Implementatie van cervixkankerscreening in het multicultureel wijkgezondheidscentrum De Brug

Aïcha Faik, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. dr. Johan Vansintejan, Vrije Universiteit Brussel

Praktijkopleidster en co-promotor: Dr. Els Broens, wgc De Brug

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2014-2016

Abstract

Implementatie van cervixkankerscreening in het multicultureel wijkgezondheidscentrum De Brug

Haio: Aïcha Faik, Vrije Universiteit Brussel, aicha.faik@hotmail.com
Promotor: Prof. dr. Johan Vansintejan, Vrije Universiteit Brussel
Praktijkopleidster en Co-promotor: Dr. Els Broens, wgc De Brug

ICPC code: X75 - maligniteit cervix uteri

Context: Baarmoederhalskanker is een belangrijk gezondheidsprobleem. In 2012 registreerde het Belgisch kankerregister 672 nieuwe gevallen en jaarlijks overlijden meer dan 100 vrouwen aan deze ziekte. Nochtans zijn de etiologie, de risicofactoren en het beloop van deze ziekte goed gekend. Door bij elke vrouw tussen 25 en 64 jaar een uitstrijkje om de drie à vijf jaar af te nemen kan de morbiditeit en de mortaliteit daarvan sterk verminderen. Deze screening is vrij eenvoudig en kan door iedere huisarts uitgevoerd worden. In onze praktijk wijzen verschillende elementen erop dat de screeningsgraad bij onze patiënten heel laag is.

Doelstelling: Met dit project trachten we antwoord te krijgen op volgende vragen: 1) Wat is de huidige situatie in het wijkgezondheidscentrum De Brug wat betreft cervixkankerscreening? 2) Hoe kunnen we de participatiegraad in ons centrum verhogen?

Methode: Een **registratiewijze** in het medisch software pakket Medidoc werd gedemonstreerd en ter inzage opgeslagen op de interne server van de praktijk. De bedoeling daarvan was om elke informatie over cervixkankerscreening op een eenduidige manier in het EMD te gaan registreren. Een **retrospectieve studie** was onontbeerlijk om ons project te kunnen starten. Daarvoor werd beroep gedaan op de dienst Anatomopathologie van het UZ Brussel. Er werd tevens gebruik gemaakt van de gegevens van de EMD's van de patiënten. De **interventies** hebben we in twee delen georganiseerd. Tijdens een eerste periode hebben we de vrouwen uit de doelgroep die zich spontaan aanbieden op een consultatie voor eender welke reden, aangesproken over de screening voor baarmoederhalskanker. In een tweede fase hebben we een uitnodigingsbrief via de post gestuurd naar alle vrouwen waarvoor in hun EMD's informatie ontbrak over hun screeningsstatus of die meer dan vijf jaar geleden niet gescreend waren. Aan het eind van de interventies hebben we een **nameting** uitgevoerd ter evaluatie van ons project.

Resultaten:
Elke arts leverde een inspanning om de registratiewijze op Medidoc te respecteren. Het retrospectief onderzoek gaf ons een betere zicht over de huidige situatie in De Brug wat betreft de screeningsstatus van onze patiënten. De hypothese dat de screening voor baarmoederhalskanker in onze praktijk niet systematisch gebeurt en dat de screeningsgraad in onze praktijk heel laag zou zijn is bevestigd. Ongeveer één kwart van de vrouwen uit de doelgroep leek in orde te zijn met de screening voor cervixkanker. Tijdens de eerste interventieperiode werd er 29 uitstrijkjes uitgevoerd door een huisarts van De Brug. Na het sturen van de uitnodigingsbrieven zijn er nog 67 stalen afgenomen. Daardoor is, aan het eind van dit onderzoek, de screeningsgraad van onze patiënten gestegen van 24,8% naar 36%. Het aandeel van de huisartsen daarin was 62%.

Conclusie:
We kunnen concluderen dat het uitvoeren van dit praktijkverbeterend project een positieve impact heeft gehad op verschillende vlakken. De registratie in Medidoc is verbeterd. Na afloop van de interventies is de huidige screeningsgraad van ons centrum 36%. Dit is nog ver van wat in de richtlijnen aanbevolen wordt, namelijk 80%. Nochtans is dit percentage positief beschouwd gezien de korte duur van het onderzoek en omdat veel gegevens over de screeningsstatus ontbreken die dan niet toelaten om de non-responders te beschouwen als niet in orde zijnde met hun screening. Voor de toekomst dient de opvolging van deze screening nog verbeterd te worden. Een belangrijke rol van de huisarts hierin is benadrukt. Anderzijds moet er nog onderzoek gebeuren met als doelstelling de samenwerking tussen de huisartsen en de gynaecologen te optimaliseren.

Inhoudsopgave

Lijst met afkortingen……...4

Inleiding……..5

Literatuuronderzoek..……..7

- Epidemiologie van cervixkanker ……7
- Etiologie en risicofactoren…….……7
- Vaccinatie tegen HPV.……..8
- Welke screeningsmethodiek…….8
  - Het cervixuitstrijkje……8
    - Welke technieken.…….……..8
    - Cytologische bevindingen en follow up……10
    - Wat zijn de contra-indicaties voor een uitstrijkje?.....12
    - Nadelen van het uitstrijkje……12
  - De hr-HPV DNA testing……13
  - De thuistest……14
- Bevolkingsonderzoek.…….. 14
- Dekkingsgraad en rol van de huisarts.……..15

De onderzoeksmethodiek ……16

- Praktijkkenmerken van het wijkgezondheidscentrum De Brug..……..……16
- Waarom dit onderzoek?.....17
- Doelpopulatie .……...……18
- Studiedesign..……...……..18
  - Retrospectief onderzoek: De voormeting……18
  - De interventies…….19
  - Evaluatie van de interventies: De nameting……20

Resultaten……..21

- Retrospectief onderzoek: De voormeting:……..……21
  - Gegevens uit UZ Brussel…….21
  - Gegevens uit patiëntendossiers……22

- Eindresultaat van de voormeting……23

➢ Evaluatie van de interventies: De nameting……..24

Discussie……..…….26

➢ Sterktes en zwaktes van dit onderzoek……26

➢ Interpretatie van de resultaten……..26

➢ Aanbevelingen voor de praktijk ……28

➢ Aanbevelingen voor verder onderzoek……29

Besluit……..30

Dankwoord…….……..31

Referenties…….…….……..32

Bijlagen:…….…….……34

1. Verzoek tot advies van het ethisch comite betreffende een onderzoeksproject bij de mens in het kader van de master-na-master huisartsgeneeskunde
2. Goedkeuring Ethische comité
3. Informed consent in het Nederlands
4. Informed consent in het Frans
5. Toestemmingsformulier in het Nederlands
6. Toestemmingsformulier in het Frans
7. Uitnodigingsbrief in het Nederlands en Frans
8. Document registratie cervixkankerscreening in Medidoc

Lijst met afkortingen

AC	Adenocarcinoma
AGC	Atypical Glandular Cells
AIS	Adenocarcinoma in situ
ASCH	Atypical Squamous Cells cannot exclude Hign grade lesion
ASCUS	Atypical Squamous Cells of Undetermined significance
CHP	Cyto-histo-pathologie register
CIN	Cervicale intra-epitheliale neoplasia
CIS	Carcinoma in situ
CLB	Centra voor leerlingenbegeleiding
DNA	Desoxyribonucleïnezuur
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GMD (+)	Globaal medisch dossier (plus)
Haio	Huisarts in opleiding
HPV	Humaan papilloma virus
hrHPV	Hoog risico humaan papilloma virus
HSIL	High grade Squamous Intraepithelial Lesion
ID	Identifier
IMA	Intermutualistisch maatschappij
lrHPV	Laag risico humaan papilloma virus
LSIL	Low grade Squamous Intraepithelial Lesion
KCE	Het federaal kenniscentrum voor gezondheidszorg
Manama	Master na master
NILM	Negative for Intraepithelial Lesion of Malignancy
PCC	Plaveiselcelcarcinoma
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
SKR	Stichting kankerregister
UZ Brussel	Universitair Ziekenhuis Brussel
VK	Verenigde koningrijk
Wgc	Wijkgezondheidscentrum

Inleiding

In België is cervixkanker een belangrijk gezondheidsprobleem, namelijk 3 % van de nieuwe kankers bij vrouwen. In 2012 rapporteerde het Belgisch kankerregister 672 nieuwe gevallen van cervixkanker. Er sterven jaarlijks meer dan 100 vrouwen daaraan. Nochtans zijn de etiologie en de risicofactoren van deze ziekte goed gekend en door middel van cervixkankerscreening en een goede follow-up en behandeling kan men de morbiditeit en de mortaliteit heel sterk doen verminderen. Men spreekt over een reductie van 80% op voorwaarde dat de screening op een goed georganiseerde manier gebeurt met hoge dekkingsgraad.

Cervixkankerscreening gebeurt door het uitvoeren van een uitstrijkje. Deze laatste is eenvoudig en kan door elke huisarts uitgevoerd worden. Het is aanbevolen om alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar, die ooit seksueel actief waren, te laten screenen en het aanbevolen screeningsinterval is 3 tot 5 jaar.

Volgens recente cijfers van het federaal Kennis Centrum van de gezondheidszorg (KCE) bedraagt de screeningsgraad slechts 59% in België. Het aandeel van de huisartsen is 12,5%. Domus Medica nodigt elke huisarts uit om voor zijn/haar patiënten een screeningsgraad van 80% na te streven. Het is de taak van de huisarts om elke patiënte, die in de doelgroep valt, over de screening te informeren en een uitstrijkje aan te bieden.

Over heel België zijn verschillende screeningsprogamma's getest om vrouwen aan te moedigen om zich regelmatig te laten screenen. Het is aangetoond dat het versturen van uitnodigingen aan de vrouwen een positief effect heeft op de screeningsgraad [1,9] en dat het effect groter is als de uitnodiging uitgaat van de huisarts in plaats van centraal uitnodigende organisaties [2, 25].

In het wijkgezondheidscentrum De Brug waar ik mijn opleiding als huisarts in opleiding (haio) volg, vormt het aantal vrouwelijke patiënten die in aanmerking zouden komen voor een cervixkankerscreening ongeveer één kwart van de totale populatie. Ik heb opgemerkt dat er bij een groot aantal van die vrouwen geen informatie betreffende hun screeningsstatus beschikbaar is in hun elektronisch medisch dossier (EMD). Of deze patiënten in orde zijn me hun screening is niet duidelijk. Tevens, uit sporadische navraag bij patiënten lijkt het dat een aantal vrouwen niet op de hoogte zijn dat er een screening voor cervixkanker bestaat en/of dat het door de huisarts kan uitgevoerd worden. Als vrouwelijke arts ontvang ik vaak vrouwen met gynaecologische klachten of in het kader van anticonceptie. Zeer opvallend was dat er geen enkele vrouw zich spontaan kwam aanmelden voor een screening. Verschillende gegevens wijzen er echter op dat de screeningsgraad in onze huisartsenpraktijk heel laag zou zijn.

Omwille van al die redenen heb ik beslist om een praktijkverbeterend project te ontwikkelen rond cervixkankerscreening. Met behulp van een visgraatanalyse heb ik alle factoren die een rol zouden kunnen spelen betreffende cervixkankerscreening in kaart gebracht (zie bijlage). Tijdens de interne vergadering van gezondheidspromotie werd die analyse besproken. In ons centrum zou een lage participatiegraad het gevolg zijn van verschillende factoren. Men ging

er vanuit dat alles tegelijk veranderen niet haalbaar zou zijn. Om van een goede basis te kunnen vertrekken is het noodzakelijk in eerste fase duidelijke inzicht te krijgen over de huidige situatie wat betreft de screening in De Brug. In een tweede tijd zal men interventies inzetten enerzijds om de gegevens van elke patiënte goed te registreren in het EMD en anderzijds om te zorgen dat elke vrouw die in doelgroep valt de nodige informatie krijgt over de screening en haar uitstrijkje aanbieden.

De onderzoeksvragen worden als volgt geformuleerd:

- Wat is de huidige situatie in het wijkgezondheidscentrum De Brug wat betreft cervixkankerscreening?
- Hoe kunnen we de participatiegraad in ons centrum verhogen?

Literatuuronderzoek

➢ *Epidemiologie van cervixkanker*

Cervixkanker is een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Het aantal gevallen van baarmoederhalskanker in de wereld wordt jaarlijks op 530.000 geschat. Er sterven ongeveer 275.000 vrouwen daaraan. Na borstkanker (25,1%), darmkanker (9,2%) en longkanker (8,8%) staat deze kanker (7,9%) op de vierde plaats van de meest voorkomende kankers bij vrouwen. Meer specifiek is het de tweede meest voorkomende kanker bij jonge vrouwen tussen 15 en 44 jaar [5,18, 23].

In België is baarmoederhalskanker de 12de meest voorkomende kanker bij vrouwen (2,1%) en de 3de gynaecologische kanker. De incidentie bleef de afgelopen jaren stabiel. Ze is het hoogst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De gemiddelde leeftijd waarop de diagnose wordt gesteld is 54 jaar [20]. In 2012 werd bij 679 vrouwen de diagnose van een cervixcarcinoom gesteld. In 2008 overleden in België 186 vrouwen aan cervixkanker [19].

➢ *Etiologie en risicofactoren*

Een besmetting met het humaan papillomavirus (HPV) ligt aan de basis van het ontstaan van baarmoederhalskanker. HPV-infectie is één van de meeste voorkomende seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Het merendeel van de besmettingen wordt doorgegeven via penetratie (vaginaal en anaal). Maar ook huidcontact in de genitale zone en orale seks worden beschreven als mogelijke besmettingswijzen. Ongeveer 80% van alle seksueel actieve mensen komt in contact met HPV. Meer dan 80% van de besmettingen betreffen transiënte infecties die gemiddeld binnen de acht maanden verdwijnen [15]. In de andere gevallen blijft de HPV sluimeren en als gevolg van zo'n langdurige besmetting kunnen premaligne afwijkingen en heel progressief cervixcarcinoom zich ontwikkelen. Het viraal genoom codeert onder andere voor twee proteïnes, E6 en E7, die interfereren met menselijke eiwitten die een rol spelen in tumorsuppressie. Overexpressie van E6 en E7 kan aldus leiden tot maligne transformatie van geïnfecteerde epitheelcellen. De ontwikkeling van baarmoederhalskanker verloopt via een aantal voorstadia. Er ontstaan in het begin precancereuze letsels (cervicale intra-epitheliale neoplasieën of CIN) thv het overgangs- of transformatiezone tussen de endocervix (hoogcilindrisch slijmvormend epitheel) en de ectocervix (plaveiselepitheel). Men onderscheidt drie graden van CIN: 1, 2 en 3 of dysplasie: mild, matig en ernstig. Afwijkingen van het plaveiselepitheel komen het meest voor. Gewoonlijk ruimt het afweersysteem deze afwijkende cellen nog op. Bij een klein aantal gevallen gebeurt dat niet en ontwikkelt er zich cervixkanker. De tijd tussen het ontstaan van CIN-afwijkingen en een invasieve kanker bedraagt gemiddeld dertien jaar, wat erop kan wijzen dat naast de infectie, ook immunologische factoren en additionele celveranderingen een rol spelen[15].
Er zijn meer dan 100 HPV genotypes bekend. Deze worden onderverdeeld in hoogrisicotypen typen (hrHPV) en laagrisico of niet-oncogene typen (lrHPV). De lrHPV types spelen enkel een pathogenetische rol in het ontstaan van CIN1 en CIN2 letsels. In CIN3 en cervixkanker worden in 99,7% van de gevallen hrHPV typen aangetroffen[1, 13, 18]. In Europa zijn (vooral) de HPV16 en (veel minder) de HPV18 de meeste verantwoordelijke typen voor het ontwikkelen van cervixkanker. Ze veroorzaken samen ongeveer 70% van de gevallen[2, 18].

Naast de HPV infectie zijn er co-factoren in de literatuur beschreven die een rol zouden kunnen spelen bij het ontstaan van cervixcarcinoom. Deze factoren zijn voornamelijk: een vroeg seksueel debuut, het langdurig gebruik van orale anticonceptie, injecteerbare anticonceptie, andere soa's (chlamydia trachomatis, HIV), het hebben van meerdere seksuele partners, roken, multipariteit…en andere [4, 14].

➢ *Vaccinatie tegen HPV*

In België zijn er sinds 2007 twee vaccins tegen het HPV-virus op de markt beschikbaar, namelijk Gardasil® van de firma Sanofi Pasteur MSD en Cervarix® van de firma GlaxoSmithKline. Beide vaccins zijn gericht tegen de HPV-genotypes 16 en 18. Zoals al vermeld werd zijn die twee hrHPV de meest frequente oorzaak van baarmoederhalsletsels die tot baarmoederhalskanker kunnen leiden. Daarnaast vaccineert Gardasil tegen de lrHPV 6 en 11 die tezamen 90% van de gevallen van genitale wratten veroorzaken.

De vaccinatie bestaat uit drie intramusculaire injecties: de tweede injectie één à twee maanden na de eerste, de derde injectie zes maand na de eerste. Er is bescherming pas één maand na de laatste injectie. Of latere boosterinjecties nodig zijn is momenteel niet bekend. Men weet dat het vaccin bescherming biedt negen jaar nadat het vaccinatieschema afgerond werd. Er zijn momenteel lopende studies om gegevens op langere termijn te achterhalen.

