

**BAARMOEDERHALSKANKERSCREENING IN DE HUISARTSPRAKTIJK:
RAPPORT FOCUSGROEPGESPREKKEN MET HUISARTSEN**

Veerle Piessens, dr. Kaatje Van Roy en prof. dr. Sara Willems

December 2015

In opdracht van



domus
medica

Vereniging van huisartsen

en



CvKO
CENTRUM VOOR
KANKEROPSPORING
ANTWERPEN · BRUGGE · BRUSSEL · GENT · LEUVEN

Universiteit Gent
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
De Pintelaan 185 6K3 – 9000 Gent
Tel 09 332 33 12 – Fax 09 332 49 67
Website: <http://www.primarycare.ugent.be/>

Domus Medica vzw
Lange Leemstraat 187
2018 Antwerpen
Tel 03 425 76 76
E-mail: info@domusmedica.be
Website: <http://www.domusmedica.be/>

Titel rapport: Baarmoederhalskankerscreening in de huisartspraktijk: rapport focusgroepgesprekken met huisartsen

Promotor: Prof. dr. Sara Willems

Onderzoekers: Veerle Piessens en dr. Kaatje Van Roy

ISSN:

Dit rapport werd uitgevoerd door de Universiteit Gent in opdracht van Domus Medica, en werd gefinancierd door de Vlaamse Regering.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Naar dit document kan verwezen worden met:

Piessens, V., Van Roy, K., & Willems, S. (2015). *Baarmoederhalskankerscreening in de huisartspraktijk: rapport focusgroepgesprekken met huisartsen*. Antwerpen: Domus Medica.

INHOUDSTAFEL

1. KORTE SCHETS VAN DE AANLEIDING VOOR DIT ONDERZOEK.....	5
2. METHODE.....	5
2.1 Data-verzameling	5
2.2 Data-analyse.....	6
3. BESCHRIJVING PARTICIPANTEN	6
4. BEVINDINGEN	7
4.1 Huidige ervaring met BMHK-screening	7
4.1.1 Frequentie.....	7
4.1.2 Initiatief.....	7
4.1.3 Drempels	8
4.2 Wat denken huisartsen over de perceptie van BMHK-screening bij hun patiënten?	11
4.3 Welke ideeën hebben huisartsen om meer vrouwen te bereiken voor BMHK-screening? Welke randvoorwaarden zijn volgens hen noodzakelijk?	13
4.3.1 Algemeen	13
4.3.2 Nood aan info over screeningsstatus.....	13
4.3.3 Ideeën voor het eigen handelen in de huisartspraktijk	16
A) Koppelen aan andere preventie / GMD+ / preventie systematisch aanpakken.....	16
B) Uitnodigingsbrief vanuit huisartspraktijk.....	16
C) Inloopspreekuur	17
D) Een aanleiding om cervix-uitstrijkje ter sprake te brengen	17
E) Nood aan nascholing en overtuigend info-materiaal.....	18
4.3.4 Ideeën voor ondersteuning buiten de huisartsenpraktijk.....	19
A) Financiële maatregelen	19
B) Uitgebreide mediacampagne	20
C) Taakdelegatie en centraliseren.....	20
D) Succesfactoren uit buitenland uitproberen	21
4.3.5 Bedenkingen	21
4.4 Voelen huisartsen zich aangesproken om deze taak op te nemen? Zijn ze bereid zich te engageren om de niet-gescreende vrouwen te bereiken?	22
4.5 Voorstellen onderzoekers	24
4.5.1 Uitnodigingsbrief laten ondertekenen door de huisarts	24
4.5.2 Self-samplingkits in de huisartsenpraktijk	25
5. SAMENVATTING EN CONCLUSIES	26
5.1 Samenvatting	26
5.2 Kanttekeningen.....	27
5.3 Voorstellen voor concrete interventies op korte termijn.....	27

<i>5.4 Aanbevelingen voor structurele beleidsmaatregelen</i>	28
BIJLAGE 1: Informatie-nota focusgroep	29
BIJLAGE 2: Informatiebrief	30
BIJLAGE 3: Toestemmingsformulier	31

1. KORTE SCHETS VAN DE AANLEIDING VOOR DIT ONDERZOEK

In 2015 vonden verkennende gesprekken plaats om huisartsen te betrekken in een eventuele interventiestudie opgezet vanuit het Centrum voor Kankeropsporing en Domus Medica. Tijdens deze gesprekken werd duidelijk dat het van cruciaal belang is om voorafgaand een idee te hebben wat huisartsen zelf haalbare en aanvaardbare interventies vinden alvorens deze op te nemen in een trial. Om dit in kaart te brengen, leek een focusgroepstudie bij huisartsen het meest geschikt. Meer in het bijzonder wilden we peilen naar de ideeën van huisartsen over hun rol in de preventieve screening naar baarmoederhalskanker (BMHK), over wat volgens hen noodzakelijke randvoorwaarden zijn, wat zij goede en haalbare interventies vinden en hoe zij denken te kunnen bijdragen aan het bereiken van de vrouwen uit de doelgroep die zich nu niet laten screenen.

2. METHODE

2.1 Data-verzameling

Steekproef. Het organiseren van focusgroepen leek de meest geschikte methode om een antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvragen. Om binnen het beperkte tijdsbestek voldoende participatie aan de focusgroepen te bekomen, werd besloten om LOK-verantwoordelijken uit te nodigen een focusgroep tijdens één van hun bijeenkomsten te organiseren. Om de interferentie met het geplande onderzoek rond HPV self-samplingkits zo minimaal mogelijk te houden, schreef Domus Medica in eerste instantie enkel LOK-verantwoordelijken in Oost-en West-Vlaanderen aan. Hierop reageerden twee LOKs positief. Om de responsrate te verhogen, werden vervolgens ook LOKs in Vlaams-Brabant en Antwerpen uitgenodigd. Hierop reageerden eveneens twee LOKs. Omdat de groep tijdens één van de LOKs relatief groot was en de accommodatie toeliet dat we de groep in twee deelden, resulteerde één LOK-bijeenkomst in twee focusgroepen (elk begeleid door één van de onderzoekers).

Naast recrutering via LOKs deden de onderzoekers ook een oproep aan de huisartsen werkzaam op de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent. Deze zesde focusgroep bood tegelijkertijd ook een antwoord op de noodzaak om meer vrouwelijke artsen alsook artsen actief in een groepspraktijk in het onderzoek te betrekken.

Aanloop focusgroep. Twee onderzoekers (Veerle Piessens en dr. Kaatje Van Roy) begaven zich naar de respectievelijke LOK-bijeenkomsten, die plaatsvonden tussen juni 2015 en september 2015. Vooraleer met de eigenlijk focusgroep werd gestart, schetsten de onderzoekers de context van de focusgroep aan de hand van een korte uitleg en bijhorende grafiek (zie bijlage 1). Vervolgens kregen de participanten een informatiebrief betreffende het onderzoek en werd hen het toestemmingsformulier ter ondertekening voorgelegd (zie bijlage 2 en 3). Hierna startte de eigenlijke focusgroep. Met toestemming van de participanten werd de focusgroep met een dictafoon geregistreerd. Tijdens de inleiding werden de participanten ook aangemoedigd om vrij te spreken en werd de vertrouwelijke omgang met hetgeen zou gezegd worden nog eens benadrukt. Om ervoor te zorgen dat de participanten vooral zelf het woord zouden nemen tijdens de focusgroep, werd afgesproken dat eventuele (kennis-gerelateerde) vragen over het onderwerp die tijdens de discussie zouden oprijzen, na de eigenlijke focusgroep konden voorgelegd worden aan de onderzoekers.

Focusgroep. Bij de aanvang van de focusgroep werd de participanten gevraagd om zichzelf kort voor te stellen door hun naam (of eventueel een pseudoniem) weer te geven – dit om de persoon die de audio-opnames zou transcriberen enige richting te geven – en het soort praktijk waar men werkzaam is (solo-, duo- of groepspraktijk).

Bij wijze van introductie in het thema werd aan de participanten gevraagd iets te vertellen over het aantal uitstrijkjes dat hij/zij in een zelf gekozen tijdspanne gewoonlijk doet, alsook hoe en op wiens initiatief (patiënt of arts) dit dan ter sprake komt.

Vervolgens kwamen volgende vragen aan bod, waarop verder werd doorgevraagd door de onderzoekers:

- Zouden huisartsen een rol kunnen opnemen om de niet-gescreende vrouwen uit de doelgroep screening aan te bieden?

- Hoe?

- Welke zijn de randvoorwaarden?

- Welke scenario's kunnen jullie je voorstellen?

- Wat zijn drempels?

- [Indien niet spontaan aan bod gekomen, introduceerden de onderzoekers zelf enkele concrete voorstellen waarover de ideeën van de participanten werd gevraagd]:

- Self-samplingstaaltjes in de praktijk

- Uitnodigingsbrief mee door huisarts laten ondertekenen

- Is dit een rol van de huisarts?

Wil je deze rol opnemen? Vind je dat dit een taak van de huisarts is?

2.2 Data-analyse

Elke focusgroep-opname werd door een externe medewerker getranscribeerd en vervolgens door een onderzoeker geverifieerd op juistheid. Nadien onderwierpen beide onderzoekers elk van de transcripten aan een thematische analyse. Dit betekent dat voor de onderzoeksvragen relevante uitspraken en ideeën een code of label werd toegekend. Vervolgens werden deze codes gestructureerd en geclusterd tot hogere-orde thema's. Dit gebeurde in onderling overleg tussen beide onderzoekers. Voor deze data-analyse werd gebruik gemaakt van het software-programma NVivo 10.

3. BESCHRIJVING PARTICIPANTEN

Focusgroepen. In totaal werden 6 focusgroepen georganiseerd op 5 verschillende locaties. Hiervan vonden er 4 plaats tijdens LOK-bijeenkomsten en 1 op de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent.

