Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen tussen 25 en 45 jaar: Een praktijkverbeterend project

Ellen De Smedt, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Veronique Verhoeven, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Karen Dom, Huisartsenpraktijk Halledorp

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

1. Abstract

Inleiding: Wereldwijd is baarmoederhalskanker de derde meest voorkomende kanker bij vrouwen. Een infectie met het humaan papilloma virus ligt voor 99,7% aan de basis van het ontwikkelen van een cervixcarcinoom. Het immuunsysteem klaart het virus spontaan bij 80 tot 90 % van de vrouwen binnen 8 tot 14 maanden. Enkel bij de persisterende infecties kunnen de premaligne voorloperstadia evolueren tot een cervixcarcinoom. Cervixkanker en de voorloperstadia kunnen ontdekt worden door een Papanicolaoutest. Sinds 2011 heeft de Vlaamse huisarts een richtlijn om al zijn vrouwelijke patiënten tussen de 25 en 64 jaar, die ooit seksueel actief waren, te screenen met een interval van 3 jaar. Indien de screening op een goed georganiseerde manier aangeboden wordt, kan de morbiditeit en mortaliteit dalen met 80%. Ondanks deze duidelijke richtlijn worden toch nog 1.1 miljoen Belgische vrouwen onvoldoende of niet gescreend. Men streeft naar een screeningsgraad van 80%, maar volgens het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is de huidige Belgische screeningsgraad slechts 59 à 60%.

Doelstelling: Het doel van deze masterproef is om de screeningsgraad van baarmoederhalskanker, door middel van een cervixuitstrijkje, in de leeftijdsgroep van 25 tot 45 jarige vrouwen in de huisartsenpraktijk Halledorp te doen stijgen tot het Belgische gemiddelde van 59% door het versturen van patiëntenbrieven.

Methode: Via het watervalprincipe is er een literatuuronderzoek uitgevoerd. Nadien wordt het praktijkverbeterend project opgezet. De onderzoeksgroep wordt beperkt tot vrouwen tussen de 25 en 45 jaar die een Globaal Medisch Dossier hebben afgesloten vanaf 1 januari 2011. De medische dossiers van al deze vrouwen worden onderzocht op het resultaat en de datum van het laatste uitstrijkje. De vrouwen waarvan het resultaat van het laatste uitstrijkje langer dan 3 jaar geleden is, of waarvan er geen resultaat te vinden is in het medisch dossier, krijgen een patiëntenbrief opgestuurd met een vragenlijst en het advies het uitstrijkje te herhalen. Na 8 maanden wordt de onderzoeksgroep opnieuw geëvalueerd.

Resultaten: Er zijn 301 vrouwen opgenomen in het project. 168 vrouwen hebben een patiëntenbrief ontvangen. De screeningsgraad is gestegen van 44% naar 55%. Het aandeel van de huisarts in het afnemen van uitstrijkjes is gestegen van 21% naar 26%. Het aantal ingevulde agenda's is gestegen van 42% naar 71%. De agenda's die up to date gehouden zijn, zijn gestegen van 24% naar 51%. Het aantal dossiers waarin gecodeerd wordt, is gestegen van 15% naar 64%.

Conclusie: Het praktijkverbeterend project naar baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen in de leeftijdscategorie van 25 tot 45 jaar in de groepspraktijk Halledorp heeft op verschillende vlakken verbetering met zich meegebracht. Door middel van patiëntenbrieven is de screeningsgraad in de doelpopulatie gestegen van 44% naar 55%. Het agendasysteem wordt nu optimaler gebruikt en de artsen coderen systematisch. Er is een stijging van het aantal vrouwen die het uitstrijkje door de huisarts laten afnemen.

E-mail: ellendesmedt89@gmail.com

ICPC-code: X75 – maligniteit cervix uteri

2. Inhoudstafel

1. Abstract 2

2. Inhoudstafel 3

3. Inleiding 4

4. Methode 7

4.1 Keuze van een onderwerp 7

4.2 Aftoetsen in een LOK-vergadering 7

4.3 Literatuur 7

4.4 Onderzoeksopzet 8

5. Onderzoeksvragen 10

6. Doelstelling 11

7. Resultaten 12

7.1 LOK-vergadering 12

7.2 Literatuur 13

7.2.1 Welke screeningstesten worden aanbevolen? 13

7.2.2 Zijn er contra-indicaties voor het screeningsonderzoek? 14

7.2.3 Zijn er groepen onderscreend? 14

7.2.4 Wat is de rol van de huisarts in de baarmoederhalskanker-screening? 14

7.2.5 Hoe kan de screeningsgraad verbeterd worden? 15

7.3 Onderzoek 16

7.3.1 Voormeting 16

7.3.2 Interventie 18

7.3.3 Nameting 19

8. Bespreking/discussie 22

9. Besluit 24

10. Referenties 25

11. Bijlages 26

11.1 Bijlage 1: Verzoek tot advies van het ethisch comité 26

11.2 Bijlage 2: Onderzoeksprotocol 31

11.3 Bijlage 3: Goedkeuring ethisch comité 33

11.4 Bijlage 4: Patiëntenbrief 34

11.5 Bijlage 5: Powerpointpresentatie LOK-vergadering 36

3. Inleiding

Wereldwijd is baarmoederhalskanker de derde meest voorkomende kanker bij vrouwen.[1] In de leeftijdscategorie van 15 tot 44 jaar staat deze kanker zelfs op de tweede plaats.[1] Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zijn er in 2008 meer dan 500 000 nieuwe gevallen van cervixkanker ontdekt en er waren net geen 275 000 overlijdens het gevolg hiervan.[1]

Een infectie met het humaan papilloma virus (HPV) ligt voor 99,7% aan de basis van het ontwikkelen van een cervixcarcinoom.[2,3] HPV is een zeer infectieus virus. Veel vrouwen worden al besmet tijdens hun eerste seksuele betrekkingen.[4] Het virus maakt twee eiwitten aan die interfereren met tumorsupressie-eiwitten in de menselijke cellen.[2]

Volgens het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) test gemiddeld 11% van de bevolking positief voor HPV.[5] Bij de populatie van jonge seksueel actieve vrouwen wordt 60 tot 80% besmet met één of meerdere hoog risico HPV-types (hrHPV) in de eerste 5 jaar.[6] Het immuunsysteem klaart het virus spontaan bij 80 tot 90% van de vrouwen binnen 8 tot 14 maanden.[2,6,7] Enkel bij de persisterende infecties kunnen de premaligne voorloperstadia (cervicale intra-epitheliale neoplasie, CIN laesies) in de cellen evolueren tot een cervixcarcinoom. De incubatietijd tussen een HPV-infectie en een CIN2/3-letsel is gemiddeld 2,5 tot 4 jaar.[6] De evolutie van een CIN3-letsel tot een cervixcarcinoom heeft gemiddeld 10 tot 15 jaar nodig.[6,7] Welke infecties en letsels spontaan genezen en welke er persisterend zullen zijn, is niet te voorspellen. Bij jonge vrouwen treedt er vaker regressie op.[7]

Baarmoederhalskanker is in Vlaanderen de achtste meest voorkomende kanker bij vrouwen.[7] Jaarlijks krijgen ongeveer 350 Vlaamse vrouwen een nieuwe diagnose.[8] De gemiddelde leeftijd waarop de diagnose gesteld wordt, is 54 jaar.[5,9] Jaarlijks heeft de ziekte meer dan 100 overlijdens tot gevolg in Vlaanderen en ongeveer 200 in België.[7,8,9]

Deze fatale gevolgen zijn vaak te voorkomen door vroegtijdige opsporing. Cervixkanker en de voorloperstadia kunnen ontdekt worden door een Papanicolaoutest (PAP-test). Dit is een eenvoudige, niet-invasieve test die gemakkelijk uit te voeren is in de huisartsenpraktijk. Volgens Domus Medica (de overkoepelende belangenvereniging voor Vlaamse huisartsen) is de kwaliteit van de uitstrijkjes die afgenomen worden door huisartsen zeer goed.[7] Toch zien we dat het aandeel van de huisarts in de screening steeds kleiner wordt in Vlaanderen.[9] In Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest worden de screeningsuitstrijkjes bijna uitsluitend door gynaecologen afgenomen, ondanks de ideale plaats van de huisarts in de gezondheidszorg om de screening aan te bieden wanneer vrouwen langskomen voor een ander probleem.[7,9]

Indien de screening op een goed georganiseerde manier aangeboden wordt, kan de morbiditeit en mortaliteit dalen met 80%.[6] Sinds 2011 heeft de Vlaamse huisarts een richtlijn om al zijn vrouwelijke patiënten tussen de 25 en 64 jaar, die ooit seksueel actief waren, te screenen met een interval van 3 jaar.[7] Ondanks deze duidelijke richtlijn worden toch nog 1.1 miljoen Belgische vrouwen onvoldoende of niet gescreend.[7] Men streeft naar een screeningsgraad van 80%, maar volgens het KCE is de huidige Belgische screeningsgraad slechts 59 à 60%.[5,7]

Ik ben mijn huisartsenopleiding gestart in de huisartsengroep Halledorp. Deze huisartsenpraktijk hecht veel belang aan preventieve geneeskunde. Ze hebben meegewerkt aan het maken van de gezondheidgids. Aan bijna elke patiënt wordt vanaf 45 jaar een preventief onderzoek aangeboden en wordt de vragenlijst van de gezondheidsgids overlopen. Aan de hand hiervan wordt een planning opgemaakt in de agenda. Indien de vrouwen naar de gynaecoloog gaan voor het uitstrijkje, wordt dit vermeld in de notities. Na de bevalling blijven veel vrouwen in het opvolgcircuit bij de gynaecoloog. Deze stuurt de resultaten van de uitstrijkjes meestal niet door, zodat opvolging door de huisarts niet mogelijk is. Voor vrouwen onder de 45 jaar is er geen systematiek voor het aanbieden van baarmoederhalskankerscreening en gebeurt dit eerder opportunistisch.

In het elektronisch medisch dossier (EMD) SoSoeMe is er een aparte vrouwenfiche om de screeningsinformatie in te vullen, maar deze fiche wordt niet gebruikt. Er wordt wel gebruik gemaakt van een agendapunt in de to do lijst. De nadelen hieraan zijn dat het handmatig aangepast moet worden, het niet gecodeerd is en het enkel te zien is bij het openen van het dossier, maar niet tijdens de rest van de consultatie. Hierdoor wordt het agendapunt snel over het hoofd gezien.

