Karen Smets

**Cervixkankerscreening**

**Aanpak in de huisartsenpraktijk**

**Handleiding voor de moderator**

Handleidingen voor Kwaliteitsbevordering,

*Antwerpen*

*2014*

Domus Medica vzw

BELANGRIJK!

Het is niet de bedoeling dat dit programma schools wordt gevolgd. Het is wel de bedoeling dat de deelnemers een idee krijgen hoe ze aan kwaliteitsbevordering in hun praktijk kunnen doen. Peer-review onder collega’s is hiertoe een ideale basis.

Veel succes!



Deze Handleiding voor LOK-groepen werd ontwikkeld met steun van de Vlaamse Gemeenschap

**INHOUD**

[1. DOEL 4](#_Toc366757498)

[2. TAKEN VAN DE MODERATOR 4](#_Toc366757499)

[A. Voorbereiding van de LOK-vergadering 4](#_Toc366757500)

[B. Het programma zelf 6](#_Toc366757501)

[⦁ ALGEMEEN 6](#_Toc366757502)

[1. Voorbereiding voor de start van het programma 6](#_Toc366757503)

[2. Tijdschema van het programma 6](#_Toc366757504)

[3. Voorstelling van expert en toelichting bij het programma 6](#_Toc366757505)

[4. Casuïstiek 6](#_Toc366757506)

[5. Take Home Messages 7](#_Toc366757507)

[6. Evaluatie 7](#_Toc366757508)

[3. CASUÏSTIEK 8](#_Toc366757509)

[4. DIA’S 14](#_Toc366757511)

[5. OVERZICHT VAN DE BIJLAGEN 14](#_Toc366757512)

[6. LITERATUUR 14](#_Toc366757513)

[Bijlage 1 15](#_Toc366757514)

[Bijlage 1a 17](#_Toc366757515)

[Bijlage 1b 18](#_Toc366757516)

# 1. DOEL

* Dit LOK-programma gaat over de aanpak van cervixkankerscreening in de huisartsenpraktijk.
* Dit LOK-programma heeft tot doel de huisarts te ondersteunen in
* Het detecteren van vrouwen bij wie het laatste normale uitstrijkje dateert van méér dan 36 maanden geleden,
* De wijze van afname en aanbieden van het uitstrijkje,
* Het geven van advies voor de opvolging van afwijkende uitstrijkjes en het bepalen wanneer een HPV-test nodig is,
* Het geven van advies over HPV-vaccinatie.
* Wat is de rol van de huisarts in cervixkankerscreening?

De huisarts kan een unieke bijdrage leveren om een groot aantal niet-gescreende vrouwen toch te beschermen. In België worden 1,1 miljoen vrouwen onvoldoende of helemaal niet gescreend. Een aantal vrouwen laat een tijd lang uitstrijkjes uitvoeren bij de gynaecoloog, vaak in het kader van consultaties voor contraceptie. Na de menopauze valt deze indicatie voor raadpleging weg, er worden geen nieuwe afspraken meer gemaakt met de gynaecoloog en dus ook geen verdere uitstrijkjes, terwijl de huisarts ervan uitgaat dat die ergens anders gebeuren. De meeste van die vrouwen zullen wel om andere redenen een huisarts raadplegen. De huisarts kan van deze contacten gebruikmaken om na te gaan of de vrouwen binnen het aanbevolen interval gescreend werden. Zo niet, dan kan hij hen informeren en aanbieden het uitstrijkje uit te voeren. Dit sluit aan bij de verwachtingen van de vrouwen dat de huisarts de screening ter sprake brengt. Omdat deze vrouwen geen gynaecologische klachten hebben, is het weinig waarschijnlijk dat zij op eigen initiatief een gynaecoloog gaan raadplegen, die dan het uitstrijkje zou aanbieden.

Daarom moet elke huisartsenpraktijk zelf uitstrijkjes aanbieden en kunnen uitvoeren.

# 2. TAKEN VAN DE MODERATOR

## A. Voorbereiding van de LOK-vergadering

* De MODERATOR
* Is een huisarts – lid van de LOK-groep.
* Hij leidt het programma. Hij bewaakt de timing en het verloop van de discussies.
* De EXPERT
* Is een huisarts – lid van de LOK-groep.
* Hij dient niet noodzakelijk vooraf een bijzondere kennis over het onderwerp te bezitten.
* Zijn taak bestaat erin om na de bespreking van elke individuele casus in plenum aan te geven welk advies op basis van evidentie uit de literatuur, voorop wordt stelt.
* Voorbereiding van deze beide functies:
* Moderator en expert dienen op voorhand de richtlijn “cervixkankerscreening” met zijn opvolgrapporten van Domus Medica en de powerpoint presentatie horende bij dit LOK-programma door te nemen.
* Zowel moderator als expert neemt het programma en de casuïstiek vooraf door.