Meisjes dienen gevaccineerd te worden vooraleer ze seksueel actief zijn. In de meeste Europese landen is de doelgroep meisjes tussen 10 en 14 jaar. In België heeft de Hoge Gezondheidsraad het advies uitgebracht om HPV-vaccinatie op te nemen in het basisvaccinatieschema voor jonge meisjes van de leeftijd 10-13 jaar. Sinds het schooljaar 2010-2011 wordt het vaccin gratis aangeboden aan alle meisjes die in het eerste jaar van het secundair onderwijs zitten (in Vlaanderen maar ook in de Nederlandstalige scholen van Brussel). Het vaccin wordt toegediend door de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB).

Omdat de bovenvermelde vaccins geen bescherming bieden tegen alle hr-HPV genotypes die baarmoederhalskanker kunnen veroorzaken, blijft de systematische vroegtijdig opsporing van cervixkanker noodzakelijk.

➢ *Welke screeningsmethodiek?*

Het wordt algemeen aangenomen dat hoe vroeger kanker ontdekt wordt, hoe groter de kans op genezing er is [17].

Tevens bij een vroegtijdige diagnose kan een minder zware behandeling toegepast worden dan bij een laattijdige vaststelling. Het is zeker ook het geval bij baarmoederhalskanker. In Europa, Noord-Amerika, Australië en Nieuw-Zeeland is de incidentie van baarmoederhals in de laatste decennia sterk gedaald, vooral als gevolg van cytologische screening [18].

- **Het cervixuitstrijkje:**

  Welke technieken? [1,2]

Georgios Papanikolaou was een Griekse arts en pionier van de cytologie. Hij maakte al in 1928 zijn eerste publicatie over de diagnose van baarmoederhalskanker aan de hand van een uitstrijkje. Nochtans werd deze techniek pas erkend vijftien jaar nadien met de publicatie van

het boek *Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear*[20]. De Papanicolaou-uitstrijk beter gekend als Pap smear is een microscopisch onderzoek waarmee neoplastische veranderingen van cervixepitheelcellen, die mogelijkerwijze kunnen duiden op de ontwikkeling van cervixkanker of een precursor ervan, kunnen opgespoord worden. Het celmateriaal wordt afgenomen ter hoogte van de overgangszone tussen exo- en endocervix. De doelgroep in België zijn alle vrouwen die ooit seksueel actief waren, van 25 tot en met 64 jaar en het aanbevolen screeningsinterval is drie tot vijf jaar. De screening wordt stopgezet op 65 jaar op voorwaarde dat de vrouw regelmatig gescreend werd en de twee laatste uitstrijkjes als normaal beoordeeld werden. Als de vrouw niet regelmatig werd gescreend, wordt voortgegaan met screenen (om de drie jaar) tot twee normale uitstrijkjes. Het uitstrijkje kan volgens verschillende methoden uitgevoerd worden:

De *Cytobrush* (figuur 1) wordt bij voorkeur in combinatie met de houten spatel gebruikt. Het borsteltje wordt 360° in het endocervicale kanaal rondgedraaid. Het celmateriaal wordt vervolgens op één helft van het objectglas gebracht en daarna gefixeerd terwijl de andere helft van het objectglas wordt afgedekt. De spitse punt van de houten spatel wordt vervolgens onder constante lichte druk ten minste 360° rondgedraaid in de cervixmond. Bij een ruim ectropion wordt ook de buitenrand van de ectocervix uitgestreken met het brede uiteinde van de spatel. Het celmateriaal wordt op de andere helft (van dezelfde zijde) van het objectglas aangebracht. Ten slotte wordt het geheel gefixeerd.



Figuur 1

De *Cervexbrush* (figuur 2) wordt vijfmaal 360° rondgedraaid in de cervixmond. Het celmateriaal wordt vervolgens gelijkmatig en niet te dik over het objectglaasje uitgestreken en daarna gefixeerd.



Figuur 2

Bij dunnelaag- of vloeistofcytologie (Liquid-Based Cytology, LBC) wordt celmateriaal via de cervexbrush overgebracht in een recipiënt met een fixerende vloeistof dat naar het laboratorium wordt gezonden. In het laboratorium wordt dan een preparaat aangemaakt volgens de methode aanbevolen door de fabrikant. Deze methode zorgt voor snellere interpretatie, reductie in het percentage preparaten van slechte kwaliteit en de mogelijkheid om bijkomende moleculaire onderzoeken te doen op het restmateriaal, bijvoorbeeld een HPV-test. Het is daardoor de meeste aanbevolen techniek om uitstrijkjes af te nemen, o.a. door Domus Medica. De dunnelaagcytologie is wel duurder in vergelijking met de conventionele uitstrijk (fixatie op het objectglas). Deze meerkost wordt gedragen door de laboratoria, er is geen meerkost voor de vrouw of de ziekteverzekering.

Een recente meta-analyse die de diagnostische kwaliteit van beide technieken vergeleek concludeerde dat ze gelijkaardig zijn voor wat betreft de gevoeligheid en specificiteit voor het vinden van CIN2.

Cytologische bevindingen en follow up:

Een uitstrijk wordt als representatief beschouwd, wanneer bij cytologisch onderzoek endocervicale cellen afkomstig uit het oorspronkelijke cilinderepitheel of het daarvoor in de plaats gekomen squameus metaplastisch epitheel gezien worden.

In België gebeurt baarmoederhalsscreening vandaag met cytologisch onderzoek. De arts (gynaecoloog of huisarts) stuurt het afgenomen materiaal naar een cytopathologisch laboratorium voor microscopisch onderzoek. De resultaten worden dan gecodeerd en dit gebeurt volgens Bethesda classificatie. (tabel)

Tabel: Bethesda classificatie 2004

Terminologie	**Definitie**
NILM	Negative for Intraepithelial Lesion of Malignancy Uitstrijkje zonder cytologische afwijkingen; specifieke ontstekingen vallen ook onder deze categorie.
ASCUS	Atypical Squamous Cells of Undetermined significance Aanwezigheid van atypische cellen van onduidelijke betekenis.
ASC-H	Atypical Squamous Cells cannot exclude Hign grade lesion Atypische cellen waarbij een hooggradige dysplasie niet kan uitgesloten worden.
AGC	Atypical Glandular Cells Mogelijk endocervicaal en dus mogelijk HPV gerelateerd
LSIL	Low grade Squamous Intraepithelial Lesion Of laaggradige dysplasie/condyloma.
HSIL	High grade Squamous Intraepithelial Lesion Of hooggradige dysplasia.
CIS	Carcinoma in situ
PCC	Plaveiselcelcarcinoma
AIS	Adenocarcinoma in situ
AC	Adenocarcinoma

Bij afwezigheid van abnormale cellen wordt het uitstrijkje na drie jaar herhaald behalve bij het eerste uitstrijkje, dit wordt na één jaar opnieuw uitgevoerd. In alle andere gevallen volgt men de lokale follow-up adviezen. Domus Medica stelt volgende adviezen voor gebaseerd op conclusies van experten en recente gegevens uit de literatuur.

Adviezen opvolging afwijkende uitstrijkjes (domus medica)

Algemene beoordeling van het cervixepitheel	Beleidsvoorstel
Kwaliteit is onvoldoende.	Herhaal het uitstrijkje na 3-6 maanden.
Negatief voor intra-epitheliale leasie of maligniteit (nIlM): deze categorie bevat alle normale uitstrijkjes en alle uitstrijkjes met uitsluitend reactieve veranderingen.	Normaal screeningsinterval: 3 jaar, behalve na eerste uitstrijkje: interval van 1 jaar 89. Begin screening: 25 jaar Eindleeftijd screening: 64 jaar
'Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance' (ASC-US)	hrHPV-test: • hrHPV-positief: onmiddellijke verwijzing voor colposcopie en biopsie. • hrHPV-negatief: uitstrijkje na 12 maanden 90.
ASC-US+infectie	Infectie + hrHPV-negatief: herhaling na behandeling van de infectie maar ten vroegste 3 maanden na het vorige uitstrijkje. Infectie + hrHPV-positief: eerst infectie behandelen, dan colposcopie.
ASC-H (atypische squameuze cellen, H-SIl kan niet met zekerheid uitgesloten worden)	Verwijzen naar gynaecoloog voor colposcopie en biopsie.
L-SIL (HPV-effect, CIn I)	Uitstrijkje na 6 maanden: • HPV-positief: colposcopie en biopsie. • HPV-negatief: herhaal na 12 maanden.
H-SIL (CIn II, CIn III, CIS)	Verwijzen naar gynaecoloog voor colposcopie en biopsie.
Aanwezigheid van normale endometriumcellen: • <40 jaar: wordt niet vermeld • >40 jaar: aanwezigheid wordt vermeld, doch wordt niet beschouwd als epitheliale afwijking	Aanwezigheid van endometriumcellen interpreteren in de klinische context: menses? eerste helft menstruele cyclus? Hormonale substitutie? Intra-uterien voorbehoedsmiddel? Endometriumcellen na de menopauze moet steeds verder onderzocht worden: verwijzing naar de gynaecoloog voor gecombineerde colposcopie en hysteroscopie, met eventueel biopsiename indien mogelijk.
'Atypical glandular Cells' (AgC): atypische glandulaire cellen, endocervicaal, endometriaal of nOS (not Otherwise Specified: niet nader gespecificeerd)	Verwijzen naar gynaecoloog voor colposcopie, biopsie, endocervicale en endo-metriale weefselafname.
AGC-voorkeur neoplasie	Verwijzen naar gynaecoloog.
AIS-ecc: endocervicaal adenocarcinoma in situ	Verwijzen naar gynaecoloog.
Invasief carcinoom, plaveiselcel- of adenocarcinoom	Verwijzen naar gynaecoloog.

Normaal uitstrijkje na behandeling voor H-SIl of AIS-ecc	Na excisionele of ablatieve behandeling voor CIN II, CIN III of AIS: uitstrijkje 6, 12 en 24 maanden na behandeling. Ook colposcopie en hrHPV-test 6 maanden na behandeling. Jaarlijks uitstrijkje tot 5 jaar na behandeling. Daarna normaal screeningsinterval. Na excisionele of ablatieve behandeling voor CIN I: uitstrijkje 6, 12 en 24 maanden na behandeling. daarna normaal screeningsinterval.

Wat zijn de contra-indicaties voor een uitstrijkje?

Totale hysterectomie en de aanwezigheid van macroscopisch verdachte afwijkingen van het cervixepitheel zijn absolute contra-indicaties om cervixuitstrijkje uit te voeren. Bij macroscopische letsel wordt de vrouw verwezen naar een gynaecoloog. Naast die absolute gevallen zijn er een aantal situaties die de kwaliteit van het uitstrijkje negatief beïnvloeden. Men doet dan best geen Pap-test bij:

- Menstruatie, dervings- of doorbraakbloeding;
- Vaginale ontsteking / infectie;
- Ernstige genitale atrofie;
- Zwangerschap en tijdens de eerste drie maanden post-partum;
- Recent gebruik van ontsmettingscrème of –vloeistof, glijmiddel, vaginale medicatie, vaginale douche, vaginaal toucher;
- Voorafgaande colposcopie met azijnzuur;
- Als de vorige test minder dan drie maanden gebeurd is;
- Cervixchirurgie minder dan drie maanden geleden;
- Na radiotherapie.

Nadelen van het uitstrijkje:

De Pap-test is voor de meerderheid van de vrouwen aanvaardbaar. Nochtans, en zoals bij meerdere andere onderzoeken, kan het uitvoeren van een cervixuitstrijkje psychologische gevolgen hebben vooral angst. Afwijkende screeningsresultaten zijn geassocieerd met negatief zelfbeeld, grotere bezorgdheid over kanker, aantasting van de stemming, negatieve weerslag op de dagelijkse activiteiten, seksuele interesses en op het slaappatroon. Deze bijwerkingen kunnen tot een minimum beperkt worden door op voorhand de vrouw in te lichten en over alle risico's te communiceren.

Over het algemeen is het maken van een uitstrijkje niet pijnlijk, maar het inbrengen van het speculum en het afnemen van de cellen kan wel kortdurend een onaangenaam gevoel geven. Soms is er bloedverlies na het maken van het uitstrijkje dat stopt meestal binnen één dag.

De resultaten van de Pap-test zijn gecodeerd volgens de waarnemingen van de operator. Of er een controleprogramma effectief plaats vindt in alle Belgische laboratoria is twijfelachtig. Op terrein blijkt dat de kwaliteitscontrole van de cytologieanalyses nog in zijn kinderschoenen staat [20].

- **De hrHPV-DNA testing [6, 7, 8, 18, 20]:**

Men heeft een onbetwistbaar oorzakelijk verband vastgesteld tussen de ontwikkeling van baarmoederhalskanker en de aanwezigheid van een lokale infectie met het HPV. Deze ontdekking zorgde voor veel onderzoeksactiviteit (vaccinatie, screeningtesten…).

Het gebruik van de hrHPV-DNA test (hierna HPV-test) als screeningstechniek werd recent benaderd. Vandaag zijn de HPV-testen enkel terugbetaald als triagetesten. In haar recentste (2015) rapport 238As, heeft het KCE het accent gelegd op de voordelen van de HPV-testing als betere screeningsmiddel dan het uitstrijkje. Na vergelijking van de twee methodes werden volgende resultaten gepubliceerd:

- Er werd aangetoond dat de HPV-test aanzienlijk gevoeliger is dan de Pap-test om intra-epitheliale neoplasieën van graad CIN2 en hoger op te sporen (96%). Zijn specificiteit is daarentegen lager (91%). De HPV test spoort immers de aanwezigheid van hrHPV subtypes maar niet de cytologische afwijkingen die daardoor zouden kunnen bestaan.
- Omdat de meeste CIN2 en CIN3 letsels spontaan genezen is het moeilijk om te concluderen dat door zijn hogere gevoeligheid is de HPV-test meer doeltreffend is dan de klassieke uitstrijkje om de incidentie van baarmoederhalskanker te doen dalen. Nochtans hebben recente gerandomiseerde studies getoond dat dit wel het geval is en het voordeel wordt pas 2,5 jaar na het begin van de screening significant en neemt toe met de tijd. Bij vrouwen jonger dan 30 jaar blijkt de HPV test niet effectiever te zijn dan het uitstrijkje om de incidentie van kanker te verminderen.
- Na een negatieve HPV-test ligt het risico op het ontwikkelen van CIN3 of invasieve kanker significant lager dan na een negatieve Pap-test. Bijgevolg kan het screeningsinterval in alle veiligheid tot vijf jaar en meer verhoogd worden. Daardoor zal de HPV-test kosteneffectiever zijn.
- Als opvolgingsstrategie stelt men voor om bij een positieve HPV-test een screening in twee stappen uit te voeren. Een Pap-test wordt dan onmiddellijk uitgevoerd op hetzelfde staal als de HPV-test. Bij cytologische afwijkingen (ASCUS+) mogen de vrouwen worden doorverwezen voor een meer precieze diagnose en, indien aangewezen, voor een behandeling. Bij negatieve uitslag wordt het uitstrijkje na zes maanden tot één jaar herhaald.
- De kans is klein dat de vervanging van de Pap-testen door de HPV-testen zal zorgen voor een toename van het aantal follow-up onderzoeken.
- Bij vrouwen vanaf 30 jaar zou de HPV-test best de cytologie test vervangen als eerste screeningtest. Vrouwen jonger dan 30 jaar moeten verder gescreend worden volgens de huidige methode: uitstrijkje gevolgd door een triage met HPV-test.

Ondanks bovenvermelde voordelen gelinkt aan de HPV-testing blijven bepaalde punten nog niet helemaal verhelderd, o.a. de nadelen van deze test, de organisatie van de screening… enz. Momenteel zijn er inspanningen verricht om een overschakeling naar HPV-test als screeningsinstrument mogelijk te maken.

- **De thuistest:**

Thuistest of de HPV-zelftest zou nog een andere mogelijk "laagdrempelig" alternatief zijn voor een uitstrijkje. Het principe van deze test is zoals die van de HPV-test maar hier wordt de HPV testing uitgevoerd op materiaal afgenomen door de vrouw zelf. Een HPV-testing op een zelfgenomen staal lijkt even betrouwbaar te zijn als op een specimen afgenomen door een arts [26].

Om materiaal af te nemen krijgt de vrouw, tijdens een consultatie of thuis, een thuiskit voor HPV-screening. Dit bevat een informatiebrochure, de selfkit en een omslag.

Aanbieden van het thuistest voor hrHPV-detectie aan non-responders is een mogelijkheid om de effectiviteit van het bevolkingsonderzoek te verbeteren[2]. Men verwacht dat de dekkingsgraad voor screening naar baarmoederhalscarcinoom daardoor verhoogd zou worden. In een vorige master na master (manama) thesis in een groepspraktijk werd de respons bij het gebruik van een "thuiskit" was significant hoger dan de respons via oproep voor een uitstrijkje [22].

➢ *Bevolkingsonderzoek:*

Langer leven en een betere levenskwaliteit zijn de gezondheidswinst voor de vrouw door zich vroegtijdig te laten onderzoeken. Om dit te bekomen is een goed georganiseerd screening noodzakelijk.

Vroeger verliep de screening voor baarmoederhalskanker in Vlaanderen opportunistisch. Men heeft vastgesteld dat er een overscreening plaats vond. Buiten de vooropgestelde leeftijdscategorie werden een aantal vrouwen te veel gescreend. Binnen de doelgroep was er ook overscreening opgemerkt bij bepaalde subgroepen in vergelijking met de anderen. In haar resultaten van 2008 heeft de Nationale Gezondheidsenquête getoond dat zowel de opleiding als het socio-economisch status van de vrouw daarin een rol speelde. Hoogopgeleide vrouwen en vrouwen met een hoog inkomen lieten zich screenen tot 40% meer dan de laagopgeleiden of vrouwen met laag inkomen[23].