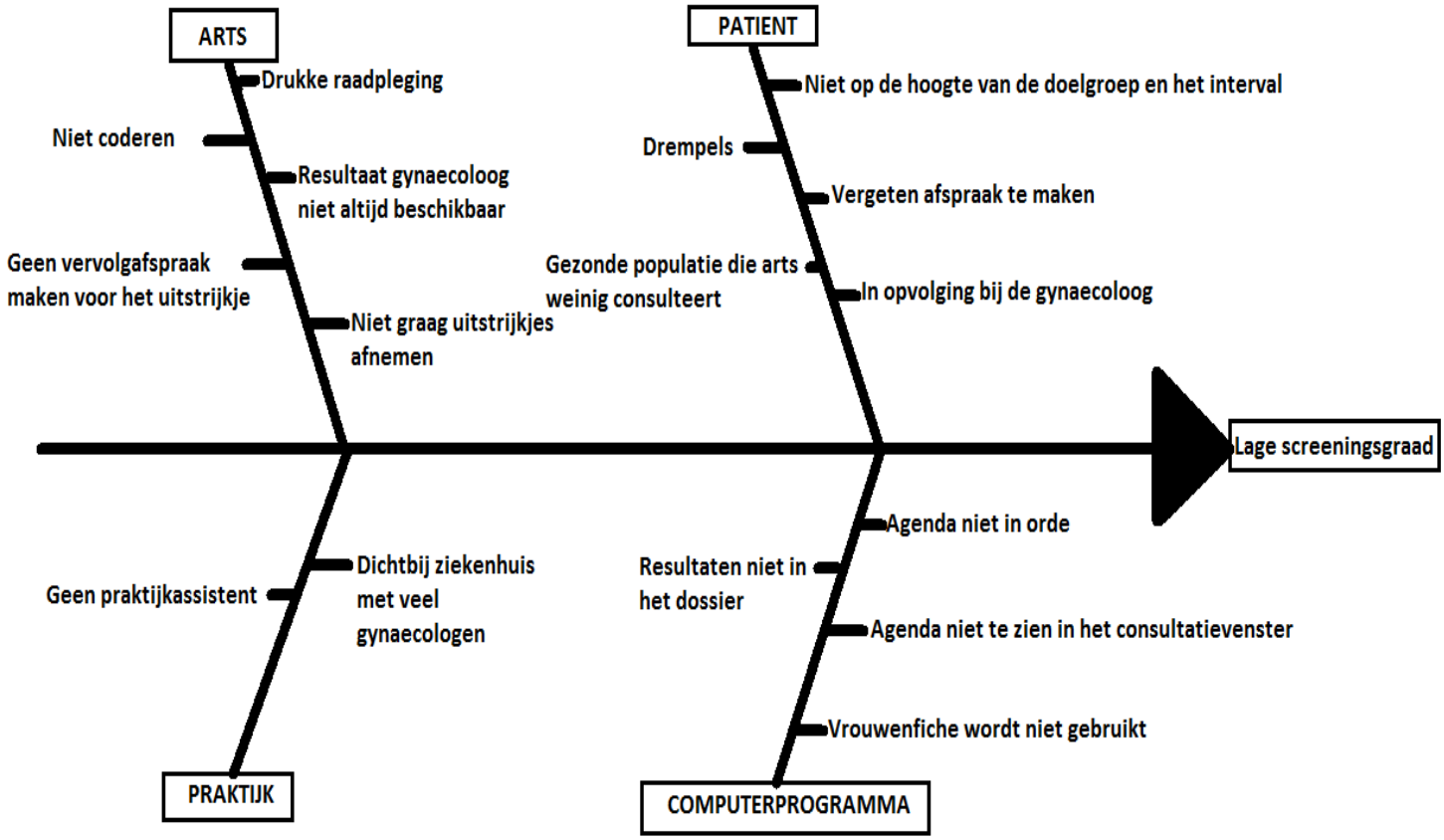
De agendareminder is goed om de reeds gescreende vrouwen verder op te volgen. Het heeft echter geen invloed op de nog niet gescreende vrouwen, om deze aan te sporen om deel te nemen.

Doordat de informatie niet gecodeerd in het dossier zit, kan er geen lijst getrokken worden van de gescreende vrouwen. De huisartsenpraktijk Halledorp heeft dus geen idee van de screeningsgraad van de eigen patiëntenpopulatie.

Sinds 2013 heeft de Vlaamse overheid een screeningsprogramma gelanceerd voor baarmoederhalskanker.[5] Elke vrouw tussen 25 en 64 jaar die de laatste drie jaar geen uitstrijkje liet maken, wordt een brief toegestuurd om hun huisarts of gynaecoloog te raadplegen voor een PAP-test. De collega's hebben echter nog geen enkele patiënt gezien met zo een oproepingsbrief.

Al de opgedoken problemen worden weergegeven in een visgraatanalyse. (*zie figuur 1*)

Ik ben overtuigd dat preventieve geneeskunde een taak is voor de eerstelijnsgeneeskunde en dat we een inspanning moeten leveren om het uitstrijkje terug bij de huisarts te laten uitvoeren. Ik ben dan ook erg gemotiveerd om hieromtrent een praktijkverbeterend project op te stellen om de screeningsgraad te doen stijgen en deze in de toekomst beter te kunnen opvolgen.



Figuur 1: Visgraatanalyse.

4. Methode

4.1 Keuze van een onderwerp

Een brainstormsessie wordt georganiseerd met mijn collega's van de opleidingspraktijk om een onderwerp voor mijn masterproef te kiezen. We zijn op zoek gegaan naar een haalbaar praktijkverbeterend project. Mijn opleidingspraktijk voert al een actief preventief beleid. Ze merken dat het aanbieden van preventie, waaronder het afnemen van uitstrijkjes, vooral gebeurt bij de patiëntenpopulatie die in aanmerking komen voor het GMD+ (Globaal Medisch Dossier met preventieplan). Dit zijn de patiënten in de leeftijdscategorie van 45 tot 75 jaar. Bij de vrouwen onder de 45 jaar hebben de artsen geen idee van de screeningsgraad. Uit de praktijkervaring wordt opgemerkt dat net deze groep vrouwen minder vaak op consultatie komen. Deze vrouwen hebben soms jaren geen arts nodig, zodat ze niet herinnerd kunnen worden om aan de screening deel te nemen.

Unaniem zijn we tot de beslissing gekomen dat er op het gebied van de preventieve baarmoederhalsuitstrijkjes bij de vrouwen onder de 45 jaar nog verbetering mogelijk is.

Bij consensus wordt de doelgroep beperkt tot de vrouwen tussen de 25 en 45 jaar met een actief GMD of een GMD dat is afgesloten in de laatste tien jaar (na 1 januari 2004).

4.2 Aftoetsen in de LOK-vergadering

Tijdens de vergadering van de Lokale Overleg Kring (LOK) wordt het onderwerp via vragen en stellingen afgetoetst bij de omringende praktijken. Hoe wordt de baarmoederhalskankerscreening georganiseerd, waar zitten de moeilijkheden en hoe worden deze aangepakt? *(powerpointpresentie, zie bijlage 5)*

4.3 Literatuur

Er wordt een literatuuronderzoek uitgevoerd volgens het watervalprincipe. Eerst worden de Vlaamse en Nederlandse richtlijn geraadpleegd. Nadien wordt er gezocht naar reviews in de cochrane database. Verder wordt er gekeken in de database van Pubmed met volgende Mesh-zoektermen: Papanicolaou Test, Early Detection of Cancer and Patient Participation.

In de databank van het Icho (Interuniversitair centrum voor huisartsenopleiding) wordt gezocht naar reeds uitgevoerde thesissen rond dit onderwerp.

In de referenties van de richtlijnen, artikels en thesissen wordt gekeken naar andere interessante artikels of websites.

De laatste literatuurstudie dateert van 6 januari 2016.

4.4 Onderzoeksopzet

In het elektronisch medisch dossier, SoSoeMe, wordt een lijst gemaakt van de geselecteerde doelgroep door volgende filters in te voeren: vrouwen, leeftijd groter of gelijk aan 25 jaar, leeftijd kleiner of gelijk aan 45 jaar en GMD vanaf 1 januari 2004. Na deze filteropdracht wordt er een lijst van 506 patiënten bekomen.

In deze lijst zitten nog een aantal mannelijke patiënten. Dit kan verklaard worden doordat bij het openen van een nieuw dossier het geslacht automatisch als vrouw aangevinkt staat. Als de arts dit niet verandert, blijft het zo staan. De lijst wordt handmatig doorgenomen en zo worden er 71 mannen uitgefilterd.

Er wordt een lijst van 435 patiënten bekomen. Op de eerste 25 patiënten wordt een proefanalyse uitgevoerd. Hierdoor komen enkele problemen aan het licht. Er zijn patiënten die slechts eenmalig een consultatie gehad hebben en andere die regelmatig op consultatie gekomen zijn gedurende enkele jaren en dan plots niet meer, zodat er een sterk vermoeden is dat ze een andere huisartsenpraktijk consulteren. Het criterium van GMD-afsluiting in de laatste 10 jaar is dus te ruim genomen.

Volgens de gezondheidsenquête van 2013 consulteert 75% van de vrouwen in de leeftijdscategorie 25 tot 34 jaar minstens 1 keer per jaar de huisarts. In de leeftijdscategorie 35-44jaar is dit 80%.[17] Het criterium van laatste GMD-afsluiting wordt na het bekijken van deze gegevens aangepast naar “in de laatste 3 jaar”, dus vanaf 1 januari 2011.

De lijst is nadien nog eens grondig nagekeken door de collega’s. De patiënten die verhuisd zijn en waarvan men weet dat ze een GMD bij een andere huisarts hebben, worden eruit gehaald. Tevens worden er ook 2 patiënten uitgehaald die al overleden zijn en 2 patiënten met een dubbel dossier.

Zo wordt een lijst bekomen van 301 patiënten.

In tussentijd is er op de praktijk gewisseld van softwarepakket voor het EMD. Er is overgeschakeld van SoSoeMe naar Careconnect. In Careconnect kan geen lijst getrokken worden van patiënten. Ik heb verder gewerkt met de lijst die ik tot dan toe had gemaakt. Dit zorgt ervoor dat de nieuwe patiënten niet worden opgenomen in de studiedoelgroep.

Per patiënt wordt het EMD geopend, zowel in SoSoeMe als in Careconnect. Er wordt gezocht naar het resultaat van deelname aan de screening. Er wordt gekeken in de agenda, in het journaal, in de documenten en in de laboratoriumuitslagen. In SoSoeMe wordt ook gekeken naar het notitievak, hier wordt soms vermeld dat de patiënt voor de uitstrijkjes naar de gynaecoloog gaat. In Careconnect wordt er gekeken of de deelname aan de baarmoederhalskankerscreening op een correcte manier gecodeerd is.

De patiënten waarbij er geen resultaat te vinden is in het dossier of waarbij het laatste resultaat meer dan 3 jaar oud is, krijgen een patiëntenbrief opgestuurd (*zie bijlage 4*). Als er een e-mailadres in het dossier genoteerd staat, wordt een e-mail gestuurd in plaats van een brief. De patiënten waarvan de e-mails onmiddellijk terugkomen omwille van een ongeldig e-mailadres, worden mee opgenomen in de groep om een brief te sturen.

In de brief staat uitleg over het doel van de baarmoederhalskankerscreening en de aangeraden frequentie. Er is ook een vragenlijst aan verbonden. Hierin wordt gevraagd of de patiënt al deelneemt aan de screening, hoe lang het geleden is en of ze toestemming geeft om het resultaat op te vragen bij de gynaecoloog. De antwoorden kunnen terugbezorgd worden binnen de maand via e-mail, de post, op raadpleging of gedeponeerd worden in een afgesloten doos in de wachtzaal.

Na het ontvangen van de antwoorden wordt een analyse van de resultaten uitgevoerd. Op deze manier kan de screeningsgraad berekend worden, het percentage dat door de huisarts gescreend wordt en het percentage van correct ingevulde dossiers.

