Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker: waarom doen vrouwen hier niet aan mee?

Irene Smeets, Universiteit van Antwerpen

Promotor: Veronique Verhoeven, Universiteit van Antwerpen

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.

Samenvatting

Achtergrond: de incidentie van baarmoederhalskanker is sterk gedaald door een georganiseerde screening. De participatiegraad in België stagneert de laatste jaren echter rond 60%. Deze pilootstudie tracht te achterhalen wat de motieven zijn voor vrouwen om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker en welke acties hen zouden kunnen aansporen tot deelname. Tenslotte wordt geëvalueerd of een HPV-zelftest bij een afwijkend resultaat leidt tot een hogere bereidheid om alsnog een vervolgonderzoek door middel van een uitstrijkje te ondergaan.
Methode: In deze prospectieve, mono-centrische pilootstudie in een huisartsengroepspraktijk in de gemeente Brecht, werden alle vrouwen tussen de 26 en 64 jaar die consulteerden bij de huisarts gevraagd of zij wensten deel te nemen aan deze studie. Dit betreft een vragenlijst die bestaat uit socio-demografische gegevens en informatie over het laatste uitstrijkje. Indien de vrouw de afgelopen 3 jaar geen uitstrijkje liet afnemen, werd de vragenlijst vervolledigd met motieven voor niet-deelname en mogelijke verbeterpunten om deelname te verhogen.
Resultaten: 71 vrouwen namen deel aan deze studie, waarvan 20 vrouwen geen uitstrijkje lieten namen de afgelopen 3 jaar. Alle barrières voor niet-deelname aan de screening kunnen onderverdeeld worden in 3 categorieën, die ook terugkomen in eerder onderzoek, namelijk: angst, praktische bezwaren en gebrek aan kennis. Vrouwen willen vooral betere informatie en ook de huisarts kan een prominente rol spelen in het verhogen van de participatiegraad. Vrouwen geven aan dat ze bij een afwijkend resultaat van de HPV-zelftest wel degelijk een opvolging zouden wensen, dus ook dit kan de participatiegraad wellicht verhogen. Gezien het beperkt aantal deelnemers van de studie dient extrapolatie van deze gegevens naar een bredere populatie met de nodige voorzichtigheid te gebeuren.

Inleiding

Wereldwijd is baarmoederhalskanker de vierde meest voorkomende vorm van kanker, met ongeveer 570.000 nieuwe gevallen in 2018 en oorzaak van 7,5% van de sterftegevallen door kanker bij vrouwen.[1]
In België maakte invasieve baarmoederhalskanker in 2016 2,0% uit van de nieuwe kankers bij vrouwen. Dit maakt baarmoederhalskanker bij vrouwen onder de 70 jaar de 7e meest frequent voorkomende kanker. Dat jaar waren er 640 nieuwe diagnoses van cervixkanker bij vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 54.4 jaar bij diagnose. In 2015 stierven in België 161 vrouwen aan baarmoederhalskanker.[2,3]
Globale incidentie- en mortaliteitcijfers zijn afhankelijk van de beschikbaarheid van screeningprogramma's en vaccinaties tegen het humaan papillomavirus (HPV). Een infectie met dit virus ligt voor 99,7% aan de basis van het ontwikkelen van een cervixcarcinoom.[4]

Screening op basis van cytologie

In juni 2013 startte het georganiseerde Vlaamse Bevolkingsonderzoek naar Baarmoederhalskanker.
Dit bevolkingsonderzoek bestaat deels uit opportunistische screening, deels uit een door de overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek. Opportunistische screening houdt in dat een vrouw zich op eigen initiatief of op initiatief van een arts laat screenen. Vrouwen die zich niet of niet tijdig laten screenen, maar voor wie een onderzoek wel aangewezen is, krijgen een uitnodigingsbrief voor deelname vanuit het georganiseerde bevolkingsonderzoek.[5]
Het bevolkingsonderzoek spoort alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar ertoe aan om elke drie jaar een uitstrijkje te laten nemen. Hierbij worden baarmoederhalskanker en de voorloperstadia opgespoord door middel van cytologisch onderzoek. Screening door middel van uitstrijkjes, gevolgd door een adequate opvolging van de gevonden afwijkingen, is een werkzame preventieve interventie om de morbiditeit en mortaliteit

door cervixkanker te verminderen. Toch zijn er in België jaarlijks nog meer dan 100 vrouwen die overlijden aan baarmoederhalskanker, waarvan het grootste deel niet (recent) gescreend werd.[6] In 2018 bedroeg de totale dekkingsgraad van screening op baarmoederhalskanker 62,2%.[5] Dit wil zeggen dat ongeveer 38% van de vrouwen die wél in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek, zich niet lieten screenen. Deze dekkingsgraad is beduidend lager dan sommige andere Europese landen.[7] We zien de afgelopen jaren ook een stagnatie van de dekkingsgraad rond 60%, terwijl er wordt gestreefd naar een dekkingsgraad van 80%. De screening in België gebeurt suboptimaal: er is zowel sprake van een overscreening (vrouwen die te vaak een uitstrijkje laten afnemen) als onderscreening. Voornamelijk de groep vrouwen met een leeftijd van 55 jaar of ouder laten zich te weinig screenen.[5]

