Het socio-demografisch en economisch profiel van vrouwen die in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker maar niet deelnemen: een kwantitatief onderzoek in een huisartsenpraktijk in Ardooie

Dr. Elisa Deryckere, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jean-Marie Degryse, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotoren: Dr. Celine Fillieux, praktijkopleider

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2017 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

Bij de totstandkoming van deze masterproef zijn er een aantal mensen die een welgemeend dankwoord verdienen:

Dank aan de patiënten voor hun deelname aan dit studieproject.

Dank aan dr. Eliane Kellen, coördinator van het Vlaams Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), voor de fijne en vlotte samenwerking.

Dank aan mijn promotor, prof. dr. Jean-Marie Degryse, voor het aanreiken van de samenwerking met het CvKO en de vakkundige begeleiding.

Dank aan mijn praktijkopleider/co-promotor, dr. Celine Fillieux, en collega dr. Blomme Jan, voor de hulp, het advies en het geduld die zij hadden gedurende mijn twee-jarige opleiding.

Dank aan mijn vrienden, in het bijzonder mijn huisgenoot dr. Diewke Bageart, die me doorheen het schrijven gesteund hebben.

Dank aan mijn moeder, voor alle kansen die ze me geeft en om in mij te geloven.

Abstract

Inleiding

De morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van baarmoederhalskanker kunnen dankzij een uitstrijkje om de drie jaar, gevolgd door een adequate behandeling van de gevonden letsels, met minstens 80% gereduceerd worden, op voorwaarde dat dit op een georganiseerde manier gebeurt. In 2015 werd een totale dekking van 60,7% vastgesteld. Dat wil zeggen dat, rekening houdende met het feit dat er ook vrouwen zijn die zich laten overscreenen, er een hoop vrouwen zijn die zich niet (tijdig) laat screenen. In de gezondheidsdoelstelling wordt gestreefd naar een dekkingsgraad van 65% tegen 2020. Bijgevolg zijn bijkomende initiatieven nodig om dit te bereiken. Hiervoor is het belangrijk dat we weten wie de niet-deelnemers zijn en wat hun beweegredenen zijn.

Onderzoeksvraag

De opzet van deze studie is het uitvoeren van een kwantitatief onderzoek naar het socio-demografisch en economisch profiel van niet-deelnemers aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Als nevenonderzoeksvragen worden hierbij gesteld: wat is de kennis van niet-deelnemers over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker? En wat zijn hun beweegredenen om zich niet te laten screenen?

Methode

Met de hulp van het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) werd een lijst opgesteld van alle GMD-houdende vrouwen uit de praktijk die in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker maar de voorbije vijf jaren geen uitstrijkje hebben laten afnemen. Sommige vrouwen werden geëxcludeerd omwille van uiteenlopende redenen (niet-geregistreerde totale of radicale hysterectomie, zwangerschap, abortus…). De overige vrouwen werden per brief uitgenodigd om deel te nemen aan een online vragenlijst die beschikbaar werd gesteld op de site van de praktijk. Een papieren vragenlijst werd voorzien voor zij die geen internettoegang hebben. De vragenlijst was opgesteld uit meerkeuzevragen en enkele open vragen betreffende socio-demografische en economische gegevens, gynaecologische gegevens, kennis over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, en beweegredenen tot niet-deelname. De gegevens werden geanalyseerd met behulp van Google Forms en Excel.

Resultaten

Niet-deelnemers behoren tot de hogere leeftijdscategorieën (45 tot en met 64 jaar). In tegenstelling tot voorgaande onderzoeken zijn dit geen allochtone vrouwen met een lagere socio-economische status. Het zijn Belgische vrouwen met een gemiddelde opleidingsgraad en een gemiddeld-tot-hoog inkomen. Een vertekening van de resultaten speelt allicht een rol (kleinschalig onderzoek, korte onderzoeksperiode, homogene onderzoekspopulatie, selectiebias). Gebrek aan kennis, het nonchalant omgaan met uitnodigingsbrieven en schaamte liggen aan de basis van niet-deelname.

Conclusie

Ondanks discongruentie tussen de resultaten van deze studie en die uit voorbijgaande jaren betreffende het socio-demografisch en economisch profiel van niet-deelnemers, blijft het uitermate belangrijk dat we deze vrouwen identificeren en sensibiliseren. Als vertrouwenspersoon is hier een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts.

Inhoudstafel

1. Inleiding 1

2. Oriënterend literatuuronderzoek 2
   2.1. Werkwijze literatuuronderzoek 2
   2.2. Epidemiologie van baarmoederhalskanker 2
   2.3. Ontstaan en ontwikkeling van baarmoederhalskanker 2
   2.4. Risicofactoren van baarmoederhalskanker 3
   2.5. Preventie van baarmoederhalskanker 3
      2.5.1. Het baarmoederhalsuitstrijkje 3
      2.5.2. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 4
      2.5.3. Vaccinatie tegen het humaan papillomavirus 7
      2.5.4. Perspectieven voor de (nabije) toekomst: de HPV-(zelf)test 8

3. Onderzoeksmethode 10
   3.1. Praktijksetting 10
   3.2. Onderzoeksopzet 10
   3.3. Onderzoekspopulatie: selectie en rekrutering 10
   3.4. Uitvoering onderzoek en dataverzameling 11
   3.5. Data-analyse 11

4. Resultaten 12
   4.1. Selectie en respons van de onderzoekspopulatie 12
   4.2. Resultaten van de vragenlijst 13
      4.2.1. Socio-demografische en economische gegevens 13
      4.2.2. Gynaecologische gegevens 14
      4.2.3. Kennisvragen 15
      4.2.4. Beweegredenen tot niet-deelname 17

5. Bespreking 18
   5.1. Dekkingsgraad in de praktijk 18
   5.2. Selectie en respons van de onderzoekspopulatie 18
   5.3. Socio-demografisch en economisch profiel van niet-deelnemers 18
   5.4. Gynaecologisch profiel van niet-deelnemers 18
   5.5. Kennis over (bevolkingsonderzoek) baarmoederhalskanker bij niet-deelnemers 19
   5.6. Beweegredenen bij niet-deelname 20
   5.7. Opmerkingen 21

6. Besluit 22

Referentielijst

Bijlages

1. Inleiding

Wereldwijd is baarmoederhalskanker de derde meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. [1] In België staat dit op de achtste plaats met jaarlijks een honderdtal Vlaamse overlijdens. Baarmoederhalskanker is dus een belangrijk gezondheidsprobleem. Gelukkig is het natuurlijk verloop ervan goed gekend: chronische HPV-infectie leidt tot precancereuze celafwijkingen, waarvan het merendeel spontaan zal verdwijnen, maar sommige evolueren langzaam verder tot baarmoederhalskanker. HPV-infectie is dus een noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde voor het ontstaan van baarmoederhalskanker. Er is een geschikte test beschikbaar om celafwijkingen in een vroeg stadium te detecteren op een eenvoudige manier (geen complexe of dure apparatuur nodig): het baarmoederhalsuitstrijkje. Het vroegtijdig opsporen en behandelen van de gevonden celafwijkingen reduceert de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van baarmoederhalskanker. Screening naar voorstadia van baarmoederhalskanker is dus zinvol. [2]

In opdracht van de Vlaamse overheid organiseert het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) sedert juni 2013 het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Hierbij worden vrouwen uitgenodigd voor wie een baarmoederhalsuitstrijkje is aangewezen. In 2015 werd een totale dekking van 60,7% vastgesteld. Dat wil zeggen dat, rekening houdende met het feit dat er ook vrouwen zijn die zich laten overscreenen, er een hoop vrouwen zijn die zich niet (tijdig) laat screenen. In de gezondheidsdoelstelling wordt gestreefd naar een dekkingsgraad van 65% tegen 2020. Bijgevolg zijn bijkomende initiatieven nodig om dit te bereiken. Hiervoor is het belangrijk dat we weten wie de niet-deelnemers zijn en wat hun beweegredenen zijn. Onderzoeken in voorgaande jaren leerden ons al meer over het socio-demografisch en economisch profiel van niet-deelnemers. Ze toonden aan dat deelname aanzienlijk lager is bij lagere socio-economische groepen en Oost-Europese vrouwen. Een verscheidenheid van motieven voor niet-deelname werden opgesomd: onvoldoende geïnformeerd zijn (geen brief ontvangen hebben, niet aangesproken worden door de huisarts), wantrouwen ten opzichte van preventie en screening, negatieve ervaringen met de gezondheidszorg in het verleden, concurrerende andere prioriteiten (vb. zorg voor hulpbehoevend familielid, moeilijke levensomstandigheden), financiële redenen (angst voor de kostprijs van eventuele vervolgonderzoeken), maar ook schrik voor het resultaat en schaamte voor het onderzoek. [3]

Het leek me interessant om op zoek te gaan naar de niet-deelnemers uit de huisartsenpraktijk waar ik actief ben als huisarts-in-opleiding (HAIO). Naast het identificeren van deze vrouwen, wil ik ook hun socio-demografisch en economisch profiel vergelijken met de resultaten uit voorgaande studies. Hun kennis over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en hun beweegredenen tot niet-deelname zullen in kaart gebracht worden. Met de informatie die door dit onderzoek wordt opgeleverd, hoop ik om in de toekomst de niet-deelnemers van de praktijk te sensibiliseren en alsnog te stimuleren om een uitstrijkje te laten afnemen.

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1 Werkwijze literatuuronderzoek

De literatuurstudie werd verricht volgens het watervalprincipe. Er werd gestart met het doornemen van de Vlaamse (Domus Medica) en Nederlandse richtlijnen (Nederlands Huisartsen Genootschap). Vanuit de referentielijsten werd verder gezocht naar relevante meta-analyses en systematische reviews. Er werd gebruik gemaakt van de biomedische databank Pubmed met de volgende zoektermen: 'cervix cancer', 'pap smear', 'screening', 'prevention', 'compliance', 'motivation', 'sociodemographic factors'. Daarnaast werd de databank van het ICHO geraadpleegd, op zoek naar masterproeven omtrent dit onderwerp. Ook andere Belgische databanken werden nagekeken, zoals rapporten van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Stichting Kankerregister (SKR), de site van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en de site van Zorg en Gezondheid.

2.2 Epidemiologie van baarmoederhalskanker

Wereldwijd is baarmoederhalskanker de derde meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. In 2012 werden er 527 000 nieuwe diagnoses gesteld met bijna 270 000 overlijdens tot gevolg. [1] Voor Belgische vrouwen is het de achtste meest voorkomende vorm van kanker. In 2016 telde België 640 nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker, waarvan 347 in Vlaanderen. Jaarlijks overlijden er meer dan honderd Vlaamse vrouwen ten gevolge van deze tumor. In 2015 werden er nog 161 overlijdens vastgesteld over gans België. [2,4] Het treft vooral jonge vrouwen, met de hoogste incidentie (81%) tussen 15 en 69 jaar oud. De meeste tumoren die in deze leeftijdscategorie worden aangetroffen, bevinden zich in stadium I (ongeveer 60%). Hierbij beperkt de kanker zich tot de baarmoederhals en is er geen uitbreiding naar de omliggende zones. Dit brengt een hogere genezingskans met zich mee, met een lagere mortaliteit en een betere prognose. Het aantal stadium I tumoren die men aantreft bij vrouwen die zich laten screenen, ligt hoger (ongeveer 80%) dan bij vrouwen die zich niet laten screenen (ongeveer 40%). [4]

2.3 Ontstaan en ontwikkeling van baarmoederhalskanker

Men stelt een duidelijk verband vast tussen de ontwikkeling van baarmoederhalskanker en de aanwezigheid van een lokale infectie met het humaan papillomavirus (HPV). Er bestaan 118 verschillende genotypes van dit virus, maar hoofdzakelijk HPV-16 en HPV-18 worden verantwoordelijk geacht voor het ontstaan van baarmoederhalskanker. In meer dan 70% van de cancereuze letsels worden deze hoog oncogene genotypes aangetroffen. HPV wordt overgedragen via seksueel contact. Ongeveer 80% van alle vrouwen raakt ooit besmet met dit virus. Meestal verdwijnt de infectie spontaan binnen een tweetal jaar. Bij een klein aantal vrouwen gebeurt dit echter niet en blijft het virus permanent aanwezig. Deze vrouwen vormen een risicogroep voor het ontwikkelen van celafwijkingen (precancereuze letsels) die na 10 tot 15 jaar kunnen evolueren tot baarmoederhalskanker. Door regelmatig een

baarmoederhalsuitstrijkje te laten nemen, kunnen deze precancereuze letsels in een vroegtijdig stadium worden opgespoord en behandeld. [5,6]

De celafwijkingen worden histologisch onderverdeeld volgens een cervicale intraepitheliale neoplasie (CIN) classificatie. CIN1 wijst op milde dysplasie van de cervicale cellen, CIN2 op matige dysplasie en CIN3 op ernstige dysplasie. CIN1 manifesteert zich gemiddeld ongeveer een jaar na de besmetting, terwijl CIN2 zich in de loop van ongeveer 5 jaar ontwikkelt. CIN2 en CIN3 worden gezien als precursoren van invasieve kanker. CIS staat voor carcinoma in situ. [2]

2.4 Risicofactoren van baarmoederhalskanker

Verschillende factoren verhogen het risico op baarmoederhalskanker. Het lichaam van vrouwen met een verminderd afweersysteem (roken, immunosuppressiva, HIV, AIDS…) heeft meer moeite om de HPV-infectie op te ruimen. Daardoor is het risico op een chronische besmetting groter. Ook naarmate men (of diens partner) meer wisselende seksuele contacten heeft, is het risico op HPV-besmetting groter. Bemerk wel dat één seksueel contact volstaat om de infectie op te lopen. Baarmoederhalskanker komt vaker voor bij vrouwen die al op jonge leeftijd seksueel actief waren. Dat komt waarschijnlijk omdat de baarmoederhals op dat moment nog aan het veranderen is en dus gevoeliger is voor infecties. [6]

2.5 Preventie van baarmoederhalskanker

De laatste jaren hebben er zich heel wat nieuwe ontwikkelingen voorgedaan op vlak van preventie van baarmoederhalskanker in België. In 2013 werd het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker opgestart samen met de lancering van verschillende sensibilisatiecampagnes. Sinds 2010 kunnen meisjes uit het eerste middelbaar zich gratis laten vaccineren tegen HPV, binnenkort zal dit ook voor jongens mogelijk zijn. Daarbovenop is men volop bezig met het onderzoeken van de HPV-(zelf)test als primair screeningsonderzoek.