Praktische aspecten

* Mail vooraf een uitnodiging aan alle deelnemers (u kunt hiervoor de tekst in bijlage 1

aanpassen en plakken in een mail).

* Het programma duurt ongeveer 2 uren. Naarmate de groep groter wordt, duurt het programma langer.
* Kies een ruimte die voldoende groot is. Het programma voorziet immers dat er in kleinere groepjes van 2 tot 4 collegae wordt gewerkt.
* Zorg voor een beamer voor de powerpoint presentatie in bijlage.
* Een flip-over of een bord is handig voor het noteren van de resultaten.
* Uit deze handleiding voor LOK-groepen dient u volgende zaken voor uw LOK-deelnemers **te kopiëren**:

· De casuïstiek (bijlage 2 op het einde van dit document).

· Het evaluatieformulier voor moderator en expert (bijlage 3a).

· Het evaluatieformulier voor de LOK-deelnemers (bijlage 3b).

* Voorzie blanco papier zodat uw deelnemers een en ander kunnen noteren.
* Omdat wij dit programma goed willen afstemmen op de gebruikers, is het noodzakelijk dat zowel moderator, expert als deelnemers het evaluatieformulier invullen. Moderator of expert dienen deze evaluatieformulieren na afloop van de LOK-vergadering naar Domus Medica op te sturen.

## B. Het programma zelf

### ⦁ ALGEMEEN

#### 1. Voorbereiding voor de start van het programma

Installeren van beamer, projectiescherm, tafels schikken voor 3 groepjes.

#### 2. Tijdschema van het programma

Hieronder vindt u een tijdschema van het ganse programma:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tijd** | **Verantwoordelijke** | **Forum** | **Inhoud** |
| Inleiding | 10’ | Moderator en expert | plenum | Voorstelling van huisarts-moderator en huisarts-expert.  Voorstelling van het programma. |
| Oplossen  casuïstiek | 15’ |  | Groepjes | In elk groepje wordt één casus besproken en uitgeklaard |
| Bespreking casuïstiek in plenum | 80’ | groepjes met verslaggever | groepjes + plenum | Plenaire bespreking van de casuïstiek, waarbij de expert toelichting geeft. |
| Conclusies | 5’ | moderator | plenum | Algemene conclusies voor de praktijk |
| Evaluatie | 5’ | moderator | plenum | Expert wordt bedankt. Evaluatieformulieren ingevuld |

#### 3. Voorstelling van expert en toelichting bij het programma

Moderator en expert lichten hun functie binnen deze vergadering toe.

De moderator start met het voorstellen van het programma, hij licht de doelen toe, stelt de indeling van de vergadering voor (dia 2 ) en geeft een korte inleiding op het thema (dia 3).

#### 4. Casuïstiek

De moderator vraagt aan de deelnemers om zich in 3 groepen te verdelen (3 casussen). Per groepje maakt iemand een verslagje.

Deel per groep één casus uit.

De groepen krijgen 15 minuten om de casus te bespreken en uit te klaren.

Daarna wordt elke casus uitgebreid in plenum besproken.

Bespreking **in plenum**:

Elke casus wordt afzonderlijk voorgesteld (*dia’s 5 t.e.m. 21*);

Begin bij casus 1, stel deze voor (*dia 5)* . Laat de verslaggever van het groepje, die deze casus heeft opgelost, vertellen over wat in zijn groepje besproken werd.

Vervolgens laat u de andere LOK-deelnemers (van andere groepjes) aan het woord:

“Wie heeft hier ervaring mee?” , “Vertel eens.” , …

Interactieve discussie is zeker mogelijk; de **moderator** kan hierin wat helpen om de discussie in goede banen leiden. **Blijf als moderator steeds in een neutrale positie.**

Geef de mogelijkheid aan de deelnemers om ervaringen, bedenkingen, ...te formuleren.