Individuele participanten. In de 6 focusgroepen participeerden in totaal 38 huisartsen. Er namen meer mannelijke huisartsen, oudere huisartsen en huisartsen werkend in een solo-praktijk deel aan dit onderzoek (zie Tabel 1 voor meer details).

	FG 1	FG 2	FG 3	FG 4	FG 5	FG 6	TOTAAL
# deelnemers	6	6	6	10	5	5	38
Man/vrouw	5/1	5/1	5/1	8/2	5/0	1/4	29/9
Leeftijd <35/35-55/>55	0/2/4	1/0/5	0/4/2	4/2/4	0/1/4	1/3/1	6/12/20
Solo/duo/groep	5/1/0	3/2/1	3/1/2	4/0/6	5/0/0	0/0/5	20/4/14

Tabel 1. Beschrijving deelnemers focusgroepen

4. BEVINDINGEN

In dit deel zullen we de belangrijkste ideeën bespreken die in de focusgroepen aan bod zijn gekomen. Deze ideeën zullen vaak met citaten van participanten geïllustreerd worden. Korte interventies van de onderzoekers die van belang zijn om het citaat in zijn context te schetsen worden onderlijnd weergegeven.

4.1 Huidige ervaring met BMHK-screening

4.1.1 Frequentie

Globaal worden er weinig uitstrijkjes genomen. Sommige huisartsen doen helemaal geen uitstrijkjes meer. De meesten doen ongeveer 1 uitstrijkje per maand. Bij enkele huisartsen gebeurt dit toch wat frequenter (2 à 3x/maand) en één huisarts doet 2 tot 3 uitstrijkjes per week.

De huisartsen geven spontaan ook nader toelichting waarom ze bijna geen uitstrijkjes meer doen. De oudere huisartsen vertellen dat hun patiëntenpubliek ook mee verouderd is en niet meer in de doelgroep voor cervixkankerscreening zit. De meeste huisartsen geven aan dat ze vroeger veel meer uitstrijkjes deden, net zoals ze vroeger algemeen veel meer gynaecologische problemen behandelden. Hun patiëntes consulteren hiervoor nu een gynaecoloog. Enkele huisartsen zeggen dat ze helemaal niet graag uitstrijkjes doen, soms ook het materiaal niet meer in huis hebben en actief doorverwijzen naar een gynaecoloog.

“Maar, ik zou zeggen, dat gebeurde jaren geleden natuurlijk regelmatig he. Met het verouderen verandert ook het cliënteel enzomeer, en veranderde ook de pathologie die ge ziet, maar dus enkele jaren terug gebeurde dat bij wijze van spreken regelmatig.” (FG 4)

4.1.2 Initiatief

Bij de meeste huisartsen gebeurt het uitstrijkje op initiatief van de patiënt. Het gaat hier dan meestal over vrouwen die al jaar en dag gewoon zijn om hiervoor bij de huisarts te komen.

“Dat zijn dikwijls patiënten die ge al langer kent, die al jarenlang patiënt zijn en die inderdaad van vroeger al uitstrijkjes gehad hebben. (...) Ik moet nu zeggen, bij mijn weten, jonge vrouwen of een vrouw met jonge kinderen die mij komt vragen voor een uitstrijkje, (...) ik denk niet dat dat voorkomt. En als ge dat dan al voorstelt in een breder kader van preventie – zoals voor cholesterol en dergelijke – en ge stelt dat dan voor, dan krijgt ge dan wel het antwoord: ja maar dat doet mijn gynaecoloog.” (FG 5)

Een aantal huisartsen vermelden dat ze recent, n.a.v. GMD+ of een gelijkaardige ondersteuning vanuit hun softwarepakket, zelf ook actief het uitstrijkje ter sprake brengen.

“Bij mij is het ook eerder beperkt, een aantal per jaar. Vier, vijf of zoets, ‘t zal niet meer zijn. Dat is dan op vraag van de patiënt of in het kader GMD+ dat we het overlopen hebben en dat we dan een afspraak maken voor een volgende keer.” (FG 2)

Een aantal huisartsen heeft niet de ervaring dat vrouwen ooit zelf naar een uitstrijkje komen vragen. Zij brengen het ter sprake bij een intakegesprek of nemen het op in de planning en brengen het dan tijdens een consultatie ter sprake. Het gemakkelijkst gebeurt dit n.a.v. een vraag voor anticonceptie.

“Eigenlijk denk ik dat ik het nog quasi nooit heb meegemaakt dat een patiënt zelf om een baarmoederhalsuitstrijkje kwam vragen. Wanneer dat het standaard aan bod komt is bij de nieuwe patiënten die een intake meebrengen waar dat preventie er sowieso in zit. Dus als het dan al lang geleden is, komt dat ter sprake en anders wordt het in de planning gestoken. En wanneer ik het ook meestal voorstel is als ik het zie staan in de planning maar dan hangt het er ook van af, in de winterperiode moet ik toegeven dat ik daar minder vaak op let, alhoewel dat het soms wel in de planning staat...” (FG 6)

“Ik zal dat maandelijks doen en ik moet eerlijk zeggen: ik dring daar soms zelf op aan bij patiënten. Vooral ter gelegenheid van de vernieuwing van een pil, kijkt ge naar het dossier en als dat inderdaad drie jaar geleden is dan zeg ik: ge moet eens komen, we gaan eens een uitstrijkje nemen.” (FG 2)

4.1.3 Drempels

Als er geen duidelijke aanleiding is, ervaren huisartsen nogal wat **schroom en aarzeling** om zelf actief uitstrijkjes aan te bieden.

- Dit gaat in de eerste plaats over schroom om een **gynaecologisch (= intiem) onderzoek** ter sprake te brengen tijdens een consult omwille van een andere reden. Dit geldt zeker bij mannelijke artsen.

“Dat we eigenlijk geëvolueerd zijn op 30 of meer jaar, dat het vroeger evident was dat mensen en ook vrouwen bij ons kwamen voor gelijk wat en dat wij nu daar een zekere schroom voor hebben om zulke zaken voor te stellen. Tenslotte is het een intieme handeling die we gaan stellen he en dat we daar als mannen daar toch stillekesaan een beetje voor terugdeinzen.” (FG 3)

- Meerdere **mannelijke huisartsen** geven aan dat de drempel lager is voor hun vrouwelijke collega's. Indien ze de mogelijkheid hebben, zullen ze hun patiëntes voor het uitstrijkje actief doorverwijzen naar de vrouwelijke huisartsen in hun praktijk.

“Het is wel zo, in de praktijk is er een dame, de HAIO is al jaren een dame en het is zo dat de cervixuitstrijkjes, ik zal niet zeggen gedirigeerd, maar toch een beetje gefavoriseerd worden, dat zij de uitstrijkjes neemt. Dus in de praktijk neem ik er één op de maand maar er worden er wel meer genomen door de vrouwelijke artsen.” (FG 3)

- Verder is er ook schroom omwille van de **link met HPV**. Men wil niet insinueren dat de patiënte een SOA zou kunnen hebben.

*“Begrijp ik goed dat je zegt van: er is misschien wat schroom om daar over te praten, om dat te onderzoeken, omdat je dat potje van promiscuïteit niet wilt open trekken?
- Ja.” (FG 1)*

- Men vreest hierdoor **patiënten af te schrikken** en hen eventueel als patiënt te verliezen.

*“- Het is een algemeen beeld van: wij deden vroeger alles, wij waren allemaal mannen, wij deden vroeger alles. En dat dat nu zo een beetje... Ik wil terugkomen op dat beetje schroom om dat voor te stellen eigenlijk als man.
- Ik denk dat jonge vrouwen zich minder geneigd gaan voelen om bij een man te gaan.
- En ik vrees dat als ik daar te veel ga op aandringen, ik ze kwijt ben voor alles he.
- Er zijn ook vrouwen die zich eerder op hun gemak voelen bij een vrouwelijke gynaecologe, als het gaat om een uitstrijkje.” (FG 3)*

- Er is ook aarzeling om patiënten aan te spreken om extra op raadpleging te komen. Men wil immers niet als op **op geld beluste** artsen overkomen.

“Maar zo’n mensen proberen te overtuigen om laat ons zeggen, wat de mensen soms zeggen: jaja, ge maakt reclame voor uw eigen winkel, he.” (FG 4)

- Verder heeft men het gevoel dat het eerder **ongepast** is om bij een contactreden die daar geen aanleiding toe geeft cervixkankerscreening of andere preventie ter sprake te brengen.
- Eén huisarts haalt ook de **eigen onzekerheid** aan omtrent het uitvoeren van uitstrijkje (als technische handeling).

Daarnaast blijkt vooral **tijdsgebrek** een belangrijke reden te zijn waarom men niet zelf actief het uitstrijkje ter sprake te brengt. De consultatietijd wordt meestal volledig opgebruikt aan de reden of klacht waarmee de patiënt zelf kwam.

“Ik doe er ongeveer twee à drie per maand. Uiteindelijk vind ik het ook nog vrij weinig. Ik moet wel toegeven dat ik het weinig zelf aanbreng en ik denk dat de reden daarvoor tijdsgebrek is. Soms komt het ook wel voor dat patiënten het zelf voorstellen tijdens een consultatie. Maar daarvoor moeten ze wel een nieuwe afspraak maken en dat kan toch ook wel eigenlijk ook wel tot uitstel leiden. En ik vind dat er ook wel wat moet geïnformeerd worden en daar kruipt er ook wel tijd in. Je moet dan gaan zeggen: waarom doe ik dat? Wat houdt het eigenlijk precies in? Wanneer krijgt ge resultaat? Wat zijn de gevolgen van het resultaat? Ik vind dat er toch ook wat informatie aan voorafgaat. En ik denk dat tijdsgebrek, vooral in de winterperiode toch een heel belangrijke factor is.” (FG 3)

Heel vaak wordt er ook gewoon **niet aan gedacht**, mede omdat gynaecologie geen routine (meer) is.