2.5.1 Het baarmoederhalsuitstrijkje

Voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar is het aangewezen om zich driejaarlijks te laten screenen voor baarmoederhalskanker door middel van een baarmoederhalsuitstrijkje (= pap-test). Tijdens een gynaecologisch onderzoek worden door een arts cellen van de baarmoederhals genomen. Het afgenomen materiaal wordt uitgespreid op een glasplaatje (conventionele cytologie) of gedrenkt in een bewaarvloeistof (vloeibare cytologie, dunnelaagtechniek) en verzonden naar een cytopathologisch laboratorium voor microscopisch onderzoek. Bij vloeibare cytologie kan met hetzelfde staal ook HPV worden opgespoord, wat met een conventioneel uitstrijkje niet kan. Vrouwen met een afwijkend uitstrijkje worden uitgenodigd voor bijkomend onderzoek om de aanwezigheid van (pre)cancereuze letsels uit te sluiten of te bevestigen. Afhankelijk van hun cytologische beoordeling (ASC-US, L-SIL, H-SIL...) bestaat dit bijkomend onderzoek uit een nieuw uitstrijkje of een HPV-test (triagetest). Een colposcopie (rechtstreeks onderzoek van de baarmoederhals) met eventueel een biopsie kan ook worden verricht. Een

normaal uitstrijkje dient pas na 3 jaar herhaald te worden. Sinds 2009 wordt dit onderzoek trouwens enkel driejaarlijks terugbetaald. [5] Men dient louter de consultatie bij de huisarts of gynaecoloog te bekostigen. Een HPV-test wordt enkel (gedeeltelijk) terugbetaald als er in het uitstrijkje afwijkende cellen worden gevonden. [6]

Cytologische beoordeling

ASC-US (atypical squamous cells of undetermined significance) zijn atypische plaveiselepitheelcellen waarvan de betekenis niet duidelijk is, de cytologische afwijkingen zijn kwantitatief en/of kwalitatief onvoldoende om een zekerheidsdiagnose van L-SIL te stellen. L-SIL (low-grade squamous intraepithelial lesion) zijn laaggradige intraepitheliale plaveiselcelafwijkingen (HPV-effect, CIN1). H-SIL (high-grade squamous intraepithelial lesion) zijn hooggradige intraepitheliale plaveiselcelafwijkingen (CIN2, CIN3, CIS). Voor een duidelijk beleidsvoorstel conform de Europese richtlijnen verwijs ik naar de aanbevelingen van Domus Medica. [2]

Uitstrijkje bij de huisarts of gynaecoloog

In 2017 werden 16% van de uitstrijkjes afgenomen door huisartsen en 84% door gynaecologen. [3] Vorige masterthesissen onderzochten reeds waarom vrouwen voor de gynaecoloog kiezen in plaats van de huisarts voor het afnemen van een baarmoederhalsuitstrijkje. Het valt op dat gewoonte hierin een grote rol speelt: 69% gaat bij de gynaecoloog omdat deze het eerste uitstrijkje nam, 85% ging in het verleden bij de gynaecoloog en blijft dit dus zo doen. Daarnaast is 60% ervan overtuigd dat de gynaecoloog over een beter aangepaste onderzoeksruimte beschikt. Ook praktische overwegingen spelen een rol: zo vindt 60% het belangrijk dat de gynaecoloog afspraken kan geven na 18 uur. [7] Er zijn ook vrouwen die niet weten dat ook de huisarts uitstrijkjes afneemt (15%), of die een zekere schroom voelen om dit door de huisarts te laten uitvoeren (16%). Vrouwen die toch bij de huisarts gaan, halen hiervoor de vertrouwenspositie van de arts aan en vinden het een voordeel dat deze dan ook over een volledig dossier beschikt. Ook hier spelen praktische overwegingen een rol: zo kiest 21% voor de huisarts omdat ze er sneller terecht kunnen. 14% van deze vrouwen ging altijd al bij de huisarts en maakt pas een afspraak bij de gynaecoloog wanneer dit door hem/haar aanbevolen wordt. [8]

2.5.2 Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Screening bestaat deels uit opportunistische screening, en deels uit een door de overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek (sedert juni 2013). Opportunistische screening houdt in dat een vrouw zich op eigen initiatief of op initiatief van een arts laat screenen. Vrouwen die zich niet (tijdig) laten screenen, maar voor wie een onderzoek wel is aangewezen, krijgen een uitnodigingsbrief voor deelname aan het georganiseerd bevolkingsonderzoek. [3]

Wie krijgt een uitnodiging?

In opdracht van de Vlaamse overheid organiseert het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Aan de hand van een kostenefficiënt call-

recall-uitnodigingsmodel worden alleen vrouwen uitgenodigd die effectief in aanmerking komen voor een onderzoek. Vrouwen die recent onderzocht zijn, worden dus niet aangeschreven. Om dit te realiseren wordt het uitnodigingsbestand van de doelpopulatie verrijkt met uitsluitingslijsten die worden opgesteld door de Stichting Kankerregister (SKR ofwel BCR-Belgian Cancer Registry). SKR registreert alle nieuwe kankerregistraties in België en alle testresultaten van baarmoederhalsstalen via ontvangen gegevens uit anatomopathologische laboratoria en verzekeringsinstellingen (nomenclatuurgegevens). Men is dus op de hoogte -of men streeft hier althans naar- van wanneer het laatste uitstrijkje werd genomen, bij wie de diagnose van baarmoederhalskanker werd gesteld, en bij wie de baarmoederhals is verwijderd (totale of radicale hysterectomie). Deze laatste twee groepen worden samen met de vrouwen die er zelf voor opteren geen uitnodiging te ontvangen, definitief uitgesloten en verwijderd uit het uitnodigingsbestand. Vrouwen die minder dan 48 maanden geleden een uitstrijkje lieten nemen, worden tijdelijk niet meer uitgenodigd. [3]

In 2017 bestond de volledige doelgroep uit 1.711.346 vrouwen. Na excluderen van de vrouwen die definitief en tijdelijk uitgesloten waren, bleven nog 894.375 vrouwen over die effectief in aanmerking kwamen voor screening. Ongeveer 98% van de vrouwen die moesten uitgenodigd worden, werden effectief uitgenodigd. [3]

Dekkingsgraad

De totale dekkingsgraad in 2017 bedraagt voorlopig 62,2%, maar men vermoedt dat dit percentage in werkelijkheid lichtjes hoger ligt. De cijfers van 2015 zijn definitief en toen werd er een totale dekking van 60,7% bereikt. In de gezondheidsdoelstelling voor dit bevolkingsonderzoek wordt er gestreefd naar een totale dekkingsgraad van 65% tegen 2020. De dekkingsgraad is het hoogst bij de 30- tot 49-jarigen en is meer dan 65%. Daarna daalt de dekkingsgraad sterk naarmate de leeftijd stijgt (slechts 48,8% bij de oudste leeftijdscategorie 60-64 jaar). De dekking voor de jongste leeftijdscategorie 25-29 jaar is ook minder dan 65%, namelijk 61,2%. Het percentage deelnemende vrouwen wiens deelname een overscreening was, bedraagt 24,7%. In 2013 was dit nog 37,8%, deze daling is waarschijnlijk te wijten aan de terugbetalingsregels die destijds gewijzigd zijn waardoor een uitstrijkje nog slechts driejaarlijks terugbetaald wordt. Hieruit blijkt dat de wijziging in terugbetaling alvast het beoogde effect heeft, maar er is nog ruimte voor verdere verbetering. [3]

In het KCE-rapport uit 2015 schat men dat de mortaliteit van baarmoederhalskanker met 80 tot 90% gereduceerd kan worden, als men driejaarlijks een baarmoederhalsuitstrijkje laat afnemen bij ongeveer 80% van de doelpopulatie. [5] Bijgevolg zijn bijkomende initiatieven nodig om een hogere totale dekkingsgraad te bereiken. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker heeft een actieplan 2015-2020 opgesteld en tracht hiernaar te werken volgens specifieke doelgroepen. [3]

Actieplan 2015-2020

Om een hogere dekkingsgraad te bereiken, is het belangrijk dat men de niet-deelnemers kent en wat hun beweegredenen zijn om al dan niet deel te nemen. Initiatieven nemen voor het bevorderen van de financiële, geografische, socioculturele en informatieve toegankelijkheid, is een belangrijke actie van het actieplan 2015-2020. [3]

Wie zijn de niet-deelnemers?

Onderzoeken in voorgaande jaren leerden ons al meer over het demografisch en socio-economisch profiel van niet-deelnemers, en hun motieven om wel of niet deel te nemen. Ze toonden aan dat deelname aanzienlijk lager is bij lagere socio-economische groepen en Oost-Europese vrouwen. [3] Het Nederlands huisartsen genootschap (NHG) vult dit verder aan met: vrouwen onder de 40 jaar, niet-Westerse allochtone vrouwen en vrouwen wonende in stedelijke gebieden. [9] Ook vrouwen met een negatief zelfbeeld worden door Domus Medica aan het lijstje toegevoegd. Deze vrouwen krijgen weinig sociale impulsen, hebben eerder angst voor de negatieve gevolgen van de screening, voelen meer schaamte voor het onderzoek en hebben meer schrik voor een slecht resultaat. Ook vrouwen met een lage opleidingsgraad, ouderen, alleenstaanden, vrouwen met leermoeilijkheden, vrouwen die de taal niet machtig zijn en vrouwen met een specifiek ziektebeeld zoals schizofrenie behoren tot de niet-deelnemers. [2,10] Het is opvallend dat in Nederland de vrouwen onder de veertig zich weinig laten screenen, terwijl het in België eerder de oudere vrouwen zijn die dit niet doen. [11]

Wat zijn hun motieven?

Uit onderzoeken van voorgaande jaren werd er een verscheidenheid van motieven voor niet-deelname genoteerd: onvoldoende geïnformeerd zijn (geen brief ontvangen hebben, niet aangesproken worden door de huisarts), wantrouwen ten opzichte van preventie en screening, negatieve ervaringen met de gezondheidszorg in het verleden, concurrerende andere prioriteiten (vb. zorg voor hulpbehoevend familielid, moeilijke levensomstandigheden), financiële redenen (angst voor de kostprijs van eventuele vervolgonderzoeken), maar ook schrik voor het resultaat en schaamte voor het onderzoek. [3]

Men kan alle motieven, ofwel barrières, onderverdelen in drie categorieën: gebrek aan kennis, angst en praktische bezwaren. Gebrek aan kennis uit zich onder andere in: het niet beseffen dat men in aanmerking komt voor screening, het niet weten dat screening niet eenmalig maar herhaaldelijk dient plaats te vinden, het denken dat onderzoek enkel nodig is bij wie klachten heeft, het niet weten dat screening nog zinvol is na de menopauze, of het denken dat zich laten screenen een teken is van promiscuïteit. Angst vormt een tweede barrière en wordt bij 20% van de ondervraagden vermeld. Het wordt beschreven als zich niet comfortabel voelen, als een schaamtegevoel, maar ook als angst voor de pijn. Niet te onderschatten is het effect van een negatieve screeningservaring, daar deze bij 9% van de vrouwen een rol speelt bij het angstgevoel. Ook het lange wachten op het resultaat van het uitstrijkje wordt vermeld als reden voor toename van angst. Als derde barrière spelen praktische bezwaren een opvallend grote rol. Hierbij wordt opgemerkt dat vrouwen liever zelf de mogelijkheid krijgen om een afspraak te maken, en niet wensen dat deze opgelegd wordt. Vaak komen vrouwen er niet toe om een afspraak te maken, of ze vinden het moeilijk om een afspraak voor een uitstrijkje te rijmen met een druk werk- of gezinsleven. [12-14]

Ook aan de kant van de huisarts worden dezelfde barrières teruggevonden. In een recent focusgroeponderzoek met huisartsen werd duidelijk dat huisartsen het moeilijk haalbaar vinden om het baarmoederhalsuitstrijkje ter sprake te brengen wanneer een vrouw om een andere reden consulteert. Hiervoor haalt men vooral tijdsgebrek aan, verder ook het niet weten wie nog niet gescreend is, het gevoel dat vrouwen zich hierop het liefst voorbereiden, en dat hun

vrouwelijke patiënten dit mogelijks als ongepast en ongemakkelijk zouden ervaren. [15] Nochtans blijkt dat als patiënten persoonlijk worden aangesproken door de eigen huisarts, ook tijdens een consultatie om een andere reden, ze meer geneigd zouden zijn om een uitstrijkje te laten nemen. Als huisarts dient men wel op te passen dat hij/zij correcte informatie geeft over de reden voor het screenen. Sommige vrouwen menen immers dat de huisarts denkt dat ze reeds kanker hebben, en daarom testen wil doen. [16]

Wat kunnen we doen?