Nadat iedereen zijn mogelijke inbreng heeft gehad, kan de expert toelichten wat wordt vooropgesteld in de richtlijn “cervixkankerscreening”. De expert volgt hiervoor de powerpointpresentatie die de belangrijkste onderwerpen van de richtlijn voorstelt.

De moderator kan daarna trachten om met de LOK-deelnemers tot een consensus over een

bepaalde aanpak te komen, maar houdt er steeds rekening mee dat deze **consensus dient te stroken met de huidig geldende aanbevelingen van de richtlijn “cervixkankerscreening”**.

Voor de volgende casussen wordt op dezelfde manier gewerkt.

De moderator zorgt ervoor dat de casusbesprekingen binnen de toegelaten tijd blijven.

#### 5. Take Home Messages

(*Dia 22, 23, 24*)

De moderator overloopt de take home messages vermeld op de dia.

#### 6. Evaluatie

Uw mening over deze handleiding is voor ons belangrijk: op die manier kunnen we ingaan op eventuele wensen of opmerkingen, om zo het pakket nog te optimaliseren.

Wij willen daarom aandringen op het **invullen van de evaluatieformulieren**, zowel door de

moderator, door de expert als door de deelnemers, en deze naar het secretariaat van Domus

Medica terug te sturen. Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen.

# 3. CASUÏSTIEK

## Casus1*(Dia 5)*:

Kelly, 28 jaar. Samen met haar vrouwelijke partner heeft ze 2 kinderen. Kelly is van beide kinderen zwanger geweest. Het jongste is 9 maanden oud. Ze komt bij jou op raadpleging wegens vaginale jeuk en afscheiding.

**Vragen casus 1:** (*Dia 6)*

1. Zou jij Kelly een uitstrijkje aanbieden? Waarom wel/ waarom niet?
2. Welke vragen zou je bijkomend aan Kelly stellen? Waarom stel je deze vragen?
3. Stel je doet een uitstrijkje. Welke informatie geef je, alvorens je het uitstrijkje afneemt?
4. Hoe neem je het uitstrijkje af?

***Toelichting aan moderator en expert:***

Uiteraard laat de moderator eerst de LOK-deelnemers aan het woord. Daarna kan je putten

uit de volgende dia’s die de richtlijn toelichten:

M.b.t. vraag 1: *Dia 7*

Aanbeveling: de doelgroep voor screening wordt gevormd door alle vrouwen die ooit seksueel actief waren en in de leeftijdsgroep van 25 t.e.m. 64 jaar zitten. (GRADE 1C)

Starten met screening voor 25 jaar geeft weinig baten en veroorzaakt behandeling van CIN-laesies die spontaan zouden regresseren. De Vlaamse sterftecijfers tonen duidelijk dat sterfte onder dertig jaar aan cervixkanker zeer zeldzaam is. Al zou dit ook voor een deel verklaard kunnen worden door de vroegtijdige en intensieve screening bij jongere vrouwen.

Goed gedocumenteerde studies tonen aan dat vrouwen die regelmatig hebben deelgenomen aan screening en de laatste jaren normale uitstrijkjes hadden, bijna geen voordeel meer halen uit verdere deelname aan screening, eens ze ouder zijn dan vijftig jaar. Toch hanteren de meeste Europese landen een hogere eindleeftijd voor het aanbieden van het uitstrijkje. De Vlaamse Stuurgroep Cervixkankeropsporing stelde tot nu toe 64 jaar als bovengrens. Via de media is het moeilijk de nuances over te brengen rond al dan niet normale uitstrijkjes in de periode voor 50 jaar. Om die redenen bevelen de auteurs aan om zeker tot 64 jaar systematisch de screeningstoestand na te gaan en uitstrijkjes uit te voeren.

Vaginale ontsteking/ infectie: de aanwezigheid van overtollig bloed en/of ontstekingscellen verhindert dat de cytoloog een duidelijk zicht krijgt op de epitheelcellen. Hierdoor kan eventuele pathologie worden gemaskeerd, terwijl de sensitiviteit van de screeningstest verlaagt.

M.b.t. vraag 2: *Dia 8*

Vorig uitstrijkje: na een uitstrijkje heeft het cervicale epitheel minimaal zes weken nodig om te regenereren. Het is daarom aanbevolen minstens 3 maanden te wachten om een controle-uitstrijkje te maken om vals-negatieve resultaten te vermijden.

Cervixchirugie: indien minder dan 3 maanden geleden, kunnen reparatieve veranderingen aanleiding geven tot vals-positieve resultaten.

