patiënte schikte. Het invullen van de vragenlijst nam over het algemeen 5-10 minuten in beslag. De patiënte werd tevens gevraagd om, wanneer de vragenlijst was ingevuld, deze te deponeren in een bak die was gemaakt voor dit onderzoek en die op de balie stond bij de secretaresse.
Vragenlijsten werden verzameld over een periode van drie maanden in de periode van juni 2014 tot en met augustus 2014.

2.5 Statistieken

De vragenlijsten werden gecodeerd en ingevoerd in Microsoft Excel, 2010.
De statistische analyses werden uitgevoerd met het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versie 22. De statistische analyses betroffen de t-test, Chi-kwadraattest, de univariate en multivariate logistische regressie-analyses.

3. Resultaten

3.1 Onderzoeksgroep

Gedurende drie maanden zijn er 242 informed consentformulieren ondertekend door vrouwen met een leeftijd tussen de 25 en 64 jaar. Er werden 240 vragenlijsten ingevuld weer ingeleverd. Een responspercentage van bijna 100 procent.
Van deze 240 ingevulde vragenlijsten, werden in eerste instantie 12 vragenlijsten verwijderd.
Zo waren er acht vragenlijsten waarbij de belangrijkste vragen voor het onderzoek niet of niet goed waren ingevuld. Dit waren de vragen met betrekking tot waar de vrouw haar eerste uitstrijkje had laten afnemen (drie keer niet goed ingevuld) en waar zij na haar eerste uitstrijkje haar uitstrijkjes had laten uitvoeren (vijf keer niet of niet goed ingevuld). Drie van deze 12 vragenlijsten werden weggelaten uit het onderzoek, vanwege teveel inconsistentie. Deze vrouwen gaven namelijk in één en dezelfde vragenlijst antwoorden die niet met elkaar overeenkwamen. Van deze 12 vragenlijsten was er tot slot nog één vragenlijst, waarbij teveel vragen niet waren ingevuld; deze vragenlijst werd om deze reden niet meegenomen in het onderzoek.

Van de overgebleven 228 vrouwen, waren er vier vrouwen die nooit seksueel actief waren geweest in hun leven. Zij hoefden de vragenlijst volgens de instructie dan ook niet meer verder in te vullen en zij werden bij dit onderzoek dan ook buiten beschouwing gelaten.
Tot slot, van alle 224 seksueel actieve vrouwen in onze doelgroep, waren er 11 vrouwen die nog nooit een uitstrijkje hadden gehad. Ook deze vrouwen werden niet meegenomen in de verdere analyse.
Dit resulteerde in een uiteindelijke onderzoeksgroep van 213 vrouwen.

3.2 Karakteristieken van de onderzoeksgroep - demografische gegevens

Kijkend naar de karakteristieken van deze onderzoeksgroep met de leeftijd van 25 tot en met 64 jaar dan zien we dat de gemiddelde leeftijd van deze vrouwen 48,5 jaar is (N=210, 3 vrouwen hadden hun leeftijd niet ingevuld; SD 10,7 jaar) en dat de overgrote meerderheid afkomstig is uit België (92,5%). (Tabel 1)

Tabel 1. Land van afkomst

Land van afkomst	N (aantal)	% (percentage)
Belg	197	92,5
Niet-Belg	12	5,6
Niet ingevuld	4	1,9
Totaal	213	100

We zien bij het opleidingsniveau van deze vrouwen dat iets meer dan de helft van de onderzoekspopulatie (55,9%) naar het secundair onderwijs is gegaan als hoogst behaalde vorm van opleiding.
Als we de hoogst behaalde opleidingen categoriseren naar ´lage opleiding´ (dwz. geen opleiding, Lager onderwijs en Secundair onderwijs) en ´hoge opleiding´ (dwz. Hogeschool en Universiteit), dan zien we dat iets minder dan driekwart van het totaal aantal vrouwen (71,9%) geen hogere vorm van opleiding heeft afgerond.
Iets meer dan een kwart (26,7%) heeft wel genoten van een hogere vorm van opleiding en van deze groep vrouwen deed de meerderheid dit in de vorm van een Hogeschool (84,2%). (Tabel 2)

Tabel 2. Hoogst behaalde opleiding

Hoogst behaalde opleiding	N (aantal)	% (percentage)	
Geen opleiding	3	1,4	
Lager onderwijs	31	14,6	71,9
Secundair onderwijs	119	55,9	
Hogeschool	48	22,5	26,7
Universiteit	9	4,2	
Niet (goed) ingevuld	3	1,4	
Totaal	213	100	

Voor de rest van de analyses werd het opleidingsniveau gedichotomiseerd tot 'lage opleiding' of 'hoge opleiding'.

3.3 Karakteristieken van de onderzoeksgroep - het uitstrijkje

Bijna alle vrouwen uit dit onderzoek (93%) waren goed op de hoogte van het feit dat een baarmoederhalsuitstrijkje kan worden afgenomen bij de huisarts. (Tabel 3)

Tabel 3. Kennis over de afname van een uitstrijkje bij de huisarts

Kennis over de afname van een uitstrijkje bij de huisarts	N (aantal)	% (percentage)
Ja	198	92,96
Nee	14	6,57
Niet ingevuld	1	0,47
Totaal	213	100

De gemiddelde leeftijd waarop het eerste uitstrijkje werd afgenomen bij deze vrouwen bedraagt 26 jaar (N=194, 19 vrouwen hadden de vraag niet (goed) ingevuld; SD 9,03 jaar).
Als we een onderverdeling maken tussen een leeftijd jonger dan 25 jaar en 25 jaar of ouder, waarop voor het eerst gescreend werd (aanbeveling richtlijn Domus Medica om te screenen vanaf de leeftijd van 25 jaar), dan zien we dat bijna de helft van de vrouwen (47,4%) onder de leeftijd van 25 jaar zit. De gemiddelde leeftijd is hier 19,8 jaar (N=101; SD 2,5 jaar) met de jongst genoemde leeftijd, de leeftijd van 15 jaar. Slechts 17 van de totaal 213 vrouwen (8,0%) kreeg haar eerste uitstrijkje op de leeftijd van 25 jaar.
De groep van 25 jaar en ouder heeft een gemiddelde leeftijd van 32,8 jaar (N=93; SD 8,6 jaar) met de oudste leeftijd waarop nog voor het eerst gescreend is, de leeftijd van 63 jaar. (Tabel 4)

Tabel 4. Leeftijd waarop het eerste uitstrijkje werd afgenomen

Leeftijd waarop het eerste uitstrijkje werd afgenomen	N (aantal)		% (percentage)	
<25 jaar	101		47,4	
25 jaar	17	93	8,0	43,7
>25 jaar	76		35,7	
Niet ingevuld	19		8,9	
Totaal	213		100	

Ook hebben we gekeken naar wanneer het laatste uitstrijkje bij deze vrouwen had plaatsgevonden. Bijna driekwart van de vrouwen (73,2%) had haar laatste uitstrijkje nog binnen de afgelopen 3 jaar gehad en leek in orde te zijn met haar screening. Van de overgebleven vrouwen zaten 34 vrouwen (16,0%) op of over de 3 jaar screeningsinterval en 15 vrouwen (7,0%) hadden in de loop van hun leven een hysterectomie ondergaan en hoefden geen screening meer te krijgen. (Tabel 5)

Tabel 5. Moment van afname van het laatste uitstrijkje

Moment van afname van het laatste uitstrijkje	N (aantal)	% (percentage)
<3 jaar	156	73,2
≥3 jaar	34	16,0
Geen uitstrijkje meer nodig ivm hysterectomie	15	7,0
Niet ingevuld	8	3,8
Totaal	213	100