Wat betreft de mogelijke actiepunten voor een verhoogde deelnamegraad, springt één actiepunt enorm in het oog: informatie via persoonlijk contact. Uit verschillende gesprekken is gebleken dat vrouwen liever door hun eigen huisarts worden aangesproken betreffende het bevolkingsonderzoek dan door een reguliere uitnodigingsbrief. Onder leiding van vakgroep Huisartsgeneeskunde UGent, CvKO en Domus Medica loopt momenteel een studie om te evalueren of een herinneringsbrief, ondertekend door de GMD-houdend huisarts, de deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker bij niet-deelnemers verhoogt in vergelijking met de reguliere uitnodigingsbrief. [3]

Om zoveel mogelijk mensen bewust te maken en te informeren over de bevolkingsonderzoeken, maakt men gebruik van diverse kanalen: het uitzenden van een boodschap van algemeen nut op de Vlaamse televisie, affiches in bussen en trams, vertaling (in het Frans, Engels, Turks, Pools en Arabisch) van de bestaande brieven en folders gepubliceerd op de website van het bevolkingsonderzoek etc. Daarnaast worden regionale cijfers over de bevolkingsonderzoeken beschikbaar gesteld op https://bevolkingsonderzoek.incijfers.be/, en kan men individuele gegevens raadplegen en delen met hun (huis)arts (vermits therapeutische relatie) via het beveiligd systeem Vitalink. Zo kan iedereen nagaan wanneer het best opnieuw wordt deelgenomen. Sinds 2017 kunnen vrouwen zich ook inschrijven voor het ontvangen van een herinneringsmail. 36 maanden na de datum van het laatste uitstrijkje ontvangen ze dan een uitnodiging om terug een uitstrijkje te laten nemen. Uit voorlopige analyses blijkt dat vrouwen van alle leeftijdscategorieën van de doelgroep zich inschrijven, ook vrouwen die zich onregelmatig of niet preventief laten screenen. Er zal bestudeerd worden of de responsgraad na het versturen van de mail, vergelijkbaar is met de responsgraad van de brief. [3,17]

Er worden dus vele acties ondernomen om vrouwen te sensibiliseren voor een baarmoederhalsuitstrijkje, of ze enig effect zullen hebben op de dekkingsgraad valt nog af te wachten.

2.5.3 Vaccinatie tegen het humaan papillomavirus

Sinds 2010 krijgen alle meisjes in het eerste jaar secundair onderwijs de kans om zich tegen HPV te laten inenten. Dit geldt tevens voor alle andere meisjes van dezelfde leeftijd in het buitengewoon onderwijs. Vanaf het schooljaar 2019-2020 komen ook jongens uit het eerste jaar secundair onderwijs in aanmerking. De vaccinatie is gratis en bestaat uit twee inentingen met zes maanden tussen beide. In de huidige vaccins zijn twee types (HPV-16 en HPV-18) van het virus opgenomen, die samen verantwoordelijk zijn voor 70% van alle baarmoederhalskankers. De huidige HPV-vaccinatie beschermt wel tegen veel baarmoederhalskankers, maar niet tegen

alle types. Hierdoor blijft een driejaarlijks uitstrijkje ook na vaccinatie aangewezen, en dit vanaf het moment dat men seksueel actief is. [6]

Gardasil 9 is het huidig vaccin dat volledig terugbetaald wordt bij de doelpopulatie. Het vaccin beschermt tegen HPV-type 6, 11, 16, 18 en 5 andere oncogene HPV-types. Vaccins die vroeger gehanteerd werden, en nog steeds beschikbaar zijn maar niet volledig terugbetaald worden, zijn Cervarix en Gardasil. Deze beschermen respectievelijk tegen HPV-type 16 en 18; HPV-type 6, 11, 16 en 18. Alle drie de vaccins worden gedeeltelijk terugbetaald bij alle meisjes tussen 12 en 18 jaar (niet bij jongens). Bij immunogecompromitteerde meisjes, die reeds seksueel actief zijn geweest, is vaccinatie minder doeltreffend. Men raadt aan om bij hen drie, in plaats van twee, inentingen te plaatsen (volgens het interval 0 - 1 tot 2 maanden - 6 maanden). [18]

2.5.4 Perspectieven voor de (nabije) toekomst: de HPV-(zelf)test

De laatste jaren wordt er wereldwijd steeds meer gebruik gemaakt van een primaire HPV-test (hoog risico of hrHPV-DNA-test) in de screening naar baarmoederhalskanker. Een HPV-test spoort het virus op in plaats van de celafwijkingen die het gevolg zijn van het virus, wat het klassiek uitstrijkje vandaag de dag doet.

Het baarmoederhalsuitstrijkje heeft twee grote nadelen. Enerzijds kent het een matige sensitiviteit waarbij het slechts 50 tot 70% van de CIN1-letsels opspoort, en 80% van de hogere graad letsels. Dat gebrek aan sensitiviteit wordt grotendeels gecompenseerd door het veelvuldig herhalen van het onderzoek. Anderzijds is de interpretatie van het baarmoederhalsuitstrijkje sterk afhankelijk van de operator en kent het een slechte reproduceerbaarheid. Daarom is er momenteel een tweede lezing vereist voor de terugbetaling van de HPV-test in België. HPV-testen hebben een hogere sensitiviteit (96%) voor de opsporing van (pre)cancereuze letsels, met name letsels van graad CIN2 en hoger. Maar door hun hoog aantal vals-positieve resultaten zijn ze ook minder specifiek (91%). HPV-infecties kunnen immers aanwezig zijn zonder dat ze evolueren naar een kanker. Het invoeren van de HPV-test als eerste screeningstest zal op deze manier leiden tot overdiagnose, het verrichten van overbodige bijkomende onderzoeken en overbehandeling. In dat geval zou men over een test moeten beschikken waarmee vrouwen na een positieve HPV-test kunnen worden getrieerd zodat vrouwen die effectief (pre)cancereuze letsels hebben, kunnen worden opgespoord. Het aanbevolen algoritme voor een screening is een triage in twee fasen, met de HPV-test als primaire test en daaropvolgend twee baarmoederhalsuitstrijkjes bij afwijkende resultaten. Het eerste uitstrijkje wordt onmiddellijk uitgevoerd op hetzelfde staal als de HPV-test (enkel mogelijk indien men gebruik maakt van vloeibare cytologie). Is deze negatief, dan wordt er na 6 tot 12 maanden een tweede uitstrijkje uitgevoerd. Deze strategie zorgt voor een goede balans tussen efficiëntie (4 tot 9 nieuwe analyses voor het opsporen van een CIN3-letsel of een invasieve kanker) en veiligheid (het risico op een CIN3-letsel of op invasieve kanker bij de negatieve vrouwen na een triage bedraagt 0,5 tot 0,9%). Uit resultaten van gerandomiseerde klinische studies blijkt dat het beschermend effect tegen de incidentie van invasieve baarmoederhalskankers duidelijk hoger is bij de HPV-test dan bij het baarmoederhalsuitstrijkje. Dit beschermend effect wordt niet aangetoond bij vrouwen jonger dan 30 jaar wegens een hogere aanwezigheid van vals-positieven (meer HPV-infecties die van voorbijgaande aard zijn). Bovendien kan bij de HPV-test het interval tussen

twee screenings worden opgedreven tot vijf jaar of zelfs langer. Dit maakt de HPV-screening kosteneffectiever dan de huidige screening met een baarmoederhalsuitstrijkje om de drie jaar. [5]

HPV-zelftest

Er zijn al heel wat instrumenten ontwikkeld om HPV-testen uit te voeren op materiaal dat door de vrouw zelf wordt afgenomen, de zogenaamde HPV-zelftest. Verschillende studies hebben reeds aangetoond dat de betrouwbaarheid en kwaliteit van HPV-zelftesten gelijkwaardig zijn aan stalen die worden afgenomen door artsen. [19] Meerdere onderzoeken tonen eveneens aan dat de respons rate ook hoger is indien vrouwen een zelftest krijgen aangeboden. [20-22] Het aanbieden van een HPV-zelftest aan vrouwen die niet deelnemen aan de routine screeningsprogramma's zou een bijkomende strategie kunnen zijn om de dekkingsgraad te verhogen. De Vlaamse overheid bestudeert op dit ogenblik of vrouwen die niet deelnemen aan het reeds bestaande bevolkingsonderzoek, wel ingaan op een uitnodiging met een HPV-zelftest (proefproject van 2015). [3]

Nederland

In Nederland biedt men enerzijds het baarmoederhalsuitstrijkje aan en anderzijds de HPV-zelftest. In beide gevallen wordt er eerst getest op HPV-infectie. Als de resultaten positief zijn, dan dient na de HPV-zelftest alsnog een uitstrijkje te gebeuren om te kijken of er afwijkende cellen aanwezig zijn. Dit in tegenstelling tot België waarbij er eerst gezocht wordt naar afwijkende cellen op een baarmoederhalsuitstrijkje, en pas nadien een HPV-test wordt uitgevoerd. Andere discrepanties met het Belgisch screeningsonderzoek zijn de leeftijdscategorie van de uitgenodigde vrouwen (30 tot en met 60 jaar) en de screeningsfrequentie (om de vijf jaar). [23]

Besluit

Men kan dus concluderen dat met HPV-testen een groter aantal kankers en overlijdens vermeden kan worden, en er ook besparingen kunnen worden gerealiseerd. Deze besparingen zijn vooral te danken aan de verlenging van het interval tussen twee screeningstesten, maar hangen nog voor een groot deel af van de prijs van de HPV-begintest. Bij vrouwen jonger dan 30 jaar behoudt men best het huidig screeningsonderzoek met het baarmoederhalsuitstrijkje als primaire screeningstest. [5]

3. Onderzoeksmethode

3.1 Praktijksetting

Het onderzoek vindt plaats in een huisartsenpraktijk te Ardooie, West-Vlaanderen. In de praktijk werken twee vaste artsen samen met één huisarts-in-opleiding (HAIO). In 2018 bedraagt de totale patiëntenpopulatie 4096 waarvan 2498 (61%) een globaal medisch dossier (GMD) heeft. Er wordt gebruik gemaakt van CGM Windoc als elektronisch medisch dossier (EMD). Screening gebeurt opportunistisch: vooral bij de vraag voor een pilvoorschrift, bij een gynaecologische klacht of na een bevalling, wordt eraan gedacht om de screeningsstatus te controleren. Het is moeilijk haalbaar om het baarmoederhalsuitstrijkje ter sprake te brengen wanneer een vrouw om een andere reden consulteert. Dit komt vooral uit tijdsgebrek, maar ook doordat we als huisarts niet steeds op de hoogte zijn of een patiënte recent gescreend is, daar de afname van een uitstrijkje bij de gynaecoloog niet altijd gecommuniceerd of verwerkt wordt in het dossier. Hierdoor worden allicht heel wat vrouwen gemist die nog geen uitstrijkje hebben gehad, maar hiervoor wel in aanmerking komen. Door de veelvuldige aanwezigheid van masterproeven die een praktijkverbeterend project uitvoeren naar het verhogen van de dekkingsgraad van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, heb ik ervoor gekozen om een beschrijvende studie te verrichten over wie onze niet-deelnemers in de praktijk zijn. Door een profiel te schetsen van onze niet-deelnemers en hun achterliggende beweegredenen, biedt er zich een mogelijkheid aan om in de toekomst hierop in te spelen en op deze manier de dekkingsgraad te verhogen.

3.2 Onderzoeksopzet

De opzet van deze studie is het uitvoeren van een kwantitatief onderzoek naar het socio-demografisch en economisch profiel van niet-deelnemers aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in de praktijk. Dit wordt gedaan aan de hand van een online vragenlijst. Als nevenonderzoeksvragen worden hierbij gesteld: wat is de kennis van niet-deelnemers over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker? En wat zijn hun beweegredenen om zich niet te laten screenen?

3.3 Onderzoekspopulatie: selectie en rekrutering

Ter identificatie van de vrouwen die niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in de praktijk, werd aan de hand van de gegevens uit het EMD een lijst opgesteld bestaande uit alle vrouwelijke GMD-houdende patiënten tussen 25 en 64 jaar oud. Via de eHealthBox werd deze lijst op een beveiligde manier overgedragen aan het CvKO en vervolgens gekoppeld aan hun databank. Via het rijksregisternummer werd nagegaan wanneer deze vrouwen voor het laatst een uitstrijkje hebben laten nemen. Dokter Eliane Kellen van het CvKO heeft deze vrouwen in drie groepen ingedeeld: vrouwen die in orde zijn met de screening (laatste uitstrijkje minder dan drie jaar geleden), vrouwen wiens laatste uitstrijkje tussen 3 en 5 jaar geleden is, en vrouwen wiens uitstrijkje langer dan vijf jaar geleden is. Er werd gekozen om enkel de derde groep te betrekken tot dit onderzoek omdat we er vanuit gaan dat de meest

hardnekkige niet-deelnemers tot deze groep behoren. Hiervan werden geëxcludeerd: vrouwen die een totale of radicale hysterectomie hebben gehad maar blijkbaar niet geregistreerd zijn in de databanken van SKR, zwangere vrouwen, vrouwen die recent abortus hebben gepleegd, vrouwen die recent verhuisd zijn, vrouwen die recent een nieuwe kankerdiagnose hebben gekregen, vrouwen met een mentale handicap en wilsonbekwaamheid, en vrouwen wiens uitstrijkje recentelijk toch is genomen (afname tussen de periode waarin de lijst werd onttrokken van het EMD en het moment waarop het CvKO ons de lijst terug bezorgde). De overige vrouwen werden per brief (zie bijlage 3) uitgenodigd om deel te nemen aan de online vragenlijst. Zij die over geen internettoegang beschikken, konden ook een een papieren vragenlijst afhalen in de praktijk.