Na de patiëntenbrief te versturen, worden de andere huisartsen in de praktijk aangespoord om de non-responders die op raadpleging komen te herinneren aan de uitnodiging en zo nodig een afspraak te plannen voor het uitstrijkje. Tevens wordt er aan de collega's uitgelegd hoe het resultaat gecodeerd moet worden in het dossier en hoe de agenda correct ingevuld moet worden.

8 maanden na het versturen van de patiëntenbrieven wordt opnieuw een audit uitgevoerd op de patiëntendossiers van de doelgroep. Hierna wordt berekend of er door de interventie een stijging van de screeningsgraad bereikt kan worden.

5. Onderzoeksvragen

Wat is de screeningsgraad voor baarmoederhalskanker in de groepspraktijk Halledorp bij vrouwen tussen 25 en 45 jaar?

Hoe kan de screeningsgraad voor baarmoederhalskanker verbeterd worden?

Wat is de rol van de huisarts in de screening?

6. Doelstelling

Het doel van deze masterproef is de screeningsgraad van baarmoederhalskanker, door middel van een cervixuitstrijkje, in de leeftijdsgroep van 25 tot 45 jarige vrouwen in de huisartsenpraktijk Halledorp te doen stijgen tot het Belgische gemiddelde van 59%.

Indien het project verder gezet wordt, zal de doelstelling zijn om de screeningsgraad na 5 jaar te doen stijgen tot 80%.

Er zal gepoogd worden deze doelstelling te halen door middel van het versturen van een patiëntenbrief.

7. Resultaten

7.1 LOK-vergadering

De LOK-vergadering vindt plaats op 4 december 2014, er zijn 12 artsen aanwezig, uit 5 verschillende praktijken.

Baarmoederhalskankerscreening wordt eerder opportunistisch aangeboden door de artsen tijdens het pilconsult en bij het afsluiten van een GMD+. Als hulpmiddel gebruikt één arts het vrouwdossier in het EMD. Meestal wordt een agendapunt in de to do lijst gebruikt. Bij enkele artsen moet deze agendareminder handmatig aangepast worden, bij andere gebeurt dit automatisch bij alle 25 tot 64 jarige vrouwen als de screening langer dan 3 jaar geleden is. Geen enkele praktijk werkt met het actief versturen van uitnodigingsbrieven.

Van alle artsen heeft geen enkele zicht op de screeningsgraad binnen zijn eigen praktijk en kan niemand deze vlot uit het EMD filteren. Als voornaamste problemen worden hier vermeld dat niet iedereen gecodeerd werkt en dat de gynaecoloog vaak geen verslag stuurt.

Vroeger zag men regelmatig een patiënte met een gele oproepbrief van de overheid voor baarmoederhalskankerscreening, maar deze zijn zeer zeldzaam geworden en niet elke arts heeft al van deze uitnodigingsbrieven gehoord.

De artsen hebben het subjectieve gevoel dat er een evolutie is binnen de deelname aan de screening. Ze vinden dat er vooral oudere vrouwen deelnemen door het aanbieden van het GMD+. De vrouwen onder de 45 jaar ontsnappen vaak aan de screening door een zwangerschap of de aanwezigheid van een spiraal. Tevens wordt opgemerkt dat deze vrouwen de huisarts wel consulteren voor hun kinderen, maar zelf weinig ziek zijn. Elke arts heeft het gevoel dat ze vroeger veel meer uitstrijkjes afnamen. Dit wordt gekaderd in het feit dat de richtlijn vroeger een jaarlijkse screening aanraadde, maar ook door het gevoel dat vrouwen nu vaker een gynaecoloog consulteren voor de screening. Eén arts heeft het gevoel dat door de lange wachtlijst bij de gynaecologen toch meer patiënten haar terug contacteren voor een uitstrijkje.

De patiëntengroepen die onvoldoende gescreend worden, zijn volgens de artsen van de LOK-vergadering: lagere sociale klassen, allochtonen, vrouwen tussen het post-partum en de 45 jaar, vrouwen die geen anticonceptiepil nemen, vrouwen boven de 45jaar die geen GMD hebben.

De patiënten die overscreend worden, zijn volgens de huisartsen: patiënten uit hogere socio-economische klassen en jonge vrouwen die voor hun eerste pil de gynaecoloog contacteren in plaats van de huisarts.

Uit de stellingen komt naar voor dat het de taak van de huisarts is om zijn patiënten te informeren, maar niet te overtuigen, wanneer het tijd is voor de volgende screening. Voor de patiënten die geen vaste huisarts hebben, is de overheid in een betere positie om iedereen te bereiken. Een oproepbrief met informatie over baarmoederhalskanker en de screening kan ervoor zorgen dat er meer vrouwen deelnemen aan de screening omdat er een grotere groep bereikt wordt, maar de reactie hierop is soms teleurstellend. Het

systematisch invullen van de agenda in het EMD kan ervoor zorgen dat er meer vrouwen deelnemen aan de screening. Het ophangen van een poster vindt men echter geen goede methode omdat er al te veel posters in de wachtzaal hangen.

7.2 Literatuur

Baarmoederhalskanker blijft een belangrijk gezondheidsprobleem, zowel in Vlaanderen als in de wereld. De Vlaamse richtlijn voor huisartsen raadt aan om alle vrouwen tussen 25 en 64 jaar, die ooit seksueel actief zijn geweest, te screenen door middel van een baarmoederhalsuitstrijkje om de 3 tot 5 jaar.[7]

7.2.1 Welke screeningstesten worden aanbevolen?

De huidige Belgische richtlijn raadt aan om baarmoederhalskanker en de voorloperstadia op te sporen door middel van een uitstrijkje met de dunnelaagcytologie techniek. Deze techniek wordt door vrouwen goed aanvaard.[6,7,10]

HPV-diagnostiek is al wijdverspreid, maar wordt in België nog niet aanbevolen bij het screeningsonderzoek.[7] Bij de HPV-test wordt niet naar de cellen gekeken, maar wordt met een DNA-test gekeken naar de aanwezigheid van genetisch materiaal van HPV-virussen. De HPV-test heeft een grotere sensitiviteit, maar een lagere specificiteit dan het cytologisch uitstrijkje voor een CIN2 of 3 letsel. Er zijn meer vals positieve resultaten.[5] Dit komt omdat een positieve HPV-test niet noodzakelijk wil zeggen dat er ook een CIN-letsel aanwezig is. Volgens Mayrand et al is de sensitiviteit van de HPV-test 94.6% en de specificiteit 94.1%. Voor de Pap-test zijn de cijfers respectievelijk 55.4% en 96.8%.[6] Hij concludeert dat de incidentie van CIN2 en 3 letsels en van cervixkanker zal reduceren als de HPV-test wordt toegevoegd aan de Pap-test. Ook de Amerikaanse richtlijn voor huisartsen raadt aan om de HPV-test toe te voegen aan de Pap-test (co-testing), maar dit enkel vanaf de leeftijd van 30 jaar.[10]

In Nederland zal vanaf 2016 eerst gekeken worden naar de aanwezigheid van HPV.[11] Slechts als deze test positief is, wordt er onderzocht of er atypische cellen aanwezig zijn. Bij de herinnering voor het bevolkingsonderzoek zullen de vrouwen ook de mogelijkheid krijgen om een HPV-zelfafnameset aan te vragen.[11]

Het Agentschap voor Zorg en Gezondheid meldt dat recente gerandomiseerde trials aantonen dat bij HPV-testing gevolgd door cytologietesting op de HPV-positieve vrouwen de reductie van de incidentie van CIN 3 letsels en invasieve kankers effectiever is dan bij HPV-testing na atypische cytologie. HPV-gebaseerde screening geeft 60-70% meer bescherming tegen invasieve cervixcarcinomen dan cytologiegebaseerde screening.[2]

Het KCE bracht op 19 januari 2015 volgende nieuwe aanbevelingen uit:[5]

- De hrHPV-test zou best de cytologietest vervangen als eerste screeningstest voor baarmoederhalskanker omdat hij bij vrouwen vanaf 30 jaar een betere bescherming tegen deze kanker biedt dan de cytologietest.

- Bij vrouwen jonger dan 30 jaar moet screening verder met cytologie gebeuren, gevolgd door triage met een HPV-test.
- Bij screening met de HPV-test zou het interval tussen twee screenings verlengd moeten worden tot 5 jaar.
- Vrouwen met een positieve hrHPV-test en met twee negatieve triagetesten, moeten na 1 jaar een nieuwe hrHPV-test aangeboden krijgen. Deze test moet elk jaar worden herhaald tot het resultaat opnieuw negatief is.

7.2.2 Zijn er contra-indicaties voor het screeningsonderzoek?

Er zijn twee situaties waarbij er geen PAP-test dient afgenomen te worden: bij een hysterectomie en bij een macroscopisch verdacht letsel van de baarmoederhals.[7]

7.2.3 Zijn er groepen onderscreend?

Volgens Domus Medica en de Nederlandse huisartsen genootschap (NHG) is de opkomst voor screening lager in volgende groepen: niet-westerse allochtone vrouwen, vrouwen onder de 40 jaar, in stedelijke gebieden en vrouwen met een lage socio-economische status.[6,7] Ook volgende groepen nemen volgens Domus Medica minder deel aan de screening: vrouwen met een laag zelfbeeld, ouderen, alleenstaanden, vrouwen die de taal niet machtig zijn en vrouwen met een specifiek ziektebeeld zoals schizofrenie.[7] Volgens Curmi et al nemen ook lesbische vrouwen en vrouwen met een handicap minder deel.[12]

7.2.4 Wat is de rol van de huisarts in de baarmoederhalskankerscreening?

De huisarts heeft een ideale rol voor het aanbieden van screening.[4,7] Hij wordt vaak geconsulteerd door de doelgroep voor andere redenen en de vrouwen verwachten ook dat de huisarts de screening ter sprake brengt. Door het gebruik van de dunnelaagcytologie zijn er minder inadequate uitstrijkjes en kan er zo nodig een bijkomende HPV-bepaling uitgevoerd worden op hetzelfde staal.[6,7] De kwaliteit van de uitstrijkjes die door huisartsen zijn afgenomen is goed, toch wordt er maar 10 tot 20% van de uitstrijkjes afgenomen door de Vlaamse huisarts.[2,7] De uitslag van de uitstrijkjes afgenomen door gynaecologen geraken moeilijk in het GMD bij de huisarts geïntegreerd.[7]

De huisarts kan de patiënte enkel herinneren aan het uitstrijkje als hij weet wanneer het laatste negatieve uitstrijkje geweest is. Het wordt daarom aanbevolen door Domus Medica om bij alle vrouwen boven de 25 jaar waarvan de huisarts het GMD heeft de screeningsstatus te noteren in het EMD en met behulp van een kattebelletje in het dossier de patiënt op de juiste tijd te herinneren.[7]

Een studie in Noorwegen onderzocht hoe betrouwbaar een vrouw kon weergeven wanneer ze haar laatste uitstrijkje gehad had. Vrouwen waren geneigd om het tijdsinterval te onderschatten sinds de laatste test en ze stelden hun volgende uitstrijkje hierdoor langer uit, dit wordt telescoping genoemd. Hoe langer het geleden is, hoe minder accuraat het tijdsinterval kan weergegeven worden. De arts kan dus misleid worden als hij zich enkel baseert op wat de vrouwen zich herinneren en het risico op baarmoederhalskanker verhoogt hierdoor.[13]