3.4 Karakteristieken van de onderzoeksgroep – type arts voor afname van het uitstrijkje

Van het totaal aantal vrouwen was bij bijna 60% het eerste uitstrijkje afgenomen bij de gynaecoloog. De rest had dit laten doen bij de huisarts. (Tabel 6)

Tabel 6. Plaats waar het eerste uitstrijkje was afgenomen

Plaats afname eerste uitstrijkje	N (aantal)	% (percentage)
Huisarts	88	41,3
Gynaecoloog	125	58,7
Totaal	213	100

Ook hadden we de vrouwen gevraagd waar de vrouw na haar eerste uitstrijkje haar uitstrijkje(s) had laten afnemen (in het vervolg aangeduid als 'het vervolguitstrijkje'). Als we de opties categoriseren naar 'Altijd bij of een voorkeur voor de gynaecoloog' en 'Altijd bij of een voorkeur voor de huisarts', dan zien we dat voor het vervolguitstrijkje juist meer vrouwen de huisarts verkoos (55,9%) boven de gynaecoloog (44,1%). (Tabel 7)
Overigens werd deze indeling voor de verdere analyses in dit onderzoek gehanteerd.

Tabel 7. Plaats waar de vrouw haar vervolguitstrijkje(s) had laten afnemen

Plaats vervolguitstrijkje(s)	N (aantal)	% (percentage)	
Altijd bij de gynaecoloog	64	30,0	
Huisarts en gynaecoloog, met voorkeur voor de gynaecoloog	30	14,1	44,1
Huisarts en gynaecoloog, met voorkeur voor de huisarts	57	26,8	55,9
Altijd bij de huisarts	62	29,1	
Totaal	213	100	

De vrouwen die bij de huisarts dan wel de gynaecoloog waren geweest ten tijde van hun eerste uitstrijkje werden met elkaar vergeleken. Hetzelfde werd gedaan voor het vervolguitstrijkje. Deze resultaten zijn te vinden in tabel 8 (pagina 9).
Zo werd er nagegaan of bepaalde factoren, in dit geval leeftijd, het land van afkomst, de hoogst behaalde opleiding en de leeftijd waarop het eerste uitstrijkje plaatsvond een invloed hadden op waar de vrouw haar eerste uitstrijkje liet afnemen. Er bleken echter geen significante verschillen te bestaan tussen de groep vrouwen die hun eerste uitstrijkje hadden laten afnemen bij de huisarts en de groep vrouwen die dit had laten doen bij de gynaecoloog, voor deze factoren. (Tabel 8A)
Dezelfde factoren werden ook meegenomen in de vergelijking tussen de groep vrouwen die zich wendden tot de huisarts dan wel tot de gynaecoloog, betreffende hun vervolguitstrijkje. Tevens werd hier ook nog gekeken of het type arts, huisarts of gynaecoloog, ten tijde van het eerste uitstrijkje van invloed was op waar het vervolguitstrijkje werd afgenomen en werd ook onderzocht of er een relatie was met wanneer het laatste uitstrijkje was uitgevoerd.
Hier bleken geen significante verschillen te bestaan als we de twee groepen met elkaar vergeleken voor wat betreft de leeftijd van de vrouw, het land van afkomst, de hoogste behaalde opleiding, de leeftijd waarop het eerste uitstrijkje was afgenomen en wanneer het laatste uitstrijkje was gedaan.
Wel liet de univariate test zien dat het type arts, huisarts of gynaecoloog, waarbij het eerste uitstrijkje werd afgenomen wel degelijk van invloed is geweest op de keuze van waar de vrouwen in dit onderzoek hun vervolguitstrijkje hebben laten afnemen. Dit wordt bevestigd in de multivariate analyse (OR=11,48, 95%CI=5,38-24,48, $p<0,001$). Zo lijkt er in dit onderzoek een 11 keer zo grote kans te bestaan dat als een vrouw haar eerste uitstrijkje bij bijvoorbeeld de huisarts laat afnemen, ze bij de huisarts blijft teruggaan voor haar vervolguitstrijkje. (Tabel 8B)

Tabel 8. Vergelijking tussen de groep vrouwen die hun uitstrijkje lieten afnemen bij de huisarts dan wel bij de gynaecoloog

Variabelen	Univariate analyse (95% CI)			Multivariate analyse (95% CI)		
	Odds ratio	95% CI	P	Odds ratio	95% CI	P
A. Vergelijking tussen de groep vrouwen die hun eerste uitstrijkje lieten afnemen bij de huisarts dan wel bij de gynaecoloog						
Leeftijd (jr)	1,00	0,98-1,03	NS			
Land van herkomst	1,07	0,82-1,40	NS			
Hoogst behaalde opleiding	2,06	0,22-29,87	NS			
Leeftijd waarop eerste uitstrijkje (jr)	0,97	0,94-1,01	NS			
B. Vergelijking tussen de groep vrouwen die hun vervolguitstrijkje lieten afnemen bij de huisarts dan wel bij de gynaecoloog						
Leeftijd (jr)	1,02	0,99-1,05	NS			
Land van herkomst	0,88	0,68-1,14	NS			
Hoogst behaalde opleiding	0,97	0,76-1,24	NS			
Leeftijd waarop eerste uitstrijkje (jr)	1,02	0,98-1,05	NS			
Eerste uitstrijkje bij HA/GYN	12,08	5,93-24,62	<0.001	11,48	5,38-24,48	<0.001
Afname laatste uitstrijkje (<3jr/≥3jr)	1,12	0,94-1,33	NS			

95% CI= 95% confidence interval
HA= Huisarts
GYN= Gynaecoloog
NB. In de multivariate analyse werd zowel de forward als backward logistische regressie-analyse uitgevoerd, met hetzelfde resultaat.

3.5 Redenen om naar de gynaecoloog te gaan

Van de 213 vrouwen uit de onderzoeksgroep hadden 94 vrouwen aangegeven dat ze voor hun vervolguitstrijkje(s) altijd naar de gynaecoloog gingen of een voorkeur hadden voor de gynaecoloog boven de huisarts. Aan deze vrouwen werd gevraagd wat de reden was van hun keuze.
De vraag gaf 6 redenen, waarbij de vrouw *meerdere* antwoorden kon kiezen. Tevens was er ruimte voor de vrouw om zelf 'andere redenen' te noemen, die nog niet waren genoemd in de opties. Negen vrouwen vulden deze vraag niet in. De overgebleven 85 vrouwen gaven samen 113 redenen op voor hun keuze om hun uitstrijkje af te laten nemen door een gynaecoloog. Hieronder vielen ook de zeven 'andere redenen' die werden opgegeven; er is getracht deze zoveel mogelijk te groeperen in de resultaten. Een overzicht van de redenen is terug te vinden in tabel 9 (pagina 11).