Screening op basis van hoog-risico humaan papillomavirus (HrHPV)

Een nieuwere screeningsmethode is het opsporen van hoog-risico humaan papillomavirus (HrHPV). Deze test blijkt gevoeliger dan het uitstrijkje voor het opsporen van intra-epitheliale neoplasieën van graad CIN2 en hoger (sensitiviteit 96%). De specificiteit ligt lager (91%) dan het uitstrijkje, dit wil zeggen dat een er bij een positieve test niet noodzakelijk een letsel aanwezig is op moment van afname.[8,9]
De screeningsmethode kan bovendien worden uitgevoerd op materiaal dat door de vrouw zelf wordt afgenomen. Onderzoek toont aan dat deze HPV-zelftest even betrouwbaar is als een specimen afgenomen door een arts, op voorwaarde dat er een gevalideerde polymerasekettingreactie (PCR) wordt toegepast.[8,10]

Ondergescreende groepen en hun barrières

Eerder onderzoek in België en Nederland toonde aan dat deelname lager is bij vrouwen met lagere socio-economische status en bij Oost-Europese vrouwen.[5] Ook de volgende eigenschappen worden gezien onder de niet-deelnemers: negatief zelfbeeld, lage opleidingsgraad, leermoeilijkheden, ouderen, alleenstaanden, wonende in stedelijke gebieden, niet-Westerse allochtoon, het niet machtig zijn van de taal en vrouwen met een specifiek ziektebeeld zoals schizofrenie.[6,11,12]
Opvallend is dat in België voornamelijk de groep vrouwen met een leeftijd van 55 jaar of ouder zich te weinig laten screenen, terwijl in Nederland dit vrouwen onder de 40 jaar zijn.[5,13]
Uit enkele onderzoeken in Engeland en Amerika kan men concluderen dat er 3 soorten barrières zijn voor het deelnemen aan screening.[14,15,16]
Een eerste barrière is het gebrek aan kennis. Dit uit zich onder andere in het niet beseffen dat men in aanmerking komt voor screening. Een deel van de vrouwen weet nog steeds niet dat screening herhaaldelijk dient plaats te vinden. Anderen denken dat onderzoek enkel nodig is in geval van klachten of weten niet dat screening nog zinvol is na de menopauze, of denken dat zich laten screenen een teken is van promiscuïteit.
Angst vormt een tweede barrière en wordt bij een studie door zo'n 20% van de ondervraagden vermeld.[15] Sommigen beschrijven het als zich oncomfortabel voelen, maar ook een schaamtegevoel en angst voor pijn worden genoemd. Het effect van een negatieve screeningservaring mag niet onderschat worden: deze speelt een rol bij het angstgevoel bij 9% van de ondervraagden. Het lange wachten op het resultaat van het uitstrijkje melden vrouwen ook als een reden voor toename van angst.
Als derde barrière spelen praktische bezwaren een opvallend grote rol. Ze zijn ook duidelijk gelinkt aan screeningsstatus. Hierbij wordt opgemerkt dat sommige vrouwen graag zelf de mogelijkheid krijgen om een afspraak te maken en niet wensen dat deze opgelegd wordt, maar vervolgens verzuimen om een afspraak te maken of geen tijd hebben (56%). Ze vinden het vaak moeilijk

om een afspraak voor een uitstrijkje te rijmen met een druk werk- of gezinsleven.