De huisarts dient op voorhand duidelijke afspraken te maken met de patiënte over hoe het resultaat tot bij de patiënte geraakt en op welk tijdstip.[6,7]

7.2.5 Hoe kan de screeningsgraad verbeterd worden?

Eén van de grootste obstakels voor het succes van de baarmoederhalskankerscreening is het feit dat veel vrouwen niet deelnemen.[3,14]

Het is aangetoond dat een uitnodigingsbrief sturen, naar de patiënten binnen de doelpopulatie, de deelname aan het screeningsonderzoek verhoogt.[3,14] Een persoonlijke brief gestuurd door de huisarts heeft een groter positief effect dan een brief verstuurd vanuit een algemene instantie.[2,3,6,7,14] Volgens De Nooijer et al ligt de effectiviteit van de screening 7.9% hoger door de huisartsen de patiënten zelf te laten oproepen.[15] In de groep van de jongste vrouwen kan de deelname zelfs verhoogd worden met 13% door de huisarts de patiënten persoonlijk te laten oproepen.[15] Dit positief effect geldt ook voor een telefonische uitnodiging.[3,7,14] Een telefonische uitnodiging is volgens het bevolkingsonderzoek en de Cochrane review niet superieur ten opzichte van een schriftelijke uitnodiging.[2,3] Een uitnodiging waar een vaste afspraak aan gekoppeld is, is effectiever dan een vrije uitnodiging.[2,14]

De non-responders op de eerste uitnodiging hercontacteren door middel van een brief of een telefonisch contact verhoogt ook de deelnamegraad.[7]

Munro et al raadt aan dat huisartsen werken met een recall-systeem en dat ze opportunistische screening aanbieden aan vrouwen die onderscreend zijn en op raadpleging komen. Een andere strategie is tijdens de raadpleging educatie geven over hoe de baarmoederhalskankerscreening verloopt en de Pap-test zelf aan te bieden.[4] Door de patiënt te informeren en een nieuwe afspraak te geven voor een uitstrijkje, belicht de huisarts het belang van de screening en verhoogt zo de deelname eraan.[4]

De patiënt onderwijzen in het onderwerp van baarmoederhalsuitstrijkjes, is effectief in het verhogen van de participatiegraad, maar is niet significant beter dan een uitnodigingsbrief.[3]

Recent zijn er zelfafnamekits voor HPV op de markt gekomen. Deze thuistest lijkt geschikt als alternatief voor cytologie in de groep vrouwen met een lage deelnemingsgraad aan de screening.[6] Alle studies tonen aan dat er meer vrouwen deelnemen als ze een zelfafnamekit thuis gestuurd krijgen.[16] De participatiegraad is echter heel verschillend in de verschillende geografische gebieden. In Londen lag de participatiegraad op 6% en in Zweden op 34%. Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezonheid raadt aan dat er in België eerst pilootstudies uitgevoerd moeten worden vooraleer deze zelfafnamekits veralgemeend worden.[16]

7.3 Onderzoek

7.3.1 Voormeting

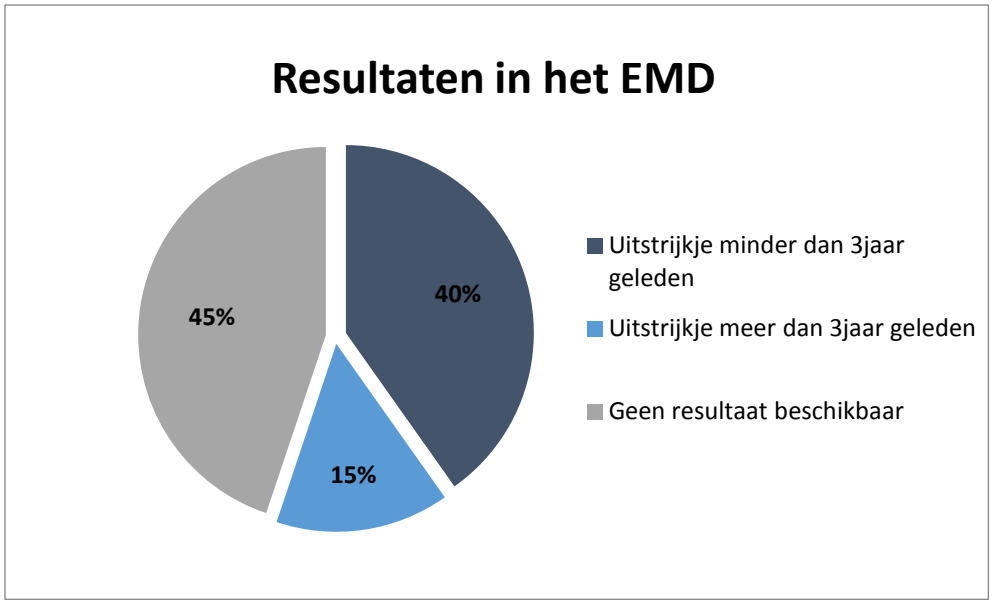
Er wordt een lijst getrokken uit SoSoeMe met volgende criteria: geslacht gelijk aan vrouw, leeftijd groter dan of gelijk aan 25 jaar, leeftijd kleiner dan of gelijk aan 45 jaar en GMD na 1 januari 2004. De lijst bevat 506 patiënten. Deze lijst wordt handmatig nagekeken en 160 patiënten worden geëxcludeerd om verschillende redenen (*zie tabel 1*). Tijdens het analyseren van de lijst wordt het criterium voor GMD-afsluiting aangepast naar "laatste GMD na 01/01/2011. Er worden zo nog 33 patiënten uitgesloten. 12 patiënten die slechts een eenmalig consult hebben gehad, worden ook niet opgenomen in de lijst.

Uiteindelijk worden er 301 vrouwen geïncludeerd in de studie.

Startpopulatie	Exclusie		Inclusie
506	Man	73	301
	Verhuisd	45	
	Laatste GMD voor 01/01/2011	33	
	GMD elders	20	
	Eenmalig consult	12	
	46 jaar	8	
	Foute contactgegevens	3	
	Overleden	2	
	Collega	2	
	Dubbel dossier	2	
	Nooit seksueel actief geweest	1	
	Hysterectomie	1	
	Oncologische patiënt	1	
	Nooit een consult gehad	1	
	Geen GMD gehad	1	

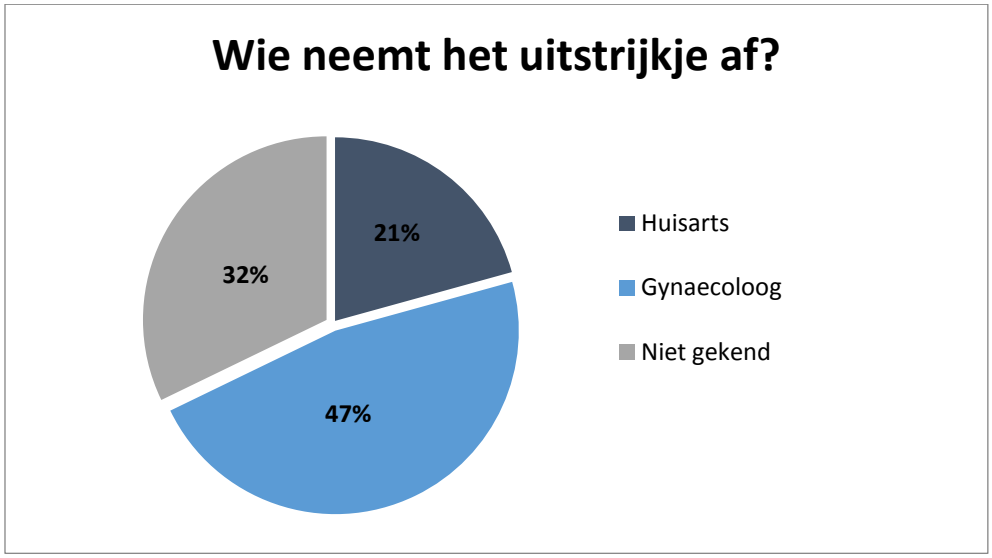
Tabel 1: Exclusiecriteria

Bij 166 vrouwen (55%) wordt een resultaat van een uitstrijkje teruggevonden in het dossier. Bij 45 vrouwen (15%) is het laatste uitstrijkje reeds meer dan 36 maanden geleden. 121 vrouwen van de 301, of 40%, worden correct gescreend. Van 135 vrouwen (45%) ontbreekt het resultaat in het EMD.



Grafiek 1: Voormeting, resultaten in het EMD.

Bij 62 vrouwen uit de studiepopulatie heeft de huisarts het uitstrijkje afgenomen. Dit komt overeen met 21%. Bij 141 vrouwen (47%) is het resultaat van het uitstrijkje door de gynaecoloog doorgestuurd naar de huisarts, of staat er in de notities vermeld dat de vrouw voor de screening naar de gynaecoloog gaat.



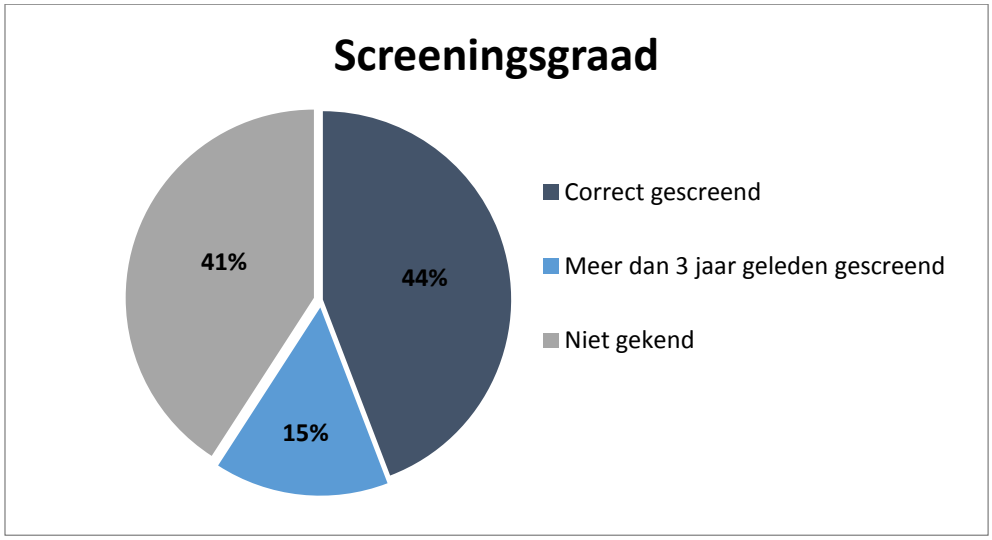
Grafiek 2: Voormeting, wie neemt het uitstrijkje af?

De agenda of to do lijst is ingevuld in 127 dossiers (42%). Slechts in 72 dossiers (24%) is de ingevulde agenda up to date gehouden. In 46 dossiers (15%) word er gecodeerd, ofwel in de agenda ofwel in de consultatie van de afname van het uitstrijkje.