Als we kijken naar de redenen welke vrouwen opgeven om hun uitstrijkje(s) (liever) bij de gynaecoloog te laten uitvoeren, dan zien we dat de reden die verreweg het vaakst, namelijk 58 keer, werd genoemd het feit is dat vrouwen dit doen uit gewoonte. Zo blijven 68,2% van de vrouwen, die bij de gynaecoloog zijn geweest voor het eerste baarmoederhalsuitstrijkje, om deze reden terug gaan naar de gynaecoloog voor hun vervolguitstrijkje.
Daarna gaven de meeste vrouwen (20%) aan dat ze zich voor intieme zaken, als de afname van het baarmoederhalsuitstrijkje, liever wenden tot de gynaecoloog daar deze verder van hun afstaat dan de huisarts.
Iets meer dan een kwart van deze vrouwen (25,9%) lijkt niet op de hoogte te zijn van het feit dat de huisarts een uitstrijkje kan afnemen en dat de kwaliteit van uitstrijkjes die de huisarts maakt, over het algemeen zeer goed is. Dertien vrouwen gaan dan ook naar de gynaecoloog voor hun uitstrijkje omdat ze gewoonweg niet weten dat de huisarts dit ook kan doen (15,3%) en negen vrouwen zijn van mening dat de gynaecoloog hier meer gespecialiseerd en vaardig in is (10,6%).
Opvallend is dat van alle 113 redenen maar zeven keer (6,2%) is gekozen voor de reden dat de vrouw voor deze intieme kwestie liever naar een vrouwelijke arts gaat.
Andere redenen, die slechts een enkele keer zijn genoemd (hieronder bevinden zich de redenen die vrouwen zelf hadden opgegeven, waarvan één reden niet interpreteerbaar), zijn achtereenvolgens dat de vrouw vanwege andere gynaecologische problemen onder behandeling is bij de gynaecoloog en daar haar uitstrijkje krijgt (n=4), dat ze een slechte ervaring heeft gehad bij de huisarts bij de afname van het uitstrijkje en daarom kiest voor de gynaecoloog (n=2) en tot slot is als reden opgegeven dat er nog maar één keer een uitstrijkje had plaatsgevonden en dat dit was gebeurd bij de gynaecoloog (n=2).

Tabel 9. Redenen waarom vrouwen altijd of liever hun uitstrijkje(s) laten afnemen door de gynaecoloog

Redenen waarom vrouwen altijd of liever hun uitstrijkje(s) laten afnemen door de gynaecoloog	N (aantal)	A (%)	B (%)
Nadat ik mijn eerste baarmoederhalsuitstrijkje heb gehad bij de gynaecoloog, ben ik uit gewoonte naar de gynaecoloog terug blijven gaan voor het afnemen van een baarmoederhalsuitstrijkje	58	51,3	68,2
De gynaecoloog staat verder van mij af dan de huisarts, hetgeen prettiger is voor intieme zaken als het afnemen van een baarmoederhalsuitstrijkje	17	15,0	20,0
Ik wist niet dat de huisarts ook baarmoederhalsuitstrijkjes afneemt	13	11,5	15,3
De gynaecoloog is hierin meer gespecialiseerd. Hij is meer vaardig in het afnemen van het baarmoederhalsuitstrijkje	9	8,0	10,6
Mijn gynaecoloog is een vrouw, terwijl ik bij de huisartsenpraktijk niet altijd bij de vrouwelijke huisarts terecht kan wanneer ik wil. Ik ga voor intieme zaken als het afnemen van een baarmoederhalsuitstrijkje liever naar een vrouwelijke arts	7	6,2	8,2
Vanwege andere gynaecologische problemen (o.a. baarmoeder, eierstokken, borstkanker) vindt er opvolging plaats bij de gynaecoloog *	4	3,5	4,7
Ik heb een slechte ervaring gehad bij de huisarts bij het afnemen van het baarmoederhalsuitstrijkje	2	1,8	2,4
Ik heb nog maar één keer een uitstrijkje gehad en dit was bij de gynaecoloog*	2	1,8	2,4
Reden niet goed interpreteerbaar *	1	0,9	1,2
Totaal	113	100	133

N= het aantal keren dat een reden is genoemd door de 85 vrouwen

A= het aantal keren dat een bepaalde reden is genoemd ten opzichte van het totaal aantal genoemde redenen (N=113), in %

B= het aantal keren dat een bepaalde reden is genoemd door het totaal aantal vrouwen (N=85) die redenen opgaven, in %

*Deze redenen werden door de vrouwen zelf genoemd. Eén reden (namelijk: ‘vroedvrouw’) was onduidelijk en daarmee niet goed interpreteerbaar.

3.6 Toekomst

Aan de 94 vrouwen die voor hun vervolguitstrijkjes altijd of liever naar de gynaecoloog gingen, werd gevraagd of zij dit in de toekomst bij de huisarts zouden laten doen nu zij op de hoogte waren dat het uitstrijkje ook bij de huisarts kan plaatsvinden. (Tabel 10)

Van alle vrouwen die voor het vervolguitstrijkje altijd of het liefst naar de gynaecoloog gingen, beweert 69,2% dit in de toekomst wel bij de huisarts te willen laten doen. Hierbij stelt wel iets minder dan de helft van deze vrouwen de voorwaarde dat ze dit alleen willen laten doen als de huisarts een vrouw is.
Bijna 10% gaat meer voor het gemak en kijkt welke arts er op dat moment beschikbaar is en 12,8% van de vrouwen blijft erbij dat ze het uitstrijkje alleen door de gynaecoloog wil laten uitvoeren.

Tabel 10. Afname van het uitstrijkje in de toekomst bij de huisarts

Afname van het uitstrijkje in de toekomst bij de huisarts	N (aantal)	% (Percentage)
Ja, ongeacht geslacht	36	38,3 }
Ja, alleen bij een vrouwelijke huisarts	29	30,9 } 69,2
Ja, maar ook nog steeds bij de gynaecoloog. Het is maar net wat uitkomt/sneller kan op dat moment	9	9,6
Nee, nog steeds alleen bij de gynaecoloog	12	12,8
Niet ingevuld	8	8,5
Totaal	94	100

4. Discussie

De recente berichtgevingen en nieuw gepresenteerde cijfers stellen dat het cervixuitstrijkje steeds meer door gynaecologen wordt afgenomen en dat huisartsen daarin terrein verliezen.[5]
Als we naar ons onderzoek kijken, dan zien we dat bijna 60% van de vrouwen voor haar eerste uitstrijkje inderdaad naar de gynaecoloog ging, waar toch nog zo'n 40% dit liet doen door de huisarts. We zien echter ook dat de meerderheid van de vrouwen (bijna 56%) na haar eerste uitstrijkje de eigen huisarts verkiest boven de gynaecoloog, voor haar vervolguitstrijkje(s). Dit lijkt dus niet overeen te komen met de gepubliceerde cijfers, dat gynaecologen op dit moment 90% van de uitstrijkjes afnemen.[5] Een verklaring hiervoor kan zijn dat de huisartsenpraktijk waar dit onderzoek is uitgevoerd, gevestigd is in een sociale buurt en dat bij veel patiënten uit deze huisartsenpraktijk de 'derdebetalersregeling' wordt toegepast. Dit maakt dat veel patiënten uit deze praktijk laagdrempeliger de huisarts bezoeken voor hun problemen en onderzoeken en minder snel geneigd zijn direct naar een specialist te gaan.
De huisarts lijkt in dit onderzoek dus, vergeleken met de gepubliceerde cijfers, toch nog een aanzienlijk aandeel te hebben in de afname van het cervixuitstrijkje. Echter als we kijken naar het gegeven dat het cervixuitstrijkje tot het takenpakket van de huisarts behoort[1], dan is dat aandeel nog altijd te laag.