3.4 Uitvoering onderzoek en dataverzameling

De vragenlijst (zie bijlage 4) werd opgesteld via Google Forms en is gebaseerd op eerder gepubliceerde masterproeven en in overleg met de collega's. [24-26] Ze is opgebouwd uit meerkeuzevragen met hier en daar een open vraag. Ze bevraagt socio-demografische en economische gegevens, gynaecologische gegevens, kennisvragen en beweegredenen voor niet-deelname. Ze werd online toegankelijk gesteld via een link op de website van de huisartsenpraktijk. Er werd expliciet gevraagd dat enkel vrouwen met een uitnodigingsbrief de vragenlijst invullen. De uitnodigingsbrieven werden verstuurd op 13 maart 2019 en de vragenlijst kon ingevuld worden tot en met 31 maart 2019.

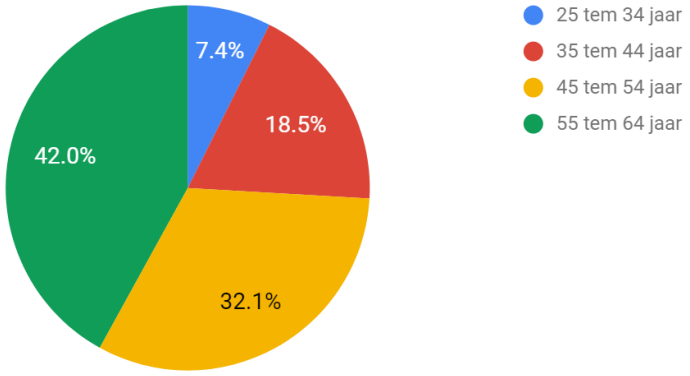
3.5 Data-analyse

Er werd beschrijvende statistiek uitgevoerd op de data door middel van Google Forms en Excel.

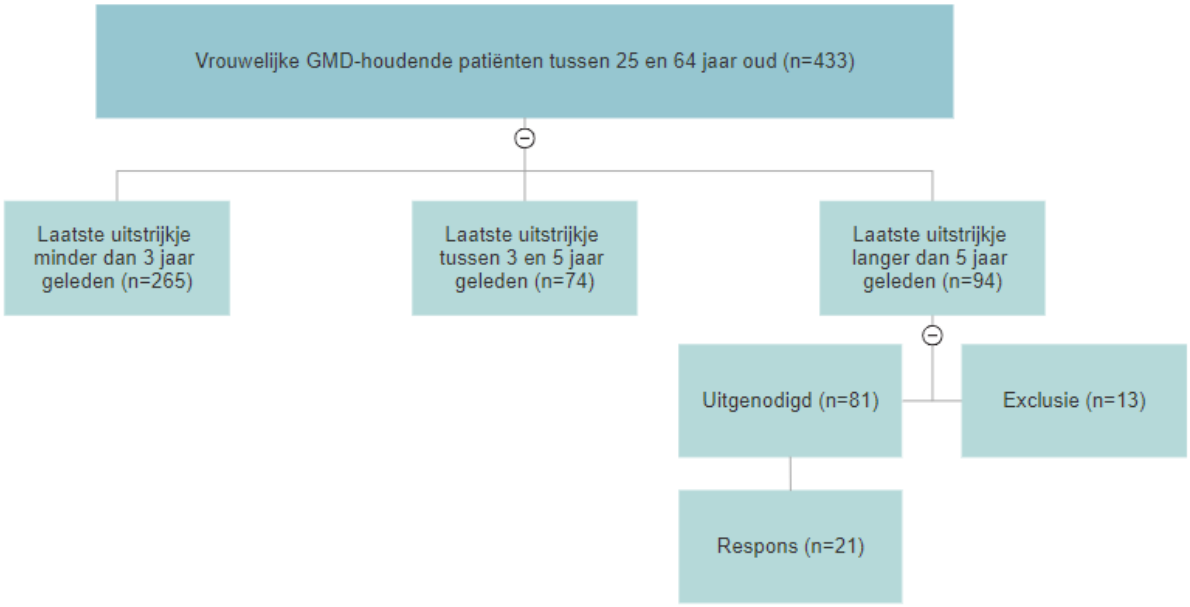
4. Resultaten

4.1 Selectie en respons van de onderzoekspopulatie

De lijst opgesteld uit alle vrouwelijke GMD-houdende patiënten tussen 25 en 64 jaar oud, telde 433 vrouwen. Het CvKO deelde hen in in drie groepen: vrouwen wiens laatste uitstrijkje minder dan drie jaar geleden is (n=265), vrouwen wiens laatste uitstrijkje tussen 3 en 5 jaar geleden is (n=74), en vrouwen wiens uitstrijkje meer dan vijf jaar geleden is (n=94). Bij de eerste groep behoorden ook de vrouwen die definitief uitgesloten zijn (n=22) in kader van geregistreerde totale of radicale hysterectomie. Er werd gekozen om enkel de derde groep te betrekken tot dit onderzoek. Hiervan werden 13 vrouwen geëxcludeerd: vrouwen die een totale of radicale hysterectomie hadden gehad maar blijkbaar niet geregistreerd waren in de databanken van SKR (n=6), zwangere vrouwen (n=1), vrouwen die recent abortus hadden gepleegd (n=1), vrouwen die recent verhuisd waren (n=2), vrouwen die recent een nieuwe kankerdiagnose hadden gekregen (n=1), vrouwen met een mentale handicap en wilsonbekwaamheid (n=1), en vrouwen wiens uitstrijkje recentelijk toch was genomen (n=1). In totaal werden er dus 81 vrouwen uitgenodigd om deel te nemen aan de vragenlijst. Bijna driekwart (74,1%) van de uitgenodigde vrouwen had een leeftijd tussen 45 en 64 jaar (figuur 1). Er werden 21 responsen ontvangen in een onderzoeksperiode van 19 dagen (responsgraad van 26%) (figuur 2).



Figuur 1 Leeftijdscategorie van uitgenodigde niet-deelnemers: 42% (n=34) was tussen 55 en 64 jaar, 32,1% (n=26) was tussen 45 en 54 jaar, 18,5% (n=15) was tussen 35 en 44 jaar en 7,4% (n=6) was tussen 25 en 34 jaar.

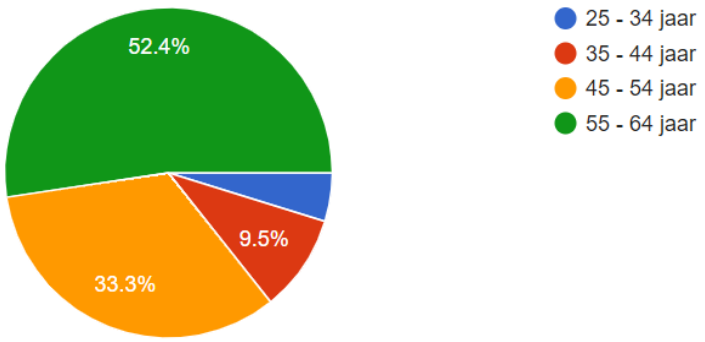


Figuur 2 Organigram selectie en respons van de onderzoekspopulatie.

4.2 Resultaten van de vragenlijst

Socio-demografische en economische gegevens

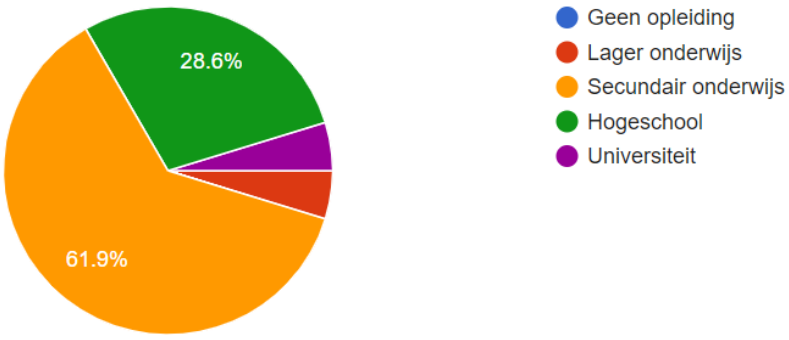
Alle ondervraagde vrouwen waren van Belgische origine, waarvan 85,7% (n=18) een Christelijke geloofsovertuiging had. De overige vrouwen waren ofwel atheïstisch (9,5%) ofwel vrijdenkend (4,8%). De hoogste responsgraad werd genoteerd in de leeftijdscategorie van 55 tot en met 64 jaar (52,4%) (figuur 3).



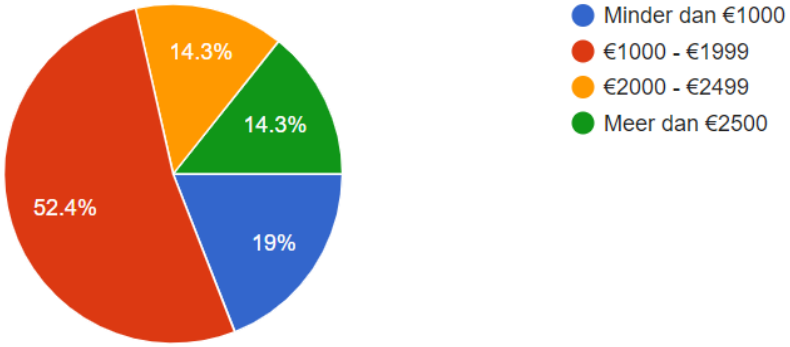
Figuur 3 Leeftijdscategorie van participerende niet-deelnemers: 52,4% (n=11) was tussen 55 en 64 jaar, 33,3% (n=7) was tussen 45 en 54 jaar, 9,5% (n=2) was tussen 35 en 44 jaar en 4,8% (n=1) was tussen 25 en 34 jaar.

Merendeel van de vrouwen had een secundair of hogeschooldiploma (figuur 4). Een meerderheid (61,9%) was actief als arbeider of bediende, 33,3% was arbeidsongeschikt/stond op invaliditeit/was op pensioen en 4,8% werkte als zelfstandige. Ongeveer de helft had een

maandelijks inkomen tussen €1000 en €1999 netto, meer dan een vierde verdiende meer dan €2000 (figuur 5). Driekwart (76,2%) van de ondervraagden waren niet-rooksters.



Figuur 4 Hoogste opleidingsgraad van niet-deelnemers: 61,9% (n=13) had een diploma secundair onderwijs, 28,6% (n=6) had een hogeschooldiploma, 4,8% (n=1) had een diploma lager onderwijs en 4,8% (n=1) had een universitair diploma.

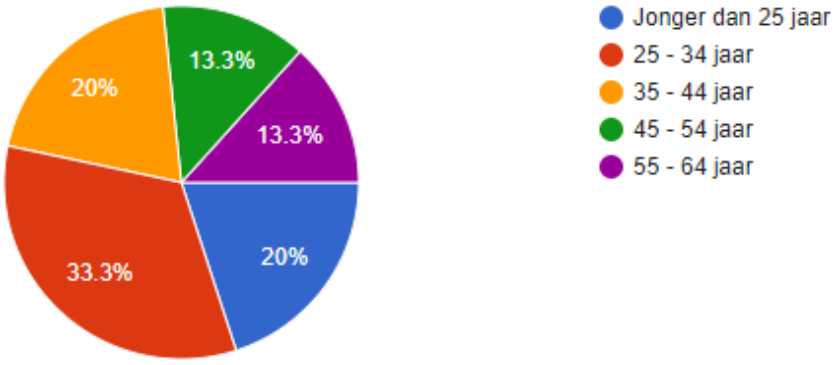


Figuur 5 Netto maandelijks inkomen bij niet-deelnemers: 52,4% (n=11) verdiende tussen €1000 en €1999, 19% (n=4) verdiende minder dan €1000, 14,3% (n=3) verdiende tussen €2000 en €2499 en 14,3% (n=3) verdiende meer dan €2500.

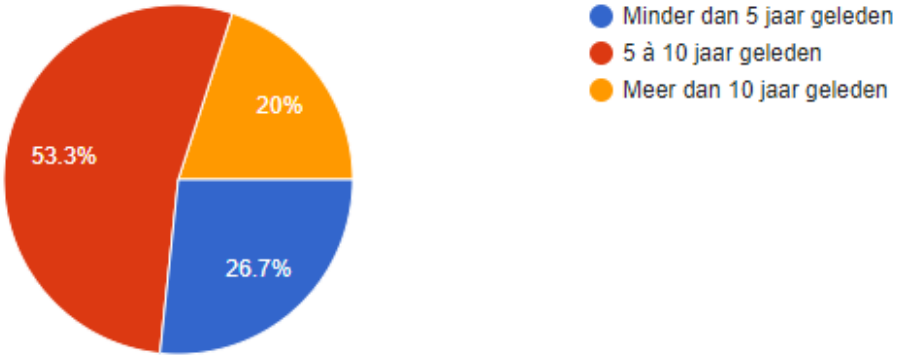
Gynaecologische gegevens

Ongeveer driekwart (71,4%) maakte geen gebruik van anticonceptie op voorschrift (de pil, de minipil, de prikpil, het spiraaltje, het staafje, de vaginale ring, de pleister). Een minderheid (14,3%) was nooit seksueel actief. Er was één iemand die frequent wisselende seksuele contacten had en één iemand die reeds gediagnosticeerd was met een seksueel overdraagbare infectie (SOI). Na individuele analyse bleken dit twee verschillende vrouwen te zijn. Meer dan driekwart (77,8%) van diegene die (ooit) seksueel actief waren, was al zwanger geweest. 38,1% was niet op de hoogte van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, 52,4% had nog nooit een uitnodigingsbrief ontvangen en meer dan een vierde (28,6%) had zelfs nog nooit een uitstrijkje laten afnemen. Bij de vrouwen die wel al een uitstrijkje hadden laten afnemen, was er een enorme variatie in de leeftijd waarop het eerste uitstrijkje werd afgenomen (figuur 6) en gaf

meer dan een kwart aan dat hun laatste uitstrijkje minder dan vijf jaar geleden is (figuur 7). 33,3% wist niet dat men ook bij de huisarts terecht kon voor een uitstrijkje, toch geeft 69,1% van de niet-deelnemers aan een voorkeur te hebben om hun uitstrijkje door de huisarts te laten afnemen.