Agenda ingevuld	Agenda up-to-date gehouden	Codering in dossier
42%	24%	15%

Tabel 2: Voormeting, agenda's.

Bij 12 vrouwen is de agenda correct ingevuld. Volgens deze planning is hun laatste uitstrijkje minder dan 3 jaar geleden, maar er is geen resultaat in het dossier te vinden. Deze 12 vrouwen kunnen opgeteld worden bij de 121 correct gescreende vrouwen. Zo komt de screeningsgraad voor baarmoederhalskanker van de huisartsengroep Halledorp op 44% (133 vrouwen van de 301) in de leeftijdscategorie van 25 tot 45 jaar.



Grafiek 3: Voormeting, screeningsgraad.

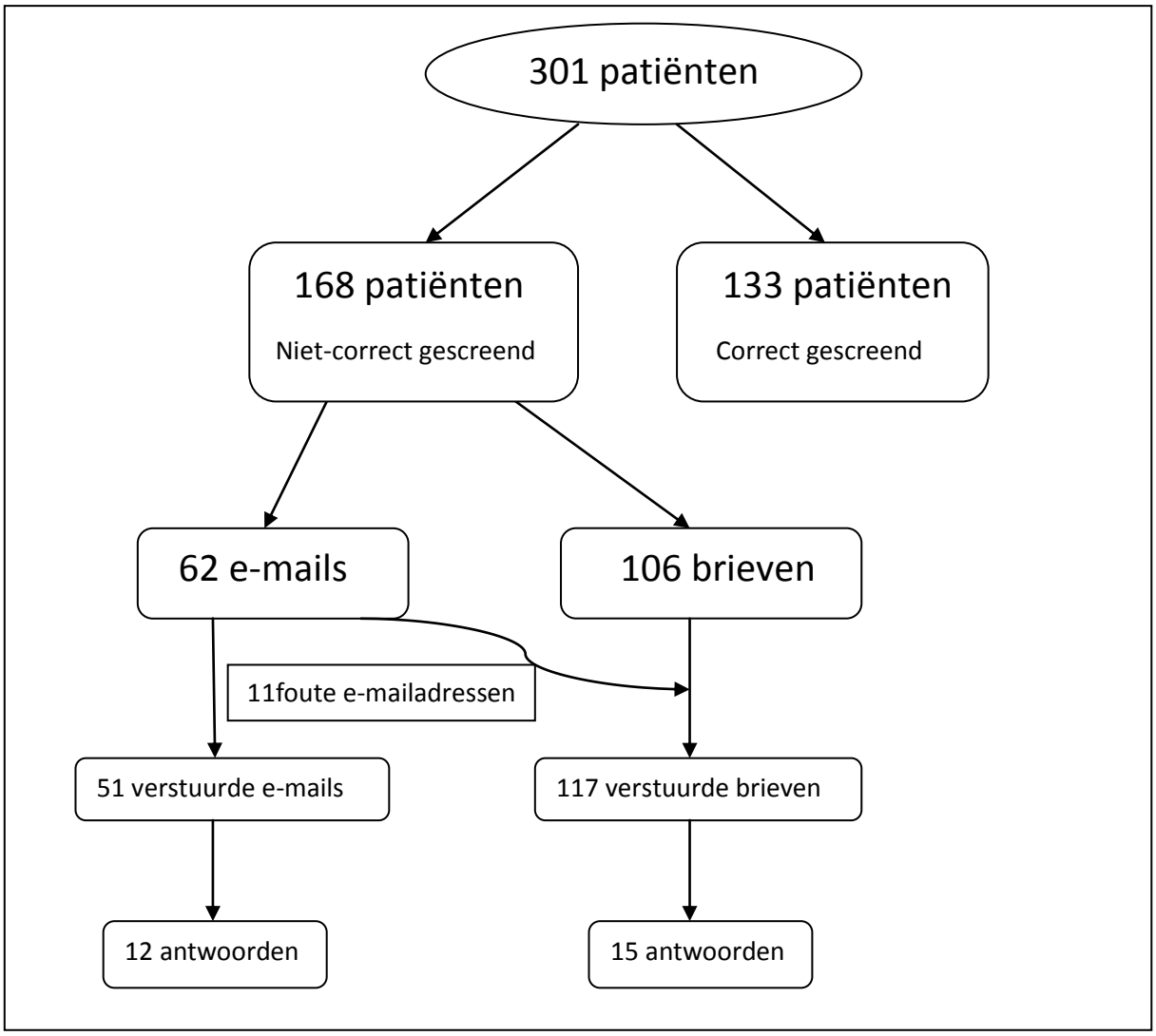
In de deelpopulatie van de vrouwen die het uitstrijkje door de huisarts laten afnemen (62 vrouwen), zien we dat het resultaat in 60 dossiers aanwezig is, ofwel in 97%. 1 vrouw liet een uitstrijkje afnemen bij de gynaecoloog voor de opvolging van een afwijkend resultaat. Bij 10 vrouwen (16%) is het uitstrijkje langer dan 3 jaar geleden. 52 van de 62 vrouwen (84%) zijn correct gescreend in de laatste 36 maanden. In 47 dossiers (76%) is de agenda ingevuld, 35 van de agenda's (56%) zijn up to date gehouden en in 20 dossiers (32%) wordt er gecodeerd.

7.3.2 Interventie

De patiënten waarbij er geen resultaat in het dossier te vinden is of waarvan het laatste resultaat reeds langer dan 3 jaar geleden is, krijgen een patiëntenbrief opgestuurd.

Er worden 62 e-mails gestuurd. Bij 11 e-mails krijg ik een notificatie van een fout e-mailadres. Deze vrouwen krijgen alsnog een brief opgestuurd. In totaal worden er 117 brieven verstuurd. Op deze manier worden 168 patiënten bereikt. (*zie figuur 2*)

Van de patiënten die een e-mail hebben gekregen, zijn er 12 patiënten die geantwoord hebben. Op de brieven zijn er 15 reacties gekomen. Dit is respectievelijk 23% en 13% respons.



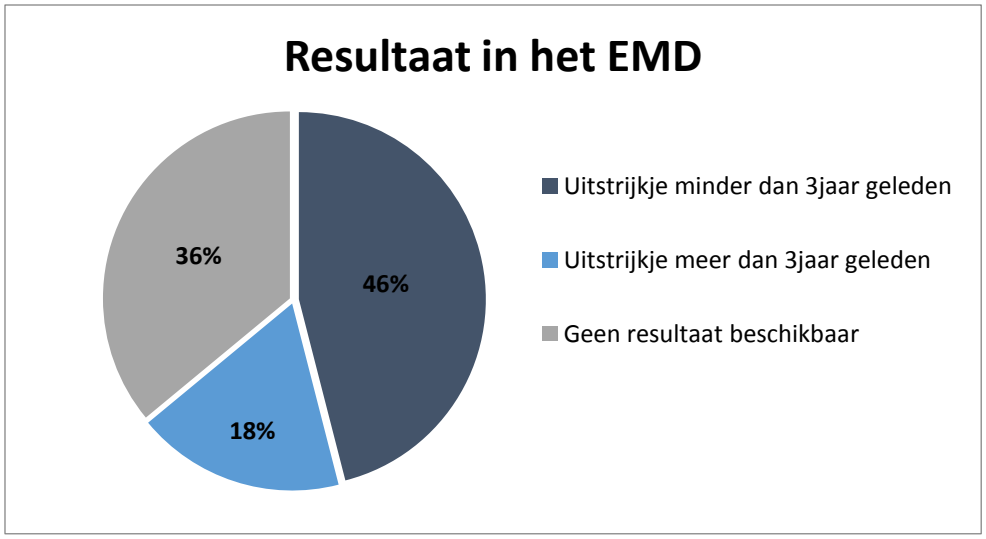
Figuur 2: Verzonden patiëntenbrieven en antwoorden.

Van de 27 antwoorden die teruggekomen zijn, melden 6 patiënten dat ze in een andere huisartsenpraktijk een GMD hebben. 4 vrouwen doen nog niet mee aan de screening maar wensen dit op te starten. Van de overige antwoorden worden 14 vrouwen gescreend bij de gynaecoloog en 3 bij de huisarts. 9 hiervan weten dat het laatste uitstrijkje minder dan 3 jaar geleden is, 2 weten dat het langer dan 3 jaar geleden is en 6 hebben er geen idee van.

7.3.3 Nameting

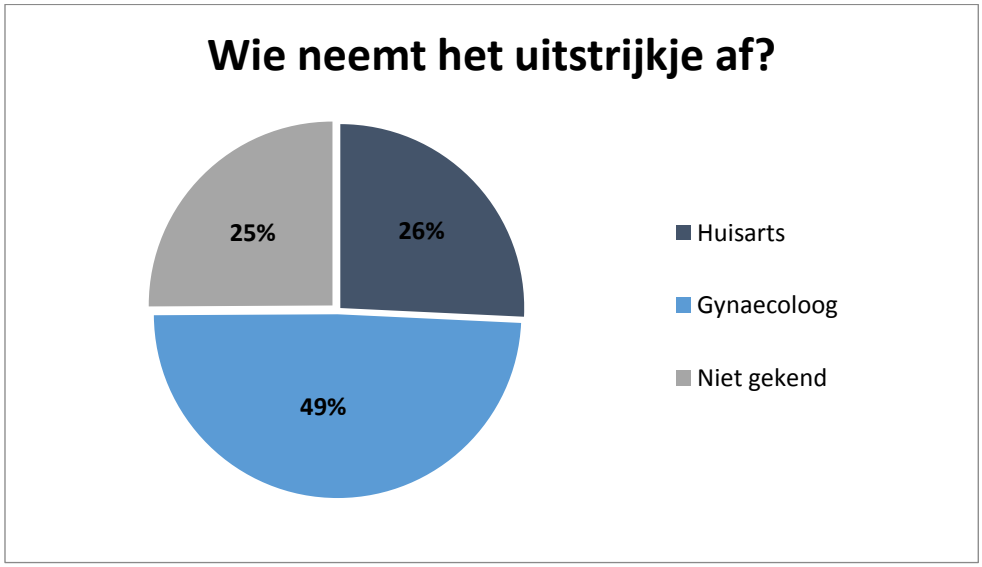
Dezelfde lijst van 301 patiënten wordt 8 maanden na de interventie opnieuw geanalyseerd.

Van 191 vrouwen (63%) is het resultaat van een uitstrijkje in het dossier terug te vinden. Bij 53 patiënten (18%) is het uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden. Er zijn dus 138 (46%) vrouwen waarvan het zeker is dat ze correct gescreend worden.



Grafiek 4: Nameting, resultaat in het EMD.

De huisarts heeft bij 77 vrouwen de PAP-test afgenomen, ofwel 26%. 147 vrouwen (49%) gaat naar de gynaecoloog voor de afname van een uitstrijkje.



Grafiek 5: Nameting, wie neemt het uitstrijkje af?