“Er speelt daar nog iets mee. We zijn er soms zodanig van overtuigd ‘ah ja, zij gaan bij de gynaecoloog’ dat er ook zijn waarvan we denken dat ze bij de gynaecoloog gaan en die gewoon nergens gaan.” (FG 3)

“Het probleem dat we tot nu toe hebben, vind ik, dat is als ge vier of vijf of tien uitstrijkskes per jaar doet, dan zit dat nog niet in een routine. En als ge in een routine zit, dan gaat dat veel gemakkelijker he. Dan is het meer een automatisme om daar achter te vragen he.” (FG 4)

Men vindt het ook **demotiverend** om – bij hernieuwde goede voornemens om eens werk te maken van het uitstrijke – telkens het antwoord te krijgen dat men daarvoor bij de gynaecoloog gaat.

Tot slot geven een aantal huisartsen aan dat het misschien toch **geen prioritair gezondheidsprobleem** is. Cervixkanker komt immers heel weinig voor in de praktijk.

“Omdat het veel minder voorkomt, dat de evolutie veel langer duurt, dat ge veel minder mortaliteit hebt, de zin veel minder groot is.” (FG1)

Ook vinden sommige artsen dat bij sommige niet-gescreende vrouwen cervixkankerscreening geen prioriteit is wanneer zij kampen met veel andere problemen.

“Als ik bij mij in de praktijk zie, de dames waar ik direct aan denk van ah ja, die en die, die zouden we al jaren eens op de tafel moeten gehad hebben voor een cervixkankeruitstrijkje. Maar waar dat ge dan bij elke consultatie denkt: ‘Nee, ik moet eerst aan dat gewicht werken, eerst moet die diabetes onder controle.’ En dan is dat veel minder prioriteit, niet alleen van hen uit, maar dat voel ik ook bij mezelf denk ik, die andere dingen moeten nu gewoon, die zijn belangrijker.” (FG 6)

Anderen werpen op zelf niet echt overtuigd te zijn van het nut van BMHK-screening.

“Het is preventie, een taak voor de huisarts, heel zeker. Screening, als het zinvol is... Screening voor cervix ca, drie vraagtekens... Ik wil dus eerst een bord hebben gelijk van Colemont en zeggen: jamaar, wat haalt ge daar uit? Wat zijn de risico's? Dat wil ik eerst weten vooral ik mij daar achter zet.” (FG 1)

4.2 Wat denken huisartsen over de perceptie van BMHK-screening bij hun patiënten?

Veel huisartsen zijn van mening dat vrouwen die niet gescreend zijn, zich eigenlijk **niet willen** laten screenen ('zoeken uitvluchten', 'stellen uit'). Men gaat ervan uit dat alle vrouwen wel weten dat ze zich zouden moeten laten screenen.

Deze huisartsen zien een aantal redenen waarom vrouwen cervixkankerscreening zouden 'weigeren':

- Vrouwen zijn **bang voor het resultaat**, willen niet te horen krijgen dat ze kanker hebben.

“Waarom neemt een percentage niet deel aan borstkankeronderzoek of aan een colonkankeronderzoek? Waarom? Gewoonweg omdat ze bang zijn voor het resultaat.” (FG 1)

- **Financiële redenen** zouden bij sommigen patiënten ook een rol kunnen spelen. Hieraan gekoppeld werd ook een aantal keer opgemerkt dat patiënten soms niet op de hoogte zijn dat men voor een uitstrijkje ook bij de huisarts terecht kan.

“Wel, ik denk dat het een soort verklaring is dat het ten eerste de laaggeschoolden zijn die het minst kapitaalkrchtig zijn en die misschien ook niet goed beseffen dat huisartsen dat doen; die denken dat ze naar een gynaecoloog moeten gaan en dat kost meer geld en die gaan daarom niet direct, ik weet het niet hoor, het is maar een idee, ik weet niet of dat correct is.” (FG 5)

- Patiënten die minder seksueel actief zijn, vermoeden misschien dat het voor hen **niet meer van toepassing** is.
- **Schroom** bij de patiënten omwille van het intieme onderzoek zou ook een rol kunnen spelen. Dit wordt nog verhoogd wanneer het om een mannelijke arts gaat. Het uitstrijkje wordt ook als een vervelend onderzoek ervaren. Dit is volgens de artsen nog veel meer het geval voor vrouwen uit etnisch culturele minderheden.

“- Ik hoor jullie daar zeggen van: allochtone vrouwen. Is dat iets wat dat je weet, wat je al besproken hebt, van een uitstrijkje bij een mannelijke arts? Of is dat iets waar je van uitgaat, dat ze wel liever niet zouden hebben?”

- Ik heb dat historisch zien evolueren. Laat ons zeggen 25 jaar geleden was dat geen probleem. Maar als ik dat nu voorstel, is dat bijna not done. Dat is, ik weet niet hoe dat komt, maar dat is een enorme verschuiving, in de perceptie door de dame zelf of door de familie. Want in de tijd toen ik dat uitvoerde, werden die altijd gechaperonneerd om het zo uit te drukken, er was daar altijd een zus bij ofzo. Maar nu is dat blijkbaar, komt dat niet aan de orde. Heeft dat te maken met een soort fundamentalisering, ik weet het niet, maar ik heb daar geen verklaring voor eerlijk gezegd.” (FG 5)

Een aantal huisartsen reflecteert hierover dat het wel eens zou kunnen dat de vermeende weerstand van deze vrouwen een vooroordeel van de huisarts zelf zou kunnen zijn.

“Ik denk, vanuit mezelf kijkend, dat de drempel meer bij mij ligt om het makkelijk ter sprake te brengen dan misschien bij de patiënten. Ik merk bij mezelf – alhoewel het niet zou mogen – dat bij Nederlandstalige intelligente vrouwen, dat die drempel veel lager ligt om daarover te beginnen dan de 60-jarige dame Turkse met haar broek en haar 5 rokken. Als je dat uitstrijkje neemt, moet daar toch nog een laken of een deken over en toch een beetje blind zitten zoeken. Ja, dat is moeilijker. Ik weet niet of dat de drempel bij hen hoger ligt, maar ik denk dat de drempel bij mij hoger is omdat ik denk dat de drempel bij hen hoger ligt.” (FG 6)

Men vermoedt dat vrouwen die zich niet laten screenen dezelfde personen zijn die **weinig vatbaar zijn voor alle vormen van preventie**, die niet veel met hun gezondheid bezig zijn, of voor wie gezondheid geen prioriteit is omdat ze andere zorgen aan hun hoofd hebben.

“Nu dat zijn mensen die dat heel moeilijk laten doen. Als ge hen daarover aanspreekt, ik heb er die heel veel komen, maar die daarvoor... Ze hebben al genoeg miserie en dan willen ze daar zeker geen kanker verkrijgen. En dat is dan de schrik voor die kanker he. ‘Ik moet dat niet weten ze’.” (FG 2)

Een aantal huisartsen vermeldt dat cervixkanker weinig voorkomt, in tegenstelling tot borstkanker of colonkanker, waardoor het in de hoofden van de patiënten **niet echt een belangrijk probleem** is.

“De schrik is niet zo groot voor baarmoederhalskanker. Dat staat veel verder van hun bed. Als ze eens iemand in de familie hebben die dat meemaken, of een vriendin, of een vriendin van een vriendin, dan is het iets anders.” (FG 2)

Een tweetal huisartsen stelt dat men eigenlijk zou moeten **te weten komen waarom** vrouwen zich niet laten screenen.

“Maar ge moet weten waarom niet he: is het schrik voor kanker, is het gêne, is het schroom? Is het gewoon ja, wat is de reden waarom ze niet komen? (...) En dan blijft de vraag waarop we het antwoord niet kunnen geven: Waarom komen ze niet? Daar zouden we kunnen serieus aan meewerken, dat is juist.” (FG 2)

Eén huisarts pleit ervoor om er toch niet te snel van uit te gaan dat mensen niet geïnteresseerd zouden zijn in preventie.

“Maar wat dat we hebben meegemaakt in de praktijk is op het moment dat de GMD+ dossiers werden afgesloten en dat we dus onze lijst doorstuurden naar al onze patiënten, ongeacht wie of welke sociale klasse, dat we toch vrij veel respons kregen van mensen net uit die kwetsbare groep die met die brief kwamen en die zeiden: we hebben van jullie praktijk een brief gekregen. Ik denk dat dat belangrijk is, daar stond in dat we een afspraak moesten maken.” (FG 6)

4.3 Welke ideeën hebben huisartsen om meer vrouwen te bereiken voor BMHK-screening? Welke randvoorwaarden zijn volgens hen noodzakelijk?

4.3.1 Algemeen

De indruk van de onderzoekers was dat deze vraag voor de participanten **heel moeilijk te beantwoorden** was. Sommige huisartsen verwoordden het letterlijk:

“Ja, dat weet ik niet wat ge daar kunt aan doen.” (FG1)

Vaak werd de vraag hoe niet-gescreende vrouwen bereikt zouden kunnen worden, vervangen door de vraag hoe vrouwen voor het uitstrijkje de weg terug zouden kunnen vinden naar de huisartspraktijk en daarvoor niet meer naar de gynaecoloog zouden gaan.

Een aantal ideeën kwam vaak terug. Andere suggesties werden slechts eenmaal vermeld.

4.3.2 Nood aan info over screeningsstatus

In elke groep kwam naar boven dat de eerste en belangrijkste **RANDVOORWAARDE** die moet vervuld worden is dat huisartsen informatie moeten hebben over de screeningsstatus van hun patiënten.

“Ik denk dat wij eerst en vooral zouden moeten een zicht hebben van: wie heeft een uitstrijkje gehad, dat we heel goed zicht moeten hebben (...), dat je weet van, er is een uitstrijkje geweest. Dat er daar een administratie van bestaat, bij ons of bij iemand anders, maar dat ge weet van: die heeft een uitstrijkje gehad of niet. Daar begint het.” (FG 1)

De doelgroep vrouwen die moet gescreend worden is immers heel groot. Hiervan is 60% al gescreend. Het zou efficiënter zijn mocht men zich kunnen **focussen op de niet-gescreende groep**. Maar gezien de screening momenteel vooral door gynaecologen gebeurt weten huisartsen meestal niet welke vrouwen in hun patiëntenpopulatie wel of niet gescreend zijn. Soms krijgt men wel een verslagbrief van de gynaecoloog of een kopie van het labo, maar dat gebeurt eerder zelden.