Figuur 6 Leeftijd waarop het eerste uitstrijkje werd afgenomen bij niet-deelnemers: 33,3% (n=5) was tussen 25 en 34 jaar, 20% (n=3) was jonger dan 20 jaar, 20% (n=3) was tussen 35 en 44 jaar, 13,3% (n=2).

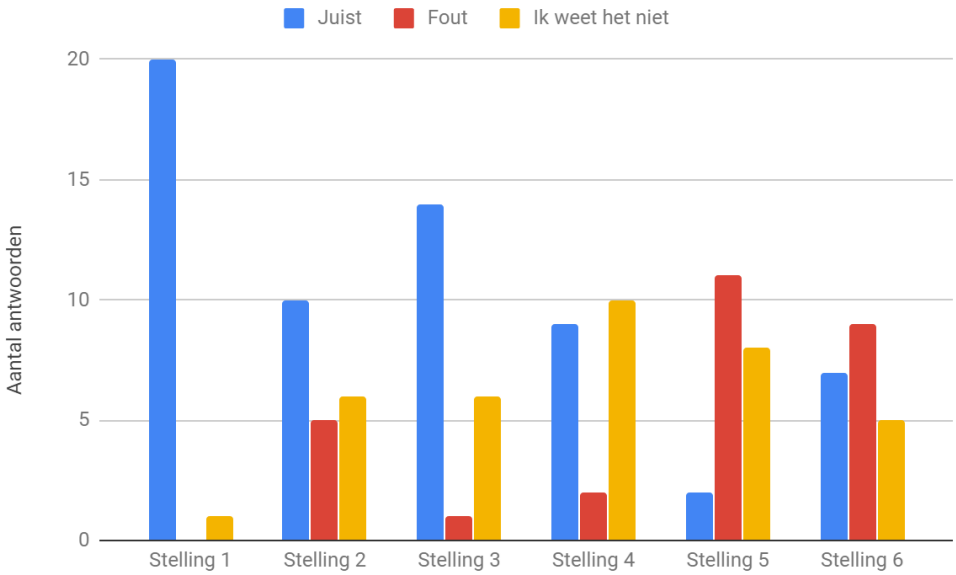


Figuur 7 Afname van het laatste uitstrijkje bij niet-deelnemers: bij 56,3% (n=8) was dit tussen 5 à 10 jaar geleden, bij 26,7% (n=4) minder dan 5 jaar geleden en bij 20% (n=3) meer dan 10 jaar geleden.

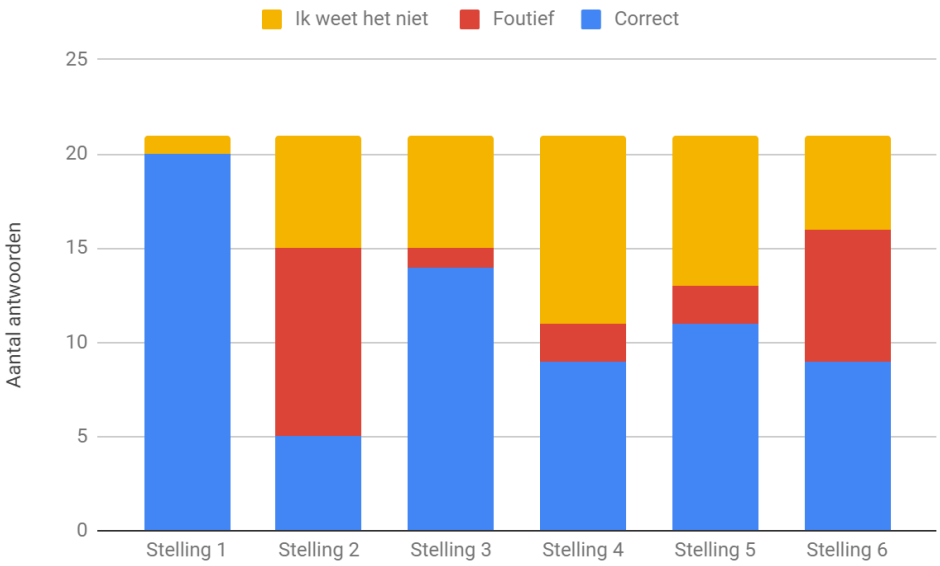
Kennisvragen

Op de volgende zes stellingen diende men 'juist', 'fout' of 'ik weet het niet' te antwoorden: (1) "Een uitstrijkje wordt gebruikt voor vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker."; (2) "Een uitstrijkje dient om de vijf jaar uitgevoerd te worden."; (3) "Een uitstrijkje laten afnemen is gratis, u betaalt enkel de consultatie bij de huisarts of gynaecoloog."; (4) "Baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door het humaan papillomavirus (HPV)."; (5) "Iemand die gevaccineerd is tegen HPV, moet geen uitstrijkje meer laten afnemen."; en (6) "Vrijen met condoom beschermt tegen HPV-besmetting." (figuur 8).

Gemiddeld 54% van de antwoorden was correct en 17,5% foutief. Het overig percentage (28,6%) gaf 'ik weet het niet' aan als antwoord. Elke stelling telde meer correcte dan foutieve antwoorden, met uitzondering van stelling 2 en stelling 6 (figuur 9).



Figuur 8 Antwoorden van niet-deelnemers op de kennisvragen: op stelling 1 antwoordde 95,2% (n=20) 'juist', 0% (n=0) 'fout' en 4,8% (n=1) 'ik weet het niet'; op stelling 2 antwoordde 47,6% (n=10) 'juist', 23,8% (n=5) 'fout' en 28,6% (n=6) 'ik weet het niet'; op stelling 3 antwoordt 66,7% (n=14) 'juist', 4,8% (n=1) 'fout' en 28,6% (n=6) 'ik weet het niet'; op stelling 4 antwoordt 42,9% (n=9) 'juist', 9,5% (n=2) 'fout' en 47,6% (n=10) 'ik weet het niet'; op stelling 5 antwoordt 9,5% (n=2) 'juist', 52,4% (n=11) 'fout' en 38,1% (n=8) 'ik weet het niet'; op stelling 6 antwoordt 33,3% (n=7) 'juist', 42,9% (n=9) 'fout' en 23,8% (n=5) 'ik weet het niet'.

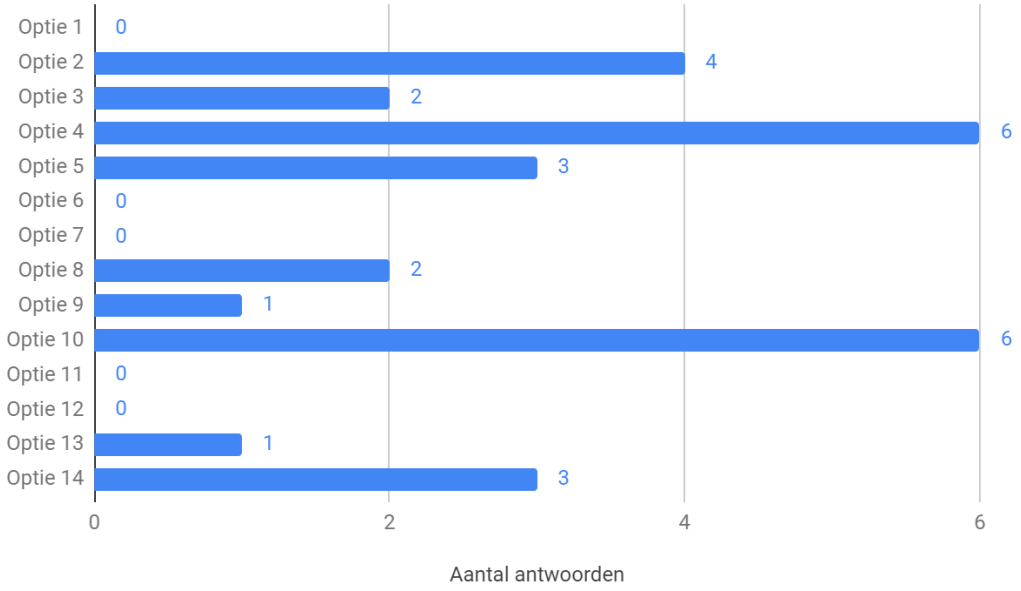


Figuur 9 Analyse van de antwoorden op de kennisvragen: stelling 1 wordt door 95,2% (n=20) correct beantwoord en 4,8% (n=1) weet het niet; stelling 2 wordt door 23,8% (n=5) correct beantwoord, door 47,6% (n=10) foutief en 28,6% (n=6) weet het niet; stelling 3 wordt door 66,7% (n=14) correct beantwoord, door 4,8% (n=1) foutief en 28,6% (n=6) weet het niet; stelling 4 wordt door 42,9% (n=9) correct beantwoord, door 9,5% (n=2) foutief en 47,6% (n=10) weet het niet; stelling 5 wordt door 52,4% (n=11) correct beantwoord, door 9,5% (n=2) foutief en 38,1% (n=8) weet het niet; stelling 6 wordt door 42,9% (n=9) correct beantwoord, door 33,3% (n=7) foutief en 23,8% (n=5) weet het niet.

Beweegredenen tot niet-deelname

Er werd gevraagd waarom men de voorbije vijf jaar geen uitstrijkje liet afnemen. Meerdere antwoordopties konden geselecteerd worden. De opties waren: (1) Ik heb wél een uitstrijkje laten afnemen de voorbije 5 jaar; (2) Ik was niet op de hoogte van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker; (3) Ik ben op de hoogte van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker maar ik heb geen uitnodigingsbrief ontvangen; (4) Ik ben op de hoogte van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en ik heb een uitnodigingsbrief ontvangen maar ik ben dit uit het oog verloren; (5) Ik was de voorbije jaren seksueel inactief of ik ben nog nooit seksueel actief geweest; (6) Wegens financiële redenen; (7) Wegens religieuze redenen; (8) Uit schrik voor een slecht resultaat of omdat ik ooit een afwijkend resultaat had; (9) Uit schrik voor pijn of omdat ik ooit pijn heb ervaren bij het afnemen van een uitstrijkje; (10) Omdat het afnemen van een uitstrijkje intiem is en ik me hier ongemakkelijk bij voel; (11) Omdat ik een bevolkingsonderzoek nutteloos vind; (12) Omdat het lange wachttijden zijn bij gynaecologen en ik niet wist dat je ook bij de huisarts terecht kan voor een uitstrijkje; (13) Omdat mijn baarmoeder operatief werd verwijderd en mijn gynaecoloog zei dat een uitstrijkje niet meer hoefde; en (14) Andere redenen die hierboven niet vermeld staan.

De meesten duidden aan dat ze wel op de hoogte zijn van het bevolkingsonderzoek, en dat men een uitnodigingsbrief heeft ontvangen maar dit uit het oog verloren zijn (28,6%), of dat het afnemen van een uitstrijkje intiem is en men zich hier niet comfortabel bij voelt (28,6%) als reden van niet-deelname. Bij de laatste optie 'andere redenen die hierboven niet vermeld staan' kon men zich via vrije tekst nader verklaren. De redenen die men hierbij opgaf, waren: "uit schrik om met mijn benen open te liggen", "niet bij stilgestaan" en "ik ben met de brief naar de gynaecoloog geweest en ze zei me dat dit niet nodig was".



Figuur 10 Beweegredenen tot niet-deelname bij de participerende niet-deelnemers: 0% (n=0) geeft optie 1 aan, 19% (n=4) geeft optie 2 aan, 9,5% (n=2) geeft optie 3 aan, 28,6% (n=6) geeft optie 4 aan, 14,3% (n=3) geeft optie 5 aan, 0% (n=0) geeft optie 6 aan, 0% (n=0) geeft optie 7 aan, 9,5% (n=2) geeft optie 8 aan, 4,8% (n=1) geeft optie 9 aan, 28,6% (n=6) geeft optie 10 aan, 0% (n=0) geeft optie 11 aan, 0% (n=0) geeft optie 12 aan, 4,8% (n=1) geeft optie 13 aan en 14,3% (n=3) geeft optie 14 aan.

5. Bespreking

5.1 Dekkingsgraad in de praktijk

De totale dekkingsgraad in de praktijk bedraagt 61,2%, dit is meer dan het Vlaams gemiddelde vastgesteld door het CvKO in 2015 (60,7%), maar minder dan de totale dekkingsgraad in Ardooie genoteerd in 2017 (61,5%). Bijgevolg zullen we in de praktijk een tandje moeten bijsteken om het gemiddelde van onze huisarts-collega's te evenaren en om de gezondheidsdoelstellingen voor 2020 (totale dekkingsgraad van 65%) te bereiken. [3,17]

5.2 Selectie en respons van de onderzoekspopulatie

Bijna driekwart van de uitgenodigde vrouwen had een leeftijd tussen 45 en 64 jaar (74,1%). Na analyse van de resultaten blijkt dat vooral deze leeftijdscategorie heeft deelgenomen aan de vragenlijst (85,7% van de ingevulde vragenlijsten) en slechts een teleurstellend laag aantal van de jongere vrouwen. Dit gaat tegen mijn verwachtingen in, gezien ik bij het opstellen van de online vragenlijst erom bekommerd was dat enkel de jongere generatie haar weg zou vinden bij het elektronisch invullen van de vragenlijst. Daarom stelde ik ook een papieren versie beschikbaar, maar tot mijn verbazing werd deze door niemand ingevuld.

De responsgraad lag relatief hoog (26%) ondanks de korte onderzoeksperiode van 19 dagen en het bevragen van een gevoelig onderwerp dat door sommigen als beschuldigend kan ervaren worden.