Dit onderzoek toont tevens aan dat waar de vrouw haar eerste uitstrijkje liet afnemen een sterke onafhankelijke voorspeller is geweest voor waar de vrouw haar vervolguitstrijkje(s) heeft laten uitvoeren. (OR=11,48, P<0,001) Er bleek namelijk een 11 keer zo grote kans dat als een vrouw haar eerste uitstrijkje bij de huisarts of gynaecoloog liet afnemen, ze bij dezelfde type arts bleef teruggaan voor haar vervolguitstrijkje(s). Een interessant gegeven, als we weten dat de huisarts een belangrijke rol kan spelen in het opkrikken van de huidige lage screeningsgraad. Dit zou namelijk betekenen, dat de huisarts zijn best zou moeten doen om ervoor te zorgen dat een vrouw het eerste uitstrijkje bij de huisarts laat afnemen, met de grote kans dat zij bij de huisarts blijft terug komen hiervoor. Op deze manier zou de huisarts zelf de vrouw goed kunnen opvolgen met betrekking tot haar cervixscreening. Bovendien heeft de huisarts ook die unieke positie in de gezondheidszorg om dit te kunnen bewerkstellingen, daar *hij* diegene is die over het algemeen een patiënte volgt vanaf geboorte en die tevens in contact staat met vrouwen die zich melden bij de huisarts om andere redenen.
Als we de literatuur erop na slaan, dan laten voorgaande onderzoeken ook zien dat de voorkeur voor type onderzoeker voor het gynaecologische onderzoek vaak beïnvloed wordt door de onderzoeker welke de vrouw in het verleden heeft gehad. Een Amerikaans onderzoek concludeerde tevens dat het type onderzoeker die de vrouw bij haar laatste gynaecologische onderzoek had gezien, de meest sterke onafhankelijke voorspeller was voor haar keuze. Zo hadden de vrouwen in dat onderzoek die een gynaecoloog hadden gezien tijdens hun laatste gynaecologische onderzoek, een sterke voorkeur voor de gynaecoloog.[9]

De vrouwen die altijd of liever naar de gynaecoloog gaan voor hun vervolguitstrijkje(s), 44,1% van het totaal aantal vrouwen in dit onderzoek, werden gevraagd naar de redenen waarom zij hun vervolguitstrijkje(s) juist bij de gynaecoloog laten afnemen. Als we kijken naar deze redenen dan zien we dat de reden die verreweg het vaakst is genoemd, is dat de vrouw voor haar eerste uitstrijkje bij de gynaecoloog is geweest en daarna puur uit gewoonte bij de gynaecoloog is blijven teruggaan voor haar vervolguitstrijkje(s). Ook hier lijkt dus wederom het type onderzoeker bij wie de vrouw geweest is voor haar eerste uitstrijkje, essentieel voor haar keuze met betrekking tot haar vervolguitstrijkje(s).

De reden die daarna het vaakst is genoemd (20%), is dat de vrouw liever de gynaecoloog consulteert voor de afname van haar uitstrijkje vanwege het intieme aspect. De gynaecoloog staat namelijk verder van haar af dan de huisarts. In een onderzoek door Yanikkerem et al. wordt gezien, dat de

vrouw zich tijdens het gynaecologische onderzoek in een kwetsbare positie bevindt. Gevoelens van schaamte voor het zich moeten uitkleden voor een arts en voor het blootgeven van haar intieme delen, zijn gevoelens die veel vrouwen hebben met betrekking tot het gynaecologische onderzoek.[10] Dit zou dan ook een verklaring kunnen zijn, voor waarom de vrouw liever in dit geval voor een arts kiest die verder van haar afstaat.

Bijna alle vrouwen uit dit onderzoek (bijna 93%) zijn goed op de hoogte van het feit dat een cervixuitstrijkje prima kan worden afgenomen bij de huisarts. De vrouwen die dit niet wisten, zijn logischerwijs de vrouwen die voor hun uitstrijkje naar de gynaecoloog gaan en dit ook bijna allemaal als reden opgeven voor hun keuze om voor de gynaecoloog te kiezen.
Iets meer dan 10% van de vrouwen geeft als reden dat ze (liever) naar de gynaecoloog gaat, vanwege het feit dat ze vindt dat de gynaecoloog meer gespecialiseerd en vaardig is in het afnemen van het uitstrijkje. Het afnemen van baarmoederhalsuitstrijkjes behoort echter tot de eindtermen van de huisartsenopleiding en gesteld wordt dat de kwaliteit van uitstrijkjes die de huisarts maakt, over het algemeen zeer goed is.[1,11] Bovendien worden de gynaecologen opgeleid om zich juist bezig te houden met complexe problemen en zijn zij tevens niet specifiek opgeleid om eerstelijnshulp te bieden die huisartsen wel kunnen bieden.[4,12] Zo wordt er gesteld dat 75% van de dagelijkse praktijkvoering op een klassieke gynaecologische spreekuur tegenwoordig bestaat uit routine en screening en dat dus maar hooguit 20% van de raadplegingen verricht worden wegens specifieke klachten.[7]
Bij deze laatste twee redenen (samen 25,9%), die de vrouwen benoemen voor hun keuze om de gynaecoloog te verkiezen boven de huisarts, lijkt het dus vooral te gaan om gebrek aan kennis wat betreft het uitstrijkje bij en door de huisarts.
Hier is een belangrijke taak weggelegd voor de huisarts en de gynaecoloog als het gaat om kennisvergaring bij en sensibilisering van patiënten. Met de unieke positie die de huisarts heeft, moet hij het uitstrijkje actief aanbieden, zodat vrouwen weten dat het uitstrijkje bij de huisarts kan worden afgenomen, en moet hij tevens de benodigde uitleg omtrent het uitstrijkje en de kwaliteit ervan bespreken. Ook gynaecologen hebben hierin een taak. Ook zij kunnen hun patiënten kenbaar maken dat het uitstrijkje prima bij de huisarts kan worden afgenomen en dit ook aanmoedigen, zodat zij zich meer kunnen focussen op echte pathologie waarin zij gespecialiseerd zijn.

Er lijkt voorheen veel onderzoek geweest te zijn naar de keuze van vrouwen met betrekking tot het geslacht van de onderzoeker als het gaat om gynaecologische problemen en onderzoeken. Zo hebben eerdere onderzoeken uitgewezen dat vrouwelijke patiënten over het algemeen een voorkeur hebben voor een dokter van hun eigen geslacht. Als het dan nog eens gaat om het onderzoek van de vrouwelijke geslachtsdelen, dan lijkt deze voorkeur te worden versterkt.[10,13,14] In de groep met vrouwen die altijd of liever naar de gynaecoloog gaan voor hun uitstrijkje, lijkt het vrouwelijk geslacht van de gynaecoloog echter niet doorslaggevend te zijn voor haar keuze om voor de gynaecoloog te kiezen. Slechts een klein deel van deze vrouwen (8,2%) geeft namelijk maar aan dat de reden waarom zij voor de gynaecoloog kiest, het feit is dat de gynaecoloog een vrouw is.

Andere redenen die vrouwen in ons onderzoek geven voor waarom zij de gynaecoloog verkiezen boven de huisarts, zijn redenen die slechts een enkele keer zijn genoemd. Hieronder bevinden zich tevens ook de redenen die de vrouwen zelf konden aangeven. Een aantal vrouwen krijgt gynaecologische opvolging vanwege andere gynaecologische problemen en krijgt dan ook haar uitstrijkje bij de gynaecoloog, een paar vrouwen hebben een slechte ervaring gehad bij de huisarts, en een enkeling heeft nog maar één keer een uitstrijkje gehad en dit heeft plaatsgevonden bij de gynaecoloog.