Verhogen van de participatiegraad

Er werden in België en Nederland reeds verschillende onderzoeken (en thesissen) gewijd aan het verhogen van de participatiegraad voor screening op baarmoederhalskanker.
Een uitnodiging die uitgaat van de eigen huisarts blijkt effectiever dan een uitnodiging van een algemene instantie. Bovendien kan zo'n uitnodiging van de eigen huisarts juist de kwetsbare, ondergescreende patiënten uit een lagere sociale klasse motiveren tot deelname.[17]
Het lijkt dus dat de huisarts een cruciale rol heeft, maar desondanks blijkt dat in 2017 slechts 16% van de uitstrijkjes in België werden afgenomen door huisartsen, tegenover 84% door gynaecologen.[5]
Verder is het persoonlijk aangesproken worden door een arts effectiever dan een algemene uitnodigingsbrief.[17] Dit positief effect geldt ook voor een telefonische uitnodiging.[6,18] Een telefonische uitnodiging is volgens het bevolkingsonderzoek en de Cochrane review niet superieur ten opzichte van een schriftelijke uitnodiging.[18] Een uitnodiging waar een vaste afspraak aan gekoppeld is, is effectiever dan een vrije uitnodiging.[18]
De non-responders op de eerste uitnodiging hercontacteren door middel van een brief of een telefonisch contact verhoogt ook de deelnamegraad.[6] De patiënt onderwijzen in het onderwerp van baarmoederhalskanker en uitstrijkjes, is effectief in het verhogen van de participatiegraad, maar is niet significant beter dan een uitnodigingsbrief.[18]

In 2 thesissen[19,20] werd onderzocht of de HPV-zelftest een grotere participatie zou hebben dan het uitstrijkje. Dit bleek in 1 thesis wel het geval, in de andere was de participatiegraad nagenoeg hetzelfde voor de HPV-zelftest en het uitstrijkje. Enerzijds zien we dat vrouwen ook wel tot een uitstrijkje over te halen zijn als de arts het zelf voorstelt, anderzijds rijst de vraag of vrouwen die wel een zelftest willen afnemen dan ook bereid zouden zijn om toch nog een uitstrijkje te krijgen, na een afwijkend resultaat van de zelftest. Zonder deze follow up is de initiële test immers zinloos.

In het jaarrapport van 2017 wordt ook voor het eerst het Actieplan 2015-2020 vermeld. De doelstelling van dit actieplan is de participatiegraad te verhogen tot 65%. Om dit te bereiken worden vrouwen onder andere geïnformeerd via diverse kanalen: het uitzenden van een boodschap van algemeen nut op de Vlaamse televisie, affiches in bussen en trams, vertaling van de bestaande brieven en folders (in het Frans, Engels, Turks, Pools en Arabisch), een herinnering per e-mail. Ook werd er een studie gestart om te evalueren of een herinneringsbrief van de GMD-houdende niet-deelnemers alsnog kan overtuigen tot deelname.[5]
Het lijkt er dus op dat de huidige acties die ondernomen worden voornamelijk zijn bedoeld om het gebrek aan kennis weg te nemen.

Barrières in België

Ondanks dat er al veel actieplannen werden uitgedacht en uitgevoerd, werd er noch in België, noch in Nederland eerder een uitgebreid onderzoek gedaan naar de motieven/barrières voor het niet-deelnemen bij de vrouwen die niet 'in orde' zijn (geen uitstrijkje de afgelopen 3 jaar) met hun uitstrijkje. Daarom organiseerde de vakgroep Huisartsgeneeskunde UGent in 2017 focusgroep-gesprekken onder kansarme vrouwen die de afgelopen 3 jaar niet hadden deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek. Dit op verzoek van het Centrum voor Kankeropsporing. Een verscheidenheid aan motieven voor niet–deelname kwamen in deze gesprekken naar boven: onvoldoende geïnformeerd zijn (geen brief ontvangen hebben, niet aangesproken worden door de huisarts), wantrouwen t.o.v. preventie en screening, negatieve ervaringen met de gezondheidszorg in het verleden,

concurrerende andere prioriteiten (bv. 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. Er wordt geconcludeerd dat het in het algemeen moeilijk is om de vinger te leggen op de precieze motieven.[21]

Op basis van deze focusgroep-gesprekken, stelde ik een uitgebreide vragenlijst op met mogelijke motieven om niet deel te nemen aan de screening op baarmoederhalskanker. Met deze pilootstudie willen we in de huisartsenpraktijk in Brecht in kaart brengen wat de meest voorkomende motieven zijn voor niet deelnemen aan de screening op baarmoederhalskanker. Tevens wil ik bij deze ondergescreende vrouwen informeren welke acties hen zouden aansporen tot deelname aan het bevolkingsonderzoek? Zo kan in de toekomst een passende interventie worden bedacht voor deze populatie om zo de participatiegraad te verhogen. Tenslotte werd er een vraag over de HPV-zelftest toegevoegd om antwoord te geven op de vraag "willen vrouwen met een afwijkende HPV-zelftest een uitstrijkje laten afnemen als follow-up?"
Deze vragenlijst zou in de toekomst wellicht in een grotere populatie gebruikt kunnen worden, om na te gaan wat in Vlaanderen de belangrijkste redenen zijn van niet-deelname en zo een interventie op maat uit te tekenen.