5.3 Socio-demografisch en economisch profiel van niet-deelnemers

De participerende niet-deelnemers (= de niet-deelnemers uit de praktijk die de vragenlijst hebben ingevuld) vormen een monotone groep: het zijn allen Belgische vrouwen met hoofdzakelijk een Christelijke geloofsovertuiging. De meesten hebben een secundair of hogeschooldiploma en verdienen een gemiddeld-tot-hoog loon. Dit is niet overeenkomstig met de bevindingen van het CvKO, NHG en Domus Medica. Deze beschrijven niet-deelnemers vooral als vrouwen van vreemde (niet-Westerse) origine met een lagere socio-economische status. Wat wel overeenstemt met hun bevindingen, is de leeftijd: het zijn vooral vrouwen uit de hogere leeftijdscategorieën (45 tot en met 64 jaar) die niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. [2,3,9] Deze resultaten dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, daar er mogelijks vertekening optreedt door de kleine onderzoekspopulatie, door een niet-heterogene praktijkpopulatie, door selectiebias (vragenlijst vereist actieve deelname) ea.

5.4 Gynaecologisch profiel van niet-deelnemers

Zoals hierboven reeds vermeld werd, gebeurt screening in de praktijk opportunistisch: vooral bij de vraag voor een pilvoorschrift, bij een gynaecologische klacht of na een bevalling, wordt de screeningsstatus gecontroleerd. Uit de vragenlijst blijkt dat de meeste niet-deelnemers geen

gebruik maken van anticonceptie op voorschrift. Hierdoor beperken de gelegenheden zich voor de huisarts om niet-deelnemers aan te spreken over het uitstrijkje. Nochtans zijn de meesten seksueel actief (of zijn dit ooit geweest) en blijkt driekwart reeds zwanger te zijn geweest.

Meer dan een kwart (28,6%) heeft nog nooit een uitstrijkje laten afnemen. Dit is een bijzonder hoog aantal. Deze vrouwen mogen beschouwd worden als de meest hardnekkige onder alle niet-deelnemers en worden best zo snel mogelijk gesensibiliseerd. Daartegenover zijn er vrouwen die hun eerste uitstrijkje voor hun vijfentwintigste hebben laten afnemen. Ook zij dienen gesensibiliseerd te worden in die zin dat screening pas zinvol is vanaf 25 jaar gezien de trage evolutie van baarmoederhalskanker. Had ik mijn online vragenlijst vervangen door een semi-gestructureerd interview, dan had ik dieper kunnen ingaan op hun antwoorden. Dan had ik ook geweten wie de hardnekkige niet-deelnemers zijn en hierop kunnen inspelen in de toekomst. Hopelijk heb ik met dit onderzoek ook alvast een zaadje ter sensibilisatie kunnen planten.

Een derde van de onderzoekspopulatie weet niet dat de huisarts ook uitstrijkjes afneemt. Dit percentage ligt bij de algemene bevolking voor de helft lager (15%). Bemerk wel dat bij dit onderzoek enkel niet-deelnemers bevraagd zijn en dat deze cijfers dus niet naast elkaar mogen beoordeeld worden. [8] Uit een voorgaand onderzoek in 2017 blijkt dat de meeste uitstrijkjes door gynaecologen worden afgenomen. De meeste vrouwen doen dit uit gewoonte. Nochtans gaat de voorkeur van onze niet-deelnemers uit naar de huisarts met als voornaamste reden zijn/haar vertrouwenspositie. De huisarts speelt dus een belangrijke rol in de sensibilisatie van de niet-deelnemers. [3]

5.5 Kennis over (bevolkingsonderzoek) baarmoederhalskanker bij niet-deelnemers

Er zijn meer correcte dan foutieve antwoorden, maar er zijn ook heel wat vrouwen die ‘ik weet het niet’ aanduiden. Men blijkt onvoldoende op de hoogte te zijn van wat het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker inhoudt, wat het nut ervan is, hoe baarmoederhalskanker ontstaat, hoe men besmet geraakt, hoe men dit kan voorkomen, waarom een uitstrijkje noodzakelijk blijft ondanks vaccinatie ed. Bijgevolg dienen bijkomende investeringen in sensibilisering plaats te vinden. Zoals reeds in de literatuurstudie werd beschreven, springt één actiepunt enorm in het oog: informatie via persoonlijk contact. Opnieuw is dit een rol die is weggelegd voor de huisarts. [3]

Vooral stelling 2 en stelling 6 worden door de meesten foutief beantwoord. De tweede stelling betreft de screeningsfrequentie, waarbij een meerderheid van de ondervraagden denkt dat een uitstrijkje om de vijf jaar dient te gebeuren. Bij de zesde stelling gaat men er vanuit dat een condoom beschermt tegen HPV-infectie. Als huisarts moeten we er van bewust zijn dat de patiënt niet over dezelfde wetenschap beschikt als jezelf. Het is dus heel belangrijk dat je voldoende informatie meedeelt en ook controleert of de patiënt dit begrijpt. Want als men weet waarom het belangrijk is dat men uitstrijkjes laat afnemen, is de kans groter dat men dit allicht ook gaat doen.

5.6 Beweegredenen tot niet-deelname

Er werd gevraagd waarom men de voorbije vijf jaar geen uitstrijkje liet afnemen. Meerdere antwoordopties konden geselecteerd worden. Er springen twee antwoordopties uit als voornaamste beweegredenen tot niet-deelname:

- Een deel (28,6%) duidt aan dat ze wel op de hoogte zijn van het bevolkingsonderzoek, en dat men een uitnodigingsbrief heeft ontvangen maar dit uit het oog verloren zijn als reden tot niet-deelname. Toen een patiënte me om uitleg kwam vragen over deze studie, liet ze vallen dat het voor haar gemakkelijker zou zijn om een uitnodigingsbrief te ontvangen met een afspraakdatum (zoals bij het bevolkingsonderzoek borstkanker). Uit een andere studie blijkt echter het tegenovergestelde waarbij vrouwen liever zelf de mogelijkheid krijgen om een afspraak te maken. [12]

- Een ander deel (28,6%) duidt aan dat het afnemen van een uitstrijkje intiem is en men zich hier niet comfortabel bij voelt als reden tot niet-deelname. Als huisarts is het dus belangrijk dat we gebruik maken van onze positie als vertrouwenspersoon om dergelijke gezondheidskwesties bespreekbaar te maken.

Sommigen (14,3%) duiden 'seksuele inactiviteit' aan als reden tot niet-deelname. Het is heel belangrijk dat vrouwen die ooit seksueel actief waren, alsnog deelnemen aan de screening. Het kan namelijk zijn dat men bij de laatste seksuele contacten een HPV-infectie heeft opgelopen en dat er zich nu pas celafwijkingen beginnen te manifesteren. Het risico op baarmoederhalskanker is dus niet van de baan. Vooral vrouwen van de hogere leeftijdscategorie (55 tot en met 64 jaar) duiden dit aan als reden tot niet-deelname. Nochtans is het ook voor hen heel belangrijk zich te laten screenen. Hun leeftijdscategorie draagt immers de laagste dekkingsgraad met als gevolg dat de meeste baarmoederhalskankers op die leeftijd pas in een later stadium ontdekt worden en dus een slechtere prognose hebben.

Slechts 9,5% duidt 'angst voor een slecht resultaat' en 4,8% 'uit schrik voor pijn' aan als reden voor niet-deelname. Blijkbaar is het niet weten dat de huisarts ook uitstrijkjes afneemt, geen reden tot niet-deelname. Niemand duidt financiële of religieuze redenen aan als reden tot niet-deelname. Mogelijks is dit ook een gevolg van een niet-representatieve onderzoekspopulatie.

In vergelijking met de gynaecologische bevraging, treden er drie opmerkelijke verschillen op:

- Niemand duidt aan dat er wél een uitstrijkje werd afgenomen de voorbije 5 jaar. Terwijl onder de gynaecologische bevraging 26,7% aangeeft dat het laatste uitstrijkje minder dan vijf jaar geleden is.

- 19% duidt aan dat men niet op de hoogte was van het bevolkingsonderzoek als reden van niet-deelname. Terwijl onder de gynaecologische bevraging 40% niet op de hoogte bleek te zijn van het bevolkingsonderzoek.

- 9,5% duidt aan nooit een uitnodigingsbrief te hebben ontvangen als reden van niet-deelname. Terwijl onder de gynaecologische bevraging 50% zegt nooit een uitnodigingsbrief te hebben ontvangen.

Deze percentages hoeven niet exact overeen te komen. Onder de gynaecologische bevraging stel ik namelijk de vragen 'of men op de hoogte was van het bevolkingsonderzoek' en 'of men ooit een uitnodigingsbrief had ontvangen' en niet 'of dit de beweegredenen zijn tot niet-deelname'. Er worden dus twee verschillende vragen gesteld. Het is dus niet zozeer omdat men geen uitnodigingsbrief heeft ontvangen, dat dit men dit als reden aanhaalt voor niet-deelname. Wat wel veel tegenstrijdigheid oplevert, is het aantal vrouwen die de voorbije vijf jaar wél een uitstrijkje hebben laten afnemen. Hebben sommige vrouwen de laatste vraag niet goed gelezen/begrepen en wist men niet dat men meerdere antwoorden kon selecteren? Heeft men de andere vragen niet goed gelezen/begrepen? Zijn er bijkomende factoren die ervoor gezorgd hebben dat de vragenlijst niet consequent werd ingevuld? Naar de oorzaak kan voorlopig enkel gegist worden. Dit is een beperking van mijn onderzoek die ik had kunnen vermijden door de online vragenlijst te vervangen door semi-gestructureerde interviews. Nu was men beperkt tot de antwoordopties die door mij werden aangeleverd. Bij interviews had ik dieper kunnen ingaan op de discrepanties en waren de responsen veel kwaliteitsvoller geweest.

Om af te sluiten: ondanks exclusie door het CvKO en de praktijk blijkt er toch één iemand uitgenodigd te zijn die een totale/radicale hysterectomie heeft gehad.

5.7 Opmerkingen

Tijdens het analyseren van de gegevens zijn er enkele beperkingen en zwaktepunten van dit onderzoek aan het licht gekomen:

- De resultaten dienen met enige voorzichtigheid gehanteerd te worden. Ze geven mogelijks een vertekend beeld gezien de kleinschaligheid van het onderzoek. De responsgraad lag nochtans relatief hoog gezien de omstandigheden: een korte onderzoeksperiode en het bevragen van een gevoelig onderwerp dat door sommigen als beschuldigend kan ervaren worden. Daarbovenop blijkt de onderzoekspopulatie niet representatief voor de Vlaamse bevolking en is er sprake van selectiebias (vragenlijst vereist actieve deelname).

- Er is sprake van discrepantie tussen de resultaten van de gynaecologische bevraging en de resultaten van de beweegredenen tot niet-deelname, zoals hierboven reeds beschreven is. Dit had vermeden kunnen worden door de online vragenlijst te vervangen door een meer kwaliteitsvol semi-gestructureerd interview.

- De analyse bleef beperkt tot beschrijvende statistiek.

6. Besluit

In overeenstemming met voorgaande onderzoeken behoren de vrouwen uit de praktijk, die in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker maar niet deelnemen, tot de hogere leeftijdscategorieën (tussen 45 en 64 jaar). Hun Belgische origine, gemiddelde opleidingsgraad en gemiddeld-tot-hoog inkomen opponeren deze studies. Dit komt allicht door een vertekening van de resultaten (kleinschalig onderzoek, korte onderzoeksperiode, homogene onderzoekspopulatie, selectiebias). Gebrek aan kennis, het nonchalant omgaan met uitnodigingsbrieven (vergeten een afspraak te maken) en schaamte liggen aan de basis van de beweegredenen tot niet-deelname. Als vertrouwenspersoon speelt de huisarts een belangrijke rol in de sensibilisatie van niet-deelnemers. En om de gezondheidsdoelstellingen van 2020 te bereiken, dient de praktijk nog een tandje bij te zetten.

Referentielijst

1. World Health Organization (WHO). Comprehensive Cervical Cancer Control, a guide to essential practice, second edition, 2014. [Internet]. Beschikbaar via: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf;jsessionid=37D303C1F75784324611CA0DD446384B?sequence=1 [Geraadpleegd op 2 april 2019].

2. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Cervixkankerscreening: aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. huisarts nu. 2011;40.

3. Jaarrapport 2018, bevolkingsonderzoek. [Internet]. Beschikbaar via: https://borstkanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarrapport%202018_CvKO_SKR_0.pdf [Geraadpleegd op 2 april 2019].

4. Stichting Kankerregister (SKR). Cancer in an ageing population, Belgium 2004-2016. [Internet]. Beschikbaar via: https://kankerregister.org/media/docs/publications/SKR_publicatie2018_CancerinanAgeingPopulation(landscape)5_12_2018.pdf [Geraadpleegd op 2 april 2019].

5. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE report 238 As, 2015, synthese, welke screening voor baarmoederhalskanker? [Internet]. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_238As_screening%20baarmoederhalskanker_Synthese2.pdf [Geraadpleegd op 2 april 2019].

6. Centrum voor Kankeropsporing (CvKO). Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. [Internet]. Beschikbaar via: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/ [Geraadpleegd op 2 april 2019].

7. Vandewalle N. Waarom kiezen vrouwen voor een gynaecoloog en niet voor hun huisarts voor een cervixuitstrijkje? 2013.

8. Peeters J. Cervixkankerscreening: een taak van de huisarts? 2013.

9. Boomsma LJB, P.A.J.;, Collette C, Janssens PGH. NHG-standaard Preventie en Vroegdiagnostiek van Cervixcarcinoom. Huisarts en wetenschap 2009;52 (4).