Borstvoeding en zwangerschap: Wacht met screenen tot minstens 3 maanden na borstvoeding en zwangerschap. De kans op vals-positieve resultaten door snelle screening na zwangerschap is groot. Vals-positieve resultaten kunnen de patiënten afschrikken om zich in de toekomst nog te laten onderzoeken. (noot 63 van de richtlijn)

Bij recent gebruik van ontsmettingscrème of -vloeistof, glijmiddel, vaginale medicatie (minder dan 48 uren voordien), vaginale douche (minder dan 24 uren voordien), voorafgaande colposcopie met azijnzuur (minder dan 24 uren vooraf): negatieve beïnvloeding van de kwaliteit van het uitstrijkje waardoor mogelijke interpretatieproblemen voor de cytoloog.

Radiotherapie: cytologische afwijkingen na bestraling zijn de eerste maanden het meest uitgesproken, maar meestal gaat men ook belangrijke blijvende afwijkingen zien. Het is belangrijk om die radiotherapie ook na jaren op het aanvraagformulier te vermelden.

Vraag 3: *Dia 9* “risicocommunicatie”

Aanbeveling: elke vrouw moet volledige risicocommunicatie krijgen voor het uitstrijkje uitgevoerd wordt. (GRADE 2C)

Risicocommunicatie is het volledig op de hoogte brengen van de vrouw over alle belangrijke aspecten van de voorgestelde handeling, in dit geval screening. Het reduceert de angst voor cervixkanker.

Voor we het uitstrijkje uitvoeren, informeren we de vrouw over volgende zaken:

* De bedoeling van het onderzoek: We zoeken op de baarmoederhals naar tekens die erop wijzen dat daar kanker zou kunnen ontstaan. Dit met de bedoeling van in te grijpen voor er effectief kanker ontstaat. Vrouwen die geen uitstrijkjes laten maken, hebben 4% kans om cervixkanker te ontwikkelen. Vrouwen die om de vijf jaar een uitstrijkje laten maken, hebben nog (maar) 0,6% kans op een invasief letsel. Als de uitslag normaal was, moet de test om de 36-60 maanden herhaald worden.
* De nadelen en de risico’s van het onderzoek:
* De tijdsbesteding, het zich gedeeltelijk moeten uitkleden, onderzoek van de schede, licht ongemak.
* Kleine kans op lichte bloeding.
* De kans dat het onderzoek herhaald moet worden. In de meeste gevallen is de reden dat het uitstrijkje te onduidelijk was om definitief gerust te kunnen stellen. De test moet dan gewoon herhaald worden (na drie maanden).
* De kans dat de test normaal is, maar dat er toch afwijkingen aanwezig zijn, is 1 op 10, maar die afwijking zal bij een volgend onderzoek nog tijdig ontdekt worden.
* De kostprijs van de test en van eventuele opvolgonderzoeken.

Vanaf 1 januari 2013 worden uitstrijkjes en hun cytopathologische aflezing (incl.HPV bepaling op indicatie) volledig terugbetaald onder de volgende voorwaarden

1. Als er minstens 2 volledige kalenderjaren tussen liggen (bv december 2012 kan terug uitstrijkje vanaf januari 2015)
2. De anatoom-patholoog bepaald of HPV-screening nodig is: dat kan enkel bij ASCUS, ASC-US, ASCH en bij opvolging na behandeling van CIN.AGUS
3. Klassiek uitstrijkje (geen dunne laagpreparaat) worden nog terugbetaald. In geval van antomopathologische noodzaak zal men een herhalingsadvies na 3 tot 6 maand maar dan met dunnelaag en HPV bepaling bij persisterend dysplasie(cytologische afwijking)
4. Uitstrijkjes die omwille van slechte kwaliteit niet cytopathologisch kunnen geïnterpreteerd worden mogen niet aangerekend worden aan patiënte of RIZIV.(art 11 en 6 van KB)
5. Uitstrijkjes voor 25 jaar en na 65 jaar blijven terugbetaald

* Wat er moet gebeuren bij een positief resultaat:
* De kans op een positief resultaat is 3%. Bij een positief resultaat zal in de meeste gevallen het uitstrijkje vroegtijdiger herhaald moeten worden, eventueel met bijkomende voorbereiding.
* Af en toe is een onmiddellijke verwijzing naar een gynaecoloog nodig (voor colposcopie en eventuele biopsie).
* Als 2000 vrouwen opvolgonderzoeken moeten ondergaan, dan zal daar één kanker tussen zitten.