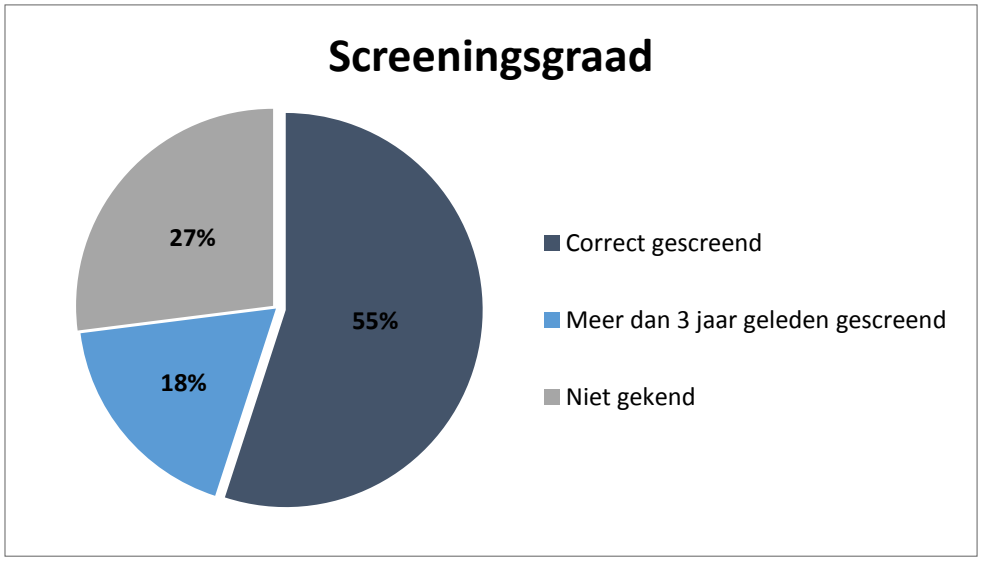
In 213 dossiers (71%) is de agenda ingevuld, in 192 dossiers (64%) wordt er gecodeerd in de agenda of in het consult wanneer het uitstrijkje is afgenomen. 155 agenda's (51%) zijn up to date gehouden.

Agenda ingevuld	Agenda up-to-date gehouden	Codering in dossier
71%	51%	64%

Tabel 3: Nameting, agenda's.

Bij 28 vrouwen is de agenda correct ingevuld en volgens deze planning is hun uitstrijkje niet langer dan 3 jaar geleden. Maar de gynaecoloog heeft het resultaat niet doorgestuurd. Deze vrouwen kunnen bijgeteld worden bij de 138 correct gescreende vrouwen. Zo zijn er na de interventie 166 vrouwen die correct gescreend worden, ofwel 55%.

Bij 80 patiënten (27%) is er geen resultaat van een uitstrijkje in het dossier te vinden, is de agenda niet ingevuld en staat er nergens vermeld dat ze zich bij de gynaecoloog laten screenen.



Grafiek 6: Nameting, screeningsgraad.

In de groep vrouwen die het uitstrijkje laat afnemen door de huisarts (77 vrouwen), is in 100% van de dossiers het resultaat aanwezig. Bij 15 vrouwen (19%) is het laatste uitstrijkje langer dan 3jaar geleden afgenomen. 3 vrouwen laten zowel door de gynaecoloog als door de huisarts een uitstrijkje afnemen, dit was telkens in opvolging van een afwijkend resultaat. De agenda is in 72 dossiers (94%) ingevuld, in 56 dossiers (73%) is de agenda up to date gehouden. In 68 (88%) van de dossiers wordt er gecodeerd. 62 vrouwen, ofwel 81%, van de vrouwen die het uitstrijkje bij de huisarts laten afnemen zit op schema in het preventie onderzoek.

Van de 4 vrouwen die op de brieven hebben geantwoord dat ze wensen te starten met de screening, heeft slechts 1 vrouw dit effectief gedaan.

8. Bespreking en discussie

Het praktijkverbeterend project naar baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen in de leeftijdscategorie van 25 tot 45jaar in de groepspraktijk Halledorp heeft een stijging van de screeningsgraad kunnen bereiken door middel van patiëntenbrieven. De screeningsgraad is gestegen van 44% naar 55%. Het doel om na deze interventie tot het Belgische gemiddelde van 59% te stijgen, is niet gehaald.

De reactie op de patiëntenbrieven en –e-mails is beperkt. Op de brieven heeft ongeveer 1 op 10 van de vrouwen gereageerd en op de e-mails ongeveer 1 op 5. Via e-mail wordt er meer reactie verkregen, dit is in de huidige maatschappij een toegankelijker medium. Het probleem is dat er slechts in een derde van de dossiers een e-mailadres genoteerd staat. Van deze e-mailadressen is 18% foutief. Met e-mail kan dus maar 30% van de geselecteerde patiëntenpopulatie bereikt worden. Indien het project verder wordt gezet, suggereer ik om eerst meer e-mailadressen in de patiëntendossier te noteren. Dit kan bijvoorbeeld door het e-mailadres te vragen bij het afsluiten van een GMD, of als er een praktijkassistent komt, kan deze het navragen bij elke patiënt die op raadpleging komt.

Een herinneringsbrief of –e-mail sturen kan volgens de literatuur ook een verbetering van de screeningsgraad bekomen. Wegens te arbeidsintensief en de weinige reacties op de eerste brief, is dit niet gedaan tijdens dit onderzoek.

Van de 21 vrouwen die hebben geantwoord op de patiëntenbrieven, waren er slechts 4 nog niet gescreend. Hiervan heeft slechts 1 vrouw de screening gestart tijdens de loop van het project. Toch is de screeningsgraad gestegen met 11%. Deze stijging wordt veroorzaakt door vrouwen die niet geantwoord hebben op de vragenlijst, maar zich na het ontvangen van de brief toch hebben laten screenen. En de extra aandacht die de huisartsen hebben tijdens dit onderzoek om de screeningsgraad van hun patiënten op te volgen. Het resultaat van de interventie hangt niet samen met de reactie op de vragenlijst.

Door de interventie zijn er meer resultaten opgenomen in het patiëntendossier. Voor de interventie was er in 55% van de dossiers een resultaat gekend. Na de interventie wordt in 63% van de dossiers een resultaat van een uitstrijkje teruggevonden. Hoe meer resultaten in het EMD geïntegreerd worden, hoe beter de huisarts de screeningsintervallen kan opvolgen en de patiënt een seintje kan geven als het tijd is voor een volgende PAP-test.

Het agendasysteem is nu veel beter ingevuld dan voor het project. In 51% van de dossiers is deze up to date gehouden, terwijl dit voordien slechts in 24% het geval was. Dit zorgt ervoor dat het veel duidelijker is wanneer de vrouw haar laatste uitstrijkje heeft gehad en wanneer ze eraan herinnerd moet worden om een nieuw uitstrijkje te laten nemen. In 64% van de dossiers is er gecodeerd in de agenda, of in het consult wanneer het uitstrijkje afgenomen werd. Dit is een sterke verbetering ten opzichte van de 15% codering voor het project. Een verklaring hiervoor is dat coderen in het nieuwe software programma veel gemakkelijker is. Bij de start van het project heb ik de artsen duidelijk uitgelegd hoe ze moeten coderen in de agenda en bij het afnemen van een uitstrijkje. Sinds het gebruik van het nieuwe softwareprogramma zijn de artsen zich ook meer bewust van de waarde van coderen. Een

tweede verklaring voor deze stijging is, dat ik bij de analyse van de dossiers de patiëntendossiers van de vrouwen die op schema zaten in orde heb gebracht. Door het invoeren van coderen, zal het in de toekomst vlotter gaan om analyses uit te voeren op bepaalde patiëntengroepen.

Het aandeel van de huisarts in het afnemen van uitstrijkjes lag voor de interventie op 21%. Dit was net iets meer dan de gemiddelde Vlaamse huisarts. Dit aandeel is na de interventie licht gestegen tot 26%. Als we in deze deelpopulatie kijken, zien we dat de dossiers en het agendasysteem veel beter gebruikt worden. De agenda is in deze deelgroep in 94% van de dossiers ingevuld, ervoor was dit in 76%. Het aantal dossiers waarin er werd gecodeerd is meer dan verdubbeld, van 33% naar 88%. Het aantal agenda's die up to date zijn gehouden zijn ook gestegen van 56% naar 73%. Het verschil tussen het aantal ingevulde agenda's en deze die up to date zijn gehouden, is te verklaren door de vrouwen die langer dan 36 maanden geleden hun uitstrijkje lieten doen. De screeningsgraad in deze deelpopulatie is vrijwel stabiel gebleven, voor de interventie was dit 84%, erna was het 81%. Als we dit in absolute aantallen bekijken, is er wel een stijging te zien van 52 vrouwen in de voormeting naar 62 vrouwen na de interventie. De aanbevolen screeningsgraad van 80% is in deze deelpopulatie behaald.

Na de interventie zijn er nog steeds 27% van de vrouwen waarvan er geen resultaat beschikbaar is. Vermoedelijk zitten hier wel nog vrouwen tussen die zich laten screenen bij de gynaecoloog, maar deze stuurt de resultaten niet altijd door. Het zou eenvoudiger zijn moesten gynaecologen telkens ze een uitstrijkje afnemen een kopie van het resultaat naar de huisarts laten opsturen om zo mee het EMD volledig te maken. Een andere suggestie is dat het algemene register voor het afnemen van PAP-testen, waar het bevolkingsonderzoek zich op baseert, ook toegankelijk zou worden voor huisartsen en gynaecologen. Zo zou het gemakkelijker worden om niet-gescreende vrouwen op te sporen en om het screeningsinterval te respecteren.

Indien de pilootstudies voor de zelfafnametest voor de opsporing van HPV aantonen dat deze testen de screeningsgraad kunnen doen stijgen, is het zeker nuttig om deze in onze praktijk ook in te voeren aangezien we met de patiëntenbrieven alleen niet de gewenste screeningsgraad bereiken.

9. Besluit

Het praktijkverbeterend project naar baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen in de leeftijdscategorie van 25 tot 45 jaar in de groepspraktijk Halledorp heeft op verschillende vlakken verbetering met zich meegebracht. Doormiddel van patiëntenbrieven is de screeningsgraad in de doelpopulatie gestegen van 44% naar 55%. Het agendasysteem wordt nu optimaler gebruikt en de artsen coderen systematisch. Er is een stijging van het aantal vrouwen die het uitstrijkje door de huisarts laten afnemen.

Om de screeningsgraad verder te verhogen zullen er in de toekomst nog extra inspanningen moeten gebeuren. Zo kan er getracht worden om een overleg te organiseren met de lokale gynaecologen om de resultaten systematisch door te sturen, een toegang tot het algemeen register aan huisartsen te verschaffen, of een zelfafnamekit voor HPV-testing te gebruiken als deze effectief blijkt te zijn na de pilootprojecten in België. Verder kan het interessant zijn om een onderzoek op te zetten in de groep vrouwen die niet reageren op een uitnodigingsbrief om te zoeken naar de drempels die hier aanwezig zijn en hoe deze overwonnen kunnen worden.