10. Vandermeulen E. Cervixkanker: Welke doelgroep wordt onderscreend en hoe kunnen we die toch bereiken? Praktijkverbeteringsproject in wijkgezondheidscentrum De Kaai. 2013.

11. Boomsma L, Assendelft W. De Belgische Aanbeveling Cervixkankerscreening en de NHG Standaard Cervixuitstrijken vergeleken. Huisarts en Wetenschap. 2003;46(4):745-7.

12. Miranda-Diaz C, Betancourt E, Ruiz-Candelaria Y, Hunter-Mellado RF. Barriers to Compliance to Breast, Colorectal, and Cervical Screening Cancer Tests among Hispanic Patients. 2015.

13. Waller J, Bartoszek M, Marlowand L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. J Med Screen 2009;16:199–204 DOI: 101258/jms2009009073. 2009.

14. Perry MA. How can the uptake of cervical cytology screening be improved? Nursing Standard 16, 11, 33-36 2001.

15. Piessens V, Van Roy K, Willems S. Baarmoederhalskankerscreening in de huisartspraktijk: rapport focusgroepgesprekken met huisartsen. Domus medica. 2015.

16. de Nooijer D.P., de Waart F.G., van Leeuwen A.W.F.M., Spijker W.W.J. Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:2339-43. 2005.

17. Bevolkingsonderzoek in cijfers. [Internet]. Beschikbaar via: https://bevolkingsonderzoek.incijfers.be//jive/report?openinputs=true&id=gr_bhk_versie_oktober2016 [Geraadpleegd op 2 april 2019].

18. Agentschap Zorg en Gezondheid. Vaccinatie tegen HPV. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/vaccinatie-tegen-hpv [Geraadpleegd op 2 april 2019].

19. Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJ, Verhoef VM, Suonio E, Dillner L, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. Lancet Oncol. 2014;15(2):172-83.

20. Arossi S, Thouyaret L, Herrero R, Campanera A, Magdaleno A, Cuberli M, et al. Effect of self-collection of HPV DNA offered by community health workers at home visits on uptake of screening for cervical cancer (the EMA study): a population-based cluster-randomised trial. Lancet Glob Health. 2015;3(2):e85-94.

21. Gok M, Heideman DA, van Kemenade FJ, Berkhof J, Rozendaal L, Spruyt JW, et al. HPV testing on self collected cervicovaginal women who do not attend cervical screening: cohort study. BMJ. 2010;340:c1040.

22. Arbyn M, Castle PE. Offering self-sampling kits for HPV testing to reach women who do not attend in the regular cervical cancer screening program. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015;24(5):769-72.

23. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker [Geraadpleegd op 2 april 2019].

24. Hoffmann M. Dalende trend cervixuitstrijkjes in provincie Limburg. Hoe tot een betere screening komen in deze praktijk? 2014.

25. De Koninck N. Verhogen van de deelname aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker aan de hand van een herinneringsbrief door de GMD-houdende huisarts: haalbaarheid en effect in een groepspraktijk. 2017.

26. Van der Auwera T. Deelname aan de screening voor baarmoederhalskanker bij vrouwen tussen 25 en 35 jaar in onze praktijk: een praktijkverbeterend project. 2016.

Bijlages

1. Goedkeuring Ethische Commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP008961
Uw kenmerk: Masterproef studie: "Waarom hebben vrouwen die in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker de voorbije jaren geen uitstrijkje gehad in Ardooie?"
Leuven, 11-03-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jean-Marie Degryse
Geachte Elisa Deryckere

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 11-03-2019

Het betreft hierbij een herindiening. Er werd tegemoet gekomen aan de verschillende opmerkingen. De Commissie heeft geen verdere opmerkingen op de aanvraag.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 23-02-2019 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP008961

2. Protocol Ethische Commissie

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Waarom hebben vrouwen die in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker de voorbije jaren geen uitstrijkje gehad?
Version 1: Date submission	Date:29/01/2019
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:23/02/2019
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Prof. dr. Degryse Jean-Marie
	Telephone: +32 16 337537
	E-mail: jan.degryse@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES ■ NO □	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name: Dr. Fillieux Celine
	Telephone: 051/699.303
	E-mail: celine.fillieux@hotmail.com
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES ■ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Dr. Deryckere Elisa
	Student number: s0217321
	Telephone: 0474/458673
	E-mail: elisaderyckere@gmail.com

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Elk jaar krijgen 67.087 mensen kanker, 634 daarvan krijgen baarmoederhalskanker (1%). Het is de 20e meest voorkomende kankersoort in België, met een vijfjaarsoverleving van 68%. Baarmoederhalskanker is in de meeste gevallen het gevolg van een besmetting met het humane papillomavirus (HPV), een seksueel overdraagbare aandoening. Bij de meeste vrouwen verdwijnt deze infectie spontaan zonder klachten te veroorzaken. Als het virus niet verdwijnt, spreekt men van een chronische infectie. Dit kan leiden tot de vorming van (precancereuze) letsels die op lange termijn (10-tal jaar), indien niet behandeld, evolueren tot baarmoederhalskanker. Dankzij de vroege opsporing in België kan men deze letsels in een vroegtijdig stadium detecteren en voorkomen dat ze verder evolueren. (1,2) Vrouwen van 25 tot en met 64 jaar krijgen de kans om elke drie jaar een uitstrijkje te

laten nemen via het Vlaams bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Dit onderzoek is meestal gratis, men betaalt enkel de consultatie bij de huisart of gynaecoloog. (3) Desondanks overlijden ieder jaar gemiddeld 157 vrouwen ten gevolge van baarmoederhalskanker, terwijl 90% daarvan had kunnen worden vermeden met een regelmatig uitstrijkje. Naast een regelmatige opsporing vormt vaccinatie een andere manier om je tegen baarmoederhalskanker te beschermen. Dit vaccin biedt echter geen 100% bescherming (ongeveer 70%) zodat opsporing met uitstrijkjes nodig blijft. (1)

3. STUDY OBJECTIVES

Het hoofddoel van dit onderzoek is exploreren waarom patiënten niet deelnemen aan het Vlaams bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Als bijkomend onderzoek zal ik analyseren welke vrouwen niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek aan de hand van socio-demografische en economische gegevens. Het onderzoek zal plaatsvinden in de huisartsenpraktijk waar ik actief ben als huisarts-in-opleiding. Deze bestaat uit 2 huisartsen exclusief mijzelf en situeert zich in Ardooie te West-Vlaanderen. De grootste groep van onze patiënten zijn afkomstig uit Ardooie zelf en haar deelgemeente Koolskamp, samen goed voor een 9000-tal inwoners, maar eveneens uit omliggende steden en gemeenten zoals Roeselare, Tielt, Torhout, Pittem, Meulebeke, Izegem etc. (4)

4. RESEARCH METHOD

Eerste fase: identificatie van de deelnemers

Voor de identificatie van de deelnemers wordt beroep gedaan op het Vlaams Centrum voor Kankeropsporing (CvKO). In de huisartsenpraktijk zullen de gegevens (naam, voornaam, geboortedatum, adres en rijksregisternummer)* verzameld worden van patiënten die in aanmerking komen voor het Vlaams bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, m.n. alle vrouwelijke GMD-houdende patiënten van 25 tot en met 64 jaar. Deze gegevens zullen lokaal worden opgeslagen in een beveiligd Excel-file. Ter bescherming van de privacy van de patiënt zal deze lijst te allen tijde aanwezig blijven in de huisartsenpraktijk waartoe deze gegevens behoren. Deze gegevens zullen gecodeerd en gekoppeld worden aan de gegevens van de databank van het CvKO. De data-uitwisseling zal op een beveiligde manier gebeuren via de eHealthBox (vanuit het EMD Windoc van CompuGroup Medical). Dokter Eliane Kellen van het CvKO zal aan de hand van het rijksregisternummer nagaan of een vrouw de voorbije vijf jaren al dan wel/niet een uitstrijkje heeft laten nemen. Op deze manier worden de vrouwen geïdentificeerd die niet hebben deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek. Hierna volgt een exclusie van patiënten die een totale of radicale hysterectomie zijn ondergaan, en patiënten die wilsonbekwaam zijn.

* Deze gegevens zijn vereist voor deelname aan het huisartsenproject van het Vlaams CvKO: in samenwerking met Vakgroep Huisartsgeneeskunde UGent en Domus Medica voert men een studie uit naar het effect van een uitnodigingsbrief ondertekend door de vertrouwde huisarts. Meer informatie hierover vindt u op: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be < professionelen < huisartsen en gynaecologen < wat kan ik doen als huisarts om het bevolkingsonderzoek te ondersteunen?

Tweede fase: deelnemers uitnodigen voor een vragenlijst

Deze vrouwen zullen per brief (zie bijlage), mede-ondertekend door mijn collega's, worden uitgenodigd om een online vragenlijst in te vullen (opgesteld via Google forms). Er zal ook een papieren vragenlijst voorzien worden voor zij die geen internettoegang hebben. Deze vragenlijst omvat volgende informatie: informed consent, socio-demografische en economische gegevens, meerkeuze en open vragen betreffende het uitstrijkje (zie bijlage). Met de verzamelde gegevens zal ik analyseren waarom vrouwen niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek en wie deze vrouwen zijn.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Inclusie criteria: alle vrouwelijke GMD-houdende patiënten van 25 tot en met 64 jaar uit de eigen huisartsenpraktijk (dr. Blomme en dr. Fillieux uit Ardooie, West-Vlaanderen).

Exclusie criteria: patiënten die een totale of radicale hysterectomie zijn ondergaan.

5.2 Expected duration

Februari 2019: Excel-file doorsturen naar dr. Eliane Kellen van het CvKO + deelnemers uitnodigen

Eind maart 2019: deadline invullen online vragenlijst

April 2019: analyseren van de gegevens

5.3 Recruitment

Zie "research method".

6. ANALYSIS

Sample size: afhankelijk van de resultaten van het CvKO (liefst zo veel mogelijk)

Analyse: kwantitatief onderzoek

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

- De gegevens (naam, voornaam, geboortedatum, adres en rijksregisternummer) van alle vrouwelijke GMD-houdende patiënten tussen 25 en 64 jaar oud zullen worden opgeslagen als

een beveiligd Excel-file (met een toegangscode die enkel in het bezit is van de onderzoeker, zijnde Elisa Dervckere) op een harde schijf in de huisartsenpraktijk (enkel toegankelijk voor bevoegden).
- Deze gegevens worden via de eHealthBox gedeeld met het CvKO (dr. Eliane Kellen) die ons op dezelfde manier een aangevulde lijst zal bezorgen. Ook deze lijst zal beveiligd (met toegangscode) opgeslagen worden op een harde schijf in de huisartsenpraktijk.
- De deelnemers worden per brief uitgenodigd. Deze brief wordt door alle huisartsen van de praktijk ondertekend.
- Het online vragenformulier is opgesteld via Google Forms.
- De antwoorden van het online vragenformulier komen terecht in mijn persoonlijke Google Drive die enkel voor professionele doeleinden wordt gebruikt.
- Na het beëindigen van dit onderzoek, worden alle data gedurende 5 jaar bewaard door de promotor en nadien vernietigd.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*
- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

Zie uitnodigingsbrief in bijlage.

9. APPROVAL

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

(1) https://www.kanker.be/alles-over-kanker/alle-types-kanker/baarmoederhalskanker; Stichting tegen Kanker; geraadpleegd op 31/07/2018 om 17:36

(2) http://www.kankerregister.org/Preventie_baarmoederhalskanker; Kankerregister; geraadpleegd op 31/07/2018 om 17:52

(3) https://www.baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/; Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker; geraadpleegd op 31/07/2018 om 17:58

https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarrapport2017_DEF_0.pdf; Jaarrapport 2017 opgesteld Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

(4) https://www.vlaanderen.be/nl/gemeenten-en-provincies/provincie-west-vlaanderen/ardooie; Vlaanderen; geraadpleegd op 20/08/2018 om 20:46

13. ANNEXES

All annexes should be integrated in this form, unless it would not be possible.

Please add here the information letter (if applicable)

Zie bijlage

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

Please add here the informed consent form (if applicable)

Please add here the questionnaire, information guide, test, etc. (if applicable)

Zie bijlage

Other (if applicable)

3. Uitnodigingsbrief

KU LEUVEN

Dr Blomme & Dr Fillieux
Huisartsen te Ardooie

Uitnodiging tot deelname studie:

"Waarom hebben vrouwen die in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker de voorbije jaren geen uitstrijkje gehad?"

Geachte juffrouw/mevrouw,

Mijn naam is Elisa Deryckere, huisarts-in-opleiding in de groepspraktijk van dr. Blomme Jan en dr. Fillieux Celine te Ardooie. In de context van mijn masterthesisproject aan de KU Leuven voer ik een studie uit over de redenen waarom vrouwen niet deelnemen aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker.

> *"In juni 2013 startte de Vlaamse overheid met een Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Het onderzoek spoort alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar ertoe aan om elke drie jaar een uitstrijkje te laten nemen. Dit uitstrijkje wordt dan in een laboratorium onderzocht om te kijken of het afwijkende cellen bevat. Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich uiterst langzaam. Alles begint met letsels die nog geen kanker zijn. Als de aandoening pas in een zeer laat stadium wordt ontdekt, is de kans op overleven kleiner dan één op vijf. Maar als deze letsels vroegtijdig worden ontdekt en weggenomen, wordt baarmoederhalskanker voorkomen. De behandeling is dan ook minder zwaar en je herstelt sneller."*
>
> *Meer informatie op https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be*

In onze huisartsenpraktijk werd een lijst opgesteld van alle vrouwelijke patiënten die in aanmerking komen voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Vervolgens werd nagegaan wanneer zij voor het laatst een uitstrijkje hebben gehad (via de gegevens uit de database van het Centrum voor Kankeropsporing, een vereniging die expertise biedt in de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker). **Hieruit blijkt dat uw laatste uitstrijkje meer dan 5 jaar geleden is.** Daarom nodig ik u vriendelijk uit om deel te nemen aan deze studie.