“Dan moet ge er achter hangen van: is het gebeurd? En dan liggen rondbellen en bellen. En dan denk ik: als ge het fatsoen hebt van dat door te sturen naar iemand die dat algemeen beheert en naar alles moet kijken. En dat vind ik storend dat dat niet gebeurt. Dus, inderdaad, een gynaecoloog zit in uw vakgebied maar dat zijn geen managers van de rest van het totaalbeeld. Cervixkanker is één van de vele. Dus ja...” (FG 4)

Ook de **patiënt is niet altijd een betrouwbare bron** om deze informatie te weten te komen.

*“- Oh, ik kan weer maar spreken voor onze specifieke groep van patiënten, dat mensen eigenlijk niet weten waarover je het hebt he.
- Heel vaak komt er een antwoord uit van: ‘Oei oei oei, een gynaecologisch onderzoek, het is al héél lang geleden he. En wat voor type onderzoeken en om welke reden?’” (FG 6)*

Er zijn verschillende **IDEEËN** hoe deze informatie-overdracht zou kunnen gebeuren:

- **Gynaecoloog en/of labo zou moeten verplicht** worden om een verslag naar de huisarts te sturen.

“Wat er op dat gebied wel heel belangrijk zou zijn is dat een gynaecoloog verplicht is van aan de huisarts het resultaat door te sturen. Want ge hebt heel veel gynaecologen die een patiënt opvolgen – die zijn van in het begin bij een gynaecoloog – en die vragen zelfs niet: wie is uw huisarts? Die doen dat gewoon cavalier seul. Maar als ge dat natuurlijk kunt zien in een dossier, klik, ja, die heeft al een uitstrijk gehad, dan zijt ge gerust. Gezien dat die om de drie jaar gaan, dan kunt ge die tenminste gerust laten. Dan kunt ge in uw dossier zien : ja, als er iemand nooit naar een gynaecoloog gaat, wij kunnen dat moeilijk zien. Wij moeten dat echt actief zitten te vragen.” (FG 4)

- Het **Centrum voor Kankeropsporing zou de resultaten kunnen meedelen**, naar analogie met de borst- en colonkankerscreening.

“Maar als ge nu zo gelijk dat het project voorgesteld wordt, met ergens vanuit een gecentraliseerd systeem zoals centrum voor kankeronderzoek, of hoe noemt dat, waar ze de gegevens hebben, de deelgegevens per huisarts aan de huisarts bezorgen. In feite is dat een ondersteuning van de praktijk die dan eigenlijk zelf niet door ons moet geregeld worden of gefinancierd maar die ons ter beschikking gesteld wordt.” (FG 3)

- Wanneer het Centrum voor Kankeropsporing een brief naar de vrouw stuurt, zou er best **parallel ook een brief naar de huisarts** verzonden worden zodat die meteen op de hoogte is dat de vrouw tot de niet-gescreende groep hoort. In de brief aan de vrouw dient ook vermeld te worden dat haar huisarts deze brief ook kreeg.

*“- Maar wij weten dat dus niet altijd he.
- Nee, wie er gekregen heeft en wie niet. Moesten wij dat kunnen weten, dat zou ook nog interessant zijn.
- Van colon ca krijgen we dat.
- Dat zou toch simpel moeten zijn dat ge dat doorstuurt he.” (FG 1)*

- Het gebruik van een **centraal raadpleegbare databank** naar analogie met vaccinnet werd ook herhaaldelijk aangekaart. Gynaecologen zouden verplicht moeten worden om hun uitstrijkjes daarin te registreren (vb. naar analogie met de verplichte registratie van het H1N1-vaccin van enkele jaren geleden).

“Als ge ziet dat bijvoorbeeld bij iemand een jaarlijks griepvaccin zetten, dan vragen we dat, en registreren we dat op vaccinnet, terwijl dat dat eigenlijk maar 6 maand belang heeft. Maar de gynaecoloog zou ook kunnen zijn uitstrijkje registreren op vaccinnet. Dat is veel belangrijker.” (FG 4)

- Informatie zou raadpleegbaar moeten zijn **via eHealth of Vitalink**.

“Dus, het zou gemakkelijk zijn als we via dat medium van e-health zouden kunnen zien: inderdaad, daar is een preventief onderzoek gebeurd, een cervix frottis en dan zoudt ge aan de mensen kunnen zeggen: ge hebt nog nooit een cervix uitstrijkje gehad. Of, dat is wel gebeurd, maar dan kunnen we hen informatie geven.” (FG 4)

Het is echter niet zeker – en de huisartsen zijn daar realistisch in – dat de beschikbare informatie over de screeningsstatus dan ook bruikbaar en zichtbaar zou zijn om patiënten te kunnen bereiken. Vaak weet men niet hoe **de informatie zou moeten geïntegreerd worden in het EMD**. Het wordt meestal als omslachtig ervaren en vraagt in elk geval een actieve, aangehouden inspanning.

“Het kan maar in de planning staan als je er zelf iets actief hebt ingestopt. Dat betekent dat je het op dat moment op zijn minst hebt gevraagd of dat er een baarmoederhalskankeruitstrijkje is gebeurd en zo ja wanneer. Of dat je dat toevallig hebt gelezen in een van de verslagen die via een gynaecoloog zijn toegekomen.” (FG 6)

Automatische integratie bijvoorbeeld in het preventieplan van het softwarepakket zou heel welkom zijn, maar tot dusver is dit bij geen enkel van de deelnemende huisartsen het geval. Er zijn wel een aantal huisartsen die tevreden zijn over de plannings- en preventiefunctie van hun softwarepakket.

“We hebben zo een computerprogramma waar dat ge zorgprotocollen kunt in plaatsen. Ik ben die recent beginnen volgen en dat is dan baarmoederhalsscreening, borstkankerscreening, en ik stel dat gewoon voor aan de patiënten en die laten dat dan bijgevolg uitvoeren.” (FG 4)

Er werd tot slot aan de huisartsen gevraagd of ze iets met de informatie zouden doen, in de hypothetische situatie dat alle info wel duidelijk, vlot en zonder moeite beschikbaar zou zijn tijdens de consultatie. Enerzijds voelt men zich wel verantwoordelijk om de screening dan ter sprake te brengen. Anderzijds echter, is het zo dat er ook nu al **pop-ups en meldingen** zijn en dat het er vaak bij inschiet, wegens drukte (winterperiode) of wegens een consultatie die die al helemaal gevuld is met de problemen waarvoor de patiënt consulteert. Dit gebeurt des te meer bij oudere patiënten met multimorbiditeit of bij socio-economisch zwakkere personen.

“Ik heb nu, ik moet eerlijk zeggen, ik geloof dat er 15 van die zaken zijn en ik heb ze eigenlijk behalve GMD vernieuwen allemaal afgevinkt. Waarom? Omdat ge elke keer een pop up, een hele reeks pop ups krijgt als ge uw scherm opent. Op de duur zijt ge dat zo beu van al die pop ups uit te doen, en ook als ge, op welke manier wordt dat programma gewaar dat ze bij de gynecoloog gaan? Ge moet dat dan ergens ook actief gaan noteren.” (FG 3)

4.3.3 Ideeën voor het eigen handelen in de huisartspraktijk

A) Koppelen aan andere preventie / GMD+ / preventie systematisch aanpakken

Er zijn verschillende ideeën om het cervixuitstrijkje ter sprake te brengen n.a.v andere vormen van preventie of om preventie in te kaderen in een globale, systematische preventieve aanpak.

Enkele voorbeelden.

- Cervix-uitstrijkje **aankaarten n.a.v andere preventieve vragen** (vb. bloedanalyse, bloeddrukmeting). Niet alle huisartsen zijn hier echter voor te vinden en vinden het wat ongepast.
- **Preventie systematiseren**
 - GMD+ is voor een aantal huisartsen een handige hefboom gebleken om ook cervixkankerscreening ter sprake te brengen, hoewel enkele artsen aangeven dat het volledige GMD+pakket (te) uitgebreid is.

“Er zijn wel opportuniteiten, bijvoorbeeld op het moment dat ge uw GMD+ afneemt, omdat ge toch ne keer kijkt naar de vaccinatiestatus en dat soort zaken. Dan vraag ik ook: hoe lang is het geleden van een uitstrijkje? En is dat inderdaad zoveel tijd geleden, of ‘ik heb dat nog nooit gedaan’, dan ben ik wel bereid om een beetje uitleg te geven en dat te doen. En dan eventueel door te verwijzen.” (FG 1)

- Verschillende huisartsen zouden liefst de preventieconsulten wat systematiseren en zouden het handig vinden mochten patiënten eens per jaar enkel voor preventie op consultatie komen.

“Eigenlijk moet je de mensen afzonderlijk laten komen om dat goed te doen, zoiets. Ge zoudt moeten zeggen: de laatste dag per week, allez zo’n zaken. Denk ik, als ge dat echt goed wilt doen. Maar ik vind nog altijd niet de ideale formule.” (FG 1)

- Een andere arts heeft heimwee naar het witte preventiekaartje van de vroegere WVVH

“Vroeger de WVVH, de wetenschappelijke vereniging van huisartsen – een voorloper van Domus Medica – hadden zo’n witte preventiekaartjes.” (FG 2)

B) Uitnodigingsbrief vanuit huisartspraktijk

In één groep geloofden huisartsen dat **een persoonlijke brief**, verstuurd door de vaste huisarts meer succes zou hebben.