Omwille van de uitgebreide informatieverstrekking die nodig is en de relatief kleine kans dat het onderzoek uitgevoerd moet worden, is het niet uitvoerbaar alle vrouwen op voorhand te informeren over de mogelijkheid dat in het kader van het verdere onderzoek van het uitstrijkje ook een hrHPV-bepaling t(hoogrisico HPV-bepaling) uitgevoerd kan worden.

* Over het effect dat van HPV-vaccinatie verwacht mag worden: bewezen effect op immuniteit, op infectie en premaligne laesies, nog niet op kanker zelf.

Preventie van deze en andere seksueel overdraagbare infecties (= veilig vrijen) blijft nodig. Omdat niet alle hrHPV-types in het vaccin zitten, blijven uitstrijkjes verder nodig.

HPV vaccinatie wordt door het CLB gratis aangeboden aan alle meisjes van het eerste jaar secundair: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/hpv/>

Toedieningsschema en kostprijs buiten het Vlaams vaccinatieprogramma:

Voor Gardasil® IM (HPV types 6, 11, 16, 18) toediening op 0, 2 en 6 maanden:

€ 130,22 per spuit.

Voor Cervarix® IM (HPV types 16, 18) toediening op 0, 1 en 6 maanden:

€ 130,22 per spuit.

Onzekerheid over de duur van de bescherming. Er is geen bescherming voor wie al geïnfecteerd is met de virussen uit het vaccin.

De werkzaamheid tegen dysplasie is bewezen bij jonge meisjes voor de eerste seksuele betrekkingen. Er is veel onzekerheid over het effect voor andere doelgroepen.

Vraag 4: *Dia 10*

Aanbeveling: maak gebruik van de dunnelaagtechbniek voor alle uitstrijkjes (GRADE 1C)

Conventionele uitstrijkjes en de dunnelaagmethode zijn even specifiek en sensitief voor de detectie van hooggradige laesies. De dunnelaagmethode is bovendien duurder. Toch bevelen wij de dunnelaagmethode aan, omdat in een aantal gevallen (3-4%) het herziene opvolgadvies aanbeveelt een hrHPV-bepaling uit te voeren (zie verder). Dit kan alleen gebeuren op een dunnelaagpreparaat. Om bijkomende onderzoeken, kosten en angst bij de vrouwen te beperken bevelen we daarom het gebruik van de dunne laag aan voor alle uitstrijkjes.

Met een cervixuitstrijkje wil men materiaal verkrijgen van de overgangszone tussen exo- en endocervix. Cytologische afwijkingen ontstaan vooral op deze overgang van meerlagig plaveiselcelepitheel naar eenlagig cilindrisch epitheel. Bij vrouwen voor de menopauze ligt de overgangszone vaak exocervicaal: in de postmenopauze ligt deze meer naar binnen.

Deze overgang is het beste te bereiken met een cervixbrush. De superioriteit van de cervixbrush wordt aangetoond in verschillende studies. Er is een hoger aantal cellen aanwezig in de afname alsook een groter aantal endocervicale cellen. Afname met Ayre-spatel en cytobrush zoals het vroeger gebeurde, is minder efficiënt. Verder wordt nu ook de dunnelaagtechniek gebruikt: na afname wordt het celmateriaal gefixeerd door de cervixbrush onder te dompelen in een potje met speciale vloeistof. Zo is er goede fixatie, geen bloed of slijm en geen verlies van cellen. Deze techniek geeft een significante daling van uitstrijkjes

van matige kwaliteit en een significante toename van detectie van dysplasie.

Opgelet!

**Doe een vaginaal toucher steeds NA het uitstrijkje!** Indien je dit eerst doet, kan dit de kwaliteit van het staal negatief beïnvloeden en interpretatieproblemen geven voor de cytoloog.

**C a s u s 2** *(Dia 11)***:**

Je hebt ondertussen bij Kelly een uitstrijkje afgenomen. Het resultaat: ASC-US. Kelly komt bij jou op raadpleging om het resultaat te bespreken.

**Vragen casus 2:** *(Dia 12)*

1. Is een bijkomende hrHPV-test nuttig?
2. Wat adviseer je Kelly?
3. Kelly heeft gehoord van een vaccin tegen HPV. Ze vraagt je of ze deze bij jou kan krijgen en of ze ineens haar dochtertje van 9 maanden hiertegen kan vaccineren. Wat vertel je Kelly?