Al in 1993 zette Vlaanderen een screeningsprogramma op touw[11]. Wegens gebrek aan een gegeneraliseerde database om de resultaten van de uitstrijkje te kunnen beheren is het niet gelukt om dit programma te behouden. In 2008 formuleerde de Vlaamse werkgroep Preventie van baarmoederhalskanker (sinds 2012 vervangen door de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker) aanbevelingen voor de ontwikkeling van een model van bevolkingsonderzoek. Pas in juni 2013 is in Vlaanderen een georganiseerd bevolkingsonderzoek gestart. Conform de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Unie is de doelgroep de vrouwen van 25 tot en met 64 jaar. Vrouwen die zich niet of niet tijdig laten screenen, maar voor wie een onderzoek wel aangewezen is, krijgen een uitnodigingsbrief voor deelname vanuit het georganiseerd bevolkingsonderzoek [18, 24].

Recent werd een cyto-histo-pathologieregister (CHP) gestart. Dit was het uitgangspunt om een dergelijk bevolkingsonderzoek zo goed mogelijk te kunnen organiseren. Dit register bevat de testresultaten van de cervixuitstrijkjes die vanuit de Belgische laboratoria voor

pathologische anatomie worden aangeleverd. Daarnaast is er de databank van het intermutualistisch agentschap (IMA) die nomenclatuurgegevens die relevant zijn voor baarmoederhalskankeropsporing, bevat.

Op basis van de gegevens van het CHP en het IMA stelt de Stichting Kankerregister (SKR) uitsluitingslijsten op. Dit zijn lijsten van vrouwen die vóór de geplande uitnodigingsronde al onderzocht zijn en dus niet meer moeten aangeschreven worden. De andere vrouwen worden dan schriftelijk uitgenodigd om zich te laten screenen via een call-recall-uitnodigingsmodel[3,24]. In Wallonië is de screening nog steeds opportunistisch georganiseerd[21.]

➢ *Dekkingsgraad en rol van de huisarts:*

In het Verenigd Koninkrijk en de Scandinavische landen waar georganiseerde screening werd geïmplementeerd bereikte men een deelname van 80% en meer.

In België ligt dit percentage nog veel lager. Slechts 59% van de doelgroep vrouwen laat minstens om de drie jaar en uitstrijkje voor baarmoederhalskankerscreening afnemen.

Domus medica en de NHG standaarden bevelen sterk aan dat de huisartsen hun patiënten oproepen om een cervixuitstrijkje te laten doen. Domus Medica nodigt elke huisarts uit om een dekkingsgraad van 80% voor zijn praktijk na te streven binnen een tijdspanne van 5 jaar. In Nederland heeft men vastgesteld dat de opkomst groter is als de huisarts de vrouwen uitnodigt dan wanneer de Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) dat doet.

Volgens de nationale gezondheidsenquête van 2013 is het vooral de gynaecoloog die de vrouw aanmoedigt om een cervixuitstrijkje te laten uitvoeren. Tabel toont de redenen aan om zich te laten testen [23].

Tabel: Verdeling van de redenen die vrouwen van 20 tot 69 jaar aangeven voor het uitvoeren van het laatste baarmoederhalsuitstrijkje (aantal antwoorden gedeeld door het aantal vrouwen dat de vraag heeft beantwoord), Gezondheidsenquête, België, 2013

Reden	Vrouwen 20-69 jaar
Op aanraden van de gynaecoloog	62%
Op aanraden van de huisarts	16%
Antecedenten/abnormaliteit vastgesteld door de arts/opvolging van vorig onderzoek	11%
Klachten/abnormaliteit vastgesteld door de vrouw	4%
Routineonderzoek	4%
Uitnodigingsbrief	3%
Andere	5%

Dezelfde enquête toonde een aantal verschillen tussen de gewesten, meer bepaald:

- een belangrijkere rol van de gynaecoloog in het Brussels Gewest (71%) en het Waals Gewest (72%) dan in het Vlaams Gewest (44%) ;
- een belangrijkere rol van de huisarts in het Vlaams Gewest (44%) dan in het Brussels Gewest (15%) en het Waals Gewest (15%);

Ten slotte blijft de participatie van huisartsen wat betreft cervixkankerscreening nog heel bescheiden.

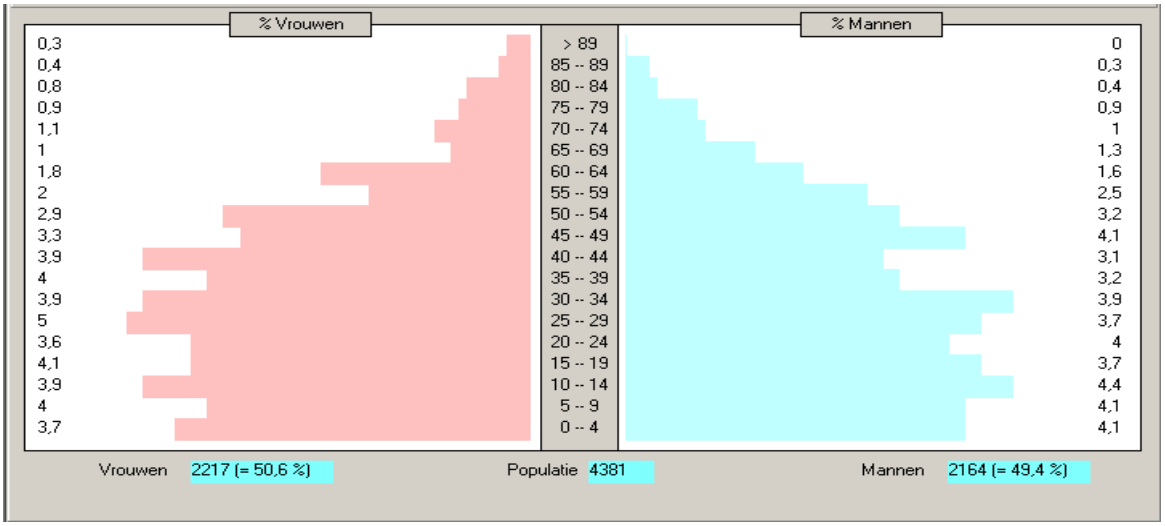
Onderzoeksmethodiek

➢ *Praktijkkenmerken van het wijkgezondheidscentrum De Brug:*

In 1981 werd het wijkgezondheidscentrum De Brug opgericht. Alle wijkgezondheidscentra onderschrijven een gemeenschappelijk concept waarbij een multidisciplinaire aanpak, een gemeenschapsgericht, territoriale werking en structurele samenwerkingsverbanden gewaarborgd zijn. Men legt een accent op het belang van ziektepreventie, gezondheidsbevordering en werkt volgens het bio-psycho-sociaal model. Een wijkgezondheidscentrum werkt bij voorkeur met het forfaitair betalingssysteem of werkt met een andere betalingsregeling waardoor de financiële toegankelijkheid bevorderd wordt. Een andere voordeel van dit systeem is dat elke ingeschreven patiënt een globaal medisch dossier (GMD) heeft waardoor het aanspreken van de patiënten, bijvoorbeeld ikv vaccinatiecampagne, screening of andere, eenvoudiger wordt.

De Brug is gesitueerd in de Brusselse gemeente Sint-Jans-Molenbeek, in de wijk van het Weststation. Eigenlijk bestaat het werkgebied van De Brug uit twee gemeenten: de gemeente Sint-Jans-Molenbeek (postcode 1080) en de gemeente Koekelberg (postcode 1081). Deze gemeenten telden respectievelijk 94653 en 21025 inwoners in 2013. Ongeveer de helft daarvan zijn vrouwen en ongeveer 60% zijn tussen 18 en 64 jaar oud. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen in de twee gemeenten is respectievelijk 35,94 en 37,01 jaar. Dit impliceert een grote variatie binnen de patiëntenpopulatie van De Brug wat betreft de cultuur, de gewoonten, de gesproken talen en vooral de gezondheidsperceptie.

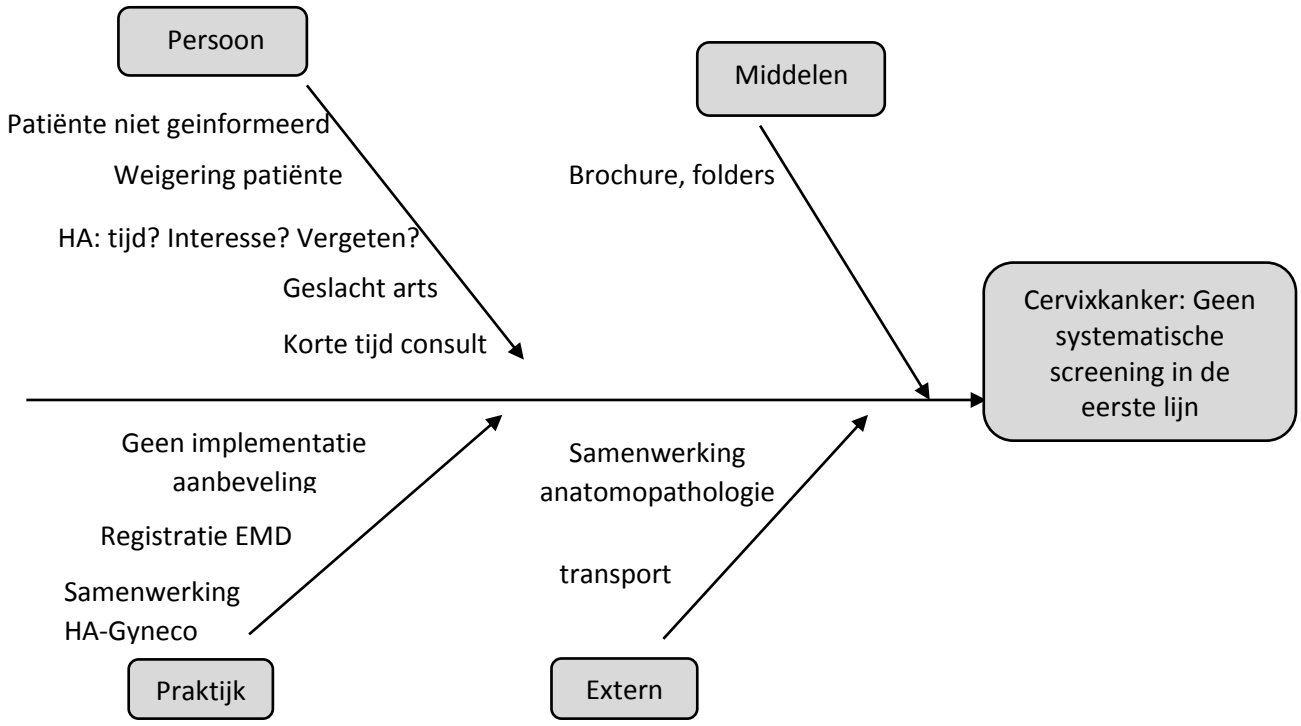
In De Brug wordt de (para) medische zorg verleend door een multidisciplinair team bestaande uit: huisartsen, tandartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkster, diëtiste en gezondheidspromotoren. De totale patiëntenpopulatie van De Brug telt momenteel (maart 2016) 4381 patiënt. Dit aantal is nog progressief aan het groeien omdat sinds de verhuizing van het wijkgezondheidscentrum in juli 2014, er nog gemiddeld 40 inschrijvingen per maand van nieuwe patiënten zijn. Ongeveer de helft van de patiëntenpopulatie zijn vrouwen. Het aandeel van vrouwen tussen 25 en 64 jaar is 52% van het totaal aantal vrouwen, dit is 26,3 % van de totale patiëntenpopulatie. Hierna de leeftijdspiramide van de patiënten van De Brug. (figuur3)



Figuur 3: Leeftijdspiramide wgc De Brug – maart 2016

➢ *Waarom dit onderzoek?*

De eerste maanden van mijn opleiding heb ik opgemerkt dat er heel zelden informatie betreffende de screeningsstatus van de vrouwen beschikbaar is in hun EMD. Daarnaast, en zoals in de inleiding al vermeld is, waren er nog een aantal elementen die het idee gaven om een praktijkverbeterend project te ontwikkelen rond cervixkankerscreening. We zijn dan vertrokken van het idee dat de participatiegraad van het wgc De Brug wat betreft cervixkankerscreening mogelijk heel laag is. Met behulp van een visgraatanalyse werden de factoren die een rol daarin zouden kunnen spelen in kaart gebracht. Deze factoren werden besproken tijdens een doktersvergadering. (figuur4)



Figuur 4: visgraatanalyse

Buiten de doktersvergadering werd het project tevens besproken tijdens de vergadering van gezondheidspromotie en in de loop van het onderzoek vond af en toe overleg plaats namelijk met de praktijkopleider, soms met andere zorgverleners.

Resultaat van deze vergaderingen wordt als volgt samengevat:

- Iedereen was akkoord om het project te starten;
- Interventies plannen om alle factoren van het visgraatanalyse tegelijkertijd te doen veranderen zou niet haalbaar zijn;
- We volgen de aanbevelingen van Domus Medica betreffende cervixkankerscreening;
- De keuze van het laboratorium van het UZ om gegevens over cervixkankerscreening te verzamelen;
- Het belang om over een goed registratiesysteem te beschikken;
- Het afwerken van folders of posters gericht voor de patiënten is tijdrovend en zou mogelijk het bereiken van het primair doel van het onderzoek belemmeren.

➢ *Doelpopulatie:*

Om onze doelgroep populatie te bepalen baseerden we ons op de aanbevelingen van Domus Medica. Dit zijn de vrouwen die ooit seksueel actief waren en die tussen 25 en 64 jaar oud zijn. Een uitstrijkje is uit te voeren om de 3 à 5 jaar.

➢ *Studiedesign:*

Mijn onderzoek verliep in drie opeenvolgende stappen naar aanleiding van de onderzoeksvragen en rekening houdend met de verwachtingen en de opmerkingen van het team. Het studiedesign werd als volgt gepland:



- **<u>Retrospectief onderzoek: de voormeting:</u>**

De eerste onderzoeksvraag was: Wat is de huidige situatie in het wijkgezondheidscentrum De Brug wat betreft cervixkankerscreening?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden was een objectief zicht op de huidige stand van zaken onontbeerlijk. Om dit te bekomen hebben we een retrospectieve analyse uitgevoerd met als doel alle mogelijke beschikbare gegevens betreffende cervixkankerscreening van onze patiëntenpopulatie te verzamelen. Daarvoor hebben we contact genomen met het laboratorium Anatomo-pathologie van het UZ Brussel. Bij navraag is dit laboratorium het enige waarmee De Brug samenwerkt sinds jaren. Allereerst heb ik telefonisch contact genomen met het diensthoofd om zeker te zijn dat dergelijke informatie te bekomen is. Men bevestigde dat deze gegevens beschikbaar zijn. Een protocol werd voorgelegd aan de ethische comité van het UZ Brussel die het onderzoek goedgekeurd heeft op 13 mei 2015. Onze vraag naar de anatomo-pathologie dienst toe was om alle informatie over cervixuitstrijkjes van de patiënten van De Brug in één bestand te verzamelen, o.a. de datum van de uitvoering van het uitstrijkje en het

resultaat daarvan. We hebben gevraagd om de gegevens van de laatste vijf jaar (2010-2015) op te zoeken.

Ik heb afspraken georganiseerd met de wetenschappelijke medewerkster van de dienst cytologie. Lijsten van de ingeschreven patiënten en van de artsen die bij De Brug werkzaam zijn (geweest zijn) werden overhandigd. De lijst met alle namen van de patiënten die in aanmerking zouden komen voor cervixuitstrijkje werd via Medidoc getrokken. Dit gebeurde alleen op geleide van hun leeftijd. Naast de naam en de voornaam van de patiënten stonden andere gegevens die nuttig waren voor het onderzoek namelijk de geboortedatum en het woonadres. De lijst van de artsen bevatte hun RIZIV-nummers. Op basis van deze lijsten en met behulp van de IT-dienst van het UZ Brussel werden gegevens over uitstrijkjes gebundeld.

Het gebruik van de databank van het UZ Brussel impliceert dat niet alleen de uitstrijkjes uitgevoerd door de huisartsen van De Brug zullen verzameld zijn maar ook de resultaten van stalen genomen door een andere arts die ook een samenwerking heeft met dit laboratorium. Op basis van die resultatenlijst werden de EMD's van de betrokkene patienten geraadpleegd. Er werd eerst gekeken of het resultaat van elke uitstrijkje effectief elektronisch gestuurd werd. Normaliter bij het uitvoeren van een uitstrijkje in De Brug worden de stalen naar UZ verzonden en ontvangt men het resultaat automatisch via Medimail. Er werd ook gekeken of het volgende uitstrijkje in het EMD gepland stond. Desgevallend werd het resultaat en/of de planning in orde gebracht.

In het tweede deel van de retrospectieve analyse maakten we gebruik van onze database als bijkomende bron van informatie. De andere dossiers van de patienten wiens informatie betreffende hun screeningsstatus ontbrak in de databank van het UZ werden ook geconsulteerd. Omdat zeker niet alle patiënten een uitstrijkje laten doen bij hun huisarts, wilden we zien of er informatie over extern uitgevoerd uitstrijkjes in het EMD van deze patiënten beschikbaar is.

De gegevens uit de anatomo-pathologie dienst van het UZ Brussel samen met de informatie verzameld uit de EMD's van de patiënten waren de leidraad voor de nulmeting van onze onderzoek. Dit gaf ons een schatting over de screeningsgraad binnen de praktijk.

- **De interventies:**

De tweede onderzoeksvraag was: Hoe kunnen we de participatiegraad van ons centrum verhogen wat betreft cervixkankerscreening?