*- “[Die campagne toen] dat was gemeentelijk, ze hebben allemaal een brief gekregen van de gemeente.
- Van de gemeente ja, maar als ge dat zelf stuurt, is dat heel persoonlijk
- Voor een paar dingen heb ik dat toch al zelf gedaan ze. Zo gelijk voor osteoporose heb ik al een keer een brief geschreven, voor bewegingstherapie bij ouderen, valpreventie hebben we al eens geschreven. Dat opgestuurd en daar krijg je toch respons op.” (FG 2)*

Men ziet wel op tegen de **administratieve last** en het opstellen van de doelgroeplijst. Men gelooft dat dit enkel kan mits praktijkondersteuning of in een groepspraktijk.

*“- En is dat iets wat je dan zou doen? Uw patiënten daarvoor een uitnodiging sturen?
- Dat doe ik nu niet neen... Ik zou dat wel doen moest ik ..., want die administratie, [dat vraagt] zodanig veel dat je zegt: het komt daar niet van. Maar niet echt willen neen, het is niet van... ik zou dat wel willen ja. Mijn dochter heeft nog vier jaar , als ze bij mij blijft, dan ga ik dat misschien wel beginnen doen zo, op die manier. Als ge met twee zijt kunt ge betere afspraken maken.” (FG 1)*

Zelf een brief versturen zou als voordelen kunnen hebben dat meteen ook een afspraak kan gegeven worden en dat huisartsen weten dat de vrouw een brief gekregen heeft en ernaar kunnen refereren wanneer de patiënte in de periode erna consulteert.

C) Inloopspreekuur

In twee groepen komt het idee naar boven om één of meerdere momenten in de week te voorzien waarop patiënten – zonder afspraak – kunnen komen, enkel voor het uitstrijkje. Eens dit zou lopen ziet men daar wel het voordeel van in, maar men vreest een lange inlooperperiode, waarbij er geen dames op het inloopspreekuur gaan verschijnen en men zit te wachten. Eventueel zou men, in praktijken, waar veel anderstalige patiënten consulteren op die momenten ook een tolk kunnen voorzien.

“Ik vraag mij af of het ook niet drempelverlagend zou werken, dat je zelfs zou kunnen in buurten waar veel migranten wonen, dat je zou kunnen zeggen: kijk, dan is er een Turkse tolk aanwezig en dan is er een Bulgaarse tolk aanwezig die het je allemaal zal uitleggen.” (FG 6)

D) Een aanleiding om cervix-uitstrijkje ter sprake te brengen

Een aantal huisartsen geven aan dat ze liefst een duidelijke aanleiding hebben om cervixkankerscreening ter sprake te brengen, zoals vb. GMD+ of wanneer ze weten dat de vrouw recent een uitnodigingsbrief ontvangen heeft. Ook een publiekscampagne met veel media-aandacht kan een goede aanleiding vormen. Binnen de eigen praktijk denkt men bijvoorbeeld aan het opstarten van een praktijkproject om het onderwerp systematisch ter sprake te kunnen brengen.

“Wij bereiken de mensen denk ik toch gemakkelijker, maar ge gaat ook ondersteuning moeten hebben om de mensen te bereiken; alleen gaat ge dat niet, als ge zo maar ja, ‘Hebt ge al een uitstrijkje gehad?’ als ze komt voor de bloeddruk... Ik weet niet of dat een ideaal moment is. Eigenlijk moet er daar ergens een aanleiding voor zijn. Gelijk een brief met uw naam dat ze naar u verwijzen. Ik denk dat dat gemakkelijker is.” (FG 1)

“- We gaan er zelfs niet aan denken. Als ge in de routine van een gewone consultatie zit, ze komen inderdaad voor hunne schouder of ditte of datte, ga ik dan niet zeggen: oei, het is precies lang geleden dat ge een uitstrijkje gehad hebt. Dat smijt ge daar niet zomaar tussen.

- Neen, maar als er een project of een...*
- Dan zoudt ge dat kunnen. Dan is er een aanleiding he.*
- Of gelijk of dat ge zegt, in het kader van het GMD+*
- Dat denk ik ook.*
- Dat ge dan zegt van kijk, het is nu de moment.” (FG 2)*

E) Nood aan nascholing en overtuigend info-materiaal

Enerzijds geven artsen aan dat ze nood hebben aan **materiaal** om patiënten te overtuigen van het nut van BMHK-screening. Hierbij spelen factoren als toegankelijk taalgebruik, materiaal in andere talen, beeldmateriaal en pictogrammen een rol.

“Bij darmkanker hebt ge daar dat bord, dat schema van Colemont, kent ge dat? Het is een foto en het is letterlijk een bord dat hij heeft gemaakt – hij heeft het zelfs in het Nederlands en in het Frans gedaan – hoeveel % [kans] dat ge kanker hebt, hoe lang het duurt, hoe het evolueert van een poliepje naar kanker enz. Als ge dat aan mensen uitlegt voor dat ze de test doen, zijn er al zeer veel geneigd om [het te laten doen], en dat leg je nog eens uit op het moment dat er zijn die positief zijn. Maar, waar staat ge met uw uitleg om het risico te gaan bepalen bij mensen voor een cervix?” (FG 1)

Ook **folders en posters** zouden volgens sommigen kunnen helpen, alhoewel niet alle huisartsen geloven in het effect van posters in hun wachtzaal.

“Ik heb van de provincie enkele jaren geleden een grote affiche in de wachtzaal gehangen voor baarmoederhalskankerscreening. Voor zover ik weet heeft nooit geen enkele patiënt mij daarover aangesproken naar aanleiding van die affiche. Ik denk inderdaad dat we meer dus de grotere media moeten gebruiken zoals televisie. Affiches helpen niets.” (FG 5)

Ook bijscholing in **motivationale technieken** zou kunnen helpen om beter in staat te zijn patiënten te overtuigen.

“Technieken om ze beter te motiveren om dat onderzoek te laten doen, mits steun van de overheid of van de instantie... enzomeer.” (FG 2)

4.3.4 Ideeën voor ondersteuning buiten de huisartsenpraktijk

A) Financiële maatregelen

Participanten opperen dat het wegwerken van financiële drempels voor de patiënt de participatiegraad zou kunnen verhogen. Dit gaat enerzijds om drempelverlagende maatregelen en anderzijds om effectieve boetes of financiële stimuli.

○ Drempelverlagende maatregelen

Sommige artsen benadrukken dat het cervix-uitstrijkje **kosteloos** moet zijn voor patiënt.

“Nu, naast de kans op informatie denk ik dat ge die onderzoeken kosteloos moet kunnen doen. Op een of andere manier moet het ziekenfonds die kosten dragen he, want als de mensen er moeten voor betalen gaan ze ook niet komen he. (FG 4)

Daarnaast is er het besef dat **zelfs kleine financiële bijdrage** remmend kan zijn, hetgeen verwijst naar het belang van derdebetalersregeling.

“Ik weet dat de mensen, als het gratis is, gaan ze veel rapper komen. Al is het maar 3€, 4€ of 5 €, als het gratis is gaan ze rapper komen denk ik.” (FG 2)

○ Boete of financiële stimulus

Men speelt ook met het idee om mensen die niet deelnemen aan preventie te **beboeten of de terugbetaling in te trekken** (naar analogie met de tandheelkunde) of – positiever geformuleerd – het remgeld te verlagen wanneer iemand zich wel aan de voorgeschreven preventie houden.

“Bij een tandarts moet ge ene keer per jaar op bezoek geweest zijn of uw terugbetaling valt weg. Dus die mannen hebben het al zover gekregen zo.” (FG 4)

“Ik denk ook altijd, als ge die screening doet, moest ge nu bepaalde leeftijden afspreken: dat moet op die leeftijd gebeuren en dat op die leeftijd om in orde te zijn met uw ziekenkas.” (FG 1)

Anderzijds zouden **financiële stimuli ook langs de kant van de huisarts** kunnen bijdragen tot een hogere screeningsgraad. Eén huisarts oppert dat een goede financiële vergoeding zou stimuleren

“De prijs van uw uitstrijkje zou mogen stijgen. Dat zou ook al stimulerend zijn.” (FG 1)

Eén enkele huisarts oppert het idee van **target-payment**, maar krijgt direct reactie van een collega dat dit tot patiëntselectie zou leiden.

B) Uitgebreide mediacampagne

Enkele huisartsen denken dat een uitgebreide mediacampagne via meerdere kanalen, maar vooral via TV nodig is. Televisie bereikt ook laaggeschoolden, werkt beter dan posters, folders en brieven.

“De TV als medium moogt ge toch niet onderschatten. Ik heb vandaag twee mensen op de consultatie gehad die mij kwamen praten over de pil. Dat is efkes op TV geweest. Een brief, dat komt met de post mee, niemand leest dat. En dat is dikwijls dan in zo’n ingewikkelde taal of woorden geformuleerd dat die laaggeschoolden, die snappen dat niet, die leggen dat opzij, die gooien dat weg. Dus, ik denk dat ge de moderne middelen moet gebruiken.” (FG 5)

Ook een ‘**spectaculaire**’ campagne zoals de ‘levensgrote dikke darm’ van de campagne voor colonkankerscreening zou welkom zijn. Het is belangrijk dat deze campagne door huisartsen en gynaecologen samen gebeurt. Huisartsen geven ook aan dat ze graag meer betrokken zouden worden bij het bevolkingsonderzoeken; meerdere huisartsen waren niet op de hoogte dat vrouwen brieven toegestuurd kregen.

“Ik moet zeggen, ik heb ene keer zo’n papier gezien, ik viel bijna van mijn stoel, zo van allez ze zijn in gang geschoten voor cervix...Wij wisten dat niet, ik wist daar totaal niets van he.” (FG 3)

Vooraf de **brede ondersteuning van preventie** spreekt artsen aan.