Methode

Setting een deelnemers

Het onderzoek betreft een prospectieve, mono-centrische studie in een huisartsengroepspraktijk in de gemeente Brecht. In de huisartsenpraktijk werkten bij aanvang van de studie 4 huisartsen en 2 haio's. Tussen de periode van 1 april 2018 en 1 oktober 2019 wordt aan iedere vrouw tussen de 26 en 64 jaar die zich meldt op consultatie bevraagd of zij wensen deel te nemen aan dit onderzoek, hetwelk een vragenlijst inhoudt. Als exclusiecriteria gelden hysterectomie, voorgeschiedenis van hooggradige maligne letsels of actueel maligne carcinoom.

Procedure

Indien de patiënte instemt met deelname wordt haar gevraagd om zich na de consultatie te melden bij de secretaresse. Zij wijst de patiënte een lokaal toe in de huisartsenpraktijk en vraagt de patiënte om het informatieformulier te lezen, het toestemmingsformulier te ondertekenen en de vragenlijst in te vullen.
De vragenlijst (bijlage 3) bestaat uit 4 onderdelen: Het eerste deel peilt naar socio-demografische gegevens en wanneer en door wie het laatste uitstrijkje werd afgenomen. De rest van de vragenlijst is bestemd voor vrouwen die de afgelopen 3 jaar geen uitstrijkje lieten afnemen en bestaat uit een bevraging naar de motieven en een bevraging naar mogelijk verbeterpunten die hen zouden aansporen tot deelname aan het bevolkingsonderzoek, waaronder de zelftest en opvolging hiervan. Tenslotte wordt hen gevraagd of ze toch een uitstrijkje wensen te laten afnemen. Deze elementen uit de vragenlijst werden opgenomen op basis van het literatuuronderzoek dat werd uitgevoerd.
De vragenlijsten worden nadien verzameld bij het secretariaat. De huisarts bij wie de patiënte consulteerde maakt een notitie in het dossier dat de patiënte werd bevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Dit om te voorkomen dat, indien de patiënte meerdere malen consulteert tijdens het verloop van de studie, zij ook meerdere malen wordt bevraagd voor deelname.

Resultaten

Er werden 72 vragenlijsten verzameld. Hiervan werd er één onvolledig ingevuld en werd daarom uitgesloten. Van de 71 resterende deelnemende vrouwen werden er bij 19 vrouwen géén uitstrijkje afgenomen in de afgelopen 3 jaar, 1 vrouw wist het niet. 51 vrouwen, dat wil zeggen 71,8 % van de onderzochte populatie, waren dus wél in orde wat betreft hun uitstrijkje.

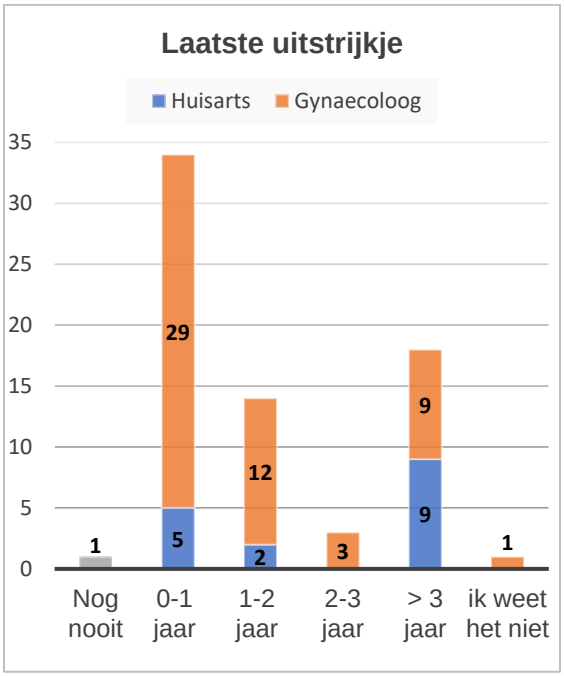
Socio-demografische gegevens en het laatste uitstrijkje

De gemiddelde leeftijd van de vrouwen die niet in orde zijn met hun screening is 48,6 jaar, ten opzichte van een gemiddelde leeftijd van 46,0 jaar bij vrouwen die wel in orde zijn. De deelnemende vrouwen waren nagenoeg allemaal autochtoon. Slechts 2 vrouwen van buitenlandse afkomst namen deel aan de vragenlijst. Beide vrouwen zijn afkomstig uit Nederland en het laatste uitstrijkje was bij beiden meer dan 3 jaar geleden afgenomen.