***Toelichting aan moderator en expert:***

Uiteraard laat de moderator eerst de LOK-deelnemers aan het woord. Daarna kan je putten

uit de volgende dia’s die de richtlijn toelichten:

vraag 1: *Dia 13*

vraag 2: *Dia 14*

vraag 3: *Dia 15 en 16*

**C a s u s 3** *(Dia 17)***:**

Gerda, 65 jaar. Heeft geen kinderen. Ze heeft ooit wel eens een uitstrijkje gehad, maar dat is al heel lang geleden. Je kent Gerda nog maar pas. Ze heeft nooit echt een huisarts gehad. Ze heeft het financieel niet breed en stelt daarom regelmatig een doktersbezoek uit. Ze komt nu bij jou wegens een bovenste luchtweginfectie.

**Vragen casus 3:** *(Dia 18)*

1. Bied je Gerda een uitstrijkje aan?
2. Welke bijkomende vragen stel je aan Gerda?
3. Wat doe je in volgende gevallen:
4. in speculo zie je een macroscopisch verdacht letsel
5. Het resultaat vermeldt: “kwaliteit van het staal is voldoende, afwezigheid van endocervicale cellen”
6. NILM

***Toelichting aan moderator en expert:***

Uiteraard laat de moderator eerst de LOK-deelnemers aan het woord. Daarna kan je putten

uit de volgende dia’s die de richtlijn toelichten:

Vraag 1: *Dia 19*

Vraag 2: *Dia 20*

Vaginaal bloedverlies: bloedverlies beïnvloedt de kwaliteit van het uitstrijkje negatief, dit geeft interpretatieproblemen voor de cytoloog, daarom wordt bij vaginaal bloedverlies geopteerd om het uitstrijkje uit te stellen tot een gunstiger moment. Bij een postmenopauzale vrouw echter, is vaginaal bloedverlies steeds verdacht en moet je verwijzen.

Vaginale ontsteking/ infectie: de aanwezigheid van overtollig bloed en/of ontstekingscellen verhindert dat de cytoloog een duidelijk zicht krijgt op de epitheelcellen. Hierdoor kan eventuele pathologie worden gemaskeerd, terwijl de sensitiviteit van de screeningstest verlaagt.

Genitale atrofie: Bij afname van een uitstrijkje bij. genitale atrofie loopt men kans op het uitlokken van een endocervicale bloeding. Interpretatie van een uitstrijkje met uitgesproken atrofie is op zich moeilijk en al helemaal bij bloedverlies. Daarom wordt eerst een korte hormonale kuur aanbevolen: Aacefimine ® 2mg/d gedurende 1 maand of Ortho-Gynest ® 1x/week gedurende 6 weken.

Bij recent gebruik van ontsmettingscrème of -vloeistof, glijmiddel, vaginale medicatie (minder dan 48 uren voordien), vaginale douche (minder dan 24 uren voordien), voorafgaande colposcopie met azijnzuur (minder dan 24 uren vooraf): negatieve beïnvloeding van de kwaliteit van het uitstrijkje waardoor mogelijke interpretatieproblemen voor de cytoloog.

Radiotherapie: cytologische afwijkingen na bestraling zijn de eerste maanden het meest uitgesproken, maar meestal gaat men ook belangrijke blijvende afwijkingen zien. Het is belangrijk om die radiotherapie ook na jaren op het aanvraagformulier te vermelden.

Vraag 3: *Dia 21*

# 4. DIA’S

* Zie begeleidende powerpoint-presentatie.

# 5. OVERZICHT VAN DE BIJLAGEN

* Bijlage 1: Uitnodiging voor uw LOK-vergadering
* Bijlage 2: de uit te printen casussen, aantal naargelang het aantal groepjes
* Bijlage 3a en 3b: evaluatieformulieren voor LOK-moderator en LOK-deelnemers

# 6. LITERATUUR

* Richtlijn

##### Bijlage 1

**Uitnodiging LOK-vergadering**

Beste LOK-collega’s,

Hierbij wil ik u uitnodigen op *<datum>*, voor onze volgende LOK-vergadering over:

**Cervixkankerscreening**

Het doel van deze vergadering is kwaliteitsbevordering voor huisartsen bij cervixkankerscreening door een interactieve bespreking van enkele typische casussen.

Het wordt een erg praktijkgericht en interactief gebeuren. Hierbij zullen we worden bijgestaan door <*namen expert(en)*>.

U bent van harte welkom.

Afspraak te *<plaats vergadering>*.

Start: *<uur>*.

Tot dan,

*<naam LOK-verantwoordelijke en/of moderator>*

*Bijlage 2*

**CASUSSEN**

**CASUS 1**

Kelly, 28 jaar. Samen met haar vrouwelijke partner heeft ze 2 kinderen. Kelly is van beide kinderen zwanger geweest. Het jongste is 9 maanden oud. Ze komt bij jou op raadpleging wegens vaginale jeuk en afscheiding.

Vragen casus 1:

1. Zou jij Kelly een uitstrijkje aanbieden? Waarom wel/ waarom niet?

2. Welke vragen zou je bijkomend aan Kelly stellen? Waarom stel je deze vragen?

3. Stel je doet een uitstrijkje. Welke informatie geef je, alvorens je het uitstrijkje afneemt?

4. Hoe neem je het uitstrijkje af?

**CASUS 2**

Je hebt ondertussen bij Kelly een uitstrijkje afgenomen. Het resultaat: ASC-US. Kelly komt bij jou op raadpleging om het resultaat te bespreken.

Vragen casus 2:

1. Is een bijkomende hrHPV-test nuttig?

2. Wat adviseer je Kelly?

3. Kelly heeft gehoord van een vaccin tegen HPV. Ze vraagt je of ze deze bij jou kan krijgen en of ze ineens haar dochtertje van 9 maanden hiertegen kan vaccineren. Wat vertel je Kelly?

**CASUS 3**

Gerda, 65 jaar. Heeft geen kinderen. Ze heeft ooit wel eens een uitstrijkje gehad, maar dat is al heel lang geleden. Je kent Gerda nog maar pas. Ze heeft nooit echt een huisarts gehad. Ze heeft het financieel niet breed en stelt daarom regelmatig een doktersbezoek uit. Ze komt nu bij jou wegens een bovenste luchtweginfectie.

Vragen casus 3:

1. Bied je Gerda een uitstrijkje aan?

2. Welke bijkomende vragen stel je aan Gerda?

3. Wat doe je in volgende gevallen:

a) in speculo zie je een macroscopisch verdacht letsel

b) Het resultaat vermeldt: “kwaliteit van het staal is voldoende, afwezigheid van endocervicale cellen”

c) NILM

##### Bijlage 3a

Handleidingen voor LOK-groepen

Titel

Evaluatieformulier voor de **MODERATOR-EXPERT**

Het programma werd gevolgd door:

**O** LOK (naam en/of nummer, en gemeente):

**O** andere groep:

Score op een schaal van 1 tot 4

1 = helemaal niet akkoord 3= akkoord

2 = niet akkoord 4 = helemaal akkoord

Het onderwerp van deze handleiding is een goed onderwerp binnen de setting van een LOK-groep.

1 2 3 4

De inhoud van de LOK-vergadering is toepasbaar voor de praktijk.

1 2 3 4

Deze handleiding stelt mij als LOK-moderator in staat om kennis, inzicht en vaardigheden m.b.t. gedragsverandering over te brengen aan de LOK-deelnemers (zonder aanwezig expert).

1 2 3 4

De handleiding stelt mij als LOK-moderator in staat om de LOK-leden in de vergadering zelf tot actie te motiveren.

1 2 3 4

Er was goede interactie tussen de moderator en de deelnemers.

1 2 3 4

Heeft u tips, suggesties, kritieken m.b.t. de handleiding?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Welke programmaonderdelen kwamen aan bod?

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

##### Bijlage 3b

Handleidingen voor LOK-groepen

Titel

Evaluatieformulier voor de **DEELNEMERS**

Score op een schaal van 1 tot 4

1 = helemaal niet akkoord

2 = niet akkoord

3= akkoord

4 = helemaal akkoord

Het onderwerp van deze LOK-vergadering is een goed onderwerp binnen de setting van een LOK-groep.

1 2 3 4

Het onderwerp van deze LOK-vergadering is belangrijk voor mijn praktijk

1 2 3 4

De voorgestelde aanpak is toepasbaar in mijn eigen praktijksituatie

1 2 3 4

Na deze LOK-vergadering heb ik intentie om de opgedane ervaring te gebruiken in mijn eigen praktijk

1 2 3 4