“Dat doet mij denken aan antibiotica. De overheid heeft via de tv telkenmale gezegd: ‘antibiotica is niet goed’. Nu kunt ge al tegen de mensen zeggen: ‘ik schrijf geen antibiotica voor. Ge weet toch...’. We hebben de media mee. Dat doet veel. Allez, ik vind dat toch tegenwoordig, tegenover tien jaar terug. Dat doet wel wat. Dus als ge de media meehebt...” (FG 2)

Dergelijke mediacampagnes zouden als doel moeten hebben:

1. mensen bewust maken van het probleem, want in tegenstelling tot bijvoorbeeld borstkanker, wordt cervixkanker veel minder als probleem erkend.
2. mensen correct informeren (hoeft maar om de 3 jaar, ook blijven doen op wat oudere leeftijd, kan bij de huisarts,...)
3. als het via een zichtbare campagne leeft, is voor de huisarts een aanleiding om er tijdens de consultatie ook over te beginnen.

C) Taakdelegatie en centraliseren

Eén huisarts stelt dat het uitstrijkje eigenlijk niet door een arts dient te gebeuren. Deze technische handeling kan ook door paramedisch personeel gedaan worden. Een arts moet zich kunnen bezig houden met afwijkende resultaten of complexe situaties.

“Moet dat eigenlijk bij de huisarts vraag ik mij af, zo die routine-onderzoeken? We zitten hier allemaal te zeggen: wij hebben daar eigenlijk geen tijd voor. Dat is een belasting. (...) En dat wij ons vooral bezig houden met afwijkende resultaten die moeten opgevolgd worden” (FG 6)

Op dat idee verder bordurend komt ook het voorstel dat het nemen van uitstrijkjes dan ook wel centraal vanuit het bevolkingsonderzoek zou kunnen uitgevoerd worden, vb. iemand die uitstrijkjes komt doen in de huisartspraktijk of vanuit een ‘uitstrijkjesmobiel’.

“Voor mij zou dat op bevolkingsniveau mogen georganiseerd worden zoals men een beetje doet bij de borstkankerscreening. Dat wij dus op de hoogte gebracht worden en dan echt al onze energie stoppen in het opvolgen van een afwijkend resultaat wat dat denk ik veel belangrijker is misschien dan dat wij die routinezaken doen die ja, die eigenlijk alleen maar tijd kosten.” (FG 6)

De bedenking wordt echter gemaakt of het dan niet dezelfde nu reeds gescreende vrouwen zouden zijn die daarop af zouden komen.

“Ik ben aan het denken, natuurlijk mag dat van mij. Maar dan denk ik maar dat we daar dezelfde populatie op gaan aantrekken. Gaan we dan in zo’n mobiel gemakkelijker...?” (FG 6)

D) Succesfactoren uit buitenland uitproberen

Enkele artsen opperden ook dat het nuttig kan zijn om ons licht op te steken in buurlanden waar meer vrouwen voor BMHK-screening bereikt worden.

“Ik denk, ge moet misschien de mosterd niet efkes gaan uitvinden. Wat zijn de landen die een veel beter score halen? Hoe doen die dat? Het kan bijna de Scandinavische landen, ik weet niet of dat correct is, misschien Nederland? En hoe gebeurt dat in die landen en kunnen we daar iets van leren?” (FG 5)

4.3.5 Bedenkingen

- Globaal gezien lijkt het moeilijk haalbaar om het cervixuitstrijkje op opportunistische wijze ter sprake te brengen tijdens een consultatie voor een andere reden (zonder aansluiting bij de RFE). Omwille van tijdsgebrek, omdat men ervan uit gaat dat vrouwen zich hierop willen voorbereiden, omdat het als ongepast en ongemakkelijk ervaren wordt.

“Jamaar, ik sta daar, als ze niet in orde zijn, dan stel ik voor van: daar gaat ge er ne keer moeten voor komen he. Ik vind niet dat ge dat kunt doen op die moment, van te zeggen ah tiens, het is meer dan drie jaar, we gaan dat onmiddellijk ne keer doen. Onvoorbereid hebben de mensen dat niet graag.” (FG 3)

- Men geeft aan dat een hoger bereik trachten te behalen een gigantische grote inspanning zou vragen.

“[Stel dat alle informatie in uw softwarepakket zou zitten,] zou het dan goed lopen? Of zijn er dan toch nog andere factoren die nodig zijn om daar dan mee aan de slag te gaan?”

De factor tijd, de factor energie die ge er moet insteken, de factor inlichting, wat eigenlijk belangrijk is om dat actiever te promoten.” (FG 3)

- Men ziet hier en daar ook wel opportuniteiten mocht men zich inspannen om het beter te doen:
 - De baarmoederhalskankerscreening terug opnemen als huisarts zou automatisch leiden tot terug meer gynaecologie in de huisartsenpraktijk

“Ik denk dat de drempel voor een ander gynaecologisch probleem ook gemakkelijker bij een huisarts zal zijn. Voor kleine gynaecologische dingen moet ge bij een gynaecoloog zijn en als ge ook uitstrijkjes doet gaan ze ook zeggen: oei, ik heb precies een infectie, ik zal naar de huisarts gaan.” (FG 4)

- Meer uitstrijkjes doen zou ook leiden tot een hoger inkomen.

“... en er is... ‘t maakt niet uit of het via ‘t GMD+ is dat ge die stap zet of of via die andere aanschrijving. In feite zijn die 100 vrouwen uit onze praktijk die een brief gehad hebben, in feite is dat een redelijk potentieel aan werk. Als ge bij de helft zoudt een uitstrijkske doen, het is zagezegd een boekske meer per jaar dat ge hebt” (FG 3)

4.4 Voelen huisartsen zich aangesproken om deze taak op te nemen? Zijn ze bereid zich te engageren om de niet-gescreende vrouwen te bereiken?

Veel huisartsen vinden enerzijds dat dit zeker bij hun opdracht hoort, dat het in hun takenpakket zit en dat zij **meer mogelijkheid hebben om deze vrouwen te bereiken.**

“Ik denk dat juist die groep van die twee, dus die oudere vrouwen en zeker de kansarmen, die ook niet bij de gynaecoloog gaan. En dat we daardoor die groep, alle, dat zij die groep nooit gaan bereiken, dat wij veel dichter staan bij de mensen, dat wij enerzijds die ouderen – omdat wij ze vaak voor andere zaken nog zien: menopauzeklachten, andere beginnende ouderdomskwalen, bloedafnames enzo zien – dat wij ergens wel die taak moeten kunnen op ons nemen.” (FG 3)

Ze vermoeden ook dat, mochten ze er hun schouders onder zetten, dit ook succesvol zou zijn. Men stelt tegelijk dan ook vast dat er een aantal redenen zijn om dit dan toch niet op te nemen.

“Ik denk dat ge het actief zelf zoudt moeten organiseren. Moest ge het promoten, dan zou dat wel, dan ben ik ervan overtuigd dat dat wel, dat mensen dat zouden doen, maar dat ge het zult moeten promoten ook he, dat de huisarts het doen he.” (FG 1)

“Maar allez, ik spreek natuurlijk meer voor mij, maar ik ben zelf ook niet gesensibiliseerd. Moest ik dat echt willen, iets voor doen, dan zou ik daar veel meer kunnen voor doen. Ik steek mij weg achter van alles.”(FG 3)

Meerdere huisartsen ervaren ook een **weerstand bij zichzelf om patiënten hierin te dwingen**.

“Ik vind dat mensen ook het recht hebben om te zeggen: ik doe dat niet. Ik vind dat ge mensen ook niet kunt dwingen he. Het is hetzelfde met roken.” (FG 1)

*“- Want als ze zelf zeggen: het interesseert ons niet en we stellen het uit, dan ga je ze ook moeilijk kunnen vatten. Ge kunt niet blijven herhalen, ge kunt blijven herhalen, maar op de duur ja,
- Op de duur wordt het zagen he.” (FG 2)*

Daarnaast vinden huisartsen dat deze verantwoordelijkheid een **gedeelde verantwoordelijkheid** is. Men ziet ook een belangrijke rol weggelegd voor de **overheid**.

“Een verantwoordelijkheid, zeker niet totaal he. Er moet van verschillende kanten meegewerkt worden om aan de kar te steken he. Dat gaat van ja, algemene voorlichtingsprogramma's of projecten of zo. Het mag ook door individuele benadering he. Door de huisarts.” (FG 3)

“Als ge iets preventiefs wilt doen moet ge het veel breder structureren dan op één huisartsenpraktijk, dan moet ge met een campagne met de overheid werken. En daar kunnen wij dan een rol in spelen, dat wij de uitstrijkskes doen he. Da's zeker, maar de organisatie moet breder zijn omdat ge iedereen moet kunnen bereiken.” (FG 2)

Sommige huisartsen zien dit eerder als een **verantwoordelijkheid voor de patiënt zelf**.

“Dan moet ge als arts een grens stellen van: dat wil ik doen of wil ik niet doen. Ik bedoel: ik heb niet de behoefte om de verantwoordelijkheid te nemen om aan al mijn patiënten te gaan zeggen wat dat ze op welk tijdstip moeten doen. Zij zijn verantwoordelijk om dat bij te houden voor hen.” (FG 2)

Huisartsen voelen ook een **spanningsveld in de samenwerking met de gynaecologen**. Het domein is nagenoeg volledig overgegaan naar de gynaecologen en dan is het moeilijk om zich nog echt verantwoordelijk te voelen.

“Want over het algemeen vind ik toch dat dat een soort werk is dat meestal voor een gynaecoloog gereserveerd is. Ik zie dat toch zo. Dus ik vind dat het toch al heel erg moet opvallen opdat ik er mij mee zou bezighouden.” (FG 1)

Men voelt ook aan dat de publieke perceptie is dat huisartsen geen gynaecologie (meer) kunnen.

“En dat staat ook in de krant zo, dat staat in de tijdschriften zo. Dan wordt verwezen. Stel nu dat in een tijdschrift – ik zal de Libelle pakken – dat er een artikel in staat over screening. Weet ge wat de conclusie zal zijn? Meldt u om de twee jaar bij uw gynaecoloog.(...) Wij doen dat precies niet.(...) ‘Kunt gij dat ook?’” (FG 2)

4.5 Voorstellen onderzoekers

Naast de ideeën die de huisartsen zelf aanbrachten werden ook nog twee ideeën door de onderzoekers voorgelegd en gepeild naar het draagvlak daarvoor.