In grafiek 1 wordt samengevat wanneer en bij wie vrouwen hun laatste uitstrijkje lieten nemen. 16 van de 70 vrouwen liet hun laatste uitstrijkje afnemen bij de huisarts. Van deze vrouwen zijn er 9 niet in orde met hun uitstrijkje. Van de vrouwen die hun laatste uitstrijkje lieten afnemen bij de gynaecoloog (54 van de 70 vrouwen), zijn er 10 vrouwen niet in orde.

In onze studiepopulatie van 71 vrouwen, zijn er 27 hoogopgeleiden. Onder hen zijn 6 vrouwen niet in orde met hun uitstrijkje. Bij de lager opgeleide vrouwen zien we dat 14 van de 44 vrouwen niet in orde zijn. Als we kijken naar de 20 vrouwen die niet in orde zijn met hun uitstrijkje, zijn 14 van hen lager opgeleid.

Grafiek 1: laatste uitstrijkje



Motieven voor niet-deelname

Grafiek 2 (ook in bijlage 7) en tabel 1 schetsen de verdeling van de motieven voor niet-deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

Elk motief werd minstens 1 maal geselecteerd, behalve enkele submotieven onder het motief “ik denk niet dat ik in aanmerking kom”.

De motieven “ik werd onvoldoende geïnformeerd”, “ik wil geen vaginaal onderzoek”, “nonchalance” en “ik ben geen voorstander van screening”, met respectievelijk 11, 9, 9, 9 antwoorden, springen hier het meeste uit.

Tenslotte geven enkele vrouwen nog aanvulling bij specifieke motieven:

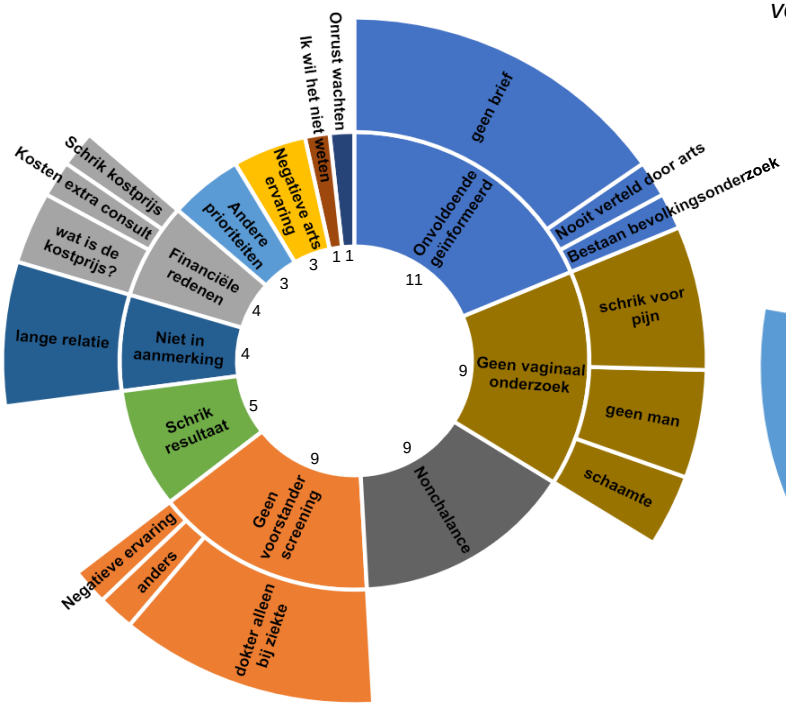
- “Ik ben onvoldoende geïnformeerd” → “ik heb geen vaste huisarts”
- “In denk niet dat ik in aanmerking kom → “4 jaar geleden bij plaatsen spiraaltje werd uitstrijkje genomen”
- “Ik ben geen voorstander van screening” → “ik word gescreend door oncoloog omwille van borstkanker”