Als we tot slot kijken naar het uitstrijkje zelf, dan laat dit onderzoek zien dat de richtlijnen niet goed worden opgevolgd. De richtlijnen van Domus Medica geven als aanbeveling dat alle vrouwen van 25

tot en met 64 jaar gescreend moeten worden op baarmoederhalskanker, voor zover zij seksueel actief zijn en met een screeningsinterval van 3 jaar.[1]
In ons onderzoek is te zien dat bijna de helft van het totaal aantal vrouwen jonger is geweest dan 25 jaar ten tijde van haar eerste screening, met de jongste leeftijd waarop deze screening plaatsvond de leeftijd van 15 jaar. Dit wordt volgens de (Europese) richtlijnen niet aangeraden. Onder de 25 jaar is er namelijk sprake van een lage incidentie van baarmoederhalskanker en is er een hoge kans op regresserende letsels en obstetrische bijwerkingen van excisie van CIN(Cervicale Intra-epitheliale Neoplasie) letsels.[15]
Slechts 8% van de onderzoeksgroep heeft een eerste uitstrijkje gehad op de leeftijd van 25 jaar en de rest van de vrouwen zit daarboven, met de oudste leeftijd waarop nog voor het eerst gescreend is een leeftijd van 63 jaar.
In ons onderzoek zien we ook dat bijna driekwart van de vrouwen haar laatste uitstrijkje nog binnen de 3 jaar heeft gehad, hetgeen zou betekenen dat deze vrouwen in orde lijken te zijn met hun screening. Echter over de intervallen van deze screening kan in dit onderzoek niks gezegd worden. Het kan heel goed zijn dat deze vrouwen inderdaad netjes de aangeraden screeningsinterval volgen, maar het kan ook zijn dat er sprake is van een kortere screeningsinterval. Iets wat niet ondenkbaar is, als we de bevindingen in het recente rapport van de Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) erop naslaan. Hierin wordt gesteld, dat de Belgische baarmoederhalskankerscreening de praktijkrichtlijnen totaal niet volgt. De huidige stand van zaken is namelijk dat aan de ene kant te weinig vrouwen gescreend worden en dat degenen die wel gescreend worden, juist weer te vaak worden gescreend.[2]
Het blijft dan ook belangrijk de juiste informatie te verstrekken als het gaat om het uitstrijkje en de te volgen richtlijnen, met betrekking tot de screeningsleeftijd en screeningsintervallen.

4.1 Beperkingen in dit onderzoek

Een beperking in dit onderzoek is de te onderzoeken groep en de setting waarbinnen dit onderzoek heeft plaatsgevonden. De onderzochte populatie is slechts een kleine groep, met zijn eigen karakteristieken, hetgeen het moeilijk maakt de resultaten direct te vertalen naar de grotere Belgische populatie. Zo waren er in onze populatie bijvoorbeeld nauwelijks allochtonen. De huisartsenpraktijk is overigens gelegen in een stad, in een landstreek. Het zou kunnen zijn dat opvattingen en gewoonten die hier worden gehanteerd dan ook niet overeenkomen met de rest van België.
Daarnaast is het zo dat de huisartsenpraktijk gevestigd is in een sociale buurt in Sint-Truiden. Bij veel patiënten uit deze praktijk wordt de ‘derdebetalersregeling’ toegepast. Dit maakt dat de patiënten uit deze praktijk laagdrempeliger en vaker de huisarts bezoeken voor hun problemen en minder snel en minder direct geneigd zijn naar de specialist te gaan. Dit alles zou van invloed geweest kunnen zijn op de resultaten.

Tijdens de uitvoering van het onderzoek, leek de vragenlijst in eerste instantie een beperking te vormen. Er werd al snel opgemerkt dat vrouwen de instructies niet altijd goed lazen, waardoor ze bijvoorbeeld de foute antwoorden wegstreepten, of juist een kruisje zette bij het juiste antwoord. Vanaf het moment dat dit werd opgemerkt, werd bij de uitleg van het onderzoek nog eens benadrukt dat de vrouwen het juiste antwoord moesten *omcirkelen* (volgens instructie) als dit werd gevraagd, om de interpretatie van de vragenlijsten zo optimaal mogelijk te maken achteraf.
Ook bleek al snel dat een aantal vrouwen de vraag ‘bent u ooit seksueel actief geweest?’ niet altijd goed begrepen. De vrouw was bijvoorbeeld geneigd hierop ‘nee’ te antwoorden, omdat ze getrouwd was en het woord ‘actief’ dus anders interpreteerde. Bij de uitleg van de vragenlijst werd ook hier aandacht aan besteed.

Echter kan niet met zekerheid gesteld worden dat de uitleg met betrekking tot de vragenlijst heeft geleid tot het beter invullen van de vragenlijsten.

Een andere beperking in dit onderzoek is dat voor de analyses, categorieën samengevoegd zijn. In de vragenlijst konden de vrouwen kiezen voor de optie dat ze 'altijd naar de gynaecoloog' gaan of 'naar de huisarts of gynaecoloog, met een voorkeur voor de gynaecoloog'. Dit was ook het geval met betrekking tot de huisarts. De groepen werden gedichotomiseerd tot 'altijd bij of een voorkeur voor de gynaecoloog' of 'altijd bij of een voorkeur voor de huisarts'. In beide groepen is er dus sprake van enige vorm van overlap. De twee categorieën bezitten dus niet puur en alleen de gynaecologen of puur en alleen de huisartsen, waar naar gekeken is. Dit zal mogelijk de resultaten beïnvloed hebben.

4.2 Aanbevelingen

Er zou een strikte echelonnering moeten komen in België, waarbij de patiënten eerst de huisarts moeten passeren vooraleer zij naar de gynaecoloog kunnen gaan. Dit zou betekenen dat de vrouw voor onder andere haar baarmoederhalsuitstrijkje naar de huisarts moet, hetgeen de continuïteit van zorg ten goede zal komen. Zo zal een vrouw beter opgevolgd kunnen worden als het gaat om haar cervixscreening.
Nu zal zo'n verandering in België niet zomaar van de ene op de andere dag kunnen worden bewerkstelligd. Tot die tijd, als die tijd er komt, moet er gekeken worden naar hoe de screeningsgraad kan worden verhoogd.
De huisarts lijkt hier een cruciale rol in te spelen, met zijn unieke positie, waarin hij vrouwen ziet die hem consulteren voor allerlei problemen.
Zoals dit onderzoek uitwijst lijkt het van groot belang te zijn waar een vrouw haar eerste uitstrijkje afneemt, omdat dit invloed lijkt te hebben op waar zij haar vervolguitstrijkje(s) laat afnemen. Om er dus voor te zorgen dat een vrouw haar eerste uitstrijkje bij de huisarts laat afnemen, is het belangrijk dat de huisarts al voor de screeningsleeftijd van 25 jaar zorgt voor informatieverschaffing met betrekking tot het uitstrijkje bij de huisarts. Als hij dit kan bereiken, dan is er een grote kans dat de vrouw voor haar vervolguitstrijkje(s) blijft terug komen bij de huisarts en kan de vrouw beter opgevolgd worden als het gaat om haar screening. Er zijn meerdere manieren te bedenken om dit te doen. Zo zou er gezorgd kunnen worden voor een melding in de computer, voor als de vrouw zich op een bepaalde leeftijd (jonger dan 25 jaar) meldt, om de huisarts eraan te herinneren al eens over het cervixuitstrijkje te praten. Er zou ook bijvoorbeeld een brief gestuurd kunnen worden naar alle vrouwen van een bepaalde leeftijd onder de 25 jaar, om ze al eens te informeren over het cervixuitstrijkje bij de huisarts. Er zou gekeken moeten worden naar wat de meest efficiënte en haalbare manier is om dit te bewerkstelligen. Hier zou dus in de toekomst dan ook meer onderzoek naar gedaan kunnen worden.