4.5.1 Uitnodigingsbrief laten ondertekenen door de huisarts

Naar analogie met een succesvol experiment voor de uitnodigingsbrieven voor borstkankerscreening werd nagevraagd of huisartsen bereid zouden zijn de brieven die naar hun patiënten gestuurd zouden worden mee te ondertekenen.

- Huisartsen vinden dit globaal een goed idee. Men vermoedt dat het succesvoller zal zijn dan brieven verstuurd vanuit het CvkO. (Dit idee was ook al spontaan naar boven gekomen in enkele groepen.)

*“- Ik denk dat dat een goed idee is. Ik denk dat dat verschil uitmaakt. (...)
- Ja,(...) als die brief uit de praktijk komt of van iemand die wel eens een vertrouwenspersoon zou kunnen zijn, ja, in plaats van een grote overheidsinstantie waar ze misschien niet altijd zo’n goeie ervaringen mee hebben gehad.” (FG 6)*

- Men zou dan meteen zelf op de hoogte zijn wie uitgenodigd wordt en men kan daar dan gemakkelijker in een latere consultatie naar refereren.
- Het zou ook de gelegenheid bieden om die vrouwen eruit te halen bij wie men het niet opportuun acht om een dergelijke brief te sturen, vb. omdat ze momenteel behandeld wordt voor een andere kanker.

“Ah ja, en dat die bijvoorbeeld zegt: die is momenteel met een chemo bezig, die moet ge daar niet mee lastig vallen. Of die heeft een hysterectomie gehad, dat is zinloos. Dat lijkt mij ... dat is niet zoveel werk” (FG 6)

- Eén huisarts vreest dat dit achterdocht zal wekken bij de patiënten.

“Persoonlijk vind ik dat bepaalde mensen gaan dat appreciëren maar een hele groep gaat dat misschien ook niet appreciëren, gaan misschien zeggen: wat doet dien dokter, waarom stuurt dien dokter dat daar nu? Waarom staat zijn handtekening daarop?” (FG 2)

4.5.2 Self-samplingkits in de huisartsenpraktijk

Gezien er een trial start waarbij non-responders een self-samplingkit toegestuurd gaan krijgen, werd ook nagevraagd of het een meerwaarde zou kunnen zijn mochten huisartsen ook over dergelijke self-samplingkits beschikken om mee te geven of de dame direct zelf het staaltje te laten nemen.

- Uit de reacties blijkt dat hierbij nood is aan meer informatie over o.a. sensitiviteit en specificiteit van de screeningstest.

“En hoe betrouwbaar, hoe zinvol is dat? (FG 3)

- Globaal *denkt men* dat dit zeker drempelverlagend zal zijn en vermoedt men dat men de patiëntes wel zal kunnen overtuigen om te komen voor een uitstrijkje mocht de HPV-test positief zijn.

“Voor een aantal mensen zal dat toch al een serieus stuk drempelverlagend zijn. Dat ge zegt: ‘Ge zoudt dat beter een keer doen, dat ge iets meer weet. Ge zijt daarbij niet verplicht. Maar stapsgewijze, ik geloof in de stapsgewijze methode om mensen te overtuigen.” (FG 1)

“Voor sommige dames zou dat, voor allochtone dames zou dat zeker de drempel verlagen.” (FG 5)

- Men heeft wel bezorgdheid dat er veel stress zal ontstaan over de HPV-positiviteit en vreest dat dit een invloed kan hebben op de relatie van een patiëntes met haar partner.

“Maar ja, ik denk dat, dan moet je wel oppassen met al die vals positieven en dan mensen zo nerveus maken. Misschien dat ze daar ook moeten over denken natuurlijk he.” (FG 5)

5. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

5.1 Samenvatting

Huidige ervaring met BMHK-screening

Veel huisartsen nemen weinig tot geen uitstrijkjes meer. Als men toch uitstrijkjes doet, komt het initiatief om een uitstrijkje te nemen eerder van de arts. Enkele huisartsen brengen zelf het uitstrijkje ter sprake n.a.v van een intakegesprek, bij overlopen van het GMD+ of tijdens een consultatie op basis van planning in het elektronisch patiëntendossier.

De voornaamste verklaringen die de huisartsen zelf aanhalen waarom er zo weinig uitstrijkjes gedaan worden zijn:

- Vrouwen gaan voor gynaecologische vragen naar de gynaecoloog
- Verouderende patiëntenpopulatie (vooral bij de oudere huisartsen)
- Tijdsgebrek en schroom om het opportunistisch tijdens de consultatie ter sprake te brengen
- Men vindt het een minder prioritair gezondheidsprobleem

De participerende huisartsen waren in het algemeen van mening dat vrouwen die zich niet laten screenen dit bewust niet willen. Men ziet hiervoor verschillende redenen, zoals angst voor het resultaat, financiële redenen, bezwaar tegen het onaangename onderzoek, geen interesse in preventie, andere prioriteiten en belangen.

Welke ideeën hebben huisartsen om meer vrouwen te bereiken voor BMHK-screening? Welke randvoorwaarden zijn volgens hen noodzakelijk?

De belangrijkste randvoorwaarde is dat huisartsen op de hoogte moeten zijn welke vrouwen gescreend zijn en welke niet. Idealiter wordt deze informatie automatisch in hun softwarepakket geïntegreerd.

Men oppert volgende ideeën voor in de eigen praktijk:

- Preventie systematiseren, vb. n.a.v. GMD+
- Een uitnodigingsbrief vanuit de praktijk laten vertrekken
- Een inlooppreekuur

Verder ziet men – eerder buiten de huisartspraktijk – ook mogelijkheden in:

- Extra financiële maatregelen
- Taakdelegatie en centralisering
- Leren van succeservaringen uit het buitenland
- Mediacampagnes

Voelen huisartsen zich aangesproken om deze taak op te nemen? Zijn ze bereid zich te engageren om de niet-gescreende vrouwen te bereiken?

Huisartsen voelen zich aangesproken om hierin een verantwoordelijkheid op te nemen, maar vooral binnen een gedeelde verantwoordelijkheid, waarin ook gynaecologen, overheid en patiënt een rol te spelen hebben.

Voorstellen onderzoekers

De meeste huisartsen reageren positief op het voorstel om de uitnodigingsbrieven mee te laten ondertekenen door de huisarts. Het idee om in de huisartspraktijk ook selfsamplingkits ter beschikking te hebben ervaart men als drempelverlagend.

5.2 Kanttekeningen

De belangrijkste kanttekening bij dit onderzoek betreft de representativiteit van de participanten. Voor dit onderzoek werden 6 focusgroepen georganiseerd waaraan in totaal 38 huisartsen deelnamen. Hierbij waren jongere alsook vrouwelijke huisartsen ondervertegenwoordigd. Gezien de vervrouwelijking van het artsenberoep geeft dit mogelijk een vertekend beeld. Het is waarschijnlijk dat hier een eerder conservatieve groep artsen beluisterd werd en dat in het beleid verder gegaan kan worden dan wat deze groep voorstelt.

Verder waren de onderzoekers wel de overtuiging toegedaan dat de deelnemers ongehinderd hadden kunnen spreken en dat er dus geen problemen rond sociaal wenselijke antwoorden te rapporteren vallen.

5.3 Voorstellen voor concrete interventies op korte termijn

De **randvoorwaarde** die **prioritair** moet vervuld worden is dat de huisarts vlot kan te weten komen wat de **screeningsstatus** van een patiënte is en dat deze informatie **automatisch in het EMD geïntegreerd** wordt. Wellicht biedt een combinatie van de Vitalink-eerstelijnskluis en de data uit het cyto-histopathologieregister de technologische mogelijkheid om deze gegevens beschikbaar te maken. Eens de data beschikbaar zijn, kan de automatische integratie een criterium worden voor de homologatie van medische softwarepakketten.

De **uitnodigingsbrief mee door de huisarts laten ondertekenen**. Deze interventie zou in één beweging aan meerdere noden tegemoet kunnen komen: huisartsen wensen meer betrokken te worden, ze willen graag een aanleiding om het uitstrijkje ter sprake te kunnen brengen en ze zouden graag op de hoogte zijn welke patiënten wel of niet gescreend zijn.

De **mogelijkheid om HPV-selfsamplingtest te gebruiken in de praktijk** werd positief onthaald. Artsen geloven dat dit erg drempelverlagend kan zijn. Ze geven wel aan eerst geïnformeerd te willen worden over de sensitiviteit en specificiteit van de test. Hierbij kan de vraag gesteld worden of selfsampling dan niet veralgemeend de primaire screeningsstrategie zou moeten worden.

Er is vraag naar het ter beschikking stellen van **info-materiaal in eenvoudige taal en met veel beeldtaal**, idealiter in meerdere talen.

Het idee van een **inlooppreekuur** werd in kader van een masterproef al uitgetoetst in 3 huisartspraktijken en bleek daar geen meerwaarde.¹ Vermoedelijk is een langere inburgeringsperiode nodig. Bij een eventueel hernemen van dit experiment, kan meteen gekozen worden om de stap te zetten naar taakverdeling en zorgsubstitutie binnen de eerste lijn en vb. een vroedvrouw betrekken bij het uitvoeren van de uitstrijkjes.

¹ S. Biot. (2010) "Het 'uitstrijkjesconsult' in de huisartsenpraktijk: een haalbaar initiatief voor het optimaliseren van cervixkankerscreening?"

Een bredere ondersteuning voor screening zou verschillende bestaande drempels voor BMHK-screening kunnen verhelpen. Hierbij werd vooral het nut van **media-campagnes** onderstreept. Deze zouden ervoor kunnen zorgen dat vrouwen meer gesensibiliseerd zijn en dat het uitstrijkje vaker spontaan door patiënten wordt aangehaald tijdens consultaties. Bovendien zou het ook voor artsen een aanleiding kunnen zijn om het onderwerp ter sprake te brengen. Nadeel is echter dat mediacampagnes slechts een kortdurend effect hebben en frequent dienen herhaald te worden.