10. Referenties

1. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre) (2010). Human Papillomavirus And Related Cancers Summary Report Update. June 22, 2010. From:http://screening.iarc.fr/doc/Human%20Papillomavirus%20and%20Related%20Cancers.pdf?%20bcsi_scan_c221d61a0ea4ff4c=0&bcsi_scan_filename=Human%20Papillomavirus%20and%20Related%20Cancers.pdf.
2. Agentschap Zorg en Gezondheid (2013). Gezondheidsdoelstellingen. From: https://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/GC_BVO_kanker_BIJLAGE%20C_situatieschets%20baarmoederhalskanker_dec%202013.pdf.
3. Everett T., Bryant A., Griffin M.F., Martin-Hirsch P.P.L., Forbes C.A., Jepson R.G. (2011). Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011*, Issue 5. Art. No.: CD002834.
4. Munro A., Pavicic H., Leung Y., Westoby V., Steel N., Semmens J. (2014). The role of general practitioners in the continued success of the National Cervical Screening Program. Australian family physician, vol. 43, nr 5: 293-296.
5. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2015). KCE Report 238As Synthese Welke screening voor baarmoederhalskanker? From: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_238As_screening%20baarmoederhalskanker_Synthese2.pdf.
6. Boomsma L.J., Buis P.A.J., Collette C., Janssen P.G.H. (2009). NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom(Tweede herziening). *Huisarts en Wetenschap.* From*:* https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-preventie-en-vroegdiagnostiek-van-cervixcarcinoom.
7. Smeets F., Verhoeven V., Baay M., Weyers S., Colpaert C., Govaerts F. (2011). Aanbeveling voor geode medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. *Huistarts Nu. From: http://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/praktijkdocumenten/richtlijnen/734-cervixkankerscreening/file.html.*
8. Groep Van Damme. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. From: https://www.bevolkingsonderzoek.be/baarmoederhalskanker.
9. Agence Intermutualiste (AIM) – Intermutualistisch Agenschap (IMA) (2015). Baarmoederhalskankerscreening 2006 - 2012. From: http://www.aim-ima.be/IMG/pdf/baarmoederhals kankerscreening_rapport_3_-nl_ima_10.pdf.
10. Sawaya G.F., Kulasingam S., Denberg T.D., Qaseem A. (2015). Cervical Cancer Screening in Average-Risk Women: Best Practice Advice From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *American college of physicians, vol.* 162:851-859.
11. Marissa Scherptong – Engbers (2015). *Huisarts en wetenschap*, jaargang 58, vol 11: 568.
12. Curmi C., Peters K., Salamonson Y. (2014). Lesbians' attitudes and practices of cervicalcancer screening: a qualitative study. *BMC Women's Health*, vol. 14:153-161.
13. Klungsoyr O., Nygard M., Skare G., Eriksen T, FNygard J. (2009). Validity of self-reported Pap smear history in Norwegian women. Journal *of Medical Screening*, vol. 16, nr 2: 91-97.
14. Everett T., Bryant A., Griffin M.F., Martin-Hirsch P.P.L., Forbes C.A., Jepson R.G. (2011). Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014*, Issue 3. Art. No.: CD002834.
15. de Nooijer D.P., de Waart F.G., van Leeuwen A.W., Spijker W.W. (2005). Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde,* Vol. 149:2339-2343.
16. Marc Arbyn. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2015). Baarmoederhalskankerscreening: het WIV bestudeert de toepasselijkheid van de veralgemening van het thuisbezorgen van zelfafnamekits. From: https://www.wiv-isp.be/news/Pages/Baarmoederhalskankerscreening MetZelfafnamekits.aspx
17. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2013). Gezondheidsenquête 2013: rapport 3: gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. From: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/GP_NL_2013.pdf

11. Bijlagen

11.1 Bijlage 1: Verzoek tot advies van het ethisch comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

BAARMOEDERHALSKANKERSCREENING BIJ VROUWEN TUSSEN 25 EN 45 JAAR: EEN PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: VERHOEVEN VERONIQUE
- FUNCTIE: PROFESSOR - HUISARTS
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT ANTWERPEN
- FACULTEIT/VAKGROEP: …
- TELEFOONNUMMER: …
- FAX: …
- E-MAIL: VERONIQUE.VERHOEVEN@UANTWERPEN.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: …

CO-PROMOTOR

- NAAM: KAREN DOM
- FUNCTIE: HUISARTS
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): …
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSENHALLEDORP
- TELEFOONNUMMER: 03/385.33.77
- FAX: …
- E-MAIL: kaat_dom@hotmail.com
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): …

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: ELLEN DE SMEDT
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0494/14.22.81
- E-MAIL: ELLENDESMEDT89@GMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: ANKE SMETS
- ADRES: HALLEDORP 124, 2980 HALLE-ZOERSEL
- TELEFOONNUMMER: 03/385.33.77
- E-MAIL: praktijk@huisartsenhalledorp.be
- TYPE-PRAKTIJK GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …

- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: AFHANKELIJK VAN GOEDKEURINGSDATUM:1/05/2015 OF 1/06/2015 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 6 MAANDEN LATER

7. SOORT ONDERZOEK

- ❑ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ❑ VRAGENLIJSTEN

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

ALS VOORBEREIDING WERD EEN LITERATUURSTUDIE UITGEVOERD. VERDER WERD ER TIJDENS EEN LOK-VERGADERING (LOKALE OVERLEG KRING VAN HUISARTSEN) EEN BRAINSTORMSESSIE GEORGANISEERD. HIER WERD GELUISTERD NAAR DE HUISARTSEN IN DE OMGEVING OM TE HOREN HOE ZIJ SCREENING ORGANISEREN, WAAR ZE VERBETERING OF PROBLEMEN ZIEN EN HOE MEN HET ZOU AANPAKKEN OM DE SCREENINGSGRAAD TE DOEN STIJGEN BINNEN DE EIGEN PRAKTIJK.

VOOR HET ONDERZOEK GA IK EEN PATIËNTENPOPULATIE SELECTEREN VIA HET ELEKTRONISCH MEDISCH DOSSIER (EMD) VAN DE PRAKTIJK. DE CRITERIA ZIJN DE VOLGENDE: VROUW, LEEFTIJD TUSSEN 25 EN 45JAAR, EEN GLOBAAL MEDISCH DOSSIER (GMD) IN DE PRAKTIJK HEBBEN OF GEHAD HEBBEN VANAF 2004.

BINNEN DEZE POPULATIE VAN PATIËNTEN GA IK HET EMD BEKIJKEN. IK GA NA OF ER DE LAATSTE DRIE JAAR DEELGENOMEN IS AAN CERVIXKANKERSCREENING DOORMIDDEL VAN EEN UITSTRIJKJE. IK BEKIJK OF HET VLOT TE VINDEN IS IN HET DOSSIER, OF ER GECODEERD IS EN OF DE ELEKTRONISCHE AGENDA IS INGEVULD. UIT DEZE RESULTATEN BEREKEN IK HET PERCENTAGE DAT SCREENING LAAT UITVOEREN BIJ DE HUISARTS EN HET PERCENTAGE VAN CORRECT INGEVULDE EMD'S.

DE VROUWEN DIE NIET IN ORDE ZIJN OF WAARVAN GEEN RESULTAAT TE VINDEN IS, STUUR IK EEN BRIEF OF EEN E-MAIL (INDIEN HET E-MAILADRES IN HET EMD GENOTEERD STAAT).

TEVENS ORGANISEER IK EEN OVERLEG MET DE ARTSEN IN DE PRAKTIJK OM DUIDELIJK UIT TE LEGGEN HOE ZE DE RESULTATEN MOETEN CODEREN EN HOE DE AGENDA IN ORDE MOET GEBRACHT WORDEN.

VANAF 1 MAAND NA HET VERSTUREN VAN DE BRIEVEN/E-MAILS, SPOOR IK DE ARTSEN AAN OM DE NON-RESPONDERS PERSOONLIJK AAN TE SPREKEN ALS ZE OP RAADPLEGING KOMEN.

NA HET ONTVANGEN VAN DE ANTWOORDEN OP DE BRIEVEN/E-MAILS, NOTEER IK DEZE GEGEVEN BIJ IN HET EMD EN BEREKEN HIERUIT HET PERCENTAGE DAT SCREENING LAAT UITVOEREN BIJ DE GYNAECOLOOG EN DE TOTALE SCREENINGSGRAAD VAN DE PRAKTIJK.

VAN DE PATIËNTEN DIE DE SCREENING LATEN UITVOEREN BIJ DE GYNAECOLOOG, VRAAG IK DE RESULTATEN OP, CODEER DEZE IN HET GMD EN VUL DE ELEKTRONISCHE AGENDA CORRECT IN.

6 MAANDEN NA HET VERSTUREN VAN DE BRIEVEN/E-MAILS VOER IK OPNIEUW EEN AUDIT UIT OP DE ELEKTRONISCHE DOSSIERS. HIERBIJ ZAL IK BEREKENEN OF DE SCREENINGSGRAAD GESTEGEN IS BINNEN DE PRAKTIJK EN HOEVEEL EMD'S CORRECT ZIJN INGEVULD.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ NEEN

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN)…UNIVERSITEIT ANTWERPEN

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

❑ JA

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
❑ JA

C. AANTAL PROEFPERSONEN: VOLLEDIGE PRAKTIJKPOPULATIE VROUWEN TUSSEN 25 EN 45 JAAR MET EEN GMD

D. LEEFTIJD : 25 TOT 45 JAAR

E. GESLACHT : VROUW

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? LIJST TREKKEN UIT HET ELECTRONISCH MEDISCH DOSSIER MET VOLGENDE CRITERIA: GMD (VANAF 2004), VROUW, LEEFTIJD TUSSEN 25 EN 45 JAAR

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

❑ JA

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

❑ JA

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ NEEN

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

❑ JA

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

❑ JA

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ELS SCHUURMANS (HAIO)

SOFIE DEBECKER (HAIO)

EVA VANDERMEULEN (HAIO)

SOFIE MAZEREEL (HAIO)

DE STUDIES HEBBEN ALLEN EEN LICHT ANDERE OPZET, MAAR ZE ZIEN DAT DE SCREENINGSGRAAD BINNEN DE PRAKTIJK STIJGT. DIT EFFECT WENS IK OOK TE BEKOMEN IN DE PRAKTIJK WAAR IK WERK.

UIT DE EIGEN PRAKTIJKWERKING WETEN WE DAT DE PATIËNTEN MET EEN GMDPLUS EEN GOEDE OPVOLGING HEBBEN IN DE PREVENTIEONDERZOEKEN. WE MERKEN ECHTER DAT HIERDOOR DE JONGERE POPULATIE MEER UIT DE SCREENINGSOPVOLGING VALT, EN DAT HIER NOG WINST TE BOEKEN IS. VANDAAR DAT WE DE POPULATIE VOOR DIT ONDERZOEK BEPERKEN TOT DE LEEFTIJD TUSSEN 25 EN 45JAAR.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?
   - ❑ JA

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?
   - ❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?
   - ❑ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:
   - ❑ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ❑ NEEN

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

NIET VAN TOEPASSING

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

NIET VAN TOEPASSING

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

NIET VAN TOEPASSING

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

- ❑ NIET VAN TOEPASSING

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : De Smedt Ellen
NAAM : 16/3/15
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 16/3/15
NAAM :
HANDTEKENING :

Dr. Anke SMETS
Huisarts
1.18546.85.004
Halledorp 124 - 2950 Halle-Zoersel
Tel.: 03/385.33.77

PROMOTOR

DATUM : ~~16/3/2015~~
NAAM : ~~SMETS ANKE~~
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 16/03/15
NAAM : DOM KAREN
HANDTEKENING :

11.2 Bijlage 2: Onderzoeksprotocol

Titel: Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen tussen 25 en 45 jaar: een praktijkverbeterend project.