5. Conclusie

Er is getracht met dit onderzoek te achterhalen waarom vrouwen het cervixuitstrijkje laten afnemen door een gynaecoloog en niet door hun eigen huisarts.

In dit onderzoek is de meerderheid van de vrouwen voor haar eerste uitstrijkje naar de gynaecoloog gegaan. We zien echter ook dat de meerderheid van de vrouwen na haar eerste uitstrijkje haar eigen huisarts verkiest boven de gynaecoloog voor de afname van haar vervolguitstrijkje(s).

De vrouwen die voor hun vervolguitstrijkje(s) altijd of liever naar de gynaecoloog gaan, werden in dit onderzoek gevraagd waarom ze deze keuze maken. De reden die verreweg het vaakst is genoemd, is het feit dat de vrouw na haar eerste uitstrijkje uit gewoonte is blijven teruggaan naar de gynaecoloog. Voor veel vrouwen staat de huisarts bovendien voor zo'n intieme kwestie te dichtbij en lijkt dit aspect doorslaggevend in haar besluit.
Een kwart van de vrouwen lijkt bovendien niet goed op de hoogte te zijn van het feit dat het uitstrijkje bij de huisarts kan worden afgenomen en dat bovendien de huisarts ook opgeleid is om kwalitatief goede uitstrijkjes af te nemen.
Opvallend is dat het geslacht van de gynaecoloog bij deze vrouwen van weinig belang is geweest voor hun keuze om voor een gynaecoloog te kiezen.

In dit onderzoek is aangetoond dat waar de vrouw haar eerste uitstrijkje liet afnemen een sterke onafhankelijke voorspeller is geweest voor waar de vrouw haar vervolguitstrijkjes heeft laten uitvoeren.
Het feit dat de plaats waar het eerste uitstrijkje wordt afgenomen, zo'n cruciale rol lijkt te spelen in de keuze waar de vrouw haar vervolguitstrijkjes laat uitvoeren, impliceert dat er een belangrijke en uitdagende taak ligt weggelegd voor de huisarts. Deze zou ervoor moeten zorgen dat de vrouw haar eerste uitstrijkje laat afnemen bij de huisarts, met de grote kans dat zij bij de huisarts blijft terugkomen voor haar vervolguitstrijkjes en daarmee dus beter opgevolgd kan worden als het gaat om haar screening. Dit betekent echter ook, dat de huisarts al voor de screeningsleeftijd van 25 jaar zou moeten beginnen met het geven van informatie over het uitstrijkje.
Dit schept tevens de mogelijkheid de vrouwen al vroegtijdig de juiste informatie te verstrekken als het gaat om de aanbevelingen in de richtlijn met betrekking tot het nut van de screeningsleeftijd en screeningsinterval. In dit onderzoek is namelijk ook naar voren gekomen, dat de richtlijn niet goed is toegepast als het gaat om de leeftijd waarop de vrouw voor het eerst gescreend werd.

Deze inzichten brengen met zich mee dat er mogelijk een andere manier van aanpak en organisatie nodig is door de huisarts om de vrouw te bereiken, namelijk al voor haar screeningsleeftijd. Er zou dan ook nagedacht moeten worden hoe dit bewerkstelligd kan worden door de huisarts. Als dit namelijk bereikt kan worden, dan zal dat mogelijk kunnen betekenen dat vrouwen in de toekomst het cervixuitstrijkje weer steeds meer zullen laten afnemen door hun eigen huisarts en steeds minder door de gynaecoloog.

6. Dankwoord

Allereerst wil ik alle patiënten bedanken voor hun bereidheid tot deelname aan dit onderzoek. Zonder hen zou deze masterproef niet mogelijk geweest zijn.

De huisartsen Raphaël, Nele en Maxime en de secretaressen Brigitte en Natacha uit de opleidingspraktijk, hartelijk bedankt voor jullie inzet en hulp bij het tot uitvoer brengen van dit onderzoek.
Prof. dr. Jan Vandevoorde, ik wil u graag bedanken voor uw hulp en begeleiding als promotor tijdens mijn onderzoekstraject. Niet alleen voor de altijd snelle reacties op mijn vragen, maar ook voor de leerzame feedback die u mij altijd gaf. Ik heb dan ook veel van u geleerd, als het gaat om het doen van onderzoek. Ik waardeer het bovendien enorm dat u de tijd heeft genomen om SPSS aan mij uit te leggen. Het heeft mij doen inzien dat statistische analyses niet altijd lastig hoeven te zijn en dat statistiek ook zelfs leuk kan zijn.
Mijn vrienden, met in het bijzonder Anneke. Ik weet nog goed de eerste dag dat we elkaar leerden kennen in de brugklas op het Baarnsch Lyceum. Sindsdien zijn we al meer dan 20 jaar vriendinnen!! Ik heb veel bewondering voor jouw doorzettingsvermogen om je hart te volgen; over een paar maanden rond je dan ook je PhD in Biologie af en kan ik mijzelf een trotse vriendin noemen. Door al de jaren heen heb je veel voor mij betekend. Bedankt voor wie jij bent en dat ik altijd bij je terecht kan!
Mijn ouders en broer, bedankt voor de altijd onvoorwaardelijke liefde en steun. Wat jullie voor mij betekenen, kan ik niet met genoeg woorden uitdrukken.

7. Referenties

1. Smeets F, Verhoeven V, Baay M et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu 2011; 40(1):S64-S88. (Aangevuld met opvolgrapport 2014).

2. Arbyn M, Haelens A, Desomer A et al. Welke screening voor baarmoederhalskanker?-Synthese. Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 238As. D/2015/10.273/14.

3. Patiëntenbrochure afwijkend baarmoederhalsuitstrijkje, 2011. www.vvog.be/docs/2011/10/10042503.pdf (laatst geraadpleegd op 27/4/2015).

4. Colson W. 'KCE-rapport uitstrijkjes vertaald in foute boodschap'. Artsenkrant 2015; 35:1-6.

5. Backx P. Huisartsen verliezen uitstrijkjes. Artsenkrant 2013; 33:1-2.

6. Pemberton A, Margolis K, Mink P et al. Women's preferences for specialists who provide cancer screening and general medical care. J Gen Intern Med 1998; 13:624-626.

7. Bezoek gynaecoloog is meer dan uitstrijkje, 2015. www.vvog.be/docs/2015/02/14061203.pdf (laatst geraadpleegd op 27/4/2015).

8. Sint-Truiden, 2015. nl.wikipedia.org/wiki/Sint-Truiden (laatst geraadpleegd op 27/4/2015).

9. Schmittdiel J, Selby JV, Grumbach K, Quesenberry CP. Women's provider preferences for basis gynecology care in a large health maintenance organization. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine 1999; 8:825-833.

10. Yanikkerem E, Özdemir M, Bingol H et al. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. Midwifery 2009; 25(5):500-508.

11. Toetslijst eindtermen HAIO's, 2013. www.icho-info.be/brochures/ (laatst geraadpleegd op 27/4/2015)

12. Hemminki E, Sihvo S, Forssas E et al. The role of gynaecologists in women's health care – women's views. International Journal for Quality in Health Care 1998; 10:59-64.