5.4 Aanbevelingen voor structurele beleidsmaatregelen

Het bereiken van een hogere participatie aan baarmoederhalskankerscreening en de rol van de huisarts daarin kan niet geïsoleerd gezien worden van de organisatie van de gezondheidszorg in het algemeen en de organisatie van baarmoederhalskankerscreening in het bijzonder.

Wat betreft de prioriteit van het probleem en de zinvolheid van screening zou het goed zijn duidelijke informatie te verstrekken, uitgaande van de criteria van Wilson en Jungner². Hierbij moet de analyse naar zinvolheid en efficiëntie meteen voor de diverse screeningsscenario's gemaakt worden, inclusief een getrapte screening met HPV-selfsampling als primaire screening voor alle vrouwen. Daarnaast is het vanuit het perspectief van de burger en van de huisarts noodzakelijk om naast de huidige ziektegerichte benadering een patiëntgericht preventief beleid te hanteren waarbij baarmoederhalskankeropsporing een plaats en gepaste prioriteit dient te krijgen naast de vele andere gezondheidsnoden en preventieve opdrachten.

Gezien de huidige versnippering van taken en verantwoordelijkheden en bijhorend efficiëntieverlies, dringen zich maatregelen op om de zorg beter te echelonneren (zie OESO-aanbevelingen 2005)³.

Ten derde dienen experimenten opgezet te worden met bijzondere aandacht voor subsidiariteit waarbij o.a. het uitstrijkje kan uitgevoerd worden door andere zorgverstrekkers (vb. vroedvrouw).

Een vierde element betreft de financiering: betaling per prestatie werkt remmend voor zowel patiënt als huisarts.

Een vijfde element betreft het verhogen van de performantie van het EMD, met name wat betreft de rechte integrale integratie van informatie uit centrale databanken in het individuele elektronisch patiëntendossier.

² Wilson J, Jungner G., *Principles and Practice of screening for disease*. WHO, 1968.

³ OECD, *OECD Economic Surveys: Belgium 2005*. OECD Publishing

BIJLAGE 1: Informatie-nota focusgroep

FGG - Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker - kunnen huisartsen niet gescreende vrouwen bereiken?

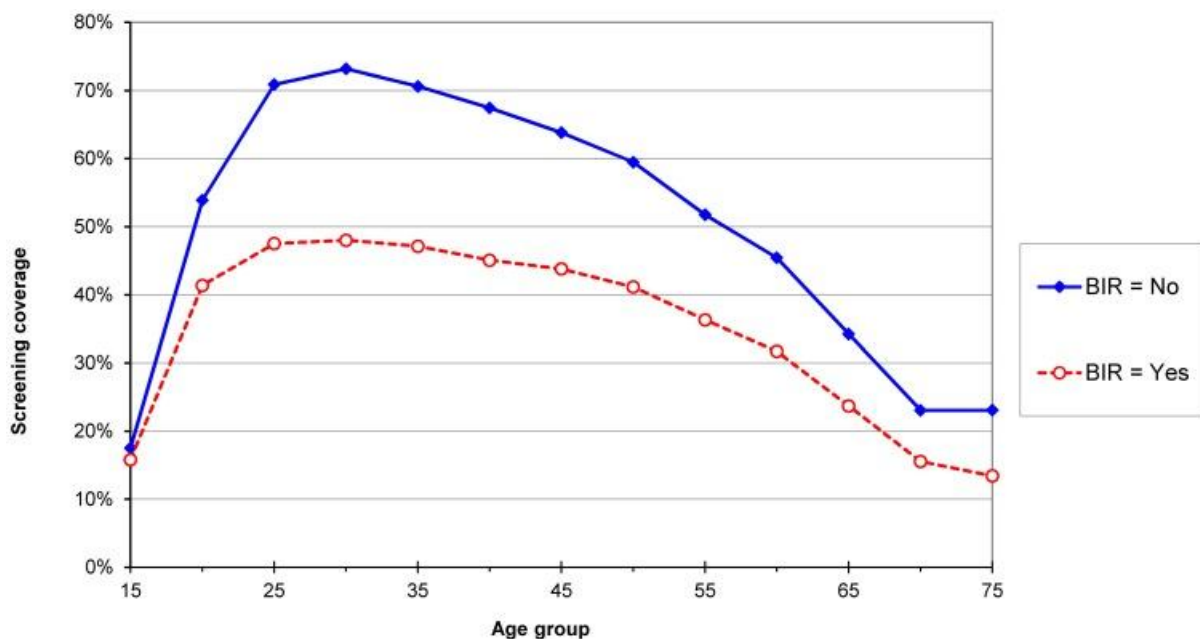
Achtergrondinfo

Sinds 2013 organisatie BMHK-screening via Vlaamse overheid (CvKO): vrouwen die voorbij 3 jaar niet gescreend geweest zijn, krijgen een uitnodigingsbrief.

Voordien geen uitnodigingsbrieven behalve in Vlaams-Brabant en Antwerpen.

Sturen van uitnodigingsbrieven heeft voorsnog weinig effect op de participatiegraad. De participatiegraad (1 uitstrijkje om de 3 jaar) blijft al veel jaren rond de 60% hangen [1].

Het zijn vooral armere en oudere vrouwen die niet gescreend worden.



Three-year screening coverage by age and by socio-economic status, defined as beneficiary or not beneficiary of increased reimbursement (BIR), Belgium, 2004

1. Arbyn, M., et al., *Attendance at cervical cancer screening and use of diagnostic and therapeutic procedures on the uterine cervix assessed from individual health insurance data (Belgium, 2002-2006)*. PLoS One, 2014. **9**(4): p. e92615.

BIJLAGE 2: Informatiebrief



Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Informatiebrief focusgroepen baarmoederhalskankerscreening

Geachte dokter,

Het is aangetoond dat baarmoederhalskankerscreening een zinvolle preventie is. De Vlaamse overheid organiseert sinds 1 juni 2013 een bevolkingsonderzoek voor vrouwen vanaf 25 tot 64 jaar. Vrouwen die de voorbije 3 jaar niet gescreend werden, krijgen een uitnodigingsbrief. Het sturen van uitnodigingsbrieven heeft echter vooralsnog (te) weinig effect op de participatiegraad. De participatiegraad (1 uitstrijkje om de 3 jaar) blijft al vele jaren rond de 60% hangen. Het zijn vooral armere en oudere vrouwen die niet gescreend worden. Omdat vele van deze vrouwen wel degelijk de huisarts consulteren, zou deze laatste een betekenisvolle rol kunnen spelen in het bereiken van een grotere groep vrouwen.

Mogelijks wordt de cytologische screening in de toekomst (gedeeltelijk) vervangen door HPV-screening. Hiervoor bestaat ook een self-sampling kit waarbij vrouwen zelf een vaginale swab afnemen en deze per post versturen. Hierover zal binnenkort een proefproject lopen.

Om dit alles verder te exploreren, organiseert de Universiteit Gent in samenwerking met Domus Medica en het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) enkele focusgroepen met huisartsen. Op deze manier willen we een idee te krijgen van wat huisartsen zelf haalbare en aanvaardbare interventies vinden, hoe huisartsen hun rol in de preventieve screening naar baarmoederhalskanker percipiëren, hoe zij denken te kunnen bijdragen aan het bereiken van vrouwen die zich nu niet laten screenen, wat hierbij eventuele drempels zijn, wat noodzakelijke randvoorwaarden zijn,...

Deze focusgroepen zullen auditief geregistreerd worden teneinde de verschillende ideeën over de verschillende focusgroepen heen te kunnen bundelen. Nadien worden deze opnames getranscribeerd. Wij garanderen dat de verkregen gegevens op vertrouwelijke en discrete wijze verwerkt en bewaard worden. Over de resultaten van onze data-verzameling en –analyse zal gerapporteerd worden tijdens de volgende bijeenkomst van de werkgroep baarmoederhalskankerscreening.

Zoals wettelijk bepaald (cfr Belgische experimentenwet van 7 mei 2004), is een foutloze aansprakelijkheidsverzekering afgesloten voor eventuele schade die voortvloeit uit dit onderzoek, ook al gaat het hier slechts om een focusgroeps gesprek. Deze studie werd tevens goedgekeurd door het Ethisch Comité van UZ Gent. Deze goedkeuring hoeft hoegenaamd geen aanzet te zijn tot deelname aan deze studie.

Indien u verdere vragen heeft over dit onderzoek kan u deze nu of later voorleggen aan de onderzoekers.

Wij danken u alvast heel hartelijk voor uw medewerking!

De onderzoekers

Veerle Piessens (Veerle.Piessens@UGent.be)

& dr. Kaatje Van Roy (Kaatje.Vanroy@UGent.be)

Supervisor: prof. dr. Sara Willems (Sara.Willems@UGent.be)

BIJLAGE 3: Toestemmingsformulier



Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Informed consent focusgroepstudie baarmoederhalskankerscreening

Ondergetekende,, verklaart hierbij,

- (1) dat ik uit vrije wil deelneem aan dit onderzoek.
- (2) dat ik op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten, zonder dat ik hiervoor een reden moet opgeven en zonder enig nadelig gevolg.
- (3) dat ik toestemming geef aan de onderzoeker om de resultaten van het onderzoek op vertrouwelijke en discrete wijze te verwerken en te bewaren. De delen die voor rapportering worden gebruikt, worden geanonimiseerd.
- (4) dat ik toestemming geef aan de onderzoeker om de gesprekken op band op te nemen.
- (5) dat ik op de hoogte ben dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan bekomen.
- (6) dat ik duidelijk geïnformeerd ben en de informatiebrief heb gelezen, dat ik ook de kans heb gekregen om vragen te stellen en hierop een bevredigend antwoord heb gekregen. Ik begrijp het onderzoek waaraan men mij gevraagd heeft deel te nemen.

Gelezen en goedgekeurd op (datum)

De deelnemer,

..... (handtekening)