Verbeterpunten om deelname te verhogen

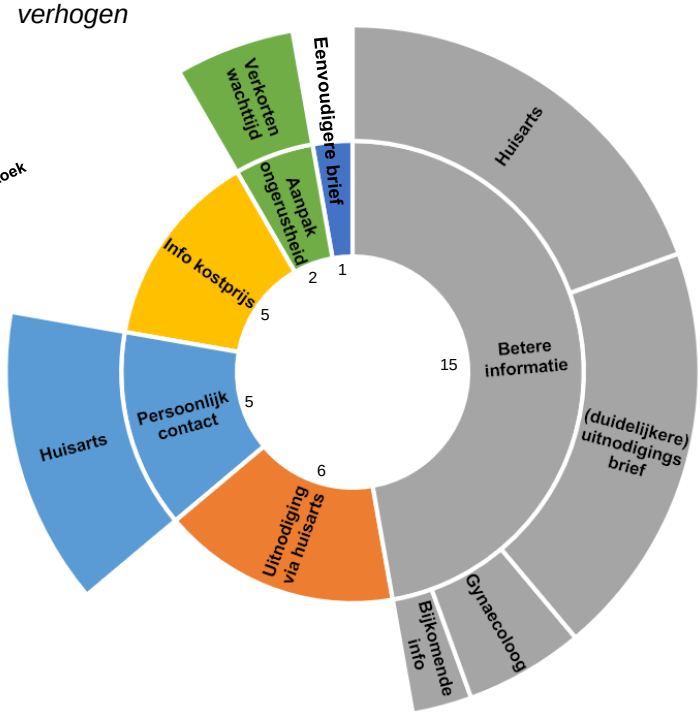
Grafiek 3 (ook in bijlage 8) en tabel 2 schetsten de mogelijke verbeterpunten die de vrouwen aanhalen om de participatiegraad aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker te verhogen.

Tenslotte geeft de patiënte die eerder aangaf geen vaste huisarts te hebben, als extra verbeterpunt: “patiënten aanmoedigen een vaste huisarts te nemen”. Een andere patiënte die als motief voor niet-deelname “nonchalance” opgaf, geeft het volgende aan: “geen verbeterpunten, het is een persoonlijk probleem. Opvolging (brief, huisarts) is in orde.

Grafiek 2: motieven voor niet-deelname



Grafiek 3: verbeterpunten om deelname te verhogen



Tabel 1: motieven voor niet-deelname

Motief	Submotief	Aantal
Onvoldoende geïnformeerd	Geen brief ontvangen	9
	Ik wist niet van het bestaan	1
	Nooit verteld door arts	1
Geen vaginaal onderzoek	Schaamte	2
	Geen man	3
	Schrik voor pijn	4
Nonchalance		9
Geen voorstander screening	Dokter alleen bij ziekte	7
	Negatieve ervaring	1
	Anders	1
Schrik resultaat		5
Niet in aanmerking	Lange relatie	4
	Andere redenen	0
Financiële redenen	Wat is de kostprijs?	2
	Schrik kostprijs	1
	Kosten extra consult	1
Andere prioriteiten		3
Negatieve arts ervaring		3
Ik wil het niet weten		1
Ongerust tijdens wachten		1

Tabel 2: verbeterpunten om deelname te verhogen

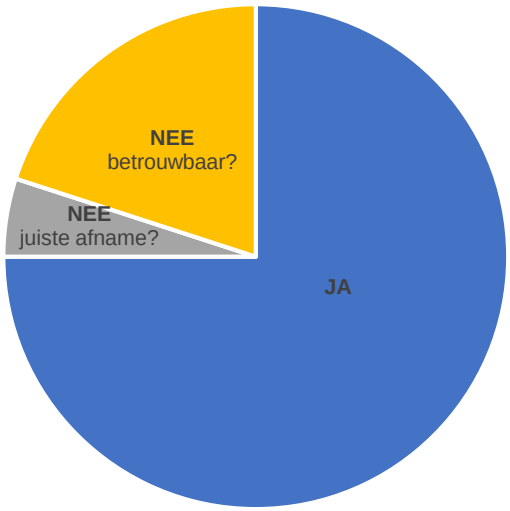
Verbeterpunten		Aantal
Betere informatie	Huisarts	7
	Uitnodigingsbrief	7
	Gynaecoloog	2
	Bijkomende info	1
Uitnodiging via huisarts		6
Persoonlijker contact	Huisarts	5
	Gynaecoloog	0
Info kostprijs		5
Aanpak ongerustheid	Wachttijd verkorten	2
	Informatienummer	0
Eenvoudigere brief		1

HPV-zelftest en uitstrijkje

Van de 20 vrouwen die niet 'in orde' waren met hun uitstrijkje, wensten 15 wel een zelftest. Zij gaven allen aan bij een afwijkend resultaat een uitstrijkje te laten afnemen. 5 vrouwen wilden geen zelftest, zij hadden alle 5 twijfels over de betrouwbaarheid en 1 vrouw gaf als 2e reden op twijfels te hebben over de juiste afname van de zelftest. Dit alles wordt weergegeven in grafiek 4.

Van de 20 vrouwen die niet 'in orde' waren met hun uitstrijkje, wensten 9 vrouwen nu wel een uitstrijkje, 3 vrouwen niet en 7 vrouwen lieten deze vraag open.