Het gaat hier niet alleen over het zo veel mogelijk uitstrijkjes uit te voeren in de eerste lijn. Men wil met dit onderzoek een interne consensus stellen dat het aanbieden en het uitvoeren van een cervixuitstrijkje een gewoonte wordt binnen de praktijk, en dat het beheer van alle informatie over de screeningsstatus van elke vrouw eenvoudiger en correct gebeurt. Hierna de interventies ikv dit onderzoek:

Registratie in Medidoc

In eerste instantie hebben we afgesproken dat de registratie en de planning van cervixuitstrijkjes in Medidoc op eenduidige manier moet gebeuren. Dit is belangrijk op korte termijn om de interventies van dit onderzoek te kunnen evalueren maar ook op lange termijn voor verdere onderzoeken of gewoon voor de statistiek. Tijdens een doktersvergadering vond een demonstratie plaats op Medidoc. Een document met de te volgen stappen bij het

registreren en het plannen van een cervixuitstrijkje in het EMD werd afgewerkt en opgeslagen op de interne server van De Brug. (zie bijlage)

Het aanspreken van de vrouwen:

De vrouwen uit de doelgroep werden op twee manieren aangesproken. Tijdens een eerste onderzoeksperiode werden alle vrouwen uit de doelgroep die zich spontaan aanboden op de consultatie aangesproken over de screening van baarmoederhalskanker. Als hulpmiddel werd gebruik gemaakt van papierstrookjes waarop geschreven stond "screeningsstatus cervix". Elke vrouw die tussen 25 en 64 jaar oud is kreeg via het onthaal een strookje dat ze aan de huisarts overhandigt. Bij ontvangst geeft deze laatste alle informatie over cervixkankerscreening en biedt dit aan de patiënte aan. Om de consultatie niet te storen werden de vrouwen die niet in orde zijn met hun screening en die dit graag willen laten uitvoeren, gevraagd om een andere afspraak te maken voor een cervixuitstrijkje. Aangezien de praktijk met een forfaitair systeem werkt was er geen financiële drempel voor de patiënte om op een andere consultatiemoment te komen.

In een tweede onderzoeksperiode werd opnieuw een lijst getrokken van alle patiënten met onbekende screeningsstatus. Een oproepbrief werd dan per post verzonden naar deze patiënten. (zie oproepbrief in bijlage).

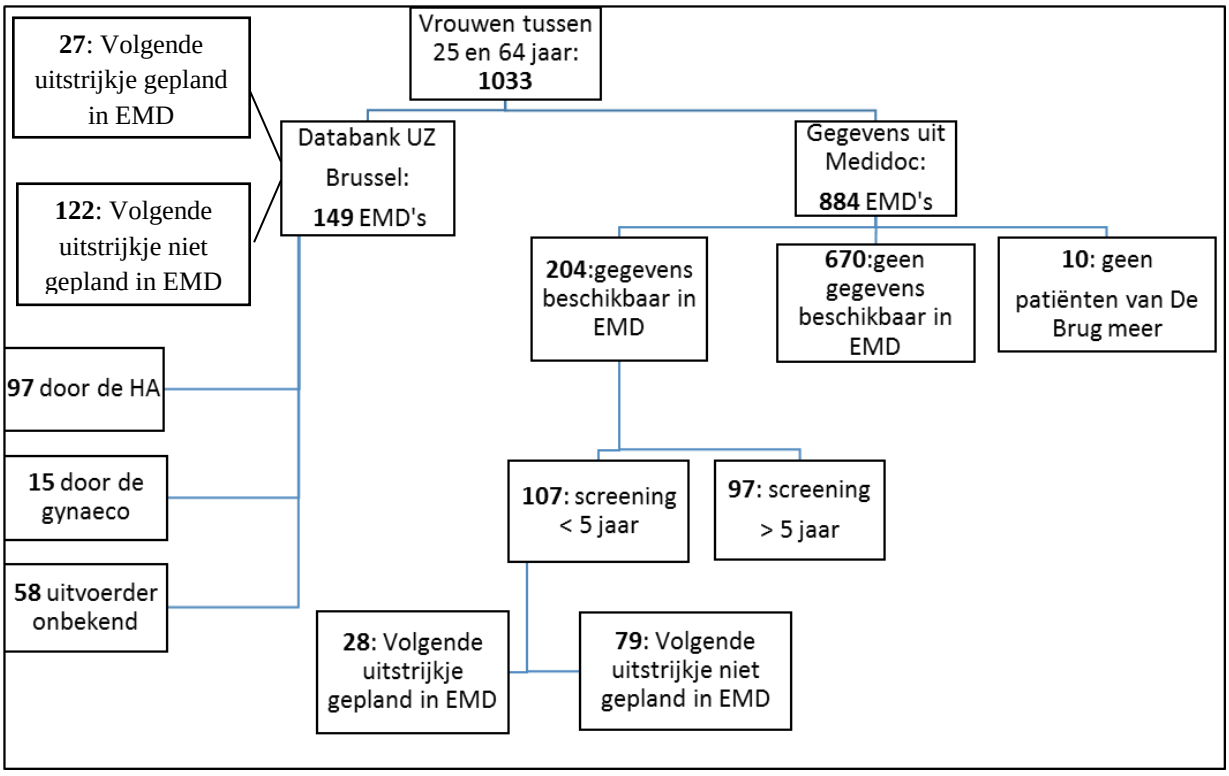
- **Evaluatie van de interventies: De nameting:**

Bij deze stap werd telkens gebruik gemaakt van de statistische functies van Medidoc en opnieuw van de gegevens van het UZ Brussel. Een eerste lijst werd getrokken na de eerste onderzoeksperiode. Het doel daarvan was de respons van de vrouwen bij spontaan aanspreken te kunnen berekenen. Een tweede lijst was gemaakt aan het einde van de tweede onderzoeksperiode. Hierbij gingen we checken wat de respons van de vrouwen was na de ontvangst van de oproepbrief.

Resultaten

➢ *Retrospectief onderzoek: De voormeting:*

In juni 2015 telde de vrouwelijke populatie van De Brug 2113 vrouwen, 1033 waren vrouwen tussen 25 en 64 jaar, hetzij 49% van het totaal aantal vrouwen en ongeveer één kwart van de totale populatie. Via de statistische functie van Medidoc bleek dat alleen bij 31% van die vrouwen informatie over cervixuitstrijkje in hun elektronische dossiers beschikbaar is. Hierna volgt een flowchart met de belangrijkste bevindingen van dit retrospectief onderzoek:



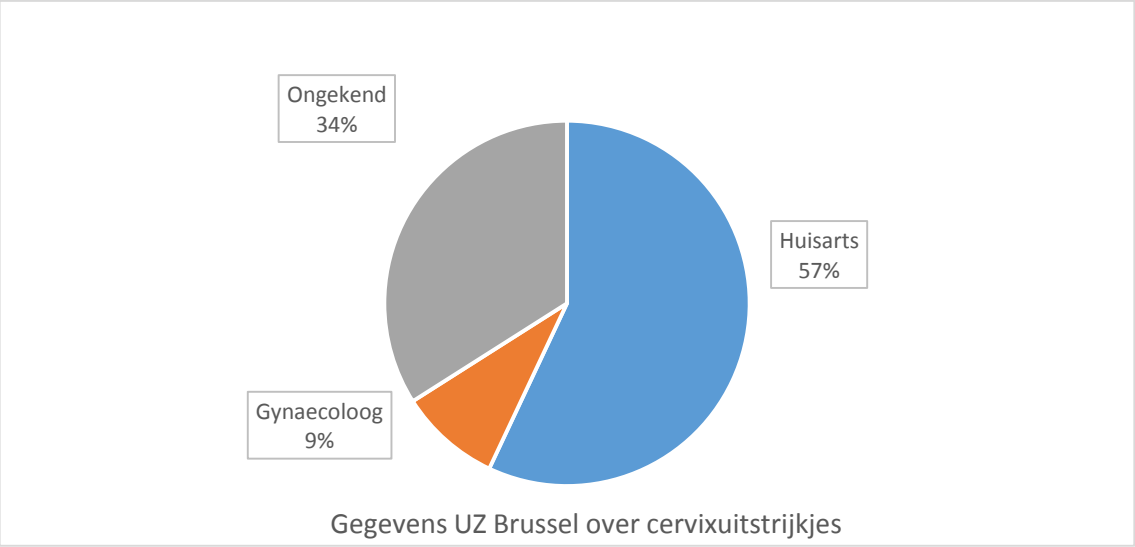
- Gegevens uit UZ Brussel:

De voormeting nam meer tijd in beslag dan verwacht. Dit komt omdat het onderzoek in de periode van de zomervakantie viel en veel mensen verlof hadden. De analyse van de gegevens van het UZ Brussel kon niet over de ganse periode van de laatste vijf jaar uitgevoerd worden. Alleen gegevens van een deel van 2012 tot en met april 2015 werden bekomen. Gegevens van 2010, 2011 en een deel van 2012 kon men niet gebruiken omwille van verkeerd dataformaat in de beschikbare gegevens.

In totaal werden 22 258 records uitgehaald. Er werd een koppeling uitgevoerd tussen de gegevens van de dienst Anatomopathologie UZ Brussel en die van het wgc De Brug. Daarvoor heeft men unieke ID's gegenereerd op basis van naam, voornaam en geboortedatum van de patiënten, die vervolgens gematcht werden met de cervixgegevens van de dienst cytologie. Deze koppeling leverde 170 records die gelinkt konden worden aan de patiënten van het wgc De Brug. Dit zijn gegevens van 149 patiënten. Met andere woorden voor

sommige patiënten werd meer dan één resultaat gevonden. In percentage uitgedrukt, waren voor 14% van de vrouwen uit de doelgroep gegevens over cervixuitstrijkje beschikbaar.

57% van de uitstrijkjes werd uitgevoerd door een huisarts van De Brug, 9% door een gynaecoloog uit UZ Brussel en bij 34% daarvan was de uitvoerder niet gekend.



Uit analyse van de EMD's van de betrokken patiënten bleek dat 140, hetzij ongeveer 83% van de resultaten van de uitstrijkjes elektronisch gestuurd werd naar De Brug. De ontbrekende verslagen waren die van een externe uitvoerder of van een gynaecoloog van het UZ Brussel ikv een gynaecologische consultatie op initiatief van de patiënte. Anderzijds en heel opvallend was het beperkt aantal dossiers waarin een volgende uitstrijkje gepland stond. Slechts in 18% van de dossiers (27/149) was de datum van het volgende uitstrijkje gepland.

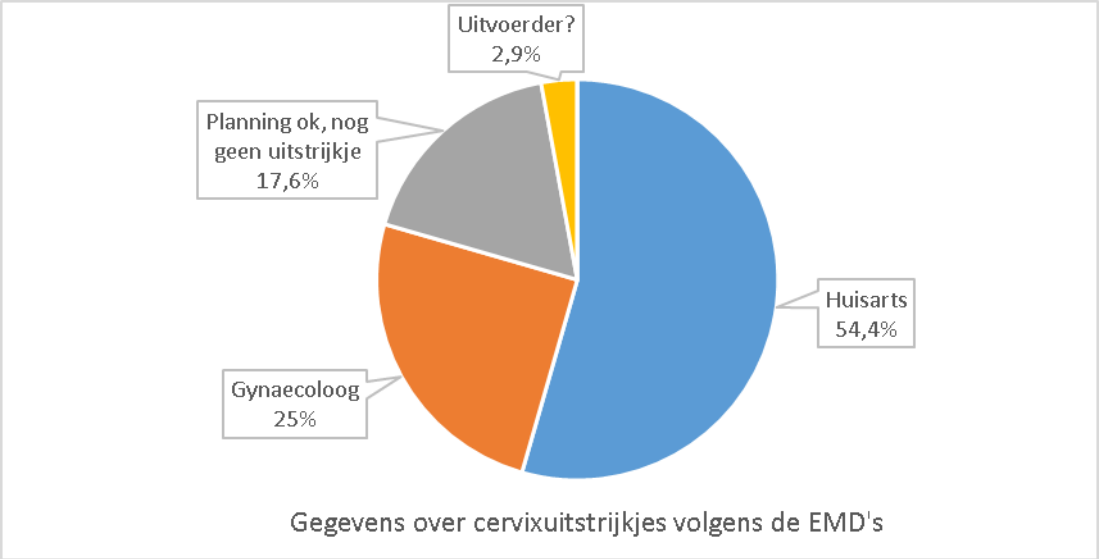
Op basis van de gegevens van het UZ Brussel werden de ontbrekende gegevens toegevoegd en de planning in orde gebracht.

- Gegevens uit patiëntendossiers:

De gegevens van het UZ Brussel zijn zeker geen correcte weerspiegeling van de screeningsgraad van onze praktijkpopulatie. Van het totaal aantal vrouwen uit de doelgroep (1033) bleven nog 884 vrouw over wiens screeningsstatus onbekend zijn. Omdat niet alle verslagen van de externe artsen (huisartsen en gynaecologen) naar ons gestuurd worden en omdat er veel medische gegevens ontbreken in het EMD zal een voormeting van de screeningsgraad in ons centrum nooit 100% correct zijn. Nochtans om een schatting te kunnen doen was het noodzakelijk om al die 884 EMD's te openen en te zoeken of die informatie over cervixkankerscreening bevatten.

Van die 884 vrouwen waren er acht uitgeschreven en twee niet in orde met hun ziekteverzekering. Bij analyse van de resterende 874 dossiers bleek dat 76,7% (670/874) daarvan helemaal geen gegevens bevatten over cervixuitstrijkje. In de andere dossiers (204/874) was de informatie over de screeningsstatus van de vrouwen heel variabel:

- In 54,4% (111/204) werd een uitstrijkje door een huisarts uitgevoerd. In 71% (79/111) van de gevallen werd er geen planning gemaakt voor een volgende uitstrijkje.
- In 25% van de gevallen (51/204) werd een staaltje door de gynaecoloog afgenomen. Het zijn de gynaecologen van het UZ Brussel maar ook andere gynaecologen tezamen. In 68,6% (35/51) van de gevallen werd er geen planning gemaakt voor een volgende uitstrijkje. Drie patiënten zijn wegens cytologische afwijkingen opgevolgd in het ziekenhuis en bij vier patiënte stond in het EMD dat ze regelmatig gescreend worden door hun gynaecoloog. In deze vier dossiers was er geen verslag beschikbaar.
- Bij 36 vrouwen van de 204 (17,6%) was de datum van een uitstrijkje gepland. Dit zijn waarschijnlijk vrouwen die ooit aangesproken werden over cervixkankerscreening en men heeft het in de planning gezet. Er was geen andere informatie of verslag in deze EMD's beschikbaar.
- Zes dossiers bevatten het resultaat van een cervixuitstrijkje maar de uitvoerder was onbekend.
- 107 vrouwen van de 204 (52,5%) waren in orde met hun screening en in 26% (28/107) werd een datum van een volgende uitstrijkje gepland.



- Eindresultaat van de voormeting:

Volgens de recentste aanpassingen van Domus Medica richtlijnen is het aanbevolen interval om cervixuitstrijkje te nemen veranderd van drie naar drie tot vijf jaar. Dit interval werd dan als referentie genomen om de screeningsstatus van onze patiënten te kunnen beoordelen. Omdat de gegevens van het UZ Brussel vrij recent zijn (van de laatste drie jaar) waren de 149 vrouwen dus in orde met hun screening. De gegevens uit de EMD's toonden aan dat 107 van de 204 vrouwen (52,4%) uitstrijkje lieten doen in de laatste vijf jaar.

Als we nu de beschikbare gegevens (van het UZ Brussel en van de EMD's) tezamen bekijken werden, einde september 2015, 353 vrouwen tussen 25 en 64 jaar ooit gescreend. 256 daarvan waren in orde met hun screening. Dit is 82,5% (256/353) van het aantal vrouwen die ooit gescreend werden en 24,8% (256/1033) van het totaal aantal vrouwen uit de doelgroep. 97 vrouwen werden ooit gescreend maar op het moment van de voormeting was het interval van vijf jaar overschreden. Dit is 27,5% (97/353) van het aantal vrouwen die ooit gescreend werden en 9,4% (97/1033) van het totaal aantal vrouwen uit de doelgroep.

Van het totaal aantal uitgevoerde uitstrijkjes [338] werden 61,5% (208/338) door de huisarts genomen, 19,5% (66/338) door de gynaecoloog en bij 18,6% (63/338) was de uitvoerder ongekend.

Eind september 2015 stond de datum van een volgende uitstrijkje gepland bij 69% van de vrouwen die in orde waren met hun screening. Dit percentage werd bekomen nadat wij de planning in de EMD's in orde gebracht hebben op basis van de gegevens van de dienst anatomopathologie van het UZ Brussel.

Vóór de start van de interventies ikv ons project was dan de screeningsstatus van ongeveer 65% (670/1033) van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar ongekend.

- ***Evaluatie van de interventies: De nameting:***

Zoals al vermeld werd nam de dataverzameling veel tijd in beslag. Daardoor zijn de echte interventies van ons project pas in oktober 2015 gestart. Tijdens de periode van onze studie en omwille van de nieuwe inschrijvingen nam het totaal aantal vrouwen uit de doelgroep toe. Bij de evaluatie van het project was dit 1127 (1033+94) vrouwen tussen 25 en 64 jaar. Er werd rekening gehouden met die stijging bij het berekenen van de eindresultaten.

Het was niet mogelijk om het totaal aantal patiënten die aangesproken werden tijdens de consultaties correct in te schatten. Blijkbaar gebeurde het niet systematisch dat elke arts dit in de planning van het EMD noteert. Dit is op zich geen onderzoeksvraag maar het zou nuttig geweest zijn om een responspercentage te kunnen berekennen voor deze oproepsmethode. Uit de gegevens van het UZ Brussel bleek dat, in de periode tussen de voormeting en eind december, 29 uitstrijkjes door een huisarts van De Brug uitgevoerd werden. Vier daarvan waren afwijkend.