Voorbereiding:

- Literatuursstudie
- Brainstorm binnen de LOK-vergadering

Selectie van de populatie:

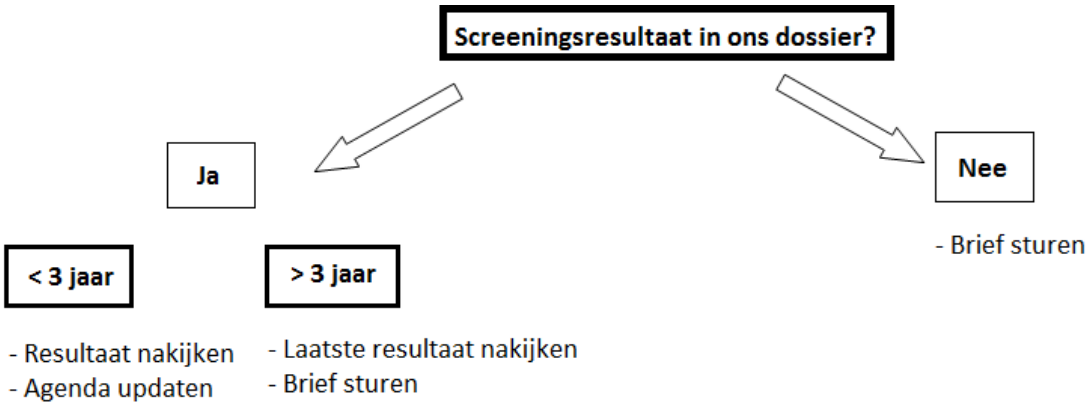
In de praktijk wordt er veel aandacht besteed aan preventie. Vooral door middel van het GMD+. Dit start echter vanaf 45jaar. De artsen binnen de praktijk denken dat ze een goede screeningsgraad hebben bij de patiënten boven de 45jaar. Bij de vrouwen onder de 45jaar hebben ze geen idee van de screeningsgraad naar baarmoederhalskanker. De studie zal zich dus beperken tot deze groep vrouwen. Uit praktijkervaring merken de artsen dat het ook deze groep vrouwen is die slechts zelden op consultatie komt. Daarom wordt er geopteerd om niet enkel de vrouwen met een actief GMD te includeren, maar ook deze vrouwen die vanaf 2004 een GMD hebben afgesloten in de groepspraktijk.

Filteropdracht:

Totale patiëntenpopulatie ➔ vrouwen ➔ leeftijd 25jaar of meer ➔ leeftijd maximum 45jaar ➔ GMD vanaf 2004 tot nu

Methode:

1. In de geselecteerde patiëntenpopulatie moet elk EMD bekeken worden. Is er in de laatste drie jaar deelgenomen aan de baarmoederhalskankerscreening door middel van een uitstrijkje. Is het resultaat te vinden in het dossier, is er gecodeerd, is de agenda ingevuld.
2. Is het resultaat niet te vinden in het dossier ➔ stuur een brief/mail aan de patiënt
3. Is het resultaat in het dossier minder dan 3jaar geleden ➔ codeer het resultaat + maak de agenda in orde indien nog niet gebeurd
4. Is het resultaat in het dossier meer dan 3jaar geleden ➔ stuur een brief/mail aan de patiënt
5. Bereken uit deze resultaten:
    a. Het percentage vrouwen dat zich bij de huisarts laat screenen
        i. Het percentage dat op schema zit met de screening
    b. Het percentage EMD's dat correct is ingevuld.
6. Overleg met de artsen hoe in de groepspraktijk om een consensus af te spreken hoe de resultaten in het dossier gecodeerd moeten worden en hoe de agenda correct ingevuld moet worden.



7. 1 maand na het versturen van de brieven/mails:
    a. Artsen aansporen om de non-responders persoonlijk aan te spreken als ze op raadpleging komen.
8. 2 maand na het versturen van de brieven/mails:
    a. De antwoorden op de brieven/mails correct coderen in het dossier en de agenda aanpassen.
    b. Resultaten opvragen bij de gynaecoloog van deze patiënten die hier toestemming voor geven, ook deze resultaten correct coderen in het dossier.
    c. Berekenen:
        i. De screeningsgraad in de praktijk bij de start van het onderzoek.
        ii. Het percentage vrouwen dat zich bij de gynaecoloog laat screenen.
9. 6 maanden na het versturen van de brieven/mails
    a. Herhalen audit op de EMD's
        i. Berekenen screeningsgraad:
            1. Van de totale populatie
            2. Bij de huisarts
            3. Bij de gynaecoloog

11.3 Bijlage 3: Goedkeuring ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. V. VERHOEVEN
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Baarmoederhalskankerscreening bij vrouwen tussen 25 en 45 jaar: een praktijkverbeterend project. (manama huisartsgeneeskunde dr. De Smedt)

Belgisch Registratienummer: B300201524520

datum	ons kenmerk	contactpersoon
20/04/2015	15/13/132	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 20/04/2015 .

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

- CV onderzoeker Dr. De Smedt
- Protocol versie 1 versie 22/03/2015
- Informatiebrief voor de patiënt versie 5 versie 22/03/2015

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) De titel van de studie ontbreekt op het informatie- en toestemmingsformulier, evenals de plaats waar de deelnemer moet ondertekenen. Gelieve nog een aangepast document te bezorgen.

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. G. IEVEN
Ondervoorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. E. DE SMEDT, NVT, Neerweg 15 - 2800 Mechelen

11.4 Bijlage 4: Patiëntenbrief

Beste patiënt,

Naar aanleiding van mijn masterproef voer ik een onderzoek uit naar de preventie (het voorkomen) van baarmoederhalskanker in **de huisartsenpraktijk Halledorp**.

De richtlijn raadt aan om alle (ooit) seksueel actieve vrouwen tussen 25 en 64 jaar, om de 3 jaar, te screenen.

Als de door u aangewezen medebeheerder van uw Globaal Medisch Dossier (GMD), wil ik dan ook bewaken dat u dit onderzoek tijdig aangeboden krijgt. Voor zover onze gegevens volledig zijn, heeft u de voorbije drie jaar geen uitstrijkje laten uitvoeren. Bij deze nodig ik u uit om onderstaande **vragenlijst** in te vullen. U kan uw antwoorden bezorgen via mail, de post of de doos achteraan in de wachtzaal.

Als u de voorbije drie jaar ergens anders een uitstrijkje liet maken, dan heeft mijn collega mij daarvan niet op de hoogte gebracht. Toch hecht ik er belang aan om deze informatie te krijgen. Op die manier kan ik mee bewaken dat ook in de toekomst de uitstrijkjes op het juiste tijdstip uitgevoerd worden. Indien u ondertussen een GMD hebt bij een andere huisarts, gelieve dit dan aan te duiden.

Om de gegevens goed te kunnen verwerken, zou ik u willen vragen bij voorkeur te antwoorden voor 1 augustus 2015.

Naam: Voornaam: Geboortedatum:

1) Ik wens deel te nemen aan de vragenlijst: ☐ Ja ☐ Nee ☐ Handtekening:
   a. *Ik ben mij bewust van het doel waarvoor mijn (medische) gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van dit onderzoek. Ik geef toestemming aan de onderzoeker om mijn gegevens te verzamelen, te verwerken en te gebruiken. Mijn gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Wanneer de studieresultaten gepubliceerd worden, zal mijn identiteit geheim blijven.*
   b. *Ik heb begrepen dat ik mijn deelname aan dit onderzoek op elk ogenblik mag stopzetten nadat ik de onderzoeker hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen.*

2) Mijn vaste huisartsenpraktijk is Halledorp (GMD): ☐ Ja ☐ Nee

3) Ik neem reeds deel aan de screening voor baarmoederhalskanker: ☐ Ja ☐ Nee

- Indien u reeds deelneemt:
  - Mijn laatste uitstrijkje is meer dan 3 jaar geleden: ☐ Ja ☐ Nee ☐ Ik weet het niet
  - Ik laat het uitstrijkje afnemen bij de huisarts: ☐ Ja ☐ Nee
  - Ik laat het uitstrijkje afnemen bij de gynaecoloog: ☐ Ja ☐ Nee

        - Indien ja: Ik geef de toestemming om mijn resultaat op te vragen bij de gynaecoloog om mijn GMD te vervolledigen: □ Ja □ Nee □ Naam: …….
    - Ik had ooit een afwijkend uitstrijkje: □ Ja □ Nee □ Ik weet het niet

- Indien u niet deelneemt :
    - Ik wens te starten met screening: □ Ja □ Nee
    - Ik heb een reden om niet deel te nemen: ……..

4) Opmerking:
   ……..

Indien u nog nooit een uitstrijkje hebt laten afnemen, of als het reeds langer dan 3 jaar geleden is, raad ik u aan om een afspraak te maken bij uw huisarts (of gynaecoloog).

Ook voor meer informatie kan u terecht bij uw huisarts.

Dr. Ellen De Smedt
Huisarts in opleiding
Halledorp 124, 2980 Halle-Zoersel
03/385.33.77

Dr. Kaat Dom
Dr. Lenie Jacobs
Dr. Anke Smets
Dr. Patrick Wyffels

11.5 Bijlage 5: Powerpointpresentatie LOK-vergadering

LOK Vergadering 4/12/2014

Baarmoederhalskankerscreening

Ellen De Smedt

Hoe bieden jullie in de praktijk screening aan?

- Poster in de wachtzaal
- Informatie bij het anticonceptieconsult
- Brief sturen via EMD naar de doelgroep
- Kattebel in het EMD

Wie heeft er een zicht op de screeningsgraad in zijn praktijk?

- Kan het EMD dit makkelijk oproepen?
- Wie heeft dit al ooit gedaan?
- Wie is er tevreden over zijn screeningsgraad?

Is er een evolutie in de screeningsdeelname?

- Welke factoren kunnen dit beïnvloeden?

Zijn er groepen die ondergescreend worden?

- Welke?
- Hoe kan je deze groepen motiveren om toch aan het screeningsprogramma deel te nemen?

Zijn er groepen die overgescreend worden?

- Welke
- Hoe kan je deze groepen motiveren om minder te screenen?

10 stellingen



- De huisartsen worden gepakt op snelheid bij de screening.
  Veel jonge vrouwen gaan voor 25j reeds naar de gynaecoloog en deze neemt al een uitstrijkje af
- De gynaecoloog creëert overscreening.
- De gynaecoloog neemt beter uitstrijkjes af.
- De gynaecoloog heeft een beter aangepaste onderzoeksruimte.
- Er wordt vaker voor de gynaecoloog gekozen omdat vrouwen hier meer op hun gemak zijn.

- Het is de taak van de huisarts om de patiënt te informeren wanneer het tijd is voor de volgende screening.
- De huisarts verliest de opvolging vaak uit het oog.
- Een oproepbrief met informatie over baarmoederhalskanker en screening kan ervoor zorgen dat er meer vrouwen deelnemen aan de screening.
- Het systematisch invullen van de agenda in het EMD kan ervoor zorgen dat er meer vrouwen deelnemen aan de screening.
- Het ophangen van een poster in de wachtzaal kan ervoor zorgen dat er meer vrouwen deelnemen aan de screening.

Bedankt voor jullie medewerking!