Grafiek 4: HPV-zelftest



Discussie

Socio-demografische gegevens en het laatste uitstrijkje

In deze groepspraktijk is er een goede participatiegraad aan de screening op baarmoederhalskanker. In België bedroeg de totale dekkingsgraad in 2018 62,2% ten opzichte van 71,8% in deze onderzoekspopulatie.[5]

Wellicht speelt het een rol dat vrouwen die niet in orde waren met hun uitstrijkje, de vragenlijst niet wensten in te vullen of de huisarts niet consulteerde tijdens het verloop van deze studie.

Het leeftijdsverschil tussen vrouwen die wel een uitstrijkje lieten nemen in de afgelopen 3 jaar (gemiddeld 46,0 jaar) ten opzichte van vrouwen die dit niet lieten doen (gemiddelde 48,6 jaar) is verwaarloosbaar. In België zijn het vooral vrouwen boven de 55 jaar die zich weinig laten screenen.[5]

Slechts 22,9% van de ondervraagde vrouwen liet hun laatste uitstrijkje afnemen bij de huisarts, dit komt overeen met eerder onderzoek dat aantoonde dat slechts 16% van de vrouwen naar de huisarts gaat voor hun uitstrijkje.[5]

Als we de laagopgeleide vrouwen vergelijken met de hoogopgeleide vrouwen, zien we dat van deze eerste groep een groter percentage niet in orde is met hun uitstrijkje. Ook dit stemt overeen met eerder onderzoek dat toonde dat deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker lager is bij laagopgeleide vrouwen.

Motieven voor niet-deelname

Er zijn 4 motieven die eruit springen, namelijk:

- "Ik ben onvoldoende geïnformeerd", met als voornaamste verklaring: "ik heb geen uitnodigingsbrief ontvangen"
- "ik wil geen vaginaal onderzoek"
- "dit komt uit nonchalance: het komt er gewoon niet van"
- "ik ben geen voorstander van screening/preventie"

Als we kijken naar de 3 categorieën van barrières die werden gevonden in eerder onderzoek[14,15,16], kunnen we de barrières vernoemd in dit onderzoek hier in onderverdelen: zie tabel 3. Hieruit blijkt tevens dat de eerder genoemde 3 categorieën van barrières (gebrek aan kennis angst, praktische bezwaren) een vergelijkbare omvang hebben.

Verder zou "ik heb geen vaste huisarts" toegevoegd kunnen worden aan de vragenlijst als barrière onder "ik werd onvoldoende geïnformeerd"

Tabel 3: motieven voor niet-deelname

Gebrek aan kennis	Onvoldoende geïnformeerd	11
	Niet in aanmerking	4
	Wat is de kostprijs	2
	TOTAAL	**17**
Angst	Geen vaginaal onderzoek	9
	Schrik kostprijs	1
	Schrik resultaat	5
	Ik wil het niet weten	1
	Ongerustheid tijdens wachten	1
	Negatieve ervaring screening	1
	Negatieve ervaring arts	1
	TOTAAL	**19**
Praktische bezwaren	Nonchalance	9
	Dokter enkel bij ziekte	7
	Kosten extra consult	1
	Andere prioriteiten	3
	TOTAAL	**20**

Verbeterpunten om deelname te verhogen

In de resultaten zien we direct dat niet-deelnemende vrouwen voornamelijk beter geïnformeerd wensen te worden.

Het actieplan 2015-2020 van de Vlaamse overheid om de participatiegraad van de screening op baarmoederhalskanker te verhogen, speelt voornamelijk in op de barrière “gebrek aan kennis” door meer en beter te informeren via televisie, flyers en een herinnering per e-mail. Nochtans toont dit onderzoek, overeenstemmend met vorig onderzoek[6,17,18], dat er een belangrijke rol is weggelegd voor de huisarts om de participatiegraad van screening op baarmoederhalskanker te verhogen.

Vrouwen geven aan dat ze betere informatie willen van onder andere de huisarts, dat ze een uitnodiging wensen van de huisarts zelf en dat ze persoonlijker contact willen met de huisarts met betrekking tot screening. Opvallend is dat slechts een klein deel aangeeft beter geïnformeerd te willen worden door de gynaecoloog, en dat geen van de vrouwen een persoonlijker contact wenste met de gynaecoloog in verband met het bevolkingsonderzoek. Dit terwijl slechts een klein percentage van de vrouwen hun uitstrijkje bij de huisarts laat afnemen.