13. Van den Brink-Muinen A, De Bakker DH, Bensing JM. Consultations for women's health problems: factors influencing women's choice of sex of general practitioner. British Journal of General Practice 1994; 44:205-210.

14. Heard D, Dempsey M, Tidemann J et al. The role of clinician gender in the performance of pap smears: a rural focus. MSJA 2011; 3:24-27.

15. Adviesvraag aan de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek over een Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Beleid/BVO%20BHK%20adviesvraag%2020110709%20def.pdf (Laatst geraadpleegd op 29/4/2015).

Bijlage A

VRAGENLIJST

U heeft toestemming gegeven om deel te nemen aan dit onderzoek. De vragenlijst bestaat uit een aantal open vragen en een aantal vragen waarbij u kunt kiezen tussen een aantal antwoorden. Kies hierbij altijd het beste antwoord door dit antwoord te omcirkelen, *tenzij* bij de vraag vermeld staat dat u meerdere opties kunt invullen.
Het kan zijn dat niet alle vragen betrekking hebben op u en u eerder mag stoppen met het invullen van de vragenlijst. Lees hiervoor goed de eventuele instructies bij de vragen en volg deze instructies op. U hoeft tevens nergens uw naam te vermelden.

1. Wat is uw leeftijd?

2. Van welk land bent u afkomstig?

3. Wat is uw hoogst behaalde opleiding?

Geen opleiding	Lager onderwijs	Secundair onderwijs	Hoge school	Universiteit

4. Bent u ooit seksueel actief geweest?

Ja	Nee

Indien u bij vraag 4 heeft gekozen voor het antwoord 'Nee', dan hoeft u de vragenlijst niet verder in te vullen. U kunt de vragenlijst in de doos deponeren die bij de secretaresse staat. Ik dank u voor uw inzet.

5. Heeft u ooit een uitstrijkje gehad van de baarmoederhals?

Ja	Nee

Indien u bij vraag 5 heeft gekozen voor het antwoord 'Nee', dan hoeft u <u>alleen</u> nog maar <u>vraag 6 en 11</u> te beantwoorden.

6. Wist u dat u een baarmoederhalsuitstrijkje ook kunt laten afnemen bij uw huisarts?

Ja	Nee

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

8. Bij wie werd dit eerste baarmoederhalsuitstrijkje afgenomen?

Huisarts	Gynaecoloog

9. Waar heeft u na uw eerste baarmoederhalsuitstrijkje uw baarmoederhalsuitstrijkje(s) laten afnemen?

Altijd bij de gynaecoloog	Altijd bij de huisarts	Beiden, met een voorkeur voor de gynaecoloog	Beiden, met een voorkeur voor de huisarts

Indien u hier heeft gekozen voor de volgende antwoorden: 'altijd bij de huisarts' of 'beiden, met een voorkeur voor de huisarts', dan hoeft u <u>alleen</u> nog maar <u>vraag 12</u> te beantwoorden.

10. U heeft hierboven aangegeven dat u altijd of liever naar de gynaecoloog gaat voor uw baarmoederhalsuitstrijkjes. Kunt u hieronder aankruisen waarom dit is?
    ***<u>Let op</u>**: bij deze vraag mag u <u>meerdere</u> antwoorden kiezen. U kunt hierbij één of meerdere kruisje(s) zetten in de linker kolom. Mocht er nog een andere reden zijn, die niet vermeld staat bij de antwoordmogelijkheden, dan kunt u uw reden(en) in het laatste vakje opschrijven.*

	Ik wist niet dat de huisarts ook baarmoederhalsuitstrijkjes afneemt
	Ik heb een slechte ervaring gehad bij de huisarts bij het afnemen van het baarmoederhalsuitstrijkje
	De gynaecoloog is hierin meer gespecialiseerd. Hij is meer vaardig in het afnemen van het baarmoederhalsuitstrijkje
	De gynaecoloog staat verder van mij af dan mijn huisarts, hetgeen prettiger is voor intieme zaken als het afnemen van een baarmoederhalsuitstrijkje
	Mijn gynaecoloog is een vrouw, terwijl ik bij de huisartsenpraktijk niet altijd bij de vrouwelijke huisarts terecht kan wanneer ik wil. Ik ga voor intieme zaken als het afnemen van een baarmoederhalsuitstrijkje liever naar een vrouwelijke arts.
	Nadat ik mijn eerste baarmoederhalsuitstrijkje heb gehad bij de gynaecoloog, ben ik uit gewoonte naar de gynaecoloog terug blijven gaan voor het afnemen van een baarmoederhalsuitstrijkje
	Andere redenen, hierboven niet vermeld:

11. Nu u op de hoogte bent dat de huisarts ook een baarmoederhalsuitstrijkje kan afnemen, zult u dit in de toekomst bij uw huisarts laten doen?

Ja, ongeacht of het een mannelijke of vrouwelijke huisarts betreft	Ja, alleen bij een vrouwelijke huisarts	Ja, maar ook nog steeds bij de gynaecoloog. Het is maar net wat uitkomt/ sneller kan op dat moment	Nee, ik laat dit alsnog liever doen door de gynaecoloog

12. Wanneer is uw laatste baarmoederhalsuitstrijkje afgenomen? *(maand-jaartal)*

		-				

U kunt de ingevulde vragenlijst in de doos deponeren die bij de secretaresse staat.
Ik dank u voor uw inzet!

Bijlage B

Vrije Universiteit Brussel

Informatieformulier voor de patiënt

Geachte mevrouw,

Kanker van de baarmoederhals is tegenwoordig een belangrijk gezondheidsprobleem. Het uitstrijkje van de baarmoederhals is een geschikte en eenvoudig uit te voeren test, met als doel vroegtijdig veranderingen op te sporen die, over lange tijd, zouden kunnen lijden tot baarmoederhalskanker. Aanbevolen wordt om dit uitstrijkje om de drie jaar uit te laten voeren bij alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar. Om de drie jaar is dit uitstrijkje dan ook volledig terugbetaald door het RIZIV. Het uitstrijkje van de baarmoederhals is een handeling die prima door de huisarts kan worden uitgevoerd. De kwaliteit van uitstrijkjes gemaakt door de huisarts zijn over het algemeen zeer goed. Toch zien we dat veel vrouwen de laatste jaren hun uitstrijkjes laten uitvoeren bij de gynaecoloog.

In het kader van haar master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde, doet Dr. Hoda Rezaei een onderzoek naar waarom vrouwen hun baarmoederhalsuitstrijkje laten afnemen door een gynaecoloog en niet door hun eigen huisarts. Dit onderzoek gebeurt onder toezicht van de Vrije Universiteit Brussel.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek, zal u gevraagd worden een korte vragenlijst, **anoniem**, in te vullen. Het invullen van de vragenlijst zal 5-10 minuten van uw tijd in beslag nemen. U kunt de ingevulde vragenlijst uiteindelijk in een doos bij de secretaresse deponeren. Alle gegevens worden uiteraard steeds vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan dit onderzoek.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek, kunt u contact opnemen met Dr. Hoda Rezaei, te bereiken op het nummer: 011-685585.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en danken u alvast.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Hoda Rezaei, Dr. Raf De Keersmaecker, Dr. Nele De Keersmaecker, Dr. Maxime Borreman

Bijlage C

Toestemmingsformulier

In te vullen door de deelnemer

- Ik bevestig dat Dr. ……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid en duidelijk geïnformeerd heeft over de aard en het doel van dit onderzoek.

- Ik bevestig dat ik de informatie over dit onderzoek begrepen en schriftelijk gekregen heb.