De uitnodigingsbrieven werden begin januari per post gestuurd naar de 786 vrouwen wiens EMD geen gegevens bevat over de screeningsstatus en waarschijnlijk, niet in orde zijn met hun screening. 29 daarvan zijn teruggekomen omwille van verhuizing, verkeerd of onvolledige adres. Bij deze stap en volgens de registratie in de EMD's was er een respons van 14%: 122 vrouwen hebben zich aangeboden op consultatie bij de huisarts naar aanleiding van de uitnodigingsbrief. Er werden 67 uitstrijkjes door een huisarts van De Brug uitgevoerd, vier uitstrijkjes werden in dezelfde periode door een gynaecoloog genomen in het kader van een consultatie. Voor 51 vrouwen was de screeningsstatus in orde. Voor deze laatste groep werd het laatste uitstrijkje extern uitgevoerd, bij een gynaecoloog, bij een andere huisarts of in de

andere gevallen was de uitvoerder onbekend. Het was niet mogelijk om een exact percentage van elke uitvoerder te berekenen wegens gebrek aan duidelijke informatie in de EMD's. Voor deze vrouwen werd wel de datum van het volgende uitstrijkje in het EMD gepland met de bedoeling dit in de toekomst in De Brug te laten doen.

In het kader van dit project werden dan in totaal 96 uitstrijkjes door een huisarts van De Brug uitgevoerd en er werd de screeningsstatus van 151 vrouw gekend tov het begin van dit onderzoek.

Na de evaluatie van de interventies zijn dan nu in totaal 407 vrouwen uit de doelgroep in orde met hun screening voor baarmoederhalskanker. Dit is ongeveer 36% van het totaal aantal vrouwen die in aanmerking zouden komen voor een uitstrijkje. Voor de andere vrouwen blijft de screeningsstatus (nog) niet in orde of onbekend. Uit de beschikbare gegevens is het aandeel van de huisartsen van De Brug in de uitgevoerde uitstrijkjes ongeveer 62%.

Tot slot heel opvallend was dat een aantal patiënten niet wisten dat een cervixuitstrijkje bestaat en/of dat het door een huisarts uitgevoerd kan worden.

Discussie

➢ *Sterktes en zwaktes van dit onderzoek:*

Tijdens dit onderzoek waren er enkele minpuntjes waarmee men moet rekening houden bij de interpretatie van de resultaten.

Wegens een probleem met de dataformaat was de collectie van de gegevens van de cytologische dienst van het UZ Brussel niet volledig. Wij konden alleen de informatie van de laatste drie jaar bekomen ipv de laatste vijf jaar. Een andere optie zou geweest zijn om de gegevens van het CHP te kunnen gebruiken. In dit register staan alle stalen van de baarmoederhals die in België afgenomen worden geregistreerd. Met andere woorden deze bron van informatie is zeker een meerwaarde. Er werd immers contact genomen met deze dienst tijdens de voormetingsperiode. Omdat dit register recent opgericht was, waren toen de gegevens van de laatste vijf jaar niet compleet. Anderzijds hadden we al de goedkeuring van de ethische comité gekregen en wegens gebrek aan tijd was het niet mogelijk om een nieuwe aanvraag in te dienen. In het laatste jaarrapport van het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker [2015] stond er dat tegenwoordig de stalen die afgenomen zijn vanaf 1/1/2008 tot en met 30/4/2015 beschikbaar zijn[24].

Zoals al vermeld werd onder resultaten was het niet mogelijk om het responspercentage bij het aanspreken van de vrouwen tijdens de consultaties te berekenen. Dit liet ons niet toe om een vergelijking te maken tussen de twee oproepmethodes: rechtstreeks aanspreken van de vrouw tijdens een consultatie vs oproepbrief.

Georganiseerde screening, waarbij non-responders op de uitnodigingsbrief een herhalingsbrief krijgen, eventueel gevolgd door een telefonisch rappel, kan de participatie van de doelgroep bevorderen[1]. Dit konden we niet toepassen bij het uitvoeren van dit project omwille van respect van de deadlines.

Desalniettemin heeft dit onderzoek ook een aantal sterke punten. Dankzij het forfaitair systeem waarmee De Brug werkt ligt de financiële drempel heel laag. De patiënten hebben toegang tot kosteloze consultaties. Dit zou een rol gespeeld hebben in het bekomen van de resultaten. Aan de andere kant zou dit minder of geen invloed gehad hebben op de vrouwen zonder financiële moeilijkheden die dan gemakkelijker een gynaecoloog zouden raadplegen voor een uitstrijkje.

➢ *Interpretatie van de resultaten:*

In het kader van dit praktijkverbeterend project waren we geconfronteerd met een probleem in de communicatie via het EMD. Er bestond geen consensus over hoe men informatie over screeningsstatus voor baarmoederhalskanker op Medidoc kan noteren. Een registratiewijze werd dan gedemonstreerd en opgeslagen op de interne server van de praktijk zodat iedere arts van De Brug nu op eenduidige manier het medisch software pakket kan gebruiken, registreren en plannen.

De retrospectieve studie liet me gegevens over cervixkankerscreening verzamelen en aanpassen in de EMD's van de patiënten. Bij deze stap bleek dat er problemen zijn in de communicatie van de gegevens tussen de eerste en de tweede lijn. Alleen de resultaten van de uitstrijkjes uitgevoerd door de huisarts werden elektronisch gestuurd. De meerderheid van de protocols van uitstrijkjes afgenomen door een gynaecoloog in het kader van een consultatie op eigen initiatief van de vrouw geraakt niet in het EMD. Anderzijds worden vele gegevens worden door de huisartsen niet geregistreerd en zelfs bij ontvangst van de resultaten wordt het volgende uitstrijkje vaak niet gepland.

De voormeting kwam onze initiële hypothese bevestigen. Er werd getoond dat het percentage vrouwen die in orde zijn met hun screening effectief zeer laag stond. Alleen één kwart ongeveer van de doelgroep was bij de start van het project in orde met de screening voor cervixkanker. Nadat we de vrouwen aangesproken hebben bekwamen we een percentage van 36%. In België bedraagt de screeningsgraad van vrouwen tussen 25 en 64 jaar 59%. Uit gegevens van het IMA voor de periode van 2002-2006 blijkt dat de dekkingsgraad 60% bedroeg in Vlaanderen. Volgens het laatste jaarverslag van het bevolkingsonderzoek was dit 61,2% in 2014. In het VK en de Scandinavische landen bereikt men zelfs een deelname van 80% en meer. Domus Medica beveelt aan om een screeningsgraad van 80% in elke huisartsenpraktijk na te streven [1, 18, 24]. In vergelijking met die cijfers is het duidelijk dat de screeningsgraad van ons centrum beduidend lager is. Nochtans is het berekende percentage in onze praktijk correcte weerspiegeling van de werkelijke toestand. Vrouwen die geen respons gaven aan onze oproep zijn niet per se niet in orde met hun screening. Daarnaast werd er niet gezocht in de dossiers of er contra-indicaties zijn om cervixuitstrijkje bij deze patiënten uit te voeren.

Na het sturen van de uitnodigingsbrieven behaalden we een responspercentage van 14%. 55% daarvan liet een cervixuitstrijkje in De Brug nemen. Dit is ongeveer 8,5% van alle vrouwen die via brief uitgenodigd waren. Deze percentages werden berekend over een periode van ongeveer drie maanden na het opsturen van de uitnodigingsbrieven. Omwille van beperking in de tijd en de vaste deadlines moesten we de resultaten vroeg afwerken. Domus Medica geeft aan dat een oproepbrief de participatiegraad kan verhogen. Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker gebruikt een call-recall-uitnodigingsmodel. In hun laatste jaarrapport stond er, voor de jaren 2013-2014, dat ongeveer één tiende van de vrouwen die de uitnodiging kreeg, in het jaar na de ontvangst van de uitnodigingsbrief een uitstrijkje liet nemen. We kunnen concluderen dat onze cijfers, en gezien de korte evaluatieperiode, eerder positief zijn.

In de literatuur zijn er verschillende factoren om niet deel te nemen aan baarmoederhalskankerscreening beschreven, o.a. werd getoond dat de respons onder niet-Westerse allochtone vrouwen, vrouwen met lage sociaal-economische status en laaggeschoolden lager is. In het multicultureel wijkgezondheidscentrum De Brug is er zeker een combinatie van verschillende factoren die een negatief rol zouden hebben in het beslissingsproces om een uitstrijkje al dan niet te laten afnemen[12,14]. Daarnaast zijn de culturele en religieuze opvattingen van de patiënten zeker niet te onderschatten. Het spreken over seksualiteit en/of een gynaecologisch onderzoek laten doen bij de arts is voor sommige personen nog een heel moeilijk stap, zelfs taboe. In De Brug bedraagt het aantal jonge

vrouwen tussen 25 en 35 jaar iets meer dan één derde van de doelgroep populatie. Meisjes boven de 25 jaar die nog maagd zijn zouden of geen gevolg geven aan de uitnodigingsbrief of sowieso niet in aanmerking komen voor een uitstrijkje. Al die factoren zouden een non-respons bias geweest zijn.

➢ *Aanbevelingen voor de praktijk:*

Tot slot groeperen we enkele tips voor de toekomst in onze praktijk:

- Domus Medica stelt voor een screeningsgraad van 80 % te proberen bereiken over een periode van vijf jaar. Over gans België is dit percentage sinds jaren nog niet bereikt. Misschien zou het gemakkelijker zijn om dit doel in een kleinschalige context zoals een huisartsenpraktijk te realiseren. Ons onderzoek duurde alleen maar tien maanden in totaal en de echte interventies vier maanden. We stonden dan met een belangrijke tijdsbeperking. Een praktijkverbeterend project is zeker niet gelimiteerd in de tijd en de bedoeling daarvan is om een verandering binnen de praktijk in gang te zetten.

- Bij het aanspreken van de vrouwen bleek dat het niet uitzonderlijk is dat een vrouw helemaal niet geïnformeerd was over het bestaan van een screeningsonderzoek voor baarmoederhalskanker en/of dat een uitstrijkje uitgevoerd kan worden in de eerste lijn. Naar aanleiding van dit project werd een artikel bestemd voor de nieuwsbrief van De Brug geschreven. Het is aanbevolen om nog in de toekomst meer aandacht te besteden aan het feit dat de patiënten voldoende en correcte informatie krijgen. Bijvoorbeeld door het organiseren van infosessies, preventiecampagnes of in het kader van het GMD+.

- De gegevens goed registreren in het EMD is cruciaal. Vooral bij ontvangst van externe resultaten of bij het meedelen van uitslagen aan de patiënten moet de huisarts aandachtig zijn om rechtstreeks het EMD in orde te brengen. Dat is van groot belang voor de continuïteit van de zorg maar ook achteraf bij het extraheren van de gegevens uit de EMD's.

- De eerste lijn is in volle beweging. De mogelijkheid, namelijk in een multidisciplinaire huisartsenpraktijk, om met andere disciplines samen te werken en de mogelijkheid tot taakdelegatie maken het eenvoudiger om een effectief en doelmatig preventieaanbod te realiseren. De betrokkenheid van de huisartsen bij preventieprogramma's zal ongetwijfeld een meetbaar voordeel leveren. In Nederland heeft een onderzoek getoond dat als de huisarts uitnodigt tot- en herinnert aan het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker de deelname en beschermingsgraad 10 tot 15% hoger is dan wanneer de GGD of screeningsorganisatie dat doet [16].

➢ Aanbevelingen voor verder onderzoek:

Op grond van de resultaten van ons project kunnen we enkele aanbevelingen formuleren voor verder onderzoek:

- Om op een meer correcte manier de resultaten van dit onderzoek te kunnen interpreteren, en zoals Domus Medica het aanbeveelt, is een herevaluatie uit te voeren na afloop van vijf jaar. Dit is pas nuttig als de inspanningen die tot nu toe geïmplementeerd zijn voortgezet worden.

- Nu dat de gegevens van het CHP compleet zijn is het bekomen van volledige en betrouwbare informatie eenvoudiger.

- Tevens is het aangewezen om een vervolgonderzoek te verrichten naar de factoren die de samenwerking tussen de huisartsen en de gynaecologen belemmeren met opsporing van de mogelijke oplossingen om dit te verbeteren.

- Sinds 2011 behoort preventie van baarmoederhalskanker tot de preventielijst opgenomen in het GMD+. Welke impact de invoering van het GMD+ heeft op het aantal vrouwen dat zich regelmatig laat screenen is niet in te schatten. Dit zou een belangrijke onderzoeksvraag zijn voor een toekomstige studie. Helaas wordt GMD+ dit jaar afgevoerd.

- Tot slot, en zoals al bestudeerd werd in vorige masterproeven, zal het nuttig zijn om factoren gelinkt aan onze patiëntenpopulatie te exploreren om hun motivatie tot zich te laten screenen te verhogen.

Besluit

Bij de start van dit praktijkverbeterend project hadden we twee belangrijke doelstellingen: enerzijds duidelijk zicht krijgen op de huidige situatie in De Brug wat betreft de screening voor baarmoederhalskanker, en anderzijds interventies uitvoeren met als doel de participatiegraad van onze praktijk te verhogen.

Uit dit onderzoek blijkt dat er niet systematisch gescreend werd naar baarmoederhalskanker in het wgc De Brug. Volgens de beschikbare objectieve gegevens liet, bij de start van dit project, één kwart van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar een uitstrijkje nemen in de laatste vijf jaar. Dit is op zich meer dan wat we verwacht hadden. Als interventie hebben we de vrouwen die in aanmerking zouden komen voor een cervixuitstrijkje op twee manieren aangesproken: tijdens de consultaties en via een uitnodigingbrief. Na afloop van de interventies is de screeningsgraad 36% geworden. Dit is nog ver van wat in de richtlijnen aanbevolen wordt, namelijk 80%. Nochtans wordt dit percentage als positief beschouwd gezien de korte duur van het onderzoek en omdat vele gegevens over de screeningsstatus ontbreken die dan niet toelaten om de non-responders te beschouwen als niet in orde te zijn met hun screening.

Voor de toekomst dient de opvolging van deze screening nog verbeterd te worden. Een belangrijke rol van de huisarts hierin is benadrukt. Anderzijds moet er nog onderzoek gebeuren met als doelstelling de samenwerking tussen de huisartsen en de gynaecologen te optimaliseren.

Dankwoord

Graag wil ik via deze weg een aantal mensen bedanken die me hulp en inspiratie aanboden bij het realiseren van dit project.

Allereerst wil ik graag mijn promotor Prof. Dr. Johan Vansintejan bedanken voor zijn adviezen en begeleiding tijdens de uitvoering van dit onderzoek.

Als tweede bedank ik van hart dr. Els Broens mijn co-promotor en praktijkopleidster voor haar morele en inhoudelijke ondersteuning,. Daarnaast wil ik mijn collega's van het wijkgezondheidscentrum De Brug (huisartsen, onthaalmedewerksters, verpleegsters…) bedanken voor hun ideeën en hun begrip.

Tevens dank ik Mevrouw Céline Degailler, wetenschappelijke medewerkster van de dienst anatomopathologie van het UZ Brussel, voor haar inzet bij het opzoeken en doorgeven van de nodige gegevens, vereist voor het uitvoeren van dit project.

Tot slot dank ik mijn familie, nl mijn moeder, mijn man, mijn kinderen, mijn broers en zus voor hun steun, hun geduld en hun begrip.

Referenties

1. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu april 2011; jaargang 40: S64-S88.
2. Boomsma LJ, Buis PAJ, Colette C, Janssens PGH. NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom (tweede herziening). Huisarts Wet 2009; 52(4): 182-191.
3. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek. Advies nr. 11-04.
4. Claeys S, Implementatie van de Domus Aanbeveling in een groepspraktijk… en waarom vrouwen zich niet laten screenen. Manama huisartsgeneeskunde 2008.
5. Van Steijvoort E. Preventie van baarmoederhalskanker: kennis, houding en gedrag omtrent HPV-vaccinatie en screening bij etnische minderheden in Vlaanderen en Brussel. Masterproef gezondheidsvoorlichting en-bevordering 2015.
6. Finoulst M, Vankrunkelsven P, Robays J, Arbyn M. Waarom de screening voor cervixkanker het best wordt aangepast. Tijdschr. Voor geneeskunde, 71, nr.4, 2015
7. Persbericht Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Opsporing van baarmoederhalskanker met HPV-test effectiever dan de klassieke uitstrijkjes: kan om de 5 in plaats van om de 3 jaar. www.kce.fgov.be.
8. Arbyn M, Roelens J, Simoens C, Buntinx F, Paraskevaidis E, Martin-Hirsch P, Prendiville J. Human papillomavirus testing versus repeat cytology for triage of minor cytological cervical lesions. Cochrane database of systematic reviews. 2013 Mar.
9. Everett T, Bryant A, Griffin MF, Martin-Hirsch P, Forbes CA, Jepson RG. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. Cochrane database of systematic reviews. 2011 May.
10. Koliopoulos G, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Kyrgiou M, Prendiville JP, Paraskevaidis E. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. Cochrane database of systematic reviews. 2010 Jul.
11. Vandermeulen E. Cervixkanker: welke doelgroep wordt onderscreend en hoe kunnen we die toch bereiken? Praktijkverbeteringsproject in wijkgezondheidscentrum De Kaai. Manama huisartsgeneeskunde 2013.
12. De Becker S. Optimalisatie van baarmoederhalskankerscreening in een multiculturele huisartsenpraktijk. Manama huisartsgeneeskunde 2014.
13. Van Der Meulen M. HPV-vaccinatie: hoe kan de participatiegraad verhoogd worden? Manama huisartsgeneeskunde 2012.
14. Peeters Jo. Cervixkankerscreening: een taak van de huisarts? Manama huisartsgeneeskunde 2013.
15. Talboom I. Praktijkconsensus cervixkankerscreening. Medisch Centrum voor studenten. K.U.Leuven. www.kuleuven.be.
16. Drenthen A.J.M., Assendelft W.J.J., van der Velden J. Preventie in de huisartsenpraktijk: kom in beweging. Huisarts wet 2008; 51 (1): 38-41.
17. Duke P, Codwin M, Ratnam S, et al. Effect of vaginal self-sampling on cervical cancer screening rates: a community-based study in Newfoudland. BMC Womens health. 2015;15:47.

18. Bijlage C: Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Rapportering van de werkgroep ter voorbereiding van de gezondheidsconferentie november 2013. www.bevolkingsonderzoek.be.
19. Arbyn M, Castellsagué X, de Sanjosé S, et al. Worldwide burden of cervical cancer in 2008. Ann Oncol 2011; 22: 2675-2686.
20. Arbyn M, Haelens A, Desomer A, Verdoodt F, Thiry N, Francart J, Hanquet G, Robays J. Welke screening voor baarmoederhalskanker? – Synthese. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) 2015; KCE Reports 238As. D/2015/10.273/14.
21. Cornet K, Cammu H. Screening baarmoederhalscarcinoom in België: huidige stand van zaken. Tijdschrift voor Geneeskunde 2015; 71:in press.
22. Cornet K. Kan de dekkingsgraad voor screening van baarmoederhakskanker verhoogd worden door gebruik te maken van een thuistest voor screening: een pilootstudie in een huisartsenpraktijk? Manama huisartsgeneeskunde 2015.
23. Tafforeau J. Kankerscreening. In: Demarest S, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport5: Preventie. WIV-ISP, Brussel, 2015
24. Jaarrapport 2015 Bevolkingsonderzoek. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: Pak het aan voor het jou aanpakt. www.bevolkingsonderzoek.be.
25. Een HPV-zelftest als laagdremnplig alternatief voor een uitstrijkje? Minerva, volume 14, nummer 10, december 2015.
26. Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJF, Verhoef VM, Suonio E, Dillner J, Minozzi S, Bellisario C, Banzi R et al. Accuracy of human papillomavirus testing on selfcollected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. Lancet Oncol 2014; 15: 172-83.

Bijlagen

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

Implementatie van cervixkankerscreening in het multicultureel wijkgezondheidscentrum De Brug

2. gegevens van de begeleidende en superviserende onderzoeker(s)

Promotor

- naam: Prof. Dr. Johan Vansintejan
- functie: Huisarts, Staco
- Universiteit: Vrije Universiteit Brussel
- faculteit/Vakgroep: Vrije Universiteit Brussel
- telefoonnummer: 02 477 43 11
- fax: 02 477 43 01
- e-mail: Johan.Vansintejan@vub.ac.be
- naam vakgroepvoorzitter: Prof. Dr. Dirk Devroey

Co-Promotor

- naam: Dr. Els Broens
- functie: Huisarts
- Universiteit (enkel in te vullen indien verbonden aan universiteit): /
- faculteit/Vakgroep of Opleidingspraktijk: Wgc de brug
- telefoonnummer: 02 411 18 38
- fax: 02 411 46 44
- e-mail: els.broens@wgcdebrug.be
- naam vakgroepvoorzitter (enkel in te vullen indien verbonden aan universiteit): /

3. gegevens van de onderzoeker; Huisarts-in-opleiding.

- naam: Aïcha FAIK
- Universiteit van inschrijving: VUB
- Faculteit: geneeskunde
- Opleiding: master huisartsgeneeskunde
- telefoonnummer: 0485 271 503
- e-mail: aicha.faik@wgcdebrug.be

4. Gegevens van de opleidingspraktijk van de Huisarts-in-Opleiding.

- naam praktijkopleider: Dr Els Broens
- adres: Onafhankelijkheidstraat 144; 1080 Brussel
- telefoonnummer: 02 411 18 38
- e-mail: els.broens@wgcdebrug.be
- Type-praktijk(solo-duo-groepspraktijk-multidisciplinair centrum-ziekenhuisdienst): multidisciplinair centrum

5. Indien het masterproject aansluit bij een lopend onderzoek

- Projectnummer Ethische Commissie:/
- Naam onderzoeker:/
- Datum goedkeuring: /

6. Periode (begin- en einddatum maand/jaar)

- start onderzoek: Na goedkeuring ethische comite
- einde onderzoek: einde december 2015

7. Soort onderzoek

- prospectief observationeel onderzoek
  - verzamelen van patiëntengegevens, die klinisch standaard gegeven zijn (=geen enkel aanvullend onderzoek, bloed- of andere staalafname)
- retrospectief onderzoek
  - gegevensverzameling van patiënten door u persoonlijk behandeld

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.

Belgische richtlijnen (domus medica) bevelen aan om elke vrouw van 25 tot en met 64 jaar oud, die ooit seksueel actief was en geen volledige hysterectomie onderging, te laten screenen voor cervixkanker. Het aanbevolen screeningsinterval is 36 tot 60 maanden. De rol van de huisarts daarin staat cruciaal. Het hoort tot zijn taak om de vrouwen deze screening aan te bieden, uitstrijkjes uit te voeren en een opvolgingsbeleid te garanderen. Het blijkt dat het niet systematisch gebeurt in wijkgezondheidscentrum (wgc) De Brug.

Als start van het onderzoek betreffende cervixkankerscreening zal een voormeting plaatsvinden om zicht te krijgen op de huidige situatie in wgc De Brug. Doel hiervan is het percentage vrouwen die afgelopen 5 jaar een cervixkankerscreening in wgc De Brug lieten ondergaan te detecteren. Daarvoor zullen we een retrospectieve analyse uitvoeren via Medidoc (software waarmee men in de brug werkt) en de databank van de dienst anatomo-pathologie van het UZ Brussel waarmee ons centrum werkt. Volgende gegevens worden tevens nagekeken: datum van het laatste cervixuitstrijkje, door welke arts, en het resultaat daarvan.

Een prospectief onderzoek zal als doelstelling hebben de richtlijnen wat betreft cervixkankerscreening te implementeren. We gaan de aanbevelingen van Domus Medica aanpassen. Daarvoor gaan we eerst de screeningsstatus van onze patiëntenpopulatie bepalen en registreren in het elektronisch medisch dossier. De verwachting is dat nadien de screeningstatus van elke vrouw in orde wordt gebracht. Een concrete planning is als volgt:

Men gaat een registratiemethodiek op het elektronisch medisch dossier afspreken zodat elke arts de screeningstatus van zijn/haar patiënten correct en op eenduidige manier registreert. Dat is van cruciaal belang om achteraf alle verzamelde gegevens gemakkelijk terug te vinden en te kunnen analyseren;

Na het ontvangen van de gegevens van het UZ Brussel en na analyse van onze software zal men checken of de informatie correct geregistreerd is in Medidoc en zo nodig aanvullen. Vervolgens zullen vrouwen die nog in aanmerking komen voor een nieuwe cervixuitstrijkje via brief uitgenodigd worden (zie bijlage);

De andere vrouwen wiens gegevens ontbreken op Medidoc en in de databank van UZ Brussel gaat men verdelen in twee groepen. Een eerste groep zijn vrouwen die zich spontaan aanbieden voor een gewone consultatie in het centrum. De arts, en met behulp van een remindersysteem in het

elektronisch medisch dossier, gaat de screeningstatus bij de vrouw bepalen en het nodige doen om dit in orde te brengen. Hier rekenen we een periode van 3 à 4 maanden. Een tweede groep van vrouwen zijn die die tijdens deze periode niet verschijnen. Men zal ze via brief uitnodigen om een afspraak te maken bij hun eigen huisarts (zie bijlage).

Er wordt afgesproken dat als bij een vrouw een cervixuitstrijkje moet uitgevoerd worden om een apart afspraak daarvoor te maken om de organisatie van de consultaties niet te belemmeren. Aangezien de praktijk met een forfaitair systeem werkt zal dat geen financiële drempel veroorzaken.

Aan het einde van het onderzoek zal ik een analyse uitvoeren van alle verzamelde gegevens. Vooral volgende informatie zal men bekijken:

- Aantal patiënten wiens screeningsstatus aan het einde van het project bekend is;
- Percentage patiënten die in orde zijn met hun screening aan het einde van het project;
- Aantal vrouwen die gescreend werden tijdens dit project;
- Aantal patiënten die voor het eerste keer zich lieten screenen ikv dit project;

Achteraf gaat men beslissingen nemen over het beleid van het wgc De Brug in de toekomst wat betreft cervixkankerscreening.

9. Is het onderzoek

- epidemiologisch

10. Zijn er ziekenhuisdiensten betrokken?

- ja

Indien ja

- 1 ziekenhuisdienst
  - Naam: Anatomo-pathologie UZ Brussel
  - Adres: Laarbeeklaan 101; 1090 Jette
  - Tel, fax en e-mail van het centraal ethisch comité:
    Tel: 02 477 55 84
    E-mail: commissie.ethiek@uzbrussel.be

11. Wie is de opdrachtgever van de niet industrie gesponsorde studie

Faculteit geneeskunde (vul universiteit aan)……VUB..… (= faculteit promotor)

12. Keuze van de proefpersonen :

- Gezonde proefpersonen ?
  - ja
- Zwangere vrouwen of vrouwen die tijdens het onderzoek zwanger kunnen worden ?
  - nee
- Aantal proefpersonen: Nog niet gekend, afhankelijk van het respons
- Leeftijd : tussen 25 en 64 jaar
- Geslacht : vrouw
- Hoe worden ze gerekruteerd? leeftijd

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

Mondeling : ja

Wordt in dit laatste geval de toestemming gegeven door anderen dan de proefpersonen ?

- neen

Zijn er speciale groepen : eigen studenten, eigen personeel ? …

- neen

b. Gaat het om wilsonbekwame volwassenen? (= sommige psychiatrische patiënten, personen in de onmogelijkheid hun wil te uiten, ...)

- 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 ?

Zo ja, waar ? Wat was het resultaat ? Waarom wordt het in deze studie hernomen ?
Ja, gedeeltelijk. In verschillende huisartsenpraktijken. Er zijn een paar meesterproeven uitgevoerd rond het thema van cervixkankerscreening.
Resultaat: afhankelijk van de onderzoeksvragen
Het is hernomen omdat het context is anders.

18. Wanneer verwacht men voordeel voor de deelnemer?

- Heeft het experiment een diagnostisch of therapeutisch doel dat onmiddellijk voordeel aan de onderzochte zal brengen ?
  - ja

- 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

- 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:

- 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

25 . Financiële overeenkomst

(Indien een definitieve financiële overeenkomst nog niet beschikbaar is, dan kan een budget proposal dat tegengetekend is door een vertegenwoordiger van de financierder + onderzoeker volstaan) Indien het bedrag van de definitieve financiële overeenkomst hoger is dan het ingediende “budget proposal”, moet deze definitieve financiële overeenkomst alsnog ter goedkeuring voorgelegd worden aan het Ethisch Comité)

- 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.

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. VANSINTEJAN
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 13-05-2015

Ons Kenmerk: **2015/141**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Implementatie van cervixkankerscreening in het multicultureel wijkgezondheidscentrum De Brug
B.U.N. 143201524405

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief de aangepaste informatie- en toestemmingsformulieren, ontvangen op 8 mei 2015, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van **13 mei 2015**

dat deze 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

Informatie voor de patiënt

Geachte Mevrouw,

Ik ben Dr. Aïcha FAIK en voor mijn opleiding tot huisarts doe ik een onderzoek over cervixkankerscreening bij vrouwen tussen 25 en 64 jaar. Vervolgens schrijf ik een thesis met als titel: "Implementatie van cervixkankerscreening in het multicultureel wijkgezondheidscentrum De Brug". Mijn promotor is Prof. Dr. J. Vansintejan en Dr. Els Broens van De Brug is co-promotor.

Doel van het onderzoek:

Het is aanbevolen om elke vrouw van 25 tot en met 64 jaar oud te screenen voor cervixkanker om de 3 tot 5 jaar. Screening voor cervixkanker kan door de huisarts, is vrij eenvoudig en biedt de mogelijkheid om een kanker in een vroeg stadium te detecteren en dan efficiënter te kunnen behandelen. Wij willen met dit onderzoek proberen te weten wie van onze patiënten in orde is hiermee, en zo neen het in orde te brengen.

Wat houdt dit onderzoek in en wat wordt van u verwacht?

Eerst kijken we of we al informatie over uw screeningsstatus in onze databank hebben. Daarvoor zullen we gebruik maken van uw elektronisch medisch dossier en de gegevens van het laboratorium van het UZ Brussel. Als blijkt dat uw screeningstatus onbekend of niet in orde is, zal uw eigen huisarts u daarover aanspreken. In een tweede tijd zullen de vrouwen die zich tijdens de onderzoeksperiode niet spontaan aanboden via brief gecontacteerd worden om een afspraak te maken bij hun eigen huisarts. Uw huisarts geeft u meer informatie over dit onderzoek maar ook over de screening in het algemeen en geeft u de mogelijkheid een cervixuitstrijkje te laten uitvoeren. Er is geen enkele verplichting om dit onderzoek te ondergaan en u kunt ook op elk moment beslissen om uw medewerking aan dit onderzoek stop te zetten. Elke informatie die we verzamelen hieromtrent zal in uw elektronisch dossier geregistreerd worden.

Het onderzoek duurt een paar maanden en aan het einde van het onderzoek zullen de verzamelde gegevens geanalyseerd worden. De verwerking van de resultaten zal vertrouwelijk en anoniem gebeuren.

Voor verdere vragen of opmerkingen kunt u me gerust contacteren via: aicha.faik@wgcdebrug.be

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Dr. Aïcha Faik

Toestemming tot deelname aan het onderzoek
Informed consent

"Implementatie van cervixkankerscreening in het multicultureel wijkgezondheidscentrum De Brug"

Onderzoek uitgevoerd door:
Dr Aïcha Faik

Promotor:
Prof. Dr. Johan Vansintejan

Co-Promotor:
Dr. Els Broens

Ik, ondergetekende,……, verklaar mijn medewerking te willen verlenen aan dit onderzoek en bevestig dat:

- Dr ……..(naam informerende arts) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de inhoud en het doel van dit onderzoek;
- Ik heb deze informatie schriftelijk ontvangen en begrepen;
- Dat er geen enkele verplichting bestaat om aan dit onderzoek deel te nemen en dat een weigering zal de zorg mij bestemd geenszins beïnvloeden;
- Dat mijn gegevens tijdens deze studie worden verzameld en zullen anoniem verwerkt worden;
- Dat er voor dit onderzoek een verzekering afgesloten is.

Ik heb alle nodige informatie omtent dit onderzoek gelezen en begrepen en ik instem met deelname aan deze studie.

Datum……..

Handtekening……..

Information pour le patient

Chère Madame,

Je suis Dr Aïcha Faik et dans le cadre de ma formation en médecine générale j'effectue une étude concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes entre 25 et 64 ans. A la fin je vais écrire une thèse intitulée: "L'implémentation du dépistage du cancer du col de l'utérus à la maison médicale et multiculturelle la Passerelle". Mon promoteur est le Prof. Dr. J. Vansintejan et Dr Els Broens de la Passerelle est co-promoteur.

Objectif de l'étude:

Un dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé chez toutes les femmes âgées de 25 à 64 ans à un intervalle de 3 à 5 ans. Ce dépistage peut être effectué par le médecin généraliste, est assez simple et offre la possibilité de détecter un cancer à un stade précoce ce qui peut être traitée de manière plus efficace. Nous voulons, à travers cette recherche, essayer de savoir qui de notre patientèle est en ordre pour ce dépistage et le cas contraire les aider pour le faire.

Quel est le contenu de cette recherche et qu'est ce qu'on attend de vous?

Dans un premier temps, nous vérifierons si on dispose d'informations concernant votre état de dépistage dans notre base de données. Pour cela nous utiliserons votre dossier médical électronique ainsi que les données du labolatoire de l'hôpital UZ. S'il s'avère que votre statut nous est inconnu ou bien n'est pas en ordre, votre médecin traîtant vous en parlera lors d'une éventuelle consultation. Dans un deuxième temps, les femmes, qui pendant la période d'étude ne se présenteront pas en consultation, receveront une lettre d'invitation dans laquelle elles seront invitées à prendre rendez-vous chez leur médecin traîtant. Votre médecin vous donnera plus d'informations concernant cette étude, mais aussi sur le dépistage en général et vous proposera, le cas échéant, de faire un frottis cervical. Il n'y a aucune obligation de laisser faire cet examen et vous pouvez décider à tout moment d'arrêter votre participation à cette recherche. Toute information que nous recueillerons sera enregistrée dans votre dossier électronique.

L'étude durera quelques mois et à la fin de cette recherche une analyse des données recueillies sera effectuée. Le traitement des résultats se fera de manière confidentielle et anonyme.

Pour toute autre question ou remarque veuillez me contacter via: aicha.faik@wgcdebrug.be

Merci d'avance pour votre collaboration,

Dr. Aïcha Faik

Consentement à participer à la recherche

consentement éclairé

«Implémentation du dépistage du cancer du col de l'utérus à la maison médicale et multiculturelle la Passerelle"

Recherche menée par:
Dr Aïcha Faik

Promoteur:
Prof. Dr. Johan Vansintejan

Co-Promoteur:
Dr. Els Broens

Je, sousigné,……, déclare vouloir participer à cette recherche et confirme que:

- Dr. ……(nom du médecin informateur) m'a bien informé sur le contenu et le but de cette recherche;
- J'ai reçu cette information par écrit et que je l'ai comprise;
- Que ma participation à cette étude n'est pas obligatoire et que le refus d'y participer n'aura la moindre influence sur les soins m'étant destinés;
- Que mes données seront recueillies au cours de cette étude et seront traitées de façon anonyme;
- Qu'une assurance a bien été souscrite pour cette recherche.

J'ai reçu et compris toute information nécessaire concernant cette étude et j'accepte y participer.

Date ……

Signature ....

De Brug La Passerelle
wijkgezondheidscentrum maison médicale

Onafhankelijkheidstraat 144
1080 Sint-Jans-Molenbeek
Tel. 02/411.18.38

Postdatum

Geachte Mevrouw,

Zoals u misschien weet is cervixkanker een vaak voorkomende vorm van kanker bij de vrouw. Eén vrouw op vijfentachtig zal vóór haar 75 jaar cervixkanker krijgen. Er bestaat een onderzoek dat toelaat deze ziekte in een vroeg stadium te detecteren.

In uw medisch dossier ontbreekt momenteel de informatie of/wanneer U dit onderzoek het laatst liet uitvoeren. Mogelijk liet U dit bij uw gynaecoloog doen. Daarom dring ik er op aan om een afspraak te maken bij mij of bij een andere arts van De Brug.

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

Hoogachtend,

Uw huisarts

Chère Madame,

Comme probablement vous le savez déjà, le cancer du col de l'utérus est une maladie fréquente chez la femme. Une femme sur quatre-vingt-cinq développera un cancer du col de l'utérus avant l'âge de 75 ans. Il existe un examen qui permet de détecter cette maladie à un stade précoce.

D'après votre dossier médical, nous ne disposons pas d'informations concernant votre dernier examen. Peut-être vous l'avez déjà fait chez votre gynécologue. Pour cela je vous invite à prendre rendez-vous chez moi ou chez un autre médecin de La Passerelle.

Eventuellement vous pouvez me contacter pour toute information supplémentaire.

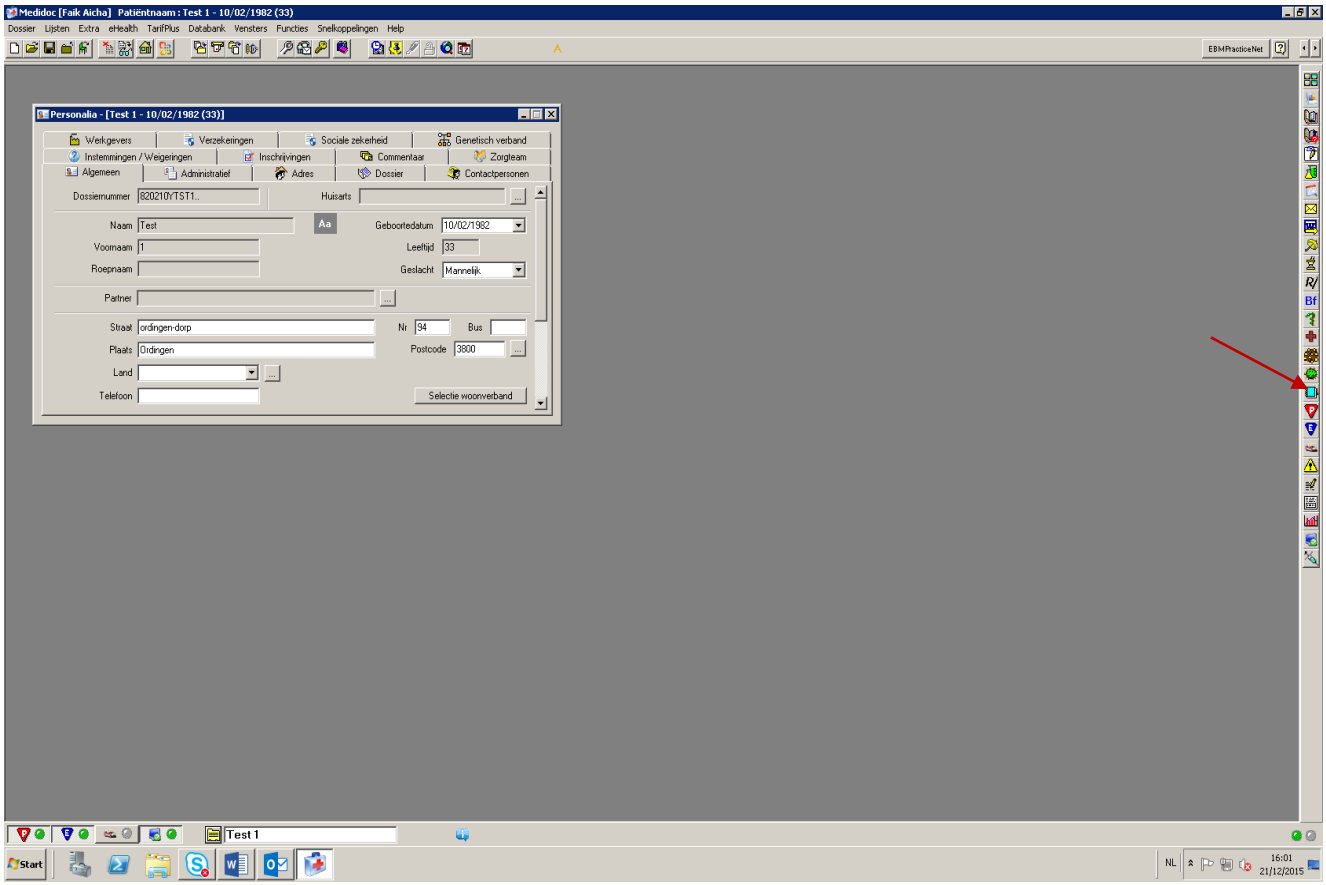
Cordialement,

Votre médecin traitant

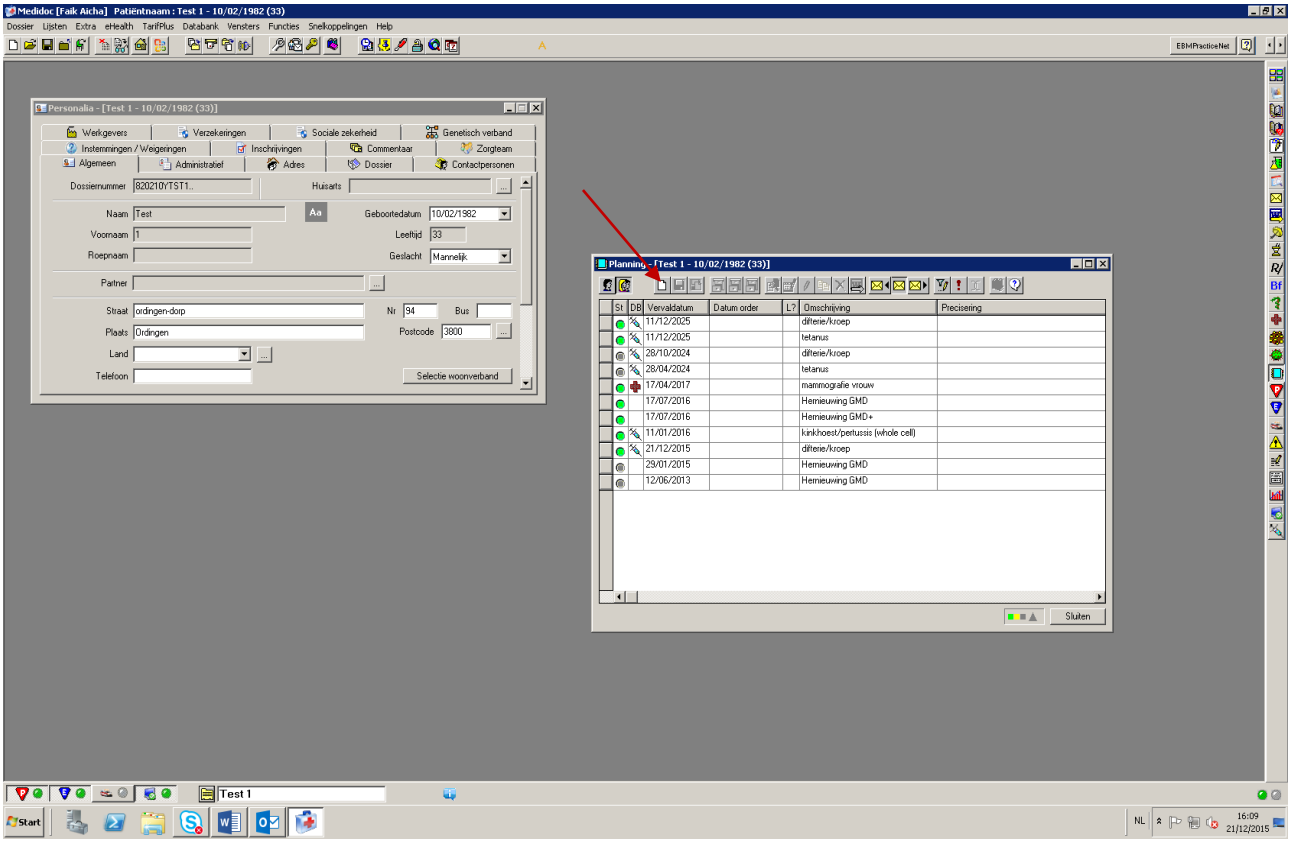
Registratie cervixkankerscreening in Medidoc

Als men een uitstrijkje uitvoert/wilt uitvoeren dan registreert hij/zij dit bij de planning in het EMD van de patiënte als volgt:

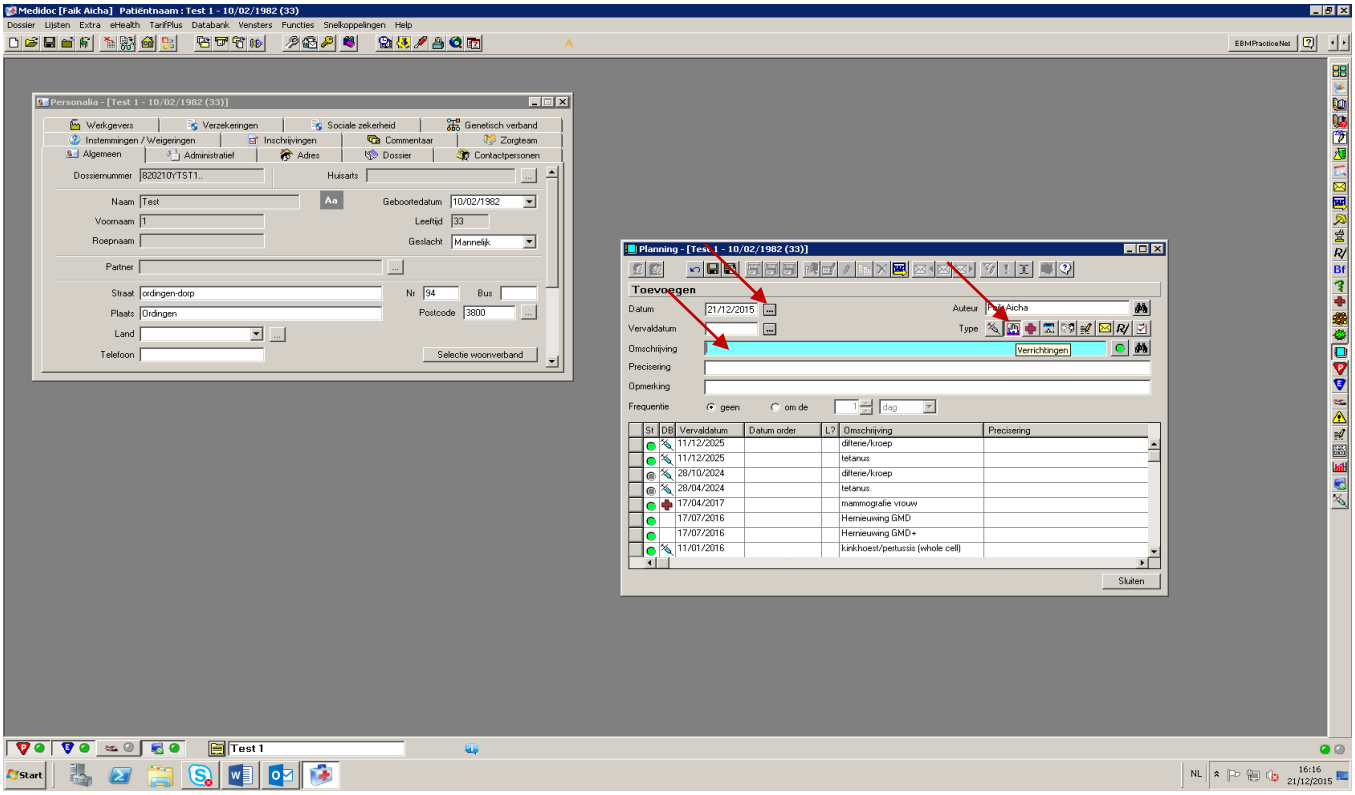
- Doe de planning scherm open en maak een **nieuwe planning** aan (beeld 1 en 2);
- Duid dit aan als **verrichting** (icoontje ovv handje: beeld 3);
- Selecteer de **datum** van de registratie. Als vervaldatum kiest u dezelfde datum in geval dat de screening op hetzelfde moment van de registratie plaats vindt anders kiest u een andere datum. (beeld 3);
- Bij **omschrijving** selecteert u via de verrekijker het trefwoord **"UITSTRIJK CERVIX"** (beeld 4)
- Duid "voorlopig" de **frequentie** aan om de 3 jaar en sla op. (beeld 4)
  NB: de frequentie kunt u nog aanpassen bij ontvangst van het resultaat.
- U krijgt uw planning met **groene bolletje** staan (groene bolletje = gepland). Eventueel als je het uitstrijkje op moment van registratie uitvoert, moet u de status van **groen** (gepland) naar **geel** (in uitvoering) veranderen.
- Bij ontvangst van het resultaat archiveert u de verrichting door de status van **geel** (in uitvoering) naar **grijs** (uitgevoerd) te veranderen. Bij deze stap en als u de frequentie al aangeduid hebt (zie boven) krijgt u automatisch de vraag of u een nieuwe uitstrijkje wilt plannen binnen de aangeduide periode (gewoonlijk 3 jaar). Moet uw patiënte vroeger terugkomen voor een nieuwe uitstrijkje dan past u de volgende datum aan en u klikt op "ok". U krijgt dan een nieuwe rijtje in de planning met de datum van het volgende uitstrijkje. (beeld 6 en 7)
- Het resultaat van het uitgevoerde uitstrijkje kunt u bij **precisering** noteren. (beeld 8 en 9)
- Alle andere informatie betreffende cervixkankerscreening kunt u ook bij precisering noteren. vb: als de vrouw liefst bij de gynaecoloog uitstrijkjes blijft laten doen, als de patiënte de screening weigert ...enz



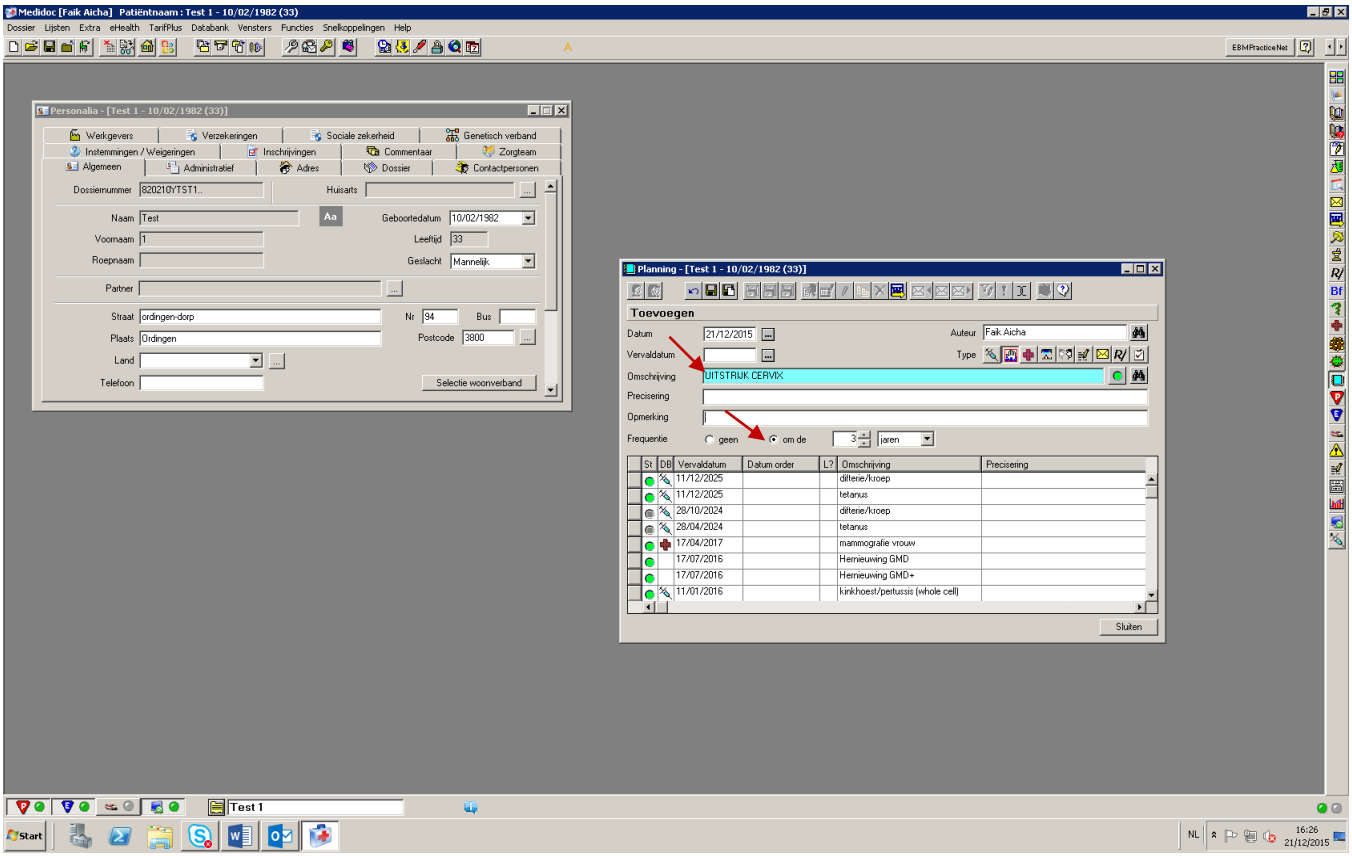
Beeld1



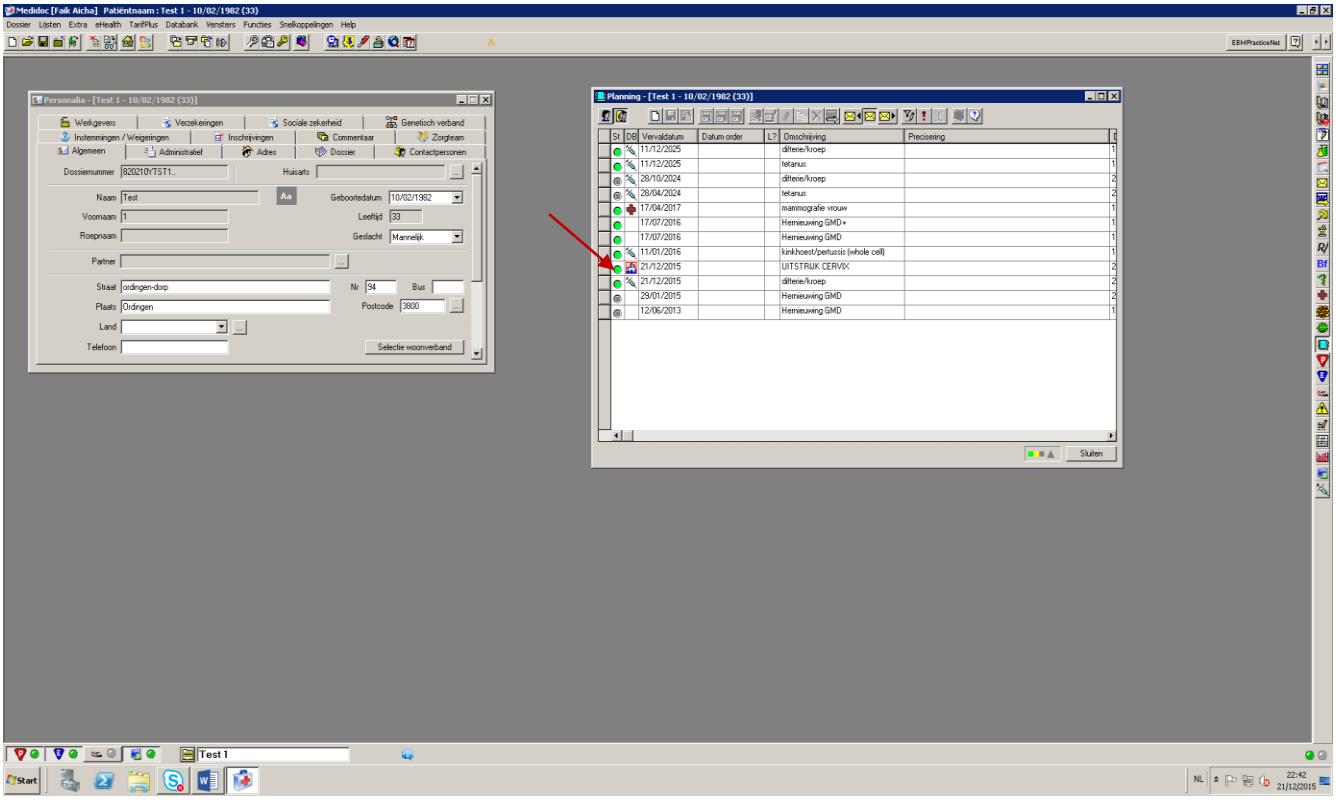
Beeld 2



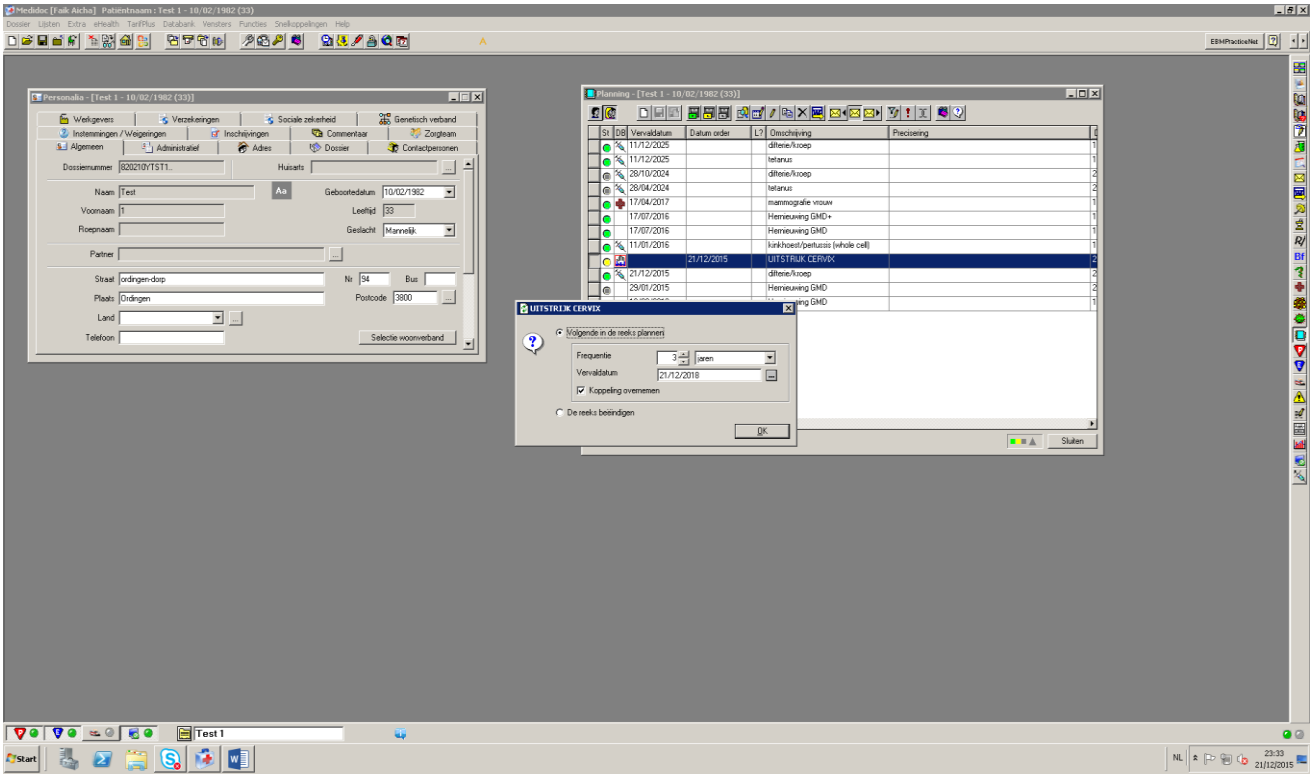
Beeld 3



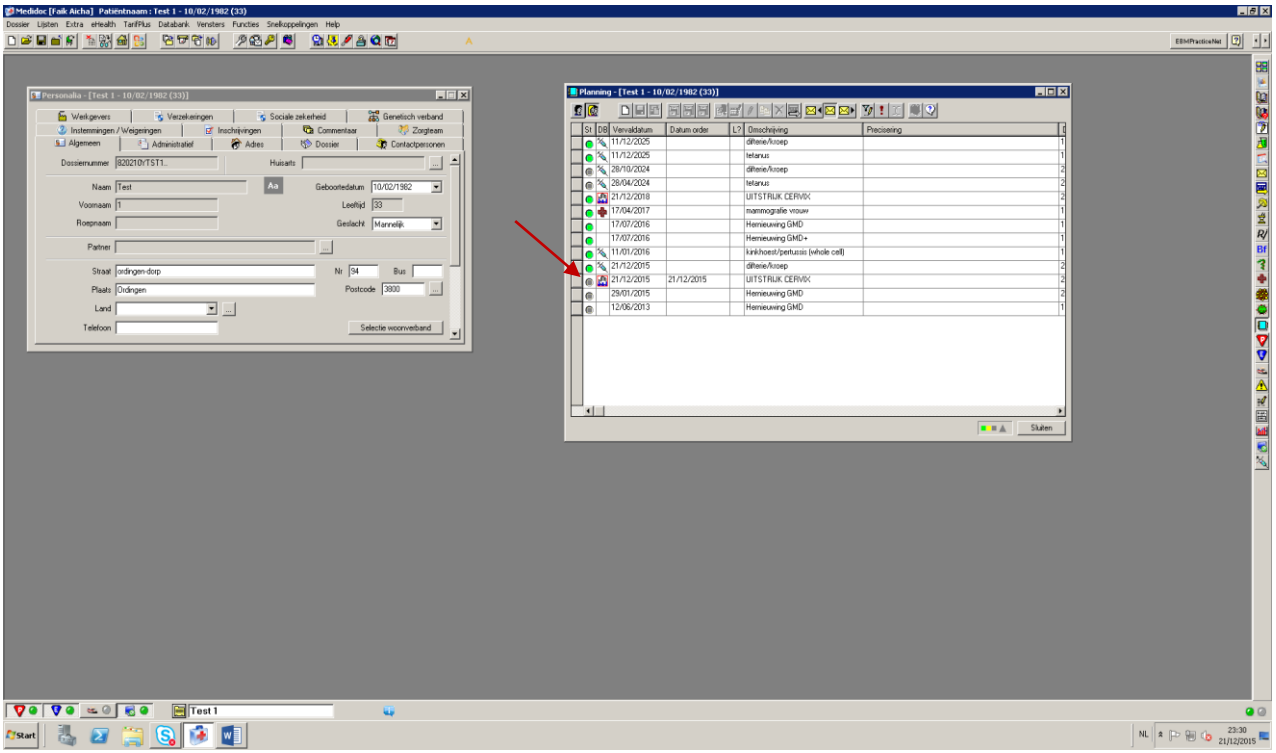
Beeld 4



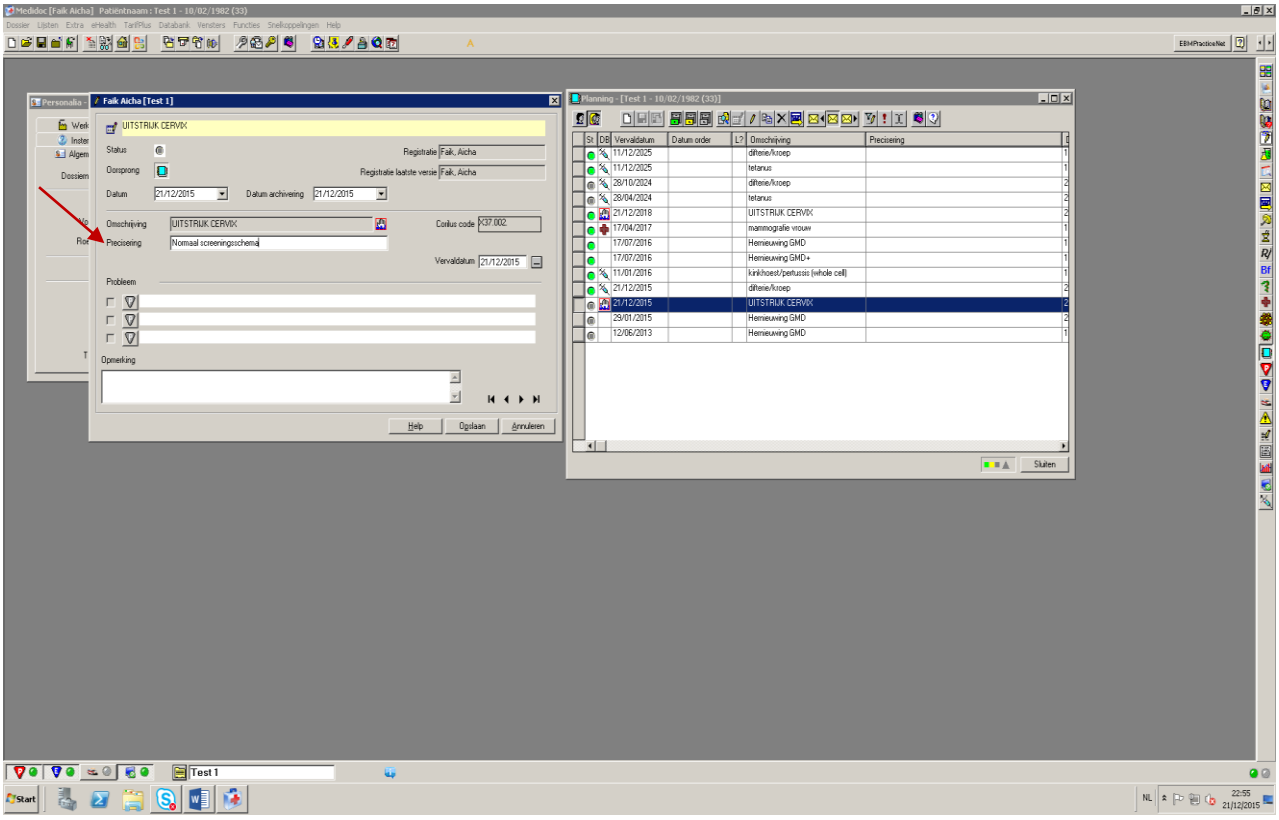
Beeld 5



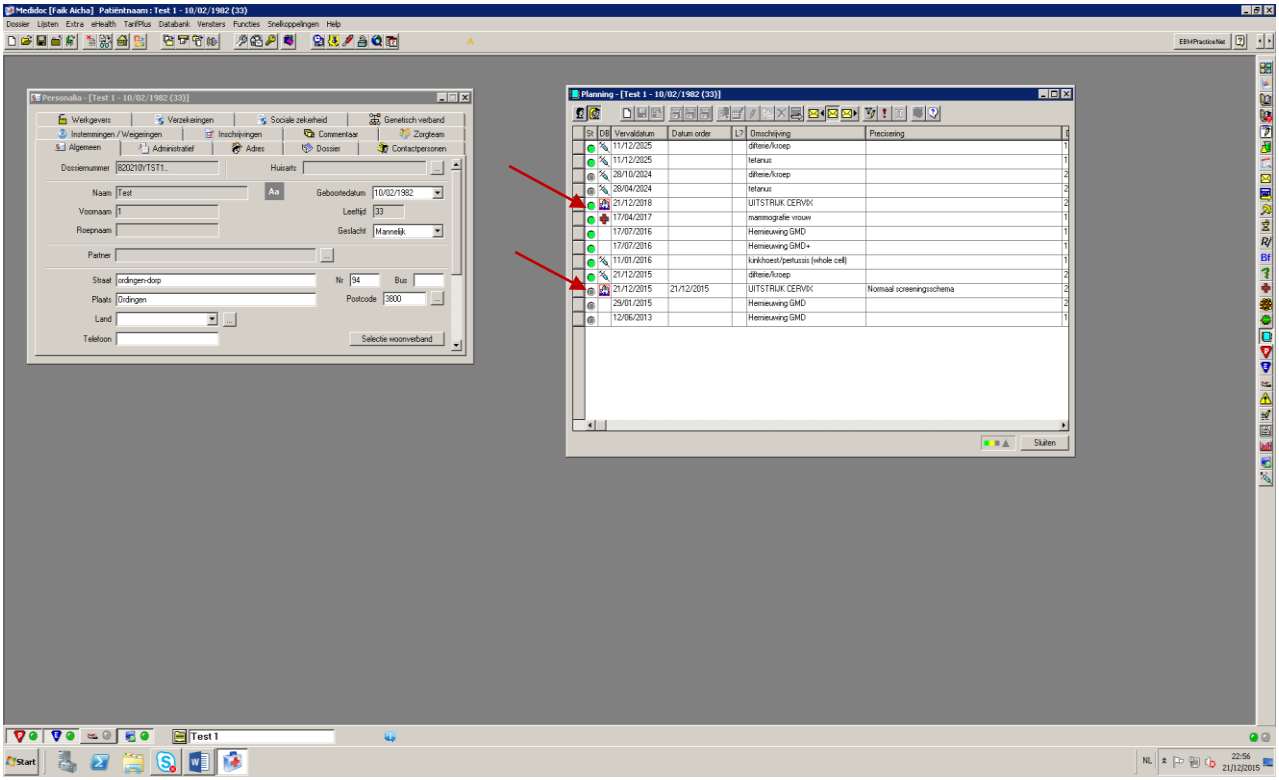
Beeld 6



Beeld 7



Beeld 8


Medidoc [Faik Aicha] Patiëntnaam : Test 1 - 10/02/1982 (33)
Personalia - [Test 1 - 10/02/1982 (33)]
Planning - [Test 1 - 10/02/1982 (33)]
Test 1

Beeld 9