Wat houdt dit precies in? Ik verzoek u tot het invullen van een online vragenlijst. Dit is volledig anoniem en zal ongeveer een 5-tal minuten in beslag nemen. Deelnemen is geheel vrijwillig waardoor u zich op elk moment zonder nadelige gevolgen kan terugtrekken uit de studie. Gelieve de vragenlijst voor **1 april 2019** in te vullen. Zij die over geen internettoegang beschikken, kunnen zich wenden tot de huisartsenpraktijk voor een papieren versie en deze ingevuld deponeren in de brievenbus.

Ga naar www.huisartsenblommefillieux.be, rol door naar beneden, onder *'nieuws in de praktijk'* klikt u op *'bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker'*, vervolgens kan u de vragenlijst invullen via *'hier klikken'*.

Met de informatie die ik via deze vragenlijst zal verwerven, hoop ik te ontdekken wat de redenen zijn waarom vrouwen niet deelnemen aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. En hopelijk kunnen we aan de hand van deze studie een manier vinden om in de toekomst zoveel mogelijk vrouwen te laten deelnemen aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker.

Dit masterthesisproject wordt begeleid door prof. dr. Jean-Marie Degryse, hoogleraar aan de faculteit Geneeskunde van de KU Leuven. Bij eventuele vragen kan u bij hem of bij mij terecht via onderstaande gegevens. Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.

Uw deelname wordt ten zeerste geapprecieerd,

Dr. Elisa Deryckere

DR. ELISA DERYCKERE
TEL. + 32 51 699 303
elisa.deryckere@student.kuleuven.be

PROF. DR. JEAN-MARIE DEGRYSE PROMOTOR
TEL. + 32 16 337 537
jan.degryse@kuleuven.be

Dokter Blomme
OUDE EEKHOUTSTRAAT 3 - Ardooie
tel: 051/74.51.98

Dokter Fillieux
SPRIETSTRAAT 59 - Ardooie
tel: 051/699.303

BEVOLKINGS ONDERZOEK BAARMOEDER HALSKANKER

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

4. Vragenlijst

Het socio-economisch profiel van vrouwen die in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker maar niet deelnemen: een kwantitatief onderzoek in een huisartsenpraktijk in Ardooie

* Required



Socio-economische en demografische gegevens

1. **Tot welke leeftijdscategorie behoort u?** *
   Mark only one oval.
   - 25 - 34 jaar
   - 35 - 44 jaar
   - 45 - 54 jaar
   - 55 - 64 jaar

2. **Wat is uw nationaliteit?** *
   Mark only one oval.
   - Belg
   - Andere

3. **Indien u hierboven 'andere' heeft geselecteerd, gelieve dit te verduidelijken. (niet verplicht)**

4. **Wat is uw geloofsovertuiging?** *
   Mark only one oval.
   - Christen
   - Moslim
   - Atheïst
   - Hindoe
   - Jood
   - Andere

5. **Indien u hierboven 'andere' heeft geselecteerd, gelieve dit te verduidelijken. (niet verplicht)**

6. **Wat is uw hoogst behaalde opleiding?** *
Mark only one oval.

- ◯ Geen opleiding
- ◯ Lager onderwijs
- ◯ Secundair onderwijs
- ◯ Hogeschool
- ◯ Universiteit

7. **Wat is uw huidig statuut?** *
Mark only one oval.

- ◯ Werkloos
- ◯ Student
- ◯ Arbeider of bediende
- ◯ Zelfstandige
- ◯ Arbeidsongeschiktheid, invaliditeit of op pensioen

8. **Hoeveel bedraagt uw maandelijks inkomen (netto)?** *
Mark only one oval.

- ◯ Minder dan €1000
- ◯ €1000 - €1999
- ◯ €2000 - €2499
- ◯ Meer dan €2500

9. **Rookt u?**
Mark only one oval.

- ◯ Ja
- ◯ Neen

Gynaecologische gegevens

10. **Gebruikt u anticonceptie onder de vorm van de pil, de minipil, de prikpil, het spiraaltje, het staafje, de vaginale ring, de pleister... (met uitzondering van het condoom)?** *
Mark only one oval.

- ◯ Ja
- ◯ Neen

11. **Bent u seksueel actief of ben je dit ooit geweest?** *
Mark only one oval.

- ◯ Ja
- ◯ Neen *Skip to question 16.*

Gynaecologische gegevens

12. **Heeft u frequent wisselende seksuele contacten?** *
Mark only one oval.

- ◯ Ja
- ◯ Neen

13. **Heeft een dokter oolt een seksueel overdraagbare aandoening bij u vastgesteld (chlamydia, gonorrhoe, syfilis, HIV, hepatitis B, herpes...)?** *
Mark only one oval.

- ◯ Ja
- ◯ Neen

14. **Bent u oolt zwanger geweest (en hiervoor op controle gegaan bij de huisarts of gynaecoloog)?** *
Mark only one oval.

- ◯ Ja
- ◯ Neen

15. **Hoeveel kinderen heeft u?** *
Mark only one oval.

- ◯ 0
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4 of meer

Kennisvragen

16. **Beantwoord volgende vragen met 'juist', 'fout' of 'Ik weet het niet'.** *
Merk op: bij het gebruik van 'uitstrijkje' wordt telkens verwezen naar het baarmoederhalsuitstrijkje.
Mark only one oval per row.

	Juist	Fout	Ik weet het niet
"Een uitstrijkje wordt gebruikt voor vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker."	◯	◯	◯
"Een uitstrijkje dient om de vijf jaar uitgevoerd te worden."	◯	◯	◯
"Een uitstrijkje laten afnemen is gratis, u betaalt enkel de consultatie bij de huisarts of gynaecoloog."	◯	◯	◯
"Baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door het humaan papillomavirus (HPV)."	◯	◯	◯
"Iemand die gevaccineerd is tegen HPV, moet geen uitstrijkje meer laten afnemen."	◯	◯	◯
"Vrijen met condoom beschermt tegen HPV-besmetting."	◯	◯	◯

Kennisvragen

Toelichting. Meer informatie op: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be

"Een uitstrijkje wordt gebruikt voor vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker."

→ JUIST:
Met het uitstrijkje kunnen afwijkingen in de cellen van de baarmoederhals vroegtijdig worden opgespoord. Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich uiterst langzaam. Alles begint met letsels die nog geen kanker zijn. Ze zijn precancereus. Door om de drie jaar een uitstrijkje te laten nemen, kunnen ze tijdig worden ontdekt en weggenomen. Zo wordt baarmoederhalskanker voorkomen.

"Een uitstrijkje dient om de vijf jaar uitgevoerd te worden."

→ FOUT:
In juni 2013 startte de Vlaamse overheid met een Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Het onderzoek spoort alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar ertoe aan om elke **drie jaar** een uitstrijkje te laten nemen. Dit uitstrijkje wordt dan in een laboratorium onderzocht om te kijken of het afwijkende cellen bevat. Door om de drie jaar een uitstrijkje te laten nemen, kan de aandoening al in een vroeg stadium worden opgespoord en behandeld. De behandeling is dan ook minder zwaar en je herstelt sneller.

"Een uitstrijkje laten afnemen is gratis, u betaalt enkel de consultatie bij de huisarts of gynaecoloog."

→ JUIST:
Het onderzoek van het uitstrijkje is meestal gratis. Je betaalt alleen de consultatie bij je huisarts of gynaecoloog. Een deel daarvan krijg je van je ziekenfonds terug. Je betaalt dus alleen het remgeld op voorwaarde dat je huisarts of gynaecoloog geconventioneerd is. Je kan hierover meer informatie inwinnen bij je ziekenfonds.

"Baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door het humaan papillomavirus (HPV)."

→ JUIST:
Baarmoederhalskanker ontstaat meestal door een besmetting met het humaan papillomavirus (HPV). Tussen de besmetting met HPV en de ontwikkeling van baarmoederhalskanker kan 10 tot 15 jaar liggen. Als het virus meerdere jaren aanwezig blijft, kunnen in het overgangsgebied tussen de baarmoederhals en de baarmoedermond afwijkende cellen ontstaan. Er is nog geen sprake van kanker, maar wel van een voorstadium. Als dit voorstadium niet wordt behandeld, kan baarmoederhalskanker ontstaan. Zonder behandeling krijgt 1 op de 100 besmette vrouwen uiteindelijk baarmoederhalskanker. Een onbehandeld voorstadium leidt dus niet noodzakelijk tot baarmoederhalskanker. Afwijkende cellen kunnen immers weer normaal worden. Maar hoe groter de afwijking, hoe groter ook de kans dat ze kankercellen worden.

"Iemand die gevaccineerd is tegen HPV, moet geen uitstrijkje meer laten afnemen."

→ FOUT:
Veel baarmoederhalskankers kunnen vermeden worden door vaccinatie tegen het HPV. Dat komt doordat in de huidige vaccins twee types van het virus opgenomen zijn die verantwoordelijk zijn voor 70% van alle baarmoederhalskankers. De huidige HPV-vaccinatie beschermt dus tegen veel baarmoederhalskankers, maar niet tegen alle. Een driejaarlijks uitstrijkje blijft ook na vaccinatie aangewezen en dit vanaf het moment dat je seksueel actief bent.

"Vrijen met condoom beschermt tegen HPV-besmetting."

→ FOUT:
HPV is een erg besmettelijke en uiterst algemene seksueel overdraagbare aandoening. Iedereen die seksueel actief is of was kan besmet zijn. Het virus kan ook overgedragen worden door intiem lichaamscontact in de schaamstreek. Door een condoom te gebruiken heb je tot 70% minder kans om het virus op te lopen.

Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

17. **Was u op de hoogte van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (voor u mijn uitnodigingsbrief ontving)?** *
Mark only one oval.

- ◯ Ja
- ◯ Neen

18. **Heeft u ooit een uitnodigingsbrief voor een uitstrijkje ontvangen?** *
Mark only one oval.

- ◯ Ja
- ◯ Neen

19. **Heeft u ooit een uitstrijkje gehad?** *
Mark only one oval.

- ◯ Ja
- ◯ Neen *Skip to question 22.*

Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

20. **Op welke leeftijd heeft u voor het eerst een uitstrijkje laten afnemen?** *
Mark only one oval.

- ◯ Jonger dan 25 jaar
- ◯ 25 - 34 jaar
- ◯ 35 - 44 jaar
- ◯ 45 - 54 jaar
- ◯ 55 - 64 jaar

21. **Wanneer was uw laatste uitstrijkje?** *
Mark only one oval.

- ◯ Minder dan 5 jaar geleden
- ◯ 5 à 10 jaar geleden
- ◯ Meer dan 10 jaar geleden

Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

22. **Wist u dat u uw uitstrijkje ook door de huisarts kan laten uitvoeren?** *
Mark only one oval.

- ◯ Ja
- ◯ Neen

23. **Naar wie gaat uw voorkeur uit voor het afnemen van een uitstrijkje (ook al heeft u nooit één laten afnemen)?** *
Mark only one oval.

- ◯ Huisarts
- ◯ Gynaecoloog

24. **Kan u kort toelichten waarom u bovenstaand antwoord heeft gekozen?** *

Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

25. **Waarom heeft u de voorbije 5 jaar (of langer) geen uitstrijkje laten afnemen?** *
Meerdere antwoordopties kunnen geselecteerd worden.
Check all that apply.

- ☐ Ik heb wél een uitstrijkje laten afnemen de voorbije 5 jaar.
- ☐ Ik was niet op de hoogte van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.
- ☐ Ik ben op de hoogte van het bevolkingsonderzoek maar ik heb geen uitnodigingsbrief ontvangen.
- ☐ Ik ben op de hoogte van het bevolkingsonderzoek en ik heb een uitnodigingsbrief ontvangen maar ik ben dit uit het oog verloren.
- ☐ Ik was de voorbije jaren seksueel inactief of ik ben nog nooit seksueel actief geweest.
- ☐ Wegens financiële redenen.
- ☐ Wegens religieuze redenen.
- ☐ Uit schrik voor een slecht resultaat of omdat ik ooit een afwijkend resultaat had.
- ☐ Uit schrik voor pijn of omdat ik ooit pijn heb ervaren bij het afnemen van een uitstrijkje.
- ☐ Omdat het afnemen van een uitstrijkje intiem is en ik me hier ongemakkelijk bij voel.
- ☐ Omdat ik een bevolkingsonderzoek nutteloos vind.
- ☐ Omdat het lange wachttijden zijn bij gynaecologen en ik niet wist dat je ook bij de huisarts terecht kan voor een uitstrijkje.
- ☐ Omdat mijn baarmoeder operatief werd verwijderd en mijn gynaecoloog zei dat een uitstrijkje niet meer hoefde.
- ☐ Andere redenen die hierboven niet vermeld staan.

26. **Indien u hierboven 'andere redenen' heeft geselecteerd, gelieve dit te verduidelijken. (niet verplicht)**

De vragenlijst is afgelopen. Bedankt voor uw deelname, dit wordt ten zeerste geapprecieerd!

Heeft u nog vragen, neem dan contact op via 051/699.303 of elisa.deryckere@student.kuleuven.be

Masterthesisproject aan de Katholieke Universiteit Leuven

In samenwerking met het Vlaams Centrum voor Kankeropsporing

CvKO CENTRUM VOOR KANKEROPSPORING

ANTWERPEN . BRUGGE . BRUSSEL . GENT . LEUVEN

27. **Heeft u nog bijkomende opmerkingen? (niet verplicht)**

Powered by Google Forms