- Ik heb de mogelijkheid gehad om vragen te stellen en al mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

- Ik begrijp dat de vragenlijst anoniem dient te worden ingevuld en dat daarmee alle gegevens anoniem worden verwerkt. Tevens zullen alle gegevens vertrouwelijk worden behandeld.

- Ik begrijp dat mijn deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig is. Ik kan mij op elk moment terugtrekken uit dit onderzoek, zonder daarvoor een reden op te hoeven geven en zonder nadelige gevolgen.

Naam :…….

Datum :…….

Handtekening :…….

In te vullen door informerende arts

- Ik verklaar mondeling en schriftelijke toelichting te hebben verstrekt op dit onderzoek.

- Wanneer de deelnemer haar toestemming deel te nemen aan dit onderzoek intrekt, zal deze geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam :…….

Datum :……

Handtekening :……

Bijlage D

Studieprotocol: Waarom laten vrouwen het cervixuitstrijkje afnemen door een gynaecoloog en niet door hun eigen huisarts?

- **Inleiding**

Cervixkanker, kanker van de baarmoederhals, is heden ten dage een belangrijk gezondheidsprobleem. In België maakt deze vorm van kanker 3,0% uit van de nieuwe kankers bij vrouwen en staat hiermee op de achtste plaats van de meest voorkomende kankers bij vrouwen. Jaarlijks overlijden nog steeds iets meer dan honderd vrouwen in Vlaanderen aan cervixkanker. (1) Het cervixuitstrijkje is een geschikte en eenvoudig uit te voeren test, met als doel vroegtijdig veranderingen op te sporen die, over lange tijd, zouden kunnen leiden tot baarmoederhalskanker.(1,2) Deze vorm van screening door middel van het uitstrijkje, gevolgd door een adequate opvolging van de gevonden afwijkingen, reduceert de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van de cervixkanker met minstens 80%, mits dit op een georganiseerde manier gebeurt. Volgens de richtlijnen van Domus Medica wordt dan ook aangeraden aan alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar oud, voor zover zij geen volledige hysterectomie ondergingen en zij ooit seksueel actief waren, deel te nemen aan het Vlaams programma voor cervixkankeropsporing. Het wordt aanbevolen het screeningsuitstrijkje om de drie jaar uit te laten voeren, hetgeen dan ook volledig terugbetaald is door het RIZIV. Volgens dezelfde richtlijnen van Domus Medica moet iedere huisartspraktijk in staat zijn zelf het uitstrijkje uit te voeren. (1) De huisarts heeft namelijk een belangrijke rol in ziektepreventie, en zo hoort cervixkankerpreventie ook nog steeds bij het takenpakket van huisartsen.(1,3) De kwaliteit van uitstrijkjes gemaakt door de huisarts zijn over het algemeen zeer goed.(1) Het valt echter op dat het aandeel van de huisartsen in het totaal aantal uitstrijkjes de afgelopen jaren is afgenomen. (1,3) Recent gepresenteerde cijfers in de Artsenkrant van oktober jl. vermeldt dat het cervixuitstrijkje steeds meer door gynaecologen wordt afgenomen en steeds minder door huisartsen. De gynaecologen nemen op dit moment ruim 9 op de 10 cervixuitstrijkjes voor hun rekening. Daar waar in 1995 huisartsen nog goed waren voor 18,5% van de uitstrijkjes, is dit - in minder dan 20 jaar - gezakt tot 8,8% in 2012.(3)

Referenties:

1. Smeets F, Verhoeven V, Baay M et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu 2011;40:S64-S88. (aangevuld met opvolgrapport 2014).

2. Patiëntenbrochure afwijkend baarmoederhalsuitstrijkje, 2011. www.vvog.be (laatst geraadpleegd op 22/03/2014).

3. Backx P. Huisartsen verliezen uitstrijkjes. Artsenkrant 2013;33:1-2.

- **Vraagstelling**

Waarom laten vrouwen het cervixuitstrijkje afnemen door een gynaecoloog en niet door hun eigen huisarts?

- **Methode**

Door een pop-up, geactiveerd door het Elektronisch Medisch Dossier, te laten verschijnen bij alle vrouwelijke patiënten van 25 tot en met 64 jaar, die de huisarts consulteren voor andere indicaties, willen we deze doelgroep bereiken. Deze vrouwen zullen gevraagd worden deel te nemen aan het onderzoek, door het invullen van een korte vragenlijst.

Deze vragenlijst is tot stand gekomen op basis van literatuur en door middel van een aantal brainstormsessies met collega's en een aantal vriendinnen.
De vragenlijst zal door de patiënte zelfstandig en anoniem worden ingevuld nadat er mondelinge en schriftelijke informatie omtrent het onderzoek is gegeven en het toestemmingsformulier is ondertekend. Alle vier huisartsen werkzaam in de huisartsenpraktijk zijn akkoord hieraan mee te werken en deze procedure te volgen; er is geen sprake van opting-out.
Het invullen van de vragenlijst door patiënte vindt plaats direct na de consultatie of indien de patiënte dat wenst op een later tijdstip. De ingevulde vragenlijst kan vervolgens in een doos bij de secretaresse worden gedeponeerd.
Gedurende drie maanden zal deze doelgroep benaderd worden en zullen de vragenlijsten worden verzameld.

- **Timing**

-Literatuurstudie, pop-up in het Elektronisch Medisch Dossier instellen, informatiepakketten klaarmaken: april 2014 tot en met mei 2014.

-Literatuurstudie, benaderen doelgroep en verzamelen vragenlijsten: juni 2014 tot en met augustus 2014.

-Literatuurstudie, verwerken en analyseren resultaten, schrijven van de masterproef: september 2014 tot en met april 2015.

Bijlage E

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

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

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

PROF. DR. J. VANDEVOORDE
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 30-04-2014

Ons Kenmerk: **2014/114**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft :
Waarom laten vrouwen het cervixuitstrijkje afnemen door een gynaecoloog en niet door hun eigen huisarts?
B.U.N. 143201420761

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van **30 april 2014**

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

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

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

Meeting date: 30-04-2014

Ons Kenmerk : 2014/114

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB
(since 20-11-2013)

Name	Function	Gender	participated in vote	present
Prof. Dr. Em. A. Van Steirteghem, MD	CHAIRMAN UZ BRUSSEL	M	☒	☒
Dr. J. Marchand, MD	VICE- CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	M	☒	☐
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Van Hoeystraat 7, Mechelen	M	☒	☒
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F	☒	☒
Dr. Apr. V. Caveliers, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	F	☒	☒
Prof. Dr. H. De Boeck, MD	Pediatric Orthopedics UZ BRUSSEL	M	☒	☒
Prof. Dr. J. De Grève, MD	Medical Oncology UZ BRUSSEL	M	☒	☐
Prof. Dr. J. De Mey, MD	Radiology UZ BRUSSEL	M	☒	☒
Mrs. M. De Win	External Member	F	☒	☒
Mr. D. Danschutter	Head Nurse UZ BRUSSEL	M	☐	☐
Prof. Dr. P. Haentjens, MD	Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	M	☐	☐
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M	☐	☐
Prof. Dr. J. Poelaert, MD	Anesthesiology UZ Brussel	M	☐	☐
Prof. Dr. J. van der Werff ten Bosch, MD	Pediatrics UZ BRUSSEL	F	☒	☐
Prof. Dr. T. Vanhaecke, MD	Toxicology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F	☒	☐
Dr. L. Wostyn, MD, Master of Laws	Master of Laws VUB External member	M	☐	☐

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote