



Verhogen van de participatie aan cervixkankerscreening: haalbare interventies in de huisartsenpraktijk

Karolien Janssens

Huisarts in opleiding, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. dr. Veronique Verhoeven

Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Dr. Josefien Béghin

Dr. Liesbeth Verpooten

Huisartsengroep Park Noord

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015-2016

Voorwoord

Preventie is in mijn ogen één van de belangrijkste taken van de huisarts. Het stond dus al snel vast dat ik een onderwerp in dat domein zou kiezen voor mijn masterproef. Ik wil in mijn toekomstige praktijk streven naar een eerstelijnszorg van hoge kwaliteit en daar hoort voor mij een goed uitgewerkt preventiebeleid bij. Het uitvoeren van dit praktijkverbeterend project was dus een zeer leerzame oefening en ik ben ervan overtuigd dat ik er later nog de vruchten van zal plukken.

Er zijn een aantal mensen die ik graag wil bedanken voor hun hulp bij het realiseren van deze masterproef.

Liesbeth Verpooten en Josefien Béghin, mijn praktijkopleiders in mijn eerste jaar als HAIO, boden mij de kans om op organisatorisch niveau mee te denken in hun praktijk. Zij waren zeer nauw betrokken bij het ontwerp en de uitwerking en speelden hierin een ondersteunende én proactieve rol.

Mijn promotor, Veronique Verhoeven, heeft mij geholpen om mijn studie haalbaar en klinisch relevant te houden. Ze stond steeds wonderbaarlijk snel klaar met adviezen en antwoorden, zelfs wanneer de deadline naderde.

Caroline Opdebeeck, de secretaresse in de praktijk, was een onmisbare hulp voor de praktische uitvoering van de interventies.

Lothar Hauth, Myrjam Cramm, Thomas Himschoot, Lien Appelen en Phaedra de Deken hebben met hun kritische blik zowel aan de inhoud als de leesbaarheid van dit werk bijgedragen.

Inhoud

Voorwoord	2
Abstract	5
Context	5
Onderzoeksvraag	5
Methode	5
Resultaten	5
Conclusies	5
Inleiding	6
Context	6
Preventieve maatregelen	6
Welke groepen zijn moeilijker te bereiken?	7
Evidentie van interventies om screening te bevorderen	7
Vorig onderzoek door huisartsen in opleiding	8
Opzet	10
Methode	11
Zoekstrategie literatuur	11
Setting	11
Analyse van huidige screeningsmethode	11
Huidige screeningsgraad	12
Beschrijving populatie	12
Doelpopulatie	14
Interventies en tijdlijn	14
Verwerking van de gegevens	15
Goedkeuring Ethisch Comité	15
Resultaten	16
Populatieanalyse	16
Interventie 1: uitnodigingsbrief + katebelletje in dossier	18
Interventie 2: telefonisch contacteren	18
Totaal effect beide interventies	18
Arbeidsintensiviteit interventies	19
Discussie	20
Populatieanalyse	20
Effectiviteit van de interventies	20
Haalbaarheid en kosteneffectiviteit	21
Suggesties voor verbetering	22
Actieplan	22

Limitaties	23
Conclusie	25
Bronnen	26
Bijlage 1: uitnodigingsbrief.....	28
Bijlage 2: studieprotocol.....	30
Bijlage 3: goedkeuring Ethisch Comité	32

Abstract

Context

Cervixkanker blijft een belangrijk gezondheidsprobleem. Te weinig vrouwen laten uitstrijkjes uitvoeren om een optimaal effect van de screening op populatieniveau te bekomen. In 2014 werd mede dankzij het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker een dekkingsgraad van 61% bereikt. Om dit op te trekken naar de aanbevolen 80%, is nog een grote inspanning nodig. De huisarts kan hierin een sleutelrol spelen. Deze prospectieve interventiestudie werd uitgevoerd in een huisartsenpraktijk met drie artsen in een multiculturele wijk te Antwerpen.

Onderzoeksvraag

Welke *evidence based* interventies om de screeningsgraad voor cervixkanker te verhogen zijn effectief en haalbaar in deze huisartsenpraktijk?

Methode

Er werd een literatuurstudie uitgevoerd om een relevante doelpopulatie en een *evidence based* interventie te selecteren. Er werden twee interventies verricht bij 392 vrouwen tussen 25 en 34 jaar oud die in aanmerking kwamen voor een uitstrijkje. De eerste bestond uit het plaatsen van een kattebelletje in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) en het gelijktijdig versturen van een uitnodigingsbrief. De tweede interventie bestond uit het telefonisch contacteren van de *non-responders*. Voor de tweede interventie werd geregistreerd hoe veel tijd hieraan gespendeerd werd. Van beide interventies werd het effect op de screeningsgraad geregistreerd en de statistische significantie werd getoetst met de Chi Kwadraattest.

Resultaten

De eerste interventie leidde tot een statistisch significante absolute stijging van de screeningsgraad van 54% naar 71% en bleek haalbaar om toe te passen in deze setting. Ook de tweede interventie gaf een statistisch significante absolute toename van het screeningspercentage van 71% naar 87%. Deze was echter zeer arbeidsintensief: er waren 37 minuten beltijd nodig opdat één extra vrouw zich liet screenen. Ook ging er veel tijd verloren door het gebrek aan doorgestuurde resultaten van gynaecologen.

Conclusies

Een kwalitatief screeningsmodel in een huisartsenpraktijk implementeren is niet vanzelfsprekend. Het is cruciaal om gecodeerd te noteren in het EMD en zo gerichte interventies te kunnen doen. Ook goede ondersteuning door (paramedisch) personeel is onontbeerlijk voor een gunstige kosteneffectiviteitsverhouding. Er moet dringend verbetering komen in de communicatie tussen huisartsen en gynaecologen om overbodige werkbelasting voor de huisarts te vermijden. Waarschijnlijk blijft het vooral de jongste leeftijdscategorie die in de toekomst nog door middel van uitstrijkjes gescreend wordt. Nieuw onderzoek naar verhoging van de participatie dient zich dus vooral op hen toe te spitsen.

ICPC-code: X75 Maligniteit cervix uteri

E-mail: jans.karo@gmail.com

Inleiding

Context

Cervixkanker maakt in België 3% uit van de nieuwe kankers bij vrouwen. Het staat daarmee op de achtste plaats van de meest voorkomende kankers bij vrouwen. (1) In tegenstelling tot de meeste andere kankers treft cervixkanker echter vooral een jonge leeftijdsgroep: de meerderheid van de gevallen komt voor tussen de leeftijd van 35-50 jaar. (2) Zo heeft het een behoorlijke impact op onze maatschappij.

In 2012 overleden er in België nog 179 vrouwen door cervixkanker, (3) waarvan het grootste deel niet (recent) werd gescreend. (1) Nochtans is cervixkanker van alle maligne tumoren diegene die het meest effectief kan worden gecontroleerd door screening. (2) Het uitvoeren van cytologische uitstrijkjes om de drie tot vijf jaar kan de mortaliteit met 80% reduceren, op voorwaarde dat de kwaliteit van het screeningsproces optimaal is in elke stap. Een heel belangrijk onderdeel daarvan is dat er voldoende vrouwen uit de doelgroep deelnemen aan de screening. Helaas halen we in onze contreien de aanbevolen screeningsgraad van 80% nog lang niet. (1) Volgens gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) bedroeg die in 2013 slechts 51% in het Vlaams Gewest. (4) Om een hoge screeningsgraad te verwezenlijken is men het er in de literatuur over eens dat screening best gebeurt in de vorm van georganiseerd bevolkingsonderzoek. (1, 2, 5, 6)

Cervixkanker wordt in alle gevallen veroorzaakt door het seksueel overdraagbare Humaan Papillomavirus (HPV). In 70% gaat het om de types 16 en 18. (7) Tussen het moment van infectie en het ontstaan van een invasief cervixcarcinoom verloopt minstens 10 jaar. In deze periode zijn er verschillende voorstadia detecteerbaar. Deze worden benoemd met de term CIN of *Cervical Intra-epithelial Neoplasia*, dewelke onderverdeeld wordt in drie vormen: CIN I voor lichte, CIN II voor matige en CIN III voor ernstige dysplasie. (1)

Preventieve maatregelen

Screening door middel van cervixuitstrijkjes is een vaste waarde in cervixkankerpreventie. Alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar die ooit seksueel actief waren komen in aanmerking, met als enige contra-indicatie een totale hysterectomie in de voorgeschiedenis. Het aanbevolen screeningsinterval bij een normaal resultaat bedraagt één jaar na het eerste uitstrijkje en drie jaar na de daaropvolgende uitstrijkjes. In sommige situaties kan het resultaat van het uitstrijkje onbetrouwbaar zijn en wordt het uitgesteld: zwangerschap, de eerste drie maanden postpartum, borstvoeding, uterusbloeding, vaginale infectie, ernstige genitale atrofie en cervixchirurgie of uitstrijkje minder dan drie maanden geleden. (2)

In juni 2013 startte het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Alle vrouwen bij wie dit geïndiceerd was (geen contra-indicatie en niet gescreend gedurende de laatste drie jaar), werden via een brief uitgenodigd voor een uitstrijkje. In 2014 werden in dit kader 365.843 brieven verstuurd. De responsgraad – het percentage dat binnen 12 maanden na ontvangst van de brief een uitstrijkje liet nemen – bedroeg 6% in 2013 en 11% in 2014. Eind 2014 werd er in Vlaanderen een totale dekking van 61% bereikt. Dit is het totale percentage vrouwen dat in aanmerking komt voor een uitstrijkje en er twee jaar voor tot één jaar na het versturen van de uitnodigingsbrief effectief één liet nemen. In 2013 werd 20% van alle uitstrijkjes in Vlaanderen door de huisarts uitgevoerd, in 2014 was dit 16%. (8)

Wat betreft de preventie van cervixkanker kenden we de laatste jaren veel nieuwe ontwikkelingen. Ten eerste is er de inburgering van de vaccinatie tegen HPV. Sinds het schooljaar 2010-2011 biedt de Vlaamse overheid het vaccin tegen HPV type 16 en 18, Cervarix®, gratis aan alle meisjes in het eerste jaar secundair onderwijs in Vlaanderen aan. Ongeveer 82% doorloopt de volledige vaccinatie

bestaande uit twee intramusculaire injecties met een interval van 6 maanden. (9) Dit kan in de toekomst een belangrijke impact hebben op de incidentie van cervixkanker. Ook wat betreft het voorkomen van andere types HPV dan type 16 en 18, verwacht men veranderingen: er zou sprake kunnen zijn van kruisbescherming met een daling van meer types HPV maar deze zouden ook reactief kunnen toenemen. Het is nog wachten tot wetenschappelijk onderzoek ons meer over leert over deze cijfers en de gevolgen ervan voor het screeningsbeleid. In tussentijd is de richtlijn duidelijk over het belang van het verderzetten van screening. (2)

Een tweede ontwikkeling is het introduceren van een HPV-zelfafnametest als alternatief voor een uitstrijkje als primaire screeningsvorm. Deze nieuwe methode is sensitiever voor het ontdekken van CIN II of CIN III dan cytologie. Er is echter een lagere specificiteit, vooral bij jonge vrouwen waar er vaak nog een spontaan herstel van HPV-infectie of voorstadia van cervixkanker optreedt. Het risico op CIN III of ernstiger is significant lager na een negatieve HPV-test dan na een negatief uitstrijkje, wat kan leiden tot het veilig verlengen van het screeningsinterval tot 5 jaar of langer. (5, 6, 10) Bovendien kan het aanbieden van een HPV-zelfafnametest de compliantie verbeteren bij vrouwen die onvoldoende of nooit eerder gescreend zijn. (11, 12) De conclusie uit de huidige literatuur is eenduidig: de HPV-zelfafnametest kan als primaire screening worden geïmplementeerd bij vrouwen vanaf 30 of 35 jaar. Bij een positieve HPV-test wordt een uitstrijkje aanbevolen als triage-stap alvorens over te gaan tot colposcopie. (5, 6, 10) Op dit moment loopt er als deel van het Vlaams bevolkingsonderzoek ook een proefproject met een HPV-zelfafnametest voor *non-responders*, waarvan in het najaar van 2016 de resultaten verwacht worden. (8)

Welke groepen zijn moeilijker te bereiken?

Totdat deze nieuwe screeningstest wordt geïmplementeerd blijft het relevant om te streven naar een hogere screeningsgraad in het bestaande programma. Belangrijk hierbij kan zijn om rekening te houden met risicofactoren waardoor vrouwen zich niet laten screenen. Domus Medica benoemt hier: lage socio-economische status, lage opleidingsgraad, geboren zijn in het buitenland, oudere leeftijd, alleenstaand zijn, de taal van het land niet machtig zijn, leermoeilijkheden of een specifiek ziektebeeld zoals schizofrenie. (1) De richtlijn van het Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG) over hetzelfde onderwerp vermeldt niet-Nederlandse afkomst, leeftijd onder de 40 jaar, stedelijke gebieden en een lage socio-economische status. (13) Opvallend is dat de Nederlandse richtlijn de jongere leeftijdsgroep benoemt als *at risk* terwijl de Belgische het over de oudere groep heeft.

Uit analyse van de IMA-Atlas blijkt dat vrouwen met het statuut van verhoogde tegemoetkoming (een mogelijke parameter van lage socio-economische status) inderdaad slechter scoren. In 2013 was de screeningsgraad in het Vlaams Gewest in die groep 37%, vergeleken met 52% in de groep zonder verhoogde tegemoetkoming. De screeningsgraad daalt ook gradueel naarmate de leeftijd van de vrouwen stijgt, met 59% in de groep 25- tot 29-jarigen en 33% in de groep 60- tot 64-jarigen. We observeren ook dat de screeningsgraad in de gemeente Antwerpen met 47% lager ligt dan de 51% over het hele Vlaamse gewest. (4) Dit komt overeen met wat de NHG-standaard stelt over stedelijke gebieden. (13)

Evidentie van interventies om screening te bevorderen

Domus Medica stelt dat de huisarts een unieke bijdrage kan leveren om niet-gescreende vrouwen te beschermen. In de meeste Vlaamse huisartsenpraktijken wordt er al enkele decennia vooral aan opportunistische screening gedaan. (1) Van andere interventies werd echter een grotere effectiviteit aangetoond, zoals ik hier verder zal bespreken.

Het versturen van uitnodigingen naar kandidaten voor screening blijkt effectief te zijn. (1, 14-18) Het is onduidelijk of er een verschil in effectiviteit is naargelang de afkomst: huisarts of lokale overheidsdienst. (16) Elders wordt gesteld dat interventies door de huisarts enkel het effect van een bevolkingsonderzoek kunnen evenaren bij een zeer hoog niveau van organisatie van de praktijk. Bovendien is de verhouding tussen kosten en effectiviteit bij een veralgemeend

screeningsprogramma consistent gunstig in verschillende studies, terwijl deze bij studies over interventies op huisartsniveau een veel grotere variatie kent. (17)

Een herhalingsbrief en telefonisch contact bij *non-responders* kunnen leiden tot een hogere screeningsgraad. (1, 14, 15, 17, 18)

Louter educatieve interventies via kleinschalige media (video's, folders,...) of één-op-één contact levert ook een hogere respons op dan opportunistische screening. (14, 15, 18)

Ook voor een interventie die zich op de gezondheidsmedewerker (bv. de huisarts) i.p.v. op de patiënt richt, is er voldoende bewijs van effectiviteit. Het gaat hier om evaluatie van de huidige prestaties en feedback hierover naar die medewerker toe. (14, 15, 18)

Het wegnemen van praktische barrières voor patiënten, bv. door afspraken na de werkuren en alternatieve screeningslocaties mogelijk te maken, wordt soms wel (14, 15) en soms niet (18) aangeraden.

Het betrekken van paramedisch personeel zoals praktijkassistenten of verpleegkundigen bij de screening werd nog maar beperkt onderzocht. In een *systematic review* meldt men desalniettemin een significante toename van screening wanneer zij niet enkel een adviserende maar ook een uitvoerende rol kregen. (19)

Voor de volgende interventies bestaat onvoldoende bewijs van effectiviteit: beloningen voor deelnemers of medewerkers, campagnes via massamedia, educatie in groep, goedkoper/gratis maken van de test en promotionele evenementen. (14-16, 18, 20)

Vorig onderzoek door huisartsen in opleiding

De voorbije jaren werden reeds meerdere masterproeven door Vlaamse huisartsen in opleiding (HAIO's) geschreven over dit onderwerp. Er gebeurden twee kwalitatieve studies, die ik hier kort zal bespreken. Ook werden er vijf interventiestudies uitgevoerd, waarvan het opzet en de resultaten worden weergegeven in tabel 1 op de volgende pagina.

In de eerste kwalitatieve studie uit 2013 bespreekt Nina Verheyen de resultaten van een enquête die aan 90 vrouwen in een praktijk werd voorgelegd. Een hoger opleidingsniveau en een oudere leeftijd hadden een gunstige invloed op de screeningsstatus. Vrouwen met een hoger opleidingsniveau kozen vaker voor de gynaecoloog en het vaakst werd het zich op het gemak voelen bij de onderzoeker als reden hiervoor genoemd. Er was een gebrekkige kennis over cervixkanker en het uitstrijkje en slechts 40% voelde zich voldoende geïnformeerd door de huisarts. (21)

De tweede kwalitatieve studie werd in 2013 geschreven door Jo Peeters en uitgevoerd in een praktijk met drie artsen. Er werden 126 vragenlijsten ingevuld door vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar. 87% van hen liet het uitstrijkje uitvoeren bij de gynaecoloog. De voornaamste reden voor deze keuze was de misvatting dat een jaarlijks onderzoek bij de gynaecoloog nodig is. In 85% van de groep die voor de gynaecoloog kiest, wordt overscreening gerapporteerd. In de groep die zich bij de huisarts laat screenen is dit "slechts" 63%. In die laatste groep ligt de screeningsfrequentie dan weer vaker te laag (38% tegenover 5% bij de gynaecoloog). Een belangrijke beperking van deze studie is de selectiebias bij het invullen van de enquêtes: een meerderheid van de vrouwen had een hoger diploma. (22)

In deze zeven heterogene studies komen er een aantal opvallende observaties naar voren:

- Een zeer groot deel van de uitstrijkjes wordt door gynaecologen uitgevoerd en blijkbaar is de huisarts vaak niet op de hoogte van de resultaten.
- Door een groot aantal patiënten wordt overscreening gerapporteerd, wat overeen komt met de gegevens van het Vlaams bevolkingsonderzoek. Hieruit blijkt dat van alle uitstrijkjes die in 2014 werden uitgevoerd, het in 30% om overscreening ging – in 2013 was dat zelfs 40%. (8)
- Wanneer in het dossiersysteem niet correct genoteerd wordt, leidt dit tot een grotere werkbelasting bij het uitvoeren van een interventie.
- De meest spectaculaire toename van screeningsgraad werd gerapporteerd bij de kleinste doelgroep met een intensief interventieprogramma.

Auteur, jaar	Type praktijk	Populatie	Interventie	Resultaten
Vercruyssen, K. 2008 (23)	Solopraktijk zonder administratieve ondersteuning	25-64 jaar (n=567) 53% gescreeend	Brief naar 174 vrouwen (31% van niet-gescreeende populatie)	35% respons: hiervan bleek 80% reeds gescreeend door gynaecoloog en liet 8% uitrijke uitvoeren
Mazereel, S. 2012 (24)	Onbekend	30-60 jaar (n=583) 36% gescreeend	Brief, folder en vragenlijst naar 473 vrouwen (100% van niet-gescreeende populatie)	26% respons: 110 vragenlijsten ingevuld (hiervan 5 niet gescreeend) en 12 lieten uitrijke uitvoeren. Toename van screeningsgraad naar 39%.
Vandermeulen, E. 2013 (25)	Wijkgezondheidscentrum	WIGW 45-64 jaar (n=38) 0% gescreeend	1. Planning EMD bij respons bevraging GMD+ 2. Planning EMD bij volledige doelgroep 3. Brief in eigen taal + zo nodig telefonisch contact	Toename screeningsgraad: 1. naar 16% 2. naar 59% 3. naar 81%
Schuurmans, E. 2014 (26)	Groepspraktijk met 5 artsen en 3 verpleegkundigen	25-64 jaar (n=1320) 56% gescreeend	Brief naar 654 vrouwen (100% van niet-gescreeende populatie)	Toename screeningsgraad naar 73% (P-waarde < 0,01)
De Becker, S. 2014 (27)	Onbekend	25-64 jaar (n=769) 14% gescreeend	Opportunistisch aanbieden enquête aan niet-gescreeende populatie: ingevuld door 154 vrouwen. Allen kregen folder, 1/3 ook mondelinge informatie.	- Groep met enkel folder: 33% liet zich screenen. - Groep met ook mondelinge informatie: 38% liet zich screenen. Enquête: lage kennis, vooral misvatting dat er steeds symptomen zijn bij HPV-besmetting en cervixkanker. Redenen voor niet-participatie: lage kennis, afwezigheid symptomen, tijdsgebrek.

Tabel 1: Vorige interventiestudies in kader van de masterproef huisartsgeneeskunde.

WIGW: Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen; EMD: Elektronisch Medisch Dossier; GMD+: preventief luik van het Globaal Medisch Dossier

Opzet

Deze masterproef is een praktijkverbeterend project, opgevat als prospectieve interventiestudie. Het doel is om na te gaan of de interventies, die door Domus Medica worden aanbevolen en effectief blijken uit het literatuuronderzoek, in mijn praktijk zullen leiden tot een verhoging van de screeningsgraad bij een welgeselecteerde populatie. De primaire *outcome* is het absolute verschil in screeningspercentage voor en na de interventies. Ten tweede wil ik bekijken of deze interventies ook haalbaar zijn om op lange termijn te blijven toepassen.

Methode

Zoekstrategie literatuur

Voor mijn literatuurstudie heb ik in de eerste plaats gezocht naar richtlijnen over cervixkankerscreening zoals de Vlaamse richtlijn van Domus Medica en de Nederlandse van NHG. Aangezien de richtlijn van Domus Medica van 2011 dateert, ben ik in de tweede plaats op zoek gegaan naar meta-analyses en *systematic reviews* gepubliceerd in 2011 of later over strategieën om de screeningsgraad te verbeteren.

In de Cochrane Library heb ik volgende zoekterm gebruikt:

- (cervix or cervical) AND cancer AND screening
⇒ 14 resultaten

Op Pubmed heb ik hiervoor volgende zoektermen gebruikt, (alle termen in *Title* of *Abstract*):

- (((pap AND smear) OR cervix OR cervical OR (pap AND test) OR (vagina* AND smear) OR papanicolaou) AND screening) AND participation
⇒ 10 resultaten
- (((pap AND smear) OR cervix OR cervical OR (pap AND test) OR (vagina* AND smear) OR papanicolaou) AND screening) AND (improve OR increase)
⇒ 51 resultaten

Deze resultaten werden individueel nagekeken en geselecteerd op relevantie voor deze masterproef. Alle studies die over cervixkankerscreening gingen, werden weerhouden. De bevindingen uit mijn literatuurstudie staan beschreven in de inleiding.

Setting

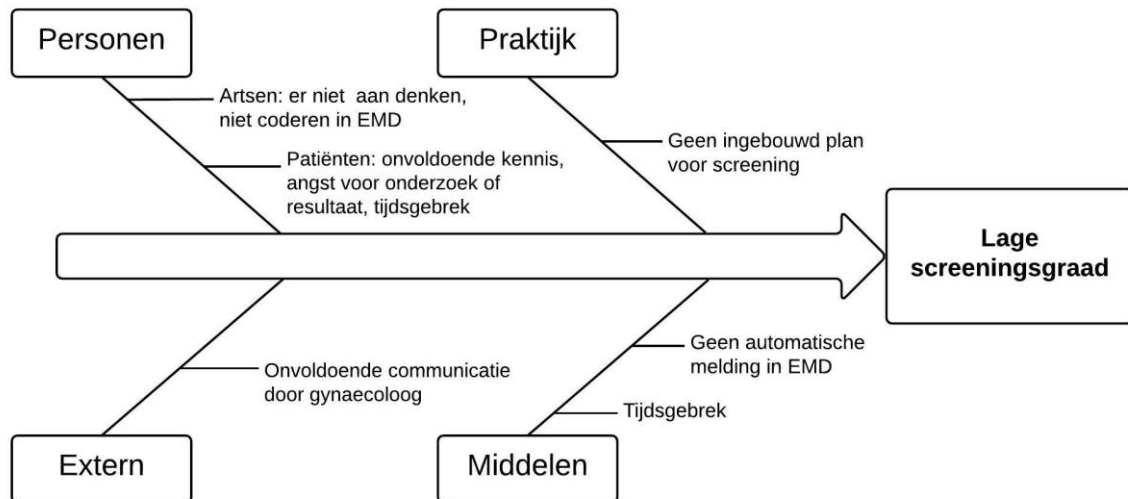
Dit praktijkverbeterend project werd uitgevoerd in “Huisartsengroep Park Noord” te 2060 Antwerpen. De praktijk is gelegen in de Seefhoek, een multiculturele wijk in het noordelijke deel van Antwerpen. Er werken twee vaste artsen en één HAO. Er is een secretaresse voltijds aanwezig. Afspraken kunnen telefonisch of via de website gemaakt worden. Er wordt gebruik gemaakt van het elektronisch dossiersysteem HealthOne. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis is het ZNA Stuivenberg, op 900 m afstand. Op 19 april 2016 waren er 2254 GMD's in de praktijk.

Analyse van huidige screeningsmethode

Vóór de opstart van dit project gebeurde de screening opportunistisch. Wanneer een vrouw uit de doelgroep van 25 tot 64 jaar op consultatie kwam, probeerde men eraan te denken om na te gaan of er op dat moment een uitstrijkje geïndiceerd was. Om dit te bepalen werd de richtlijn van Domus Medica door alle artsen gevolgd, zoals deze hogerop beschreven is in de paragraaf “Inleiding – Preventieve maatregelen”. (1) Omdat dit niet op een gestructureerde manier gebeurde, maakten de artsen de inschatting dat er wel een aantal kandidates voor screening gemist zouden kunnen worden. Vooral bij de vraag voor een pilvoorschrift, bij een gynaecologische klacht of na een bevalling werd eraan gedacht om de screeningsstatus te controleren. Hierdoor werd vermoed dat vooral de oudere en de seksueel inactieve subgroep te weinig gescreend werd.

Als de screening besproken of uitgevoerd werd, maakte de arts een kattebelletje aan in het EMD. In HealthOne verschijnt bij het openen van elk dossier een lijst met alle openstaande kattebelletjes, zodat je hier steeds aan herinnerd wordt als je de patiënt ziet. Eenmaal een patiënte één keer bij ons gescreend was, maakte zij dus meer kans om in de opvolging te blijven.

Aan de hand van een visgraatanalyse bracht ik in kaart welke elementen bijdragen aan de suboptimale screeningsgraad. Hiervoor verwijst ik naar figuur 1.



Figuur 1: Visgraatanalyse over oorzaken van lage screeningsgraad

Huidige screeningsgraad

Om te bepalen welke interventie het meest nuttig is en welke populatie ik zou selecteren, was het nodig om eerst de huidige screeningsgraad te bepalen en te bekijken of er subpopulaties met een lagere screeningsgraad gedefinieerd konden worden. Hoewel deze gegevens eigenlijk als resultaten kunnen beschouwd worden, zal ik ze hier al weergeven omdat ze deel uitmaken van de methode waarmee de uiteindelijke doelpopulatie geselecteerd werd.

Op 1 december 2014 waren er 550 vrouwelijke patiënten met een GMD tussen de leeftijd van 25 en 64 jaar in de praktijk. In deze groep werd de screeningsgraad als volgt bepaald. Via de module voor populatieanalyse van HealthOne stelde ik een query op die bij alle vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar de termen “pap” en “uitstrijk” opzocht in “medische voorgeschiedenis”, “gynaecologische voorgeschiedenis”, “hoofddiagnose” en “uitgevoerd onderzoek” van 2011 tot en met 2014. Omdat dit niet gecodeerd in het EMD stond, hebben ik en de andere artsen van de praktijk vervolgens de dossiers van de vrouwen, die volgens de query gescreend waren, nog één voor één nagekeken.

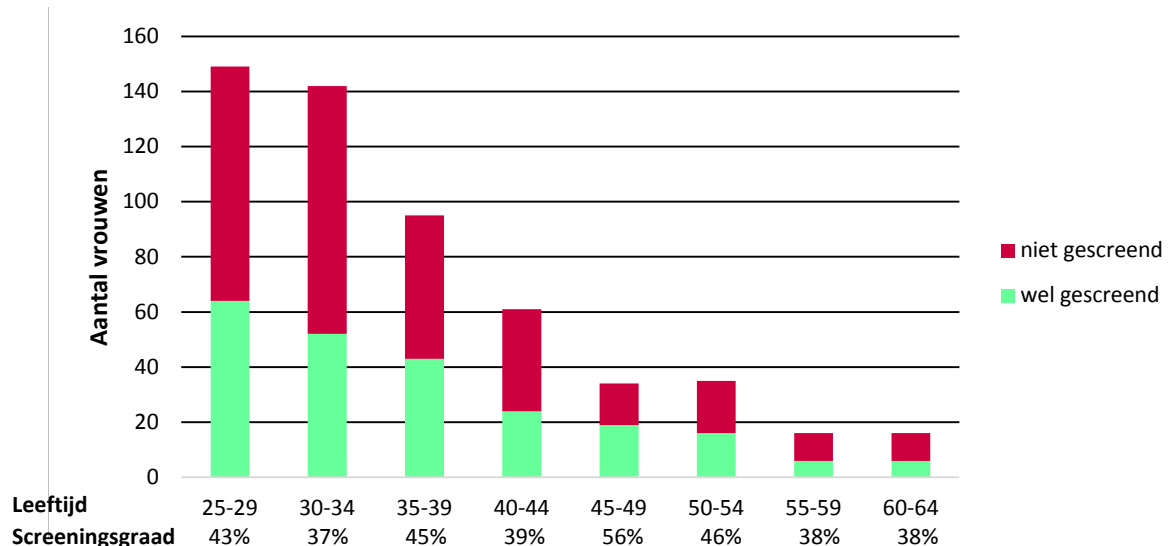
Op deze manier registreerden we dat 231 vrouwen (42%) correct gescreend waren op dat moment. Er bestonden hierin twee categorieën. Enerzijds waren er de vrouwen bij wie een uitstrijkje geïndiceerd was en bij wie er effectief één was uitgevoerd gedurende de laatste drie jaar bij de huisarts of gynaecoloog. Anderzijds waren er zij die een contra-indicatie voor het uitstrijkje hadden (bv. een hysterectomie of nooit eerder seksueel actief geweest zijn). Het verzamelen van deze gegevens gebeurde in december 2014 en januari 2015. Bij het nakijken van deze gegevens hebben we de screeningsstatus op een uniforme en gecodeerde manier in het EMD ingevoerd.

Beschrijving populatie

Om op zinvolle wijze een populatie voor deze studie te selecteren, werd er gekeken of het mogelijk was een subgroep te vinden met een lagere screeningsgraad. Er werd gezocht naar een correlatie van de screeningsgraad met leeftijd en sociaal statuut. Dit laatste werd als parameter van socio-economische status gebruikt. Deze gegevens werden uit het EMD geëxtraheerd en de statistische significantie van een mogelijke correlatie werd berekend door middel van de Chi Kwadraattest.

Allereerst werd er gezocht naar een verband tussen leeftijd en screeningsgraad. In grafiek 1 wordt een overzicht weergegeven van het aantal vrouwen per leeftijdsgroep en het desbetreffende screeningspercentage. Wat onmiddellijk opvalt, is dat het hier een overwegend jonge populatie

betreft. De totale doelgroep van cervixkankerscreening bestaat voor meer dan de helft uit vrouwen tussen 25 en 34 jaar (293 van de 550). De leeftijdsgroep van 45-49 jaar heeft het hoogste screeningspercentage met 56% en het laagste percentage (37%) vinden we terug in de groep van 30-34 jaar. Er is geen duidelijke tendens aangaande de hoogte van de screeningsgraad te observeren in de jongere versus de oudere leeftijdsgroepen, zoals zichtbaar is in grafiek 2.



Grafiek 1: Participatie volgens leeftijd met grootte van de leeftijdsgroepen



Grafiek 2: Participatie volgens leeftijd: tendens

Vervolgens werden de vrouwen onderverdeeld volgens hun sociaal statuut, zoals weergegeven in tabel 1. Van de 550 vrouwen met een GMD waren er 333 met een normaal statuut en 212 met een ander statuut (205 vrouwen met verhoogde tegemoetkoming, 6 vrouwen met een medische waarborg via het OCMW en 1 vrouw die illegaal in België verblijft). Van 5 vrouwen stond het statuut niet geregistreerd in het dossier. Zowel in de groep met een normaal statuut als in die met een ander statuut bedroeg de screeningsgraad 42%. Zoals verwacht is er hier geen statistisch significant verschil tussen de groepen, bevestigd door een P-waarde van 0,99 die berekend werd met de Chi Kwadraattest.

	Gescreend		Niet gescreend	Totaal
Normaal statuut	140	42%	193	333
Ander statuut	89	42%	123	212
Niet gekend	2	40%	3	5
Totaal	231	42%	319	550

Tabel 1: Sociaal statuut en screeningsstatus in subdoelgroep

Doelpopulatie

Er kon geen subdoelgroep met een lagere screeningsgraad gedefinieerd worden. De doelpopulatie die voor dit praktijkverbeterend project geselecteerd werd, bestond uit de groep 25- tot 34-jarigen. Deze keuze werd gebaseerd op onderstaande bevindingen uit mijn literatuurstudie, in overleg met de artsen van de praktijk.

Ten eerste is de mogelijke gezondheidswinst door het screenen voor cervixkanker het grootste in deze jongste groep: het potentiële aantal gewonnen levensjaren ligt hoger. Ook blijkt uit een *systematic review* over het jongste deel van de doelgroep voor screening, dat het reeds hebben gehad van een uitstrijkje een voorbeschikkende factor is om zich in de toekomst opnieuw te laten screenen. (28) Wij schatten bovendien in dat, zo gauw er een vrouw gescreend is in onze praktijk, er door het plaatsen van een katebelletje in haar EMD een grotere kans is dat zij opnieuw zal worden uitgenodigd na afloop van het screeningsinterval.

Ten tweede is dit de groep bij wie mogelijk ook in de toekomst nog het uitstrijkje als primaire screeningsvorm zal worden aanbevolen, aangezien uit de literatuur blijkt dat de HPV-zelfafnametest pas specifiek genoeg is vanaf de leeftijd van 30 of 35 jaar. (5, 6, 10)

Ten derde heeft deze praktijk een zeer jonge patiëntenpopulatie en is het in deze setting dus relevant om ons te focussen op de karakteristieken van deze grote groep.

Het doel is om de screeningsgraad naar 80% of hoger te brengen, zoals aanbevolen door Domus Medica. (1) Hoe dit is verlopen, wordt verderop besproken.

De exclusiecriteria voor deze studie waren gebaseerd op de contra-indicaties en redenen voor uitstel voor het uitvoeren van een uitstrijkje zoals aangegeven in de richtlijn van Domus Medica: (1)

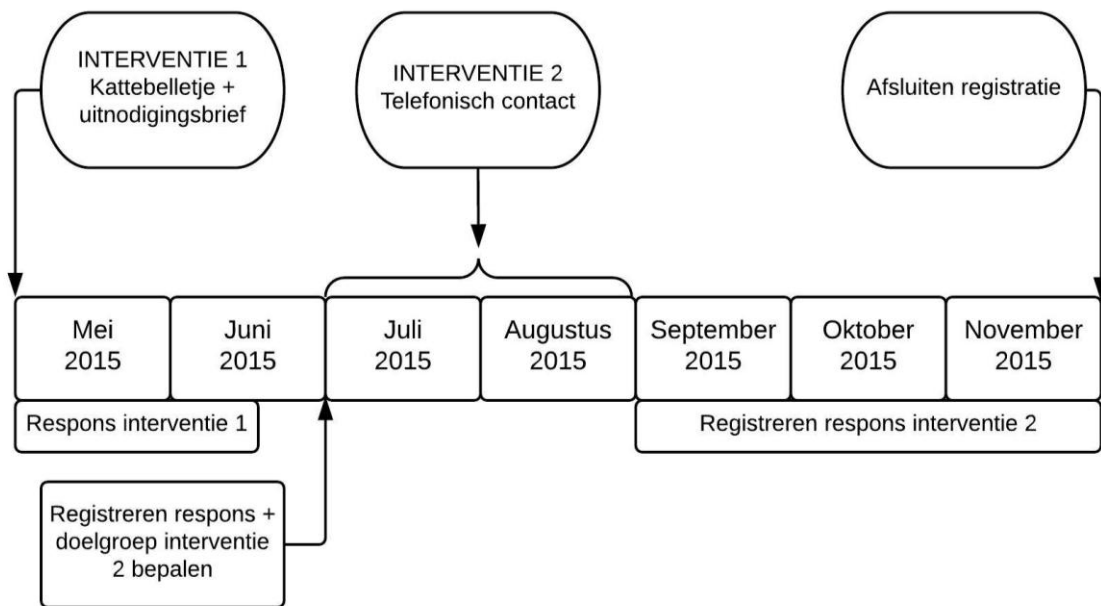
- Totale hysterectomie
- Nog niet seksueel actief
- Zwangerschap
- Drie maanden postpartum
- Borstvoeding
- Geen actieve patiënt meer in onze praktijk (verhuisd, veranderd van huisarts,...)

In deze doelpopulatie werd eerst de screeningsgraad bepaald door alle 293 individueel na te kijken. Analooq met de methode van het Vlaams bevolkingsonderzoek, werden in de volgende gevallen vrouwen als "gescreend" geregistreerd: (8)

- Uitstrijkje uitgevoerd in de afgelopen drie jaar
- Permanente contra-indicatie (totale hysterectomie)
- Tijdelijke contra-indicatie: zwangerschap, nog niet seksueel actief

Interventies en tijdlijn

In overleg met de artsen van de praktijk en gebaseerd op de literatuur, koos ik voor een interventie in twee tijden. De tijdlijn wordt weergegeven in figuur 2.



Figuur 2: Tijdlijn met het verloop van deze studie

Interventie 1 – begin mei 2015: kattebelletje in alle dossiers uit de doelpopulatie en gelijktijdig versturen van een Nederlandstalige uitnodigingsbrief (zie bijlage 1). Patiënten kregen 1,5 maand de tijd om te antwoorden via e-mail of telefoon, d.w.z. tot 19 juni 2015. Als patiënten een afspraak wensten te maken, werd deze ingepland in juli en augustus 2015.

Interventie 2 – juli en augustus 2015: telefonisch contacteren van de patiënten die niet hadden gereageerd op de uitnodigingsbrief of niet dankzij het kattebelletje aangesproken waren. Er werd telefonisch uitleg gegeven over het nut en het verloop van het uitstrijkje, nagegaan of er een indicatie bestond voor het uitstrijkje en indien gewenst een afspraak gemaakt.

Wanneer een patiënte verklaarde correct gescreend te zijn of het niet zeker wist, werd er steeds contact opgenomen met de gynaecoloog om de datum en het resultaat van het uitstrijkje op te vragen. Wanneer iemand minstens drie keer niet telefonisch te bereiken was, werd die geregistreerd als “onbereikbaar”.

September tot november 2015: afsluiten van het onderzoek, verzamelen van de data uit de dossiers en analyse van de resultaten.

Verwerking van de gegevens

Alle gegevens werden anoniem en gecodeerd verwerkt. Het berekenen van de P-waarden gebeurde met de Chi Square calculator van Social Science Statistics. (29) Grafieken en tabellen werden gegenereerd gebruikmakend van Microsoft Excel en Microsoft Word 2010.

Goedkeuring Ethisch Comité

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen gaf een gunstig advies voor uitvoeren van de studie op 7 maart 2016. Het Belgisch registratienummer is B300201627670.

Resultaten

Populatieanalyse

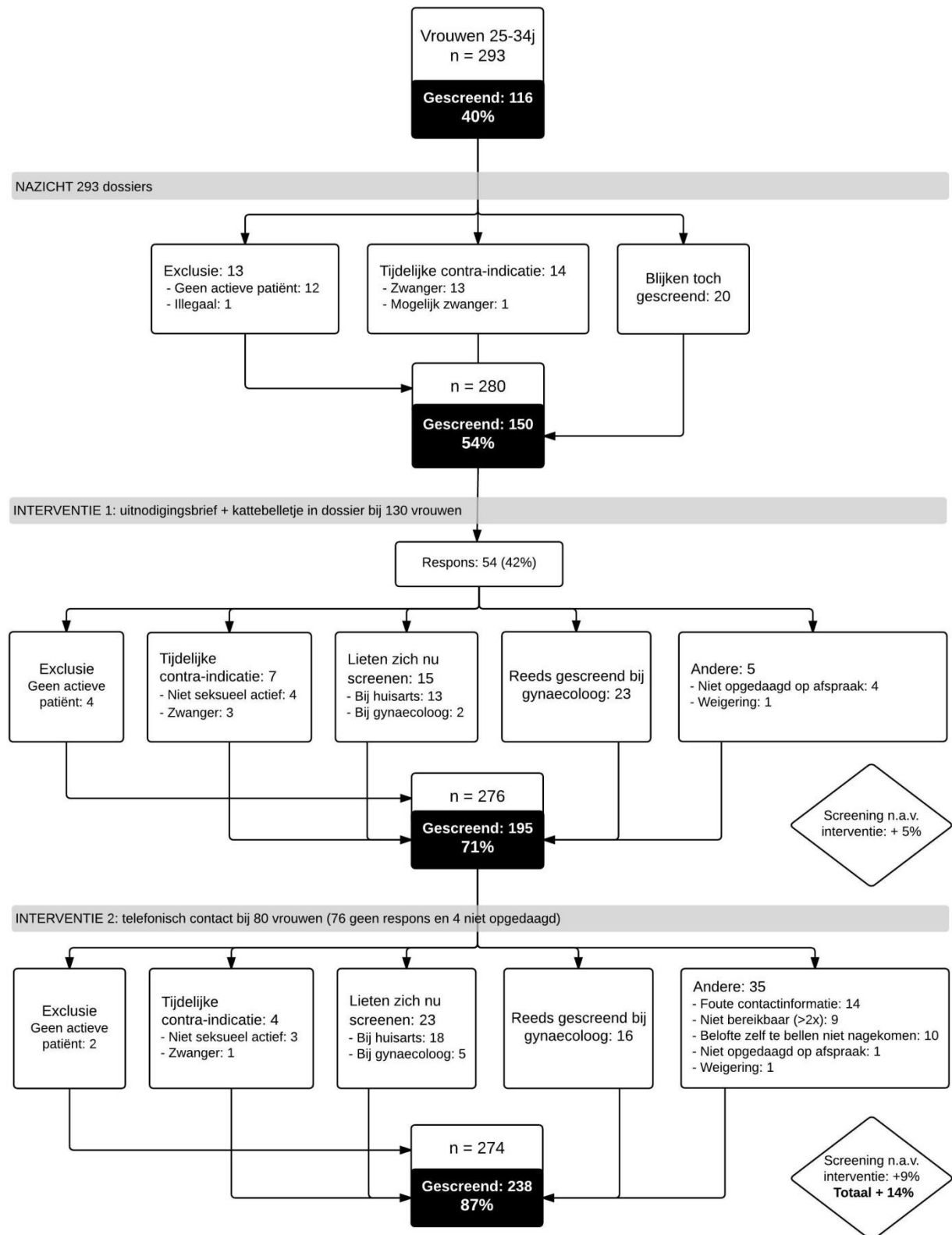
De doelpopulatie voor deze studie, de 25- tot 34-jarigen, bevat 293 vrouwen, waarvan er 116 gescreend zijn volgens mijn query (screeningsgraad 40%). Wanneer we deze groep onderverdelen op basis van hun sociaal statuut, observeren we op dat vlak wel een verschil in screeningsgraad, in tegenstelling tot bij de volledige doelgroep. In tabel 2 wordt weergegeven dat er 202 vrouwen zijn met een normaal statuut met in die groep een screeningsgraad van 44%. Die ligt heel wat hoger dan de 31% die we zien bij 88 vrouwen met een ander statuut (85 met verhoogde tegemoetkoming, 2 met medische waarborg van het OCMW en één zonder papieren). Van 3 vrouwen was het sociaal statuut onbekend. Het sociaal statuut blijkt statistisch significant gecorreleerd te zijn met de screeningsstatus, met een P-waarde van 0,03 berekend met de Chi Kwadraattest.

	Gescreend		Niet gescreend	Totaal
Normaal statuut	89	44%	113	202
Ander statuut	27	31%	61	88
Niet gekend	0	0%	3	3
Totaal	116	40%	177	293

Tabel 2: Sociaal statuut en screeningsstatus in de leeftijdscategorie 25 t.e.m. 34 jaar

De dossiers van de 293 vrouwen, die de doelpopulatie van deze studie vormen, heb ik individueel nagekeken om de werkelijke screeningsgraad te bekomen. Dit proces wordt weergegeven in het eerste deel van het stroomdiagram in figuur 3. Bij 20 van de 177 patiënten die als “niet gescreend” uit de query kwamen, vond ik in het dossier dat zij toch gescreend waren maar dit niet correct in het EMD genoteerd was. Het ging hierbij zowel om screening in onze praktijk als bij de gynaecoloog. Bij 14 vrouwen was er een tijdelijke contra-indicatie voor een uitstrijkje, waardoor zij geregistreerd werden als “gescreend”. Bij 13 vrouwen ging het om zwangerschap en één vrouw probeerde op dat moment om zwanger te worden (haar categoriseerden we als “mogelijk zwanger”). Er werden 13 vrouwen geëxcludeerd: 12 van hen waren geen actieve patiënt meer in de praktijk en één vrouw verbleef illegaal in België en had grote financiële problemen. Haar hebben we naar een Centrum voor Algemeen Welzijn (CAW) verwezen om zich gratis te kunnen laten screenen.

Dit nazicht bracht het aantal vrouwen in de doelpopulatie naar 280, waarvan er 150 gescreend waren. Dit gaf een gecorrigeerde screeningsgraad van 54% en betekende dat ik bij 130 vrouwen een interventie zou toepassen.



Figuur 3: Respons op de interventies. Bespreking zie vorige en volgende bladzijden.

Interventie 1: uitnodigingsbrief + kattebelletje in dossier

In totaal kregen 130 vrouwen een uitnodigingsbrief (zie bijlage 1) en een kattebelletje in hun dossier. Er werd in de periode van 1 mei 2015 tot 19 juni 2015 bij 54 van hen een respons genoteerd (responsgraad op de eerste interventie: 42%).

Er werden 4 vrouwen geëxcludeerd omdat ze geen actieve patiënt meer waren in onze praktijk. Bij 7 vrouwen was er een tijdelijke contra-indicatie (4 waren nog niet seksueel actief en 3 waren zwanger). Er bleken 23 vrouwen reeds gescreend te zijn bij de gynaecoloog. Naar aanleiding van deze interventie lieten 15 vrouwen zich screenen: 13 in onze praktijk en 2 bij de gynaecoloog. Vier vrouwen maakten een afspraak voor een uitstrijkje maar kwam niet opdagen en één vrouw weigerde de screening.

Deze interventie bracht het aantal geschikte patiënten van 280 naar 276, waarvan er 195 gescreend waren. Dit verhoogde de screeningsgraad van 54% naar 70%: volgens de Chi Kwadraattest een statistisch significant verschil met P-waarde < 0,01.

Interventie 2: telefonisch contacteren

Tussen 7 juli en 28 augustus 2015 heb ik op verschillende momenten de 80 vrouwen, die niet hadden gereageerd op de eerste interventie, telefonisch proberen contacteren.

Naar aanleiding hiervan werden er 2 vrouwen geëxcludeerd, wederom omdat ze geen actieve patiënt meer waren in onze praktijk. Er waren 4 vrouwen met een tijdelijke contra-indicatie (3 waren nog niet seksueel actief en één was zwanger). Ditmaal namen 23 vrouwen het initiatief om zich te laten screenen: 18 in onze praktijk en 5 bij de gynaecoloog. Er bleken 16 vrouwen reeds gescreend te zijn in de afgelopen drie jaar. Bij 14 vrouwen lukte het niet om hen te bereiken omdat er in hun dossier of dat van hun familieleden geen juiste contactinformatie stond. Negen vrouwen namen ook na telefoneren op minstens drie verschillende momenten de telefoon niet op en werden als “onbereikbaar” geregistreerd. Er waren 10 vrouwen die aan de telefoon zeiden dat ze zelf een afspraak zouden maken op een later moment en dit niet nakwamen. Eén vrouw kwam niet opdagen op haar gemaakte afspraak en één weigerde de screening.

Na afsluiten van de registratie en analyse op 30 november 2015 bestond de uiteindelijke populatie uit 274 vrouwen, waarvan er 238 gescreend waren (87%). De absolute toename van de screeningsgraad met 16% na de tweede interventie blijkt ook statistisch significant te zijn met een P-waarde < 0,01, berekend met de Chi Kwadraattest.

Totaal effect beide interventies

Er is een totale absolute toename van het screeningspercentage van 33%. Hier is de P-waarde, berekend met de Chi Kwadraattest, < 0,01 en ook deze toename is dus statistisch significant. Ze is echter voor een groot deel te danken aan het bekomen van gegevens over uitstrijkjes die reeds bij gynaecologen waren uitgevoerd. Het aantal vrouwen dat zich echt liet screenen als gevolg van de interventies bedroeg namelijk 38, versus 39 vrouwen die eigenlijk in orde waren met screening maar waarvan dit niet geweten was in de praktijk. De cijfers die in de vorige alinea's besproken werden, geven dus de perceptie weer vanuit het EMD maar niet de “werkelijke” screeningsgraad. Het is interessant om de oefening te maken of de interventies ook tot een significante toename van screening leiden wanneer er voor bovengenoemd fenomeen gecorrigeerd wordt. Een overzicht van de twee invalshoeken wordt weergegeven in tabel 3 en 4.

Wanneer we retrospectief de “werkelijke” evolutie van de screeningsgraad berekenen, houden we vanaf het begin rekening met de exclusies, de reeds gescreende vrouwen en de tijdelijke contra-indicaties. Het is de bedoeling om enkel het effect van de nieuw uitgevoerde uitstrijkjes te bepalen. De totale populatie bedraagt in deze redenering steeds 274 vrouwen, waarvan er bij de nulmeting 200 gescreend waren (150 vrouwen van wie we het op dat moment wisten + in totaal 39 vrouwen van wie later zou blijken dat ze reeds door de gynaecoloog gescreend waren + in totaal 11 tijdelijke contra-indicaties). Na interventie 1 komen daar de 15 nieuw gescreende vrouwen bij, wat leidt tot een screeningsgraad van 78% (215 van de 274). Deze absolute toename van 5% blijkt niet statistisch

significant met een P-waarde van 0,14 berekend met de Chi Kwadraattest. Na interventie 2 zijn er 23 nieuwe uitstrijkjes met als eindresultaat dat 238 van de 274 vrouwen gescreend zijn (87%). Deze absolute toename van de screeningsgraad is statistisch significant met een P-waarde van 0,01 volgens de Chi Kwadraattest. Ook het gecombineerde effect van beide interventies (een absolute toename van 14%), is statistisch significant (P-waarde < 0,01).

	Totaal	Gescreend	Screenings- percentage	P-waarde (Chi Kwadraat)
Nulmeting	293	116	40%	
Na nazicht dossiers	280	150	54%	
Na interventie 1	276	195	71% (+17%)	< 0,01
Na interventie 2	274	238	87% (+16%)	< 0,01
Effect interventie 1+2				< 0,01

Tabel 3: Evolutie van het screeningspercentage volgens het EMD. De vetgedrukte P-waarden zijn < 0,05 en duiden op een statistisch significante correlatie.

	Totaal	Gescreend	Screenings- percentage	P-waarde (Chi Kwadraat)
Nulmeting	274	200	73%	
Na interventie 1	274	215	78% (+5%)	0,14
Na interventie 2	274	238	87% (+9%)	0,01
Effect interventie 1+2				< 0,01

Tabel 4: Evolutie van het “werkelijke” screeningspercentage. De vetgedrukte P-waarden zijn < 0,05 en duiden op een statistisch significante correlatie.

Arbeidsintensiviteit interventies

Het individueel nakijken van alle 293 dossiers hebben we verdeeld onder de drie artsen in de praktijk. Voor interventie 1 heb ik de katebelletjes zelf in de dossiers aangebracht en de brieven uitgeprint. De secretaresse heeft de brieven geadresseerd en opgestuurd. Ook heeft zij reacties hierop via mail of telefoon bijgehouden en ze aan mij bezorgd.

Interventie 2 heb ik volledig zelf uitgevoerd en was het meest arbeidsintensief. Ik heb op 8 verschillende data tussen 1 juli en 1 september 2015 de patiënten opgebeld en hier in totaal 14 uur aan gespendeerd. Telkens keek ik even op voorhand het dossier na om de voorgeschiedenis goed te kennen en zo geen fouten te maken, waardoor ik, zelfs als de patiënt niet opnam, er toch wat tijd mee kwijt was. Ik heb bijgehouden hoe veel keer ik iedereen heb moeten bellen.

Eén persoon heb ik niet opgebeld omdat er geen telefoonnummer in het dossier stond. Dertig personen heb ik één keer moeten bellen, 33 personen twee keer, 13 personen drie keer en 3 personen vier keer. Dat betekent dat ik in totaal 147 telefoontjes heb uitgevoerd op 14 uur tijd. Dit komt neer op een gemiddelde van 10,5 telefoontjes per uur. Wetende dat dit heeft geleid tot het screenen van 23 extra vrouwen kunnen we stellen dat om één vrouw extra zich te laten screenen er gemiddeld 6,4 telefoontjes en 37 minuten beltijd nodig waren.

Zoals hoger vermeld, heb ik contact opgenomen met de gynaecoloog telkens wanneer vrouwen verklaarden dat ze in de laatste drie jaar nog een uitstrijkje hadden gehad of ze het niet zeker wisten. De tijd gespendeerd aan het contacteren van gynaecologen zit mee vervat in de 14 uur beltijd maar niet in het aantal uitgevoerde telefoontjes.

Discussie

Populatieanalyse

In de literatuur is men het er niet over eens welke leeftijdscategorie minder gescreend wordt, maar is men het wel over het feit dat vrouwen met een lage socio-economische status vaker gemist worden. (1, 13) Bij het analyseren van de volledige doelgroep voor cervixkankerscreening (25-64 jaar) in deze praktijk, wordt een duidelijk verband tussen leeftijd en screeningsstatus in elk geval niet weerhouden. In dezelfde groep werd ook geen verband gevonden met sociaal statuut, maar wel in de subgroep van 25- tot 34-jarigen die ik selecteerde: er was een statistisch significant hogere screeningsgraad in de groep met een normaal statuut. Blijkbaar is het positieve effect van een hoge socio-economische status, dat in de literatuur veelvuldig beschreven wordt, hier enkel aanwezig in de jongste leeftijdscategorie. Deze bevinding is moeilijk te verklaren en zou op het toeval kunnen berusten.

Een kanttekening is dat het nogal kort door de bocht is om dit sociaal statuut zomaar te veralgemenen naar de socio-economische status. De voorwaarden voor een verhoogde tegemoetkoming, die in deze studie het overgrote deel van de “andere” statuten uitmaakte, zijn van die aard dat dit statuut het economische luik beter dekt dan het sociale. De reden waarom dit als parameter werd gekozen, was omdat ze relatief eenvoudig uit het EMD te extraheren is en we zo snel een beeld konden krijgen van de correlatie met de screeningsstatus.

Wat we hieruit vooral kunnen meenemen is dat elke praktijkpopulatie anders is. Wanneer we als huisarts een interventie willen richten op een specifieke groep, is het zinvol om eerst een populatieanalyse te doen om te zien of die groep ook in onze praktijk vaker gemist wordt. We mogen er niet zomaar van uit gaan dat onze patiëntenpopulatie volledig overeen komt met wat in de literatuur beschreven wordt.

Effectiviteit van de interventies

Ook met de nieuwe ontwikkelingen van HPV-vaccinatie en -testen, blijft het relevant om te pogen een hoge dekkingsgraad voor cervixkankerscreening binnen het huidige programma te realiseren, zeker bij de jongste groep vrouwen. In deze interventiestudie is het gelukt om in deze groep het screeningspercentage tot boven de aanbevolen 80% te krijgen.

Dankzij de eerste interventie, een kattebelletje in het dossier en een uitnodigingsbrief, was er een statistisch significante absolute stijging van de screeningsgraad volgens het EMD met 17%: van 54% naar 71%. Deze toename was voor een groot deel te danken aan het verkrijgen van informatie over uitstrijkjes die reeds door de gynaecoloog werden afgenomen. De stijging die bekomen werd, enkel dankzij het uitvoeren van nieuwe uitstrijkjes, bedroeg 5% (15 patiënten op een totaal van 274). Deze “werkelijke” toename van de screeningsgraad bleek niet statistisch significant.

De tweede interventie, het opbellen van de *non-responders*, leverde een statistisch significante absolute toename van het screeningspercentage op van 16% (van 71% naar 87%) en zorgde ervoor dat we het doel van 80% overschreden. Hier was de proportie vrouwen, die daadwerkelijk dankzij de interventie gescreend werd, groter. De absolute stijging van het “werkelijke” screeningspercentage door het uitvoeren van nieuwe uitstrijkjes bedroeg 9% (23 patiënten op een totaal van 274) en was tevens statistisch significant.

De combinatie van beide interventies gaf een totale absolute stijging van de screeningsgraad met 33% (van 54% naar 87%). Hiervan was 14% te danken aan nieuwe uitstrijkjes (38 patiënten op een totaal van 274). Eveneens 14% was het gevolg van het bekomen van informatie over reeds uitgevoerde uitstrijkjes door de gynaecoloog (39 patiënten op een totaal van 274).

Het EMD is het belangrijkste hulpmiddel voor de huisarts om de screeningsstatus van patiënten bij te houden en hen hieraan te herinneren. Dit in beschouwing genomen, is de evolutie van de screeningsgraad volgens het EMD wel degelijk relevant: bij het uitvoeren van praktijkverbeterende projecten zijn het deze cijfers waarmee men werkt. Daarom gebruik ik de gegevens uit tabel 3 bij de algemene beoordeling van effectiviteit van de interventies.

Van de 38 vrouwen die zich lieten screenen naar aanleiding van de interventies in deze studie, kozen er 31 (82%) om dit bij de huisarts te laten doen en 7 kozen voor de gynaecoloog. Het Vlaams bevolkingsonderzoek leert ons dat van alle uitstrijkjes die in 2013 en 2014 werden uitgevoerd, er respectievelijk 20% en 16% door de huisarts werd afgenomen. (8) De reden waarom er in deze studie vaker voor de huisarts werd gekozen, heeft vermoedelijk te maken met het feit dat de brief en het telefoontje van diezelfde huisarts afkomstig waren. Bij het bevolkingsonderzoek kwam de uitnodigingsbrief van een officiële instantie en was deze minder richtinggevend in de keuze voor huisarts of gynaecoloog.

In het Vlaams bevolkingsonderzoek was er in 2013 en 2014 een responsgraad van respectievelijk 6% en 11%. Hiermee bedoelt men het percentage vrouwen dat een uitstrijkje lieten uitvoeren gedurende het jaar na het versturen van de uitnodigingsbrief. In deze studie bedraagt dit percentage 12% (15/130) anderhalve maand na het versturen van de uitnodigingsbrief. Deze cijfers op een zinvolle manier vergelijken is onmogelijk om verschillende, voor de hand liggende redenen. Ten eerste is het een ander type interventie en is er een immens verschil in populatiegrootte. Ook is men bij het bevolkingsonderzoek beter op de hoogte van wie er al een uitstrijkje heeft gehad en kan men dus een meer gerichte interventie ondernemen. Ten slotte wordt de responsgraad geregistreerd over een periode van een jaar en in deze studie maar over anderhalve maand: het is aannemelijk dat de responsgraad voor de eerste interventie hoger was geweest bij een groter interval.

Ondanks de beperkte mogelijkheden tot vergelijking, is het als huisarts wel interessant om de responsgraad van het bevolkingsonderzoek te gebruiken als referentie voor een streefdoel in de eigen praktijk.

De eerste conclusie is hier dat de twee interventies effectief waren en dat de combinatie ervan succesvol de screeningsgraad naar het aanbevolen niveau heeft getild. Ten opzichte van de eerste analyse, vóór manueel nazicht van de dossiers, is de screeningsgraad volgens het EMD zelfs meer dan verdubbeld. Maar is het ook haalbaar om dit soort interventies in deze praktijk in te voeren?

Haalbaarheid en kosteneffectiviteit

De voorbereiding voor het uitvoeren van de interventies nam heel wat tijd in beslag, voornamelijk omdat alle dossiers individueel moesten worden nagekeken. Dit had kunnen vermeden worden indien het uitvoeren van een uitstrijkje vanaf het begin gecodeerd zou zijn ingevoerd in het EMD. Dan kan met een query op enkele minuten tijd een correcte analyse van de populatie verkregen worden. Sinds het uitvoeren van dit praktijkverbeterend project is dat ook hoe het in deze praktijk gebeurt. Zo wordt een belangrijke voorwaarde vervuld om toekomstige interventies op een efficiënte manier uit te voeren.

Bij het uitvoeren van de eerste interventie heb ik veel steun gekregen van onze secretaresse. Ik heb de kattebelletjes en brieven in de dossiers aangemaakt, het adresseren en versturen van de brieven heeft zij van mij overgenomen. Op vlak van kosteneffectiviteit lijkt mij dit voor herhaling vatbaar – zonder dat er in deze studie echt berekeningen zijn gemaakt. Deze inschatting komt overeen met de conclusie in de *systematic review* van Ferroni et al., die stelde dat de kosteneffectiviteit van een uitnodigingsbrief gunstig is. In sommige studies uit deze *review* is deze zelfs gunstiger in een huisartsenpraktijk dan bij het versturen van een brief op populatieniveau. Vermoedelijk verschilt dit naargelang de organisatie van de desbetreffende praktijk. (17) Enerzijds is de kost per brief natuurlijk lager als je er meer verstuurt, anderzijds zijn er bronnen die stellen dat een persoonlijke brief van de

huisarts meer effect zou hebben dan een algemene brief van de overheid. Voor dit laatste is er onvoldoende bewijskracht om dit om te zetten tot een advies. (16)

Bij de tweede interventie kwam de werkbelasting volledig op mij terecht omdat degene die de telefoontjes uitvoerde, ook medische vragen van patiënten moest kunnen beantwoorden. Per nieuw uitgevoerd uitstrijkje, waren er 6,4 telefoontjes of 37 minuten beltijd nodig. Een groot aantal mensen moest ik meerdere keren bellen om hen te kunnen bereiken en bij meer dan een kwart is dit zelfs niet gelukt, al dan niet wegens foute contactinformatie in het EMD. Dit is dus een zeer arbeidsintensieve interventie en het lijkt mij niet realistisch om deze te implementeren in de huidige praktijkwerking, zeker niet als je ze zou uitbreiden naar de hele doelgroep voor cervixkankerscreening.

Dit laatste geldt natuurlijk zeker als de taak van telefonisch contact op de schouders van de huisarts terecht komt. In praktijken waar er wordt samengewerkt met een verpleegkundige of een medisch geschoolde praktijkassistent, zou dit wel haalbaar kunnen zijn.

Suggesties voor verbetering

In de literatuur is men het erover eens dat een screeningsprogramma zo gestructureerd mogelijk moet zijn opgebouwd om er winst uit te kunnen halen. De basis daarvoor ligt in het uitvoeren van bevolkingsonderzoeken op populatieniveau, zoals sinds 2013 ook bij ons gebeurt met het Vlaams bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker. Tot op heden werd hiermee slechts een dekkingsgraad van 61% bereikt en zijn er nog meer inspanningen vereist. (8) Om als huisartsenpraktijk een waardevolle aanvulling te kunnen bieden, is een hoog niveau van organisatie nodig. (2, 17) Dit is in het huidige huisartsenlandschap van België, voornamelijk bevolkt door praktijken zonder paramedische ondersteuning, heel moeilijk realiseerbaar. Zelf heb ik hoge verwachtingen van interprofessionele samenwerking om de effectiviteit en draagkracht van de eerste lijn te vergroten. De resultaten van een *systematic review* over dit onderwerp waren alvast veelbelovend. (19)

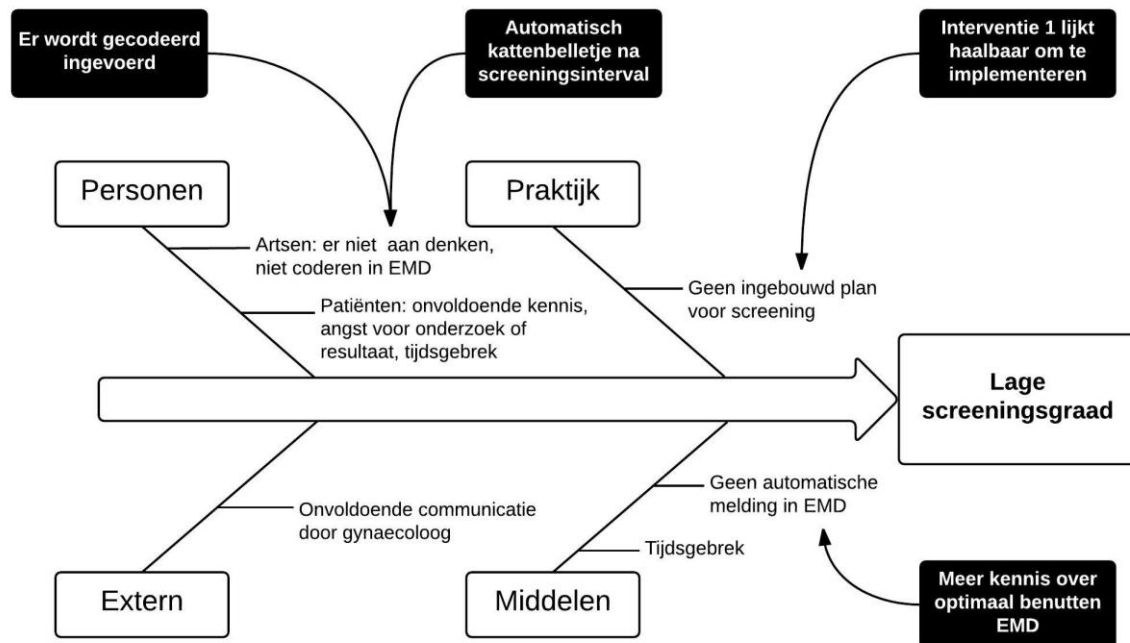
Een ander belangrijk aandachtspunt is dat er heel wat werk vermeden had kunnen worden als de huisarts op de hoogte was geweest van de uitstrijkjes die bij de gynaecoloog waren uitgevoerd. Van de 54 vrouwen die reageerden op de eerste interventie, waren er 23, of 43%, eigenlijk al in orde met de screening. Wat betreft de tweede interventie had ik mij het contacteren van 16 van de 80 vrouwen kunnen besparen. Het is onduidelijk waarom deze resultaten niet standaard naar de huisarts worden doorgestuurd. Zou dit wel gebeuren, zou het kunnen leiden tot een grote kwaliteitsverbetering in het hele proces van cervixkankerscreening. Het mag misschien zo zijn dat een deel van de huisartsen (of patiënten) het nemen van een uitstrijkje meer als taak van de gynaecoloog beschouwt, maar door deze informatie niet te delen, wordt gemotiveerde huisartsen de kans ontnomen om hun patiënten op een efficiënte manier tot screening te stimuleren.

Om deze informatieoverdracht beter te laten verlopen, zijn er verschillende opties. Een overleg tussen huisartsen en gynaecologen om meer op één lijn te komen en de praktische kant te bespreken, kan een eerste stap zijn. Ook de laboratoria kunnen hierbij betrokken worden: het standaard versturen van uitstrijkjesresultaten naar de huisarts bij wie die patiënt een GMD heeft afgesloten, lijkt mij een perfect haalbare stap die geautomatiseerd zou kunnen worden uitgevoerd. Er zou ook een register kunnen worden aangemaakt vergelijkbaar met Vaccinnet waarin de resultaten van uitstrijkjes worden opgeslagen. Dit zou een interessant onderwerp kunnen zijn voor een volgende masterproef in de huisartsenopleiding.

Actieplan

Als we nu terugblikken op de visgraatanalyse, heeft dit praktijkverbeterend project in deze doelgroep reeds een heel aantal van de factoren die leidden tot een lage screeningsgraad beïnvloed. Dit wordt weergegeven in figuur 4. Zo werd het de gewoonte om resultaten van uitstrijkjes op een uniforme, gecodeerde manier in het EMD in te voeren, waardoor een nieuwe bepaling van de screeningsgraad

veel efficiënter zal kunnen verlopen. Ook werd bij alle patiënten uit deze studiepopulatie een kattebelletje geactiveerd, wat hen een grotere kans geeft om in opvolging te blijven. De uitnodigingsbrief zit geïmplementeerd in het dossiersysteem en kan, mits kleine aanpassingen, gebruikt worden bij een volgend project.



Figuur 4: Visgraatanalyse over oorzaken van lage screeningsgraad en het effect hierop van dit praktijkverbeterend project

Aangezien interventie 1 haalbaar lijkt om als gestructureerd screeningsplan in te bouwen in deze praktijk, is mijn voorstel om deze jaarlijks uit te voeren. Bij het herhaaldelijk krijgen van brieven is het mogelijk dat ook de *non-responders* zich laten overhalen. Hiervoor is het noodzakelijk dat men gecodeerd blijft noteren om de niet-gescreende groep te kunnen selecteren. Ook het administratief luik van het EMD moet worden onderhouden: juiste contactinformatie is een belangrijke voorwaarde voor het succes van de interventie.

Limitaties

Dit praktijkverbeterend project werd opgezet als een interventiestudie met als doel om te kijken of *evidence based* interventies om de screeningsgraad voor cervixkankerscreening te verhogen, toepasbaar zijn in deze huisartsenpraktijk. Ze kan niet gebruikt worden om de effectiviteit van deze interventies *an sich* te beoordelen: er werd geen gebruik gemaakt van een controlegroep.

Deze studie werd uitgevoerd gelijktijdig met het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Er werd niet gecorrigeerd voor de mogelijkheid dat bepaalde vrouwen aldus door twee instanties uitgenodigd werden en daardoor misschien nog meer geneigd waren zich te laten screenen. Anderzijds zal dit bevolkingsonderzoek (hopelijk) een blijvende realiteit zijn en dienen we dit te beschouwen als deel van de huidige context van cervixkankerpreventie.

Interventie 1 was er eigenlijk een dubbele. Ik heb niet apart bijgehouden welk aandeel van de respons een reactie was op welke interventie. We weten dus niet welke van de twee in deze praktijk het grootste effect heeft. Een kanttekening is dat bij een goed gebruik van het EMD dat kattebelletje natuurlijk standaard in het dossier zou moeten staan als het tijd is voor een uitstrijkje. De uitnodigingsbrief is dan echt een bijkomende interventie.

De uitnodigingsbrief werd enkel in het Nederlands opgesteld. Bij het kiezen van de interventie was het belangrijk dat deze in de toekomst implementeerbaar zou moeten kunnen zijn met een zo laag mogelijke werkbelasting. In een multiculturele praktijk als de onze, waar de voertaal van de consultaties vaak Frans of Engels is of gevoerd wordt via een tolk, had een brief in de taal van de patiënt mogelijk in een grotere responsgraad geresulteerd. In een meta-analyse van studies bij etnische minderheden in de VS werd onderzocht welk type interventies het meest succesvol de participatie in die onderscreende populaties kon verhogen. Het bleek dat dit in de eerste plaats de interventies zijn die de toegankelijkheid van screening verbeteren, waaronder financiële, structurele maar ook linguïstische aspecten. (30) Interessant zou zijn om in de toekomst te bestuderen of een uitnodigingsbrief in de moedertaal een grotere respons oplevert in vergelijking met een Nederlandstalige brief.

Zoals wordt aangehaald in de *systematic review* van Albrow et al., is de effectiviteit van interventies onvoldoende onderzocht in de jongste leeftijdsgroep. De interventies die ik uitvoerde, waren wel bewezen effectief voor de algemene populatie, maar om specifiek die jongere vrouwen te bereiken, zouden er meer geschikte interventies kunnen zijn. Dit is interessante materie voor toekomstig, meer gericht onderzoek. Eén van de hypothesen in deze *review* die zou kunnen verklaren waarom de jongere leeftijdscategorie een lagere participatie heeft, is dat zij via de post moeilijker bereikbaar zijn omdat zij vaker van adres wisselen dan een oudere groep. (28) Het gebruik van e-mails in plaats van papieren uitnodigingsbrieven zou hiervoor een oplossing kunnen bieden. Bovendien zou dit zowel op vlak van middelen als van personeelskosten goedkoper kunnen zijn.

In het kader van deze adreswisselingen is het ook een beperking dat er niet werd geregistreerd hoe veel brieven er door de post werden teruggestuurd wegens foute adresgegevens. Retrospectief schat ik dat het er minder dan tien waren. Daarbovenop is het mogelijk dat er nog een aantal brieven niet bij de geadresseerde zijn aangekomen zonder dat wij dat wisten. Deze patiënten werden eigenlijk foutief geklasseerd als *non-responder*.

Conclusie

Deze prospectieve interventiestudie had als doel om de screeningsgraad voor cervixkanker bij een groep van 293 vrouwen van 25 tot 34 jaar te verhogen. Ook werd de haalbaarheid van interventies die in de literatuur effectief zijn gebleken, nagegaan. De studie werd uitgevoerd in een huisartsenpraktijk met drie artsen in een multiculturele wijk te Antwerpen.

Er is de laatste jaren veel veranderd in het landschap van cervixkankerpreventie. De komst van de HPV-vaccinatie is veelbelovend maar doet de noodzaak voor screening niet afnemen. De HPV-zelfafnametest zal mogelijk binnenkort geïntroduceerd worden als primaire screeningsvorm maar is pas specifiek genoeg vanaf de leeftijd van 30-35 jaar. Het blijft dus belangrijk om vrouwen, en dan vooral de jongste leeftijdscategorie, te motiveren om een uitstrijkje te laten uitvoeren. Het was in deze praktijk niet mogelijk om op basis van leeftijd en sociaal statuut een groep te definiëren met duidelijk lagere screeningscijfers. Om bovenvermelde redenen werd er gekozen voor de jongste leeftijdsgroep van 25 tot en met 34 jaar.

Er werden twee interventies onderzocht die effectief zijn gebleken in de literatuur. De eerste, het plaatsen van een katebelletje in het dossier in combinatie met een uitnodigingsbrief, gaf een statistisch significante absolute toename van de screeningsgraad uit het EMD met 17%. Deze interventie is, dankzij de relatief lage werkbelasting, haalbaar om in te toekomst te implementeren bij de rest van de doelgroep. De tweede interventie, het telefonisch contacteren van de *non-responders*, zorgde eveneens voor een statistisch significante absolute toename van de screeningsgraad met 16%. Door de combinatie van de twee interventies werd een screeningsgraad van 87% bereikt in deze groep, ruim boven de aanbevolen drempel van 80%. (1) De tweede interventie is echter zeer arbeidsintensief en het lijkt niet realistisch om deze toe te passen in de huidige praktijkwerking.

Er is consensus dat een bevolkingsonderzoek de beste resultaten geeft om een hoge dekkingsgraad van de doelgroep te bereiken. (1, 2, 5, 6) In Vlaanderen is men hiermee gestart in 2013 en in 2014 werd een dekkingsgraad van 61% bereikt. (8) Een belangrijke taak is nog weggelegd voor de huisarts om dit getal op te krikken. (1) De implementatie van een kwalitatief screeningsmodel in de standaard Vlaamse huisartsenpraktijk is niet eenvoudig. Uit deze studie bleek dat het ten eerste cruciaal is om in het EMD te coderen en zo gericht de juiste patiënten te kunnen oproepen. Ook de ondersteuning door administratief personeel bleek van primordiaal belang om interventie 1 haalbaar te maken voor toepassing in de praktijk. Een samenwerking met paramedische disciplines in de huisartsenpraktijk is veelbelovend om de kosteneffectiviteit van interventie 2 te verbeteren. (19)

Een ander belangrijk aandachtspunt is de – op dit moment gebrekkige – communicatie tussen huisartsen en gynaecologen: in deze studie werd een grote inspanning gedaan bij vrouwen die eigenlijk al door hun gynaecoloog waren gescreend. De resultaten van deze uitstrijkjes moeten tot bij de huisarts geraken. Een intensiever overleg tussen de twee beroepsgroepen, het betrekken van laboratoria en/of het oprichten van een nationaal register voor uitgevoerde uitstrijkjes zou de kwaliteit van de screening op populatieniveau ten goede kunnen komen. De komst van eHealth biedt een mooie opportuniteit om dit soort zaken automatisch te integreren in het EMD.

Aangezien er binnenkort nieuwe richtlijnen voor de deur staan, is nieuw onderzoek nodig om op een effectieve manier te blijven streven naar een hoger niveau van bescherming tegen cervixkanker. De domeinen waar nog veel inzicht gewonnen kan worden zijn de organisatie van preventie in de nieuwe (interprofessionele) huisartsenpraktijk en van de communicatie van screeningsresultaten. Wat betreft het verhogen van de participatie voor uitstrijkjes als primaire screeningsvorm, zal er in toekomstig onderzoek vooral gefocust moeten worden op de jongste leeftijdsgroep.

Bronnen

1. Smeets FV, V.; Baay, M.; Weyers, S.; Colpaert, C.; Govaerts, F. Aanbeveling Domus Medica: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu. 2011;40(1).
2. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition--summary document. Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO. 2010;21(3):448-58.
3. Registry BC. Cancer burden in Belgium 2004-2013. Brussels2015.
4. IMA-Atlas: Intermutualistisch Agentschap; 2013. Available from: www.ima-aim.be.
5. Armaroli P, Villain P, Suonio E, Almonte M, Anttila A, Atkin WS, et al. European Code against Cancer, 4th Edition: Cancer screening. Cancer epidemiology. 2015;39 Suppl 1:S139-52.
6. Arbyn MH, A.; Desomer, A.; Verdoodt, F.; Thiry, N.; Francart, J.; Hanquet, G.; Robays, J. Cervical cancer screening program and human papillomavirus (HPV) testing, part II: Update on HPV primary screening. In: (KCE) HTAHBBHCKC, editor. 2015.
7. Gezondheidsraad H. Publicatie van de Hoge Gezondheidsraad nr. 8367 (revisie 8204) Vaccinatie tegen infecties veroorzaakt door het humaan papillomavirus. 2007.
8. (CvKO) CvK. Bevolkingsonderzoek. Jaarrapport 2015. 2015.
9. Vaccinatie tegen HPV: Agentschap Zorg & Gezondheid. Available from: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/vaccinatie-tegen-hpv>.
10. Murphy J, Kennedy EB, Dunn S, McLachlin CM, Fung Kee Fung M, Gzik D, et al. HPV testing in primary cervical screening: a systematic review and meta-analysis. Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC. 2012;34(5):443-52.
11. Racey CS, Withrow DR, Gesink D. Self-collected HPV testing improves participation in cervical cancer screening: a systematic review and meta-analysis. Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique. 2013;104(2):e159-66.
12. Verdoodt F, Jentschke M, Hillemanns P, Racey CS, Snijders PJ, Arbyn M. Reaching women who do not participate in the regular cervical cancer screening programme by offering self-sampling kits: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. European journal of cancer. 2015;51(16):2375-85.
13. Boomsma LJB, P.A.J.; Collette, C.; Janssens, P.G.H. NHG-standaard Preventie en Vroegdiagnostiek van Cervixcarcinoom. Huisarts & Wetenschap. 2009;52(4).
14. Brouwers MC, De Vito C, Bahirathan L, Carol A, Carroll JC, Cotterchio M, et al. Effective interventions to facilitate the uptake of breast, cervical and colorectal cancer screening: an implementation guideline. Implementation science : IS. 2011;6:112.
15. Brouwers MC, De Vito C, Bahirathan L, Carol A, Carroll JC, Cotterchio M, et al. What implementation interventions increase cancer screening rates? a systematic review. Implementation science : IS. 2011;6:111.
16. Everett T, Bryant A, Griffin MF, Martin-Hirsch PP, Forbes CA, Jepson RG. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. The Cochrane database of systematic reviews. 2011(5):CD002834.
17. Ferroni E, Camilloni L, Jimenez B, Furnari G, Borgia P, Guasticchi G, et al. How to increase uptake in oncologic screening: a systematic review of studies comparing population-based screening programs and spontaneous access. Preventive medicine. 2012;55(6):587-96.
18. Sabatino SA, Lawrence B, Elder R, Mercer SL, Wilson KM, DeVinney B, et al. Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: nine updated systematic reviews for the guide to community preventive services. American journal of preventive medicine. 2012;43(1):97-118.
19. Smith AA, Kepka D, Yabroff KR. Advanced practice registered nurses, physician assistants and cancer prevention and screening: a systematic review. BMC health services research. 2014;14:68.

20. Escoffery C, Rodgers KC, Kegler MC, Haardorfer R, Howard DH, Liang S, et al. A systematic review of special events to promote breast, cervical and colorectal cancer screening in the United States. BMC public health. 2014;14:274.
21. Verheyen N. Screening naar baarmoederhalskanker in de huisartsenpraktijk: patiëntgebonden factoren: Universiteit Antwerpen; 2013.
22. Peeters J. Cervixkankerscreening: een taak van de huisarts? : Universiteit Gent; 2013.
23. Vercruysse K. Cervixkankerscreening in de huisartsenpraktijk: Universiteit Gent; 2008.
24. Mazereel S. Baarmoederhalskankerscreening: kan een oproepbrief de respons-ratio verhogen? 2012.
25. Vandermeulen E. Cervixkanker: welke doelgroep wordt onderscreend en hoe kunnen we die toch bereiken? Praktijkverbeteringsproject in wijkgezondheidscentrum De Kaai: Universiteit Gent; 2013.
26. Schuurmans E. Cervixkankerscreening door middel van cervicovaginale uitstrijkjes in de huisartsenpraktijk: een interventiestudie: KU Leuven; 2014.
27. De Becker S. Optimalisatie van baarmoederhalskankerscreening in een multiculturele huisartsenpraktijk: Universiteit Gent; 2014.
28. Albrow R, Blomberg K, Kitchener H, Brabin L, Patnick J, Tishelman C, et al. Interventions to improve cervical cancer screening uptake amongst young women: a systematic review. Acta oncologica. 2014;53(4):445-51.
29. Chi Square Calculator: Social Science Statistics. Available from: <http://www.socscistatistics.com/tests/chisquare/Default2.aspx>.
30. Han HR, Kim J, Lee JE, Hedlin HK, Song H, Song Y, et al. Interventions that increase use of Pap tests among ethnic minority women: a meta-analysis. Psycho-oncology. 2011;20(4):341-51.

Bijlage 1: uitnodigingsbrief



Huisartsgroep Park Noord
Dr Josefin Béghin
Dr Liesbeth Verpooten
Dr Karolien Janssens (HAID)

Betreft: preventief onderzoek naar baarmoederhalskanker

Beste (Voornaam, Naam),

Bij alle vrouwen vanaf de leeftijd van 25 jaar starten wij met screening naar baarmoederhalskanker. Dit gebeurt d.m.v. een gynaecologisch onderzoek, het uitstrijkje. Dit wordt om de 3 jaar uitgevoerd door de gynaecoloog of door de huisarts. Bij het nagaan van uw medisch dossier merken wij op dat dit bij u niet is gebeurd, of dat wij niet over de gegevens beschikken.

Doelgroep voor het uitstrijkje:

- Vrouwen
- 25-64 jaar
- Niet zwanger
- Seksueel actief

Graag willen we u via deze brief uitnodigen om een afspraak te maken om het uitstrijkje te laten afnemen. Als dit gedurende de laatste drie jaar nog gebeurde bij een andere arts, willen we u vragen om ons hiervan op de hoogte te brengen, zodat we dit in uw dossier kunnen aanvullen (zie onderaan deze brief).

Indien u dit wenst kan u het uitstrijkje ook bij uw gynaecoloog laten afnemen. Graag zouden wij hiervan ook het resultaat ontvangen.

Op de achterzijde van deze brief vindt u extra uitleg over het uitstrijkje.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Liesbeth Verpooten, Dr. Josefin Béghin, Dr. Karolien Janssens

Gelieve voor 19 juni 2015 op deze brief te antwoorden.

Indien u graag een afspraak maakt voor een uitstrijkje kan dat via ons telefoonnummer 03/301.06.06 of via de website www.huisartsgroepparknoord.be.

Indien u graag wil doorgeven wanneer en bij welke arts/gynaecoloog uw laatste uitstrijkje gebeurde mag dit eventueel via telefoon, maar ook steeds via email op het adres: secretariaat@huisartsgroepparknoord.be.

Wat is een uitstrijkje?

Een uitstrijkje is een gynaecologisch onderzoek waarbij wordt gescreend naar de aanwezigheid van baarmoederhalskanker of een voorstadium hiervan.

Waarom gebeurt het uitstrijkje?

Baarmoederhalskanker is een van de weinige soorten kanker die op een vrij eenvoudige manier en in een (zeer) vroeg stadium ontdekt kunnen worden. Baarmoederhalskanker heeft immers een aantal zeer specifieke voorstadia. Deze voorstadia kunnen vroeg opgespoord worden door middel van een uitstrijkje en op die manier kan voorkomen worden dat de kanker zich ontwikkelt!

Hoe wordt een uitstrijkje afgenomen?

Het onderzoek zelf neemt meestal niet meer dan enkele minuten in beslag. U wordt gevraagd met opgetrokken benen op de onderzoeksbank te gaan liggen. Uw voeten steunen op deze bank of op speciale beensteunen. Om de baarmoedermond goed zichtbaar te maken, is het nodig dat de vagina wat verder wordt geopend. Dat gebeurt met een plastic instrument, het speculum. De arts 'strijkt' met een borsteltje wat slijm met cellen van de baarmoedermond, vandaar de naam 'uitstrijkje'. De afgestreken celletjes worden onderzocht in een laboratorium.

Voor wie is het uitstrijkje bedoeld?

Vrouwen tussen 25 en 64 jaar zouden om de 3 jaar een uitstrijkje moeten laten nemen.

Een groot deel van de Belgische vrouwen uit deze doelgroep (40 op de 100 vrouwen!) laat helaas nooit een uitstrijkje nemen. Er sterven elk jaar nog meer dan honderd vrouwen aan baarmoederhalskanker, die bijna allemaal nooit of niet frequent genoeg het uitstrijkje lieten afnemen.

Hoe regelmatig moet ik een uitstrijkje laten nemen?

Dit gebeurt best om de 3 jaar. Veel vrouwen laten jaarlijks een uitstrijkje nemen, meestal op vraag van hun arts of omdat ze zelf ongerust zijn, ook al is het uitstrijkje telkens normaal.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt echter dat dit absoluut niet nodig is. In Nederland en Finland worden vrouwen zelfs maar om de 5 jaar opgeroepen voor een uitstrijkje.

Wat gebeurt er als het uitstrijkje afwijkend is?

De kans hierop is 3%. Wanneer er afwijkende cellen worden gevonden in het uitstrijkje, zal er afhankelijk van de specifieke afwijking een opvolgsonderzoek gebeuren. Meestal wordt er na een aantal maanden een nieuw uitstrijkje gemaakt. Blijft het uitstrijkje afwijkend, of gaat het om matige tot ernstige afwijkingen, dan is verder onderzoek bij de gynaecoloog nodig.

Zijn er nadelen aan het uitstrijkje?

- Het uitstrijkje is normaal gezien pijnloos. Natuurlijk is het geen heel comfortabel onderzoek, maar het duurt maar een tweetal minuten.
- Soms moet het onderzoek herhaald worden als het resultaat onduidelijk was.
- De kans dat het resultaat normaal is, maar er eigenlijk toch afwijkingen zijn, is 1 op 10. De evolutie van de verschillende stadia van baarmoederhalskanker is echter zo traag, dat er tijd genoeg is om dit bij het volgende onderzoek te ontdekken. Daarom is het zo belangrijk om het uitstrijkje om de 3 jaar te laten uitvoeren.

Bijlage 2: studieprotocol

Zoals ingediend bij het Ethisch Comité

Achtergrondinformatie

De screeningsgraad van de doelgroep (vrouwen van 25 tot 64 jaar met een baarmoeder die ooit seksueel actief waren) bedraagt in België slechts 59%. Elk jaar sterven er in Vlaanderen nog meer dan honderd vrouwen aan cervixkanker, waarvan de meesten niet (recent) gescreend werden. [1]

Domus Medica beveelt aan om een screeningsgraad van ongeveer 80% na te streven in de huisartsenpraktijk. [1] De huidige screeningsgraad in Huisartsengroep Park Noord is 42%. Voor dit praktijkverbeterend project wil ik op zoek gaan naar een manier om die screeningsgraad te verhogen.

Om een haalbare doelstelling voorop te stellen, wil ik een subgroep definiëren. Ik wil ervoor zorgen dat mijn project een zo groot mogelijke impact heeft op de totale screeningsgraad van de praktijk. Het is in de praktijk de gewoonte om, bij het verkrijgen van een resultaat van een cervixuitstrijkje, meteen een herinnering in het dossier te plaatsen voor de volgende keer. Daarom is het praktisch gezien interessant om de jongste vrouwen uit de doelgroep te proberen bereiken, zodat zij meteen in het systeem zitten en dus een grotere kans hebben om in de toekomst ook beter gescreend te worden.

De subgroep waartoe wij ons richten, definieer ik daarom als vrouwen van 25 t.e.m. 34 jaar met een GMD in Huisartsengroep Park Noord. 85 van de 149 vrouwen uit deze groep zijn momenteel niet correct gescreend. Het doel is om de screeningsgraad van 43% naar 80% te doen stijgen.

Studielocatie

Huisartsengroep Park Noord
De Marbaixstraat 55
2060 Antwerpen

Benodigde documenten

Protocol
Informatie voor de patiënt

Studieperiode

01/04/2015 – 31/03/2016

Populatie

- Gezonde vrouwen van 25 tot en met 34 jaar oud
 - Niet zwanger
 - GMD in Huisartsengroep Park Noord
 - Niet correct gescreend voor cervixkanker volgens de richtlijnen van Domus Medica
- n=85

Doel van de studie

Nagaan of de interventies voorgesteld door de richtlijn over cervixkankerscreening van Domus Medica tot een significantie toename van de screeningsgraad leiden in de doelgroep in deze praktijk.

Verloop van de studie

De gedefinieerde subgroep zal gecontacteerd worden d.m.v. een brief die naar hun adres zal worden verstuurd: een interventie op praktijkniveau. Deze bevat informatie over cervixkanker, het uitstrijkje en een uitnodiging om een afspraak te maken om een uitstrijkje te laten uitvoeren. Na 3 maanden zal er een eerste evaluatie plaatsvinden. Indien de beoogde screeningsgraad nog niet bereikt werd, zullen de vrouwen ook telefonisch gecontacteerd worden. Hierbij zal ook gevraagd worden naar de reden waarom zij geen contact opnamen.

Als zij zich melden voor een uitstrijkje, zal hen mondeling nog alle nodige informatie worden verschaft zoals aanbevolen door Domus Medica. Het uitstrijkje zal worden uitgevoerd en de patiënten worden gevraagd zelf telefonisch te informeren naar het resultaat. Als de patiënte zelf geen contact opneemt bij een afwijkend resultaat, telefoneren wij de patiënte zelf en stellen de volgende vragen:

Heeft u de laatste drie jaar nog een uitstrijkje laten uitvoeren?

- Zo ja: wanneer, bij welke arts, wat was het resultaat?
- Zo nee: wilt u bij ons of bij de gynaecoloog hiervoor binnenkort een afspraak maken?
- Bij weigering: wat is de reden hiervoor?

De follow-up zal vervolgens gepland worden volgens de aanbeveling van Domus Medica.

Alle gegevens zullen gecodeerd worden verwerkt. In het onderzoeksverslag zal geen persoonlijke of individuele informatie verschijnen.

Bronnen

1. F. Smeets, V. Verhoeven, M. Baay, S. Weyers, C. Colpaert, F. Govaerts. **Cervixkankerscreening**. Huisarts Nu, april 2011.

Bijlage 3: goedkeuring Ethisch Comité



UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Orie Ekenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 820 05 30
www.uza.be / BE0874.810.609



Prof. dr. V. Verhoeven

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Cervixkankerscreening in de huisartsenpraktijk: hoe de doelgroep beter bereiken? (manama Karolien Janssens)

Belgisch Registratienummer: B300201627670

7/03/2016

15/17/191

Annelies Van Looy
Annick Leeraert
ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 7/03/2016.

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

- CV onderzoeker
dr. Janssens
- Protocol aangepaste versie dd. 26/03/2016
versie 2
- Informatiebrief voor de patiënt dd. 1/04/2015
versie 1

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:

- Startdatum inclusie patiënten
- Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
 - o Nooit opgestart
 - o Vroegtijdig stopgezet
 - o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1050 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk



UZA / Wilrijkstraat 10 / 2000 Edegem
 vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 15/17/191
 Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 822 05 30
 www.uza.be / SEC874.679.603
 15/17/191



Samenstelling Ethisch Comité sinds 4/01/2016.
Deze studie werd besproken op vergadering van 7/03/2016.

	Functie	M/V	Aanwezig
<u>Voorzitter</u>			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
<u>Ondervoorzitter</u>			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	-
<u>Leden EC UZA</u>			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	-
HUIZING Marion	Oncoloog	V	-
MICHELIS Barbara	Huisarts	V	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patientenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	-
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkundige	V	-
VAN REEMPTS Patrick	Neonatalog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediatr	M	+
<u>Toegevoegde leden UA</u>			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
MICHELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	-
<u>Uitgenodigde Experten</u>			
HENS Kristien	Ethicus	V	-
LEMMENS Katrien	Farmacoloog	V	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MAMPAEY Els	Psychologe	V	-
MICHELSENS Inge	Jurist	V	+
NORGA Koenraad	Pediatr	M	-
STRUYF Filip	Kinesitherapeut	M	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.