Ook opvallend is dat slechts een enkele vrouw aangaf beter geïnformeerd te willen worden door middel van aanvullende informatie via flyers, affiches en reclame. Dit is nochtans een belangrijk actiepunt in het Actieplan 2015-2020 van de Vlaamse Overheid

HPV-zelftest

De meerderheid van de vrouwen had graag een HPV-zelftest afgenomen. De vrouwen die dit niet wensten, hadden hun twijfels bij de betrouwbaarheid en bij juiste afnametechniek. De vrouwen werden niet geïnformeerd over de betrouwbaarheid van de HPV-zelftest, wat mogelijk de resultaten beïnvloedt. Alle vrouwen die een HPV-zelftest wensten af te nemen, gaven aan opgevolgd te willen worden met een uitstrijkje bij afwijkend resultaat. Dit is subjectief: het blijft onduidelijk of vrouwen bij een afwijkend resultaat daadwerkelijk opvolging zouden wensen door middel van een uitstrijkje.

Bedenkingen

Een belangrijke beperking van deze studie is de grootte van de onderzoeksgroep. Er namen 71 vrouwen deel aan het onderzoek, waarvan slechts 20 niet in orde waren met hun uitstrijkje en dus de volledige vragenlijst invulden. Dit betekent dat extrapolatie van de resultaten naar Vlaanderen of België met de nodige voorzichtigheid dient te gebeuren.

Uit onderzoek[5,6,11,12] blijkt dat vooral laaggeschoolden en allochtonen behoren tot de ondergescreende populatie. Aangezien in deze groepspraktijk nagenoeg geen allochtone en relatief weinig laaggeschoolde vrouwen op consultatie komen, kan men op basis van dit pilootproject geen uitspraak doen over deze vrouwen.

Tenslotte is de participatiegraad voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in onze onderzoekpopulatie hoger dan in Vlaanderen. Ook dit kan een vertekend beeld van de resultaten opleveren.

De bevindingen van deze pilootstudie zijn dus afhankelijk van de context van de

huisartsenpraktijk waarin de studie gebeurde. Aanvullend onderzoek dient te worden uitgevoerd om na te gaan wat de belangrijkste motieven in Vlaanderen zijn voor niet-deelname aan het bevolkingsonderzoek en welke interventies de participatiegraad zouden kunnen verhogen van deze vrouwen.

Conclusie/aanbevelingen

Uit deze pilootstudie kan met voorzichtigheid geconcludeerd worden dat gebrek aan kennis, angst en praktische bewaren ook in België de grootste barrières lijken te vormen voor vrouwen om deel te nemen aan de screening op baarmoederhalskanker.
De huisarts kan een belangrijke rol spelen in het verhogen van de participatiegraad van baarmoederhalskankerscreening door meer en beter informeren, persoonlijker contact of een uitnodiging vanuit de huisartsenpraktijk. Tenslotte kan met voorzichtigheid geconcludeerd worden dat angst voor het uitstrijkje en praktische bewaren wellicht aangepakt zouden kunnen worden door de HPV-zelftest, aangezien vrouwen aangeven bij afwijkend resultaat wel een opvolging door middel van een uitstrijkje te wensen. Hierbij verliest men wel het persoonlijk contact met de huisarts.

Referenties

1. World Health Organisation. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. 2019. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer
2. Cancer Fact Sheet. Cervical Cancer. ICD10:C53. Belgium Cancer Registry. Belgium 2016. http://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2016/Cancer_Fact_Sheet_CervicalCancer_2016.pdf
3. "Cancer in an Ageing Population in Belgium 2004-2016, Belgian Cancer Registry, Brussels, 2018" http://kankerregister.org/media/docs/SKR_publicatie2018_CancerinanAgeingPopulation(landscape)5_12_2018.pdf
4. Everett T., Bryant A., Griffin M.F., Martin-Hirsch P.P.L., Forbes C.A., Jepson R.G. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 5. Art. No.: CD002834.
5. Jaarrapport 2018, bevolkingsonderzoek. https://borstkanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarrapport%202018_CvKO_SKR_0.pdf
6. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu 2011; 40: S64-S88
7. Gerkens S, Farfan-Portet M, Desomer A, Stordeur S, De Waroux M, Van de Voorde C, Van De Sande S, Léonard C. Het Belgische gezondheidssysteem in 2010. 2010
8. Verdoodt F et al. Reaching woman who do not participate in the regular cervical cancer screening programme by offering self-sampling kits: A systematic review and meta-analysis of randomised trials. European Journal of Cancer 2015;15: 2375- 2385
9. Arbyn M, Haelens A, Desomer A, Verdoodt F, Thiry N, Francart J, Hanquet G, Robays J. Welke screening voor baarmoederhalskanker? – Synthese. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) 2015; KCE Reports 238As. D/2015/10.273/14.
10. Arbyn M, Castle PE. Offering selfsampling kits for HPV testing to reach woman who do not attend in the regular cervical cancer screening program. Cancer Epidemiol Biomarks Prev 2015; 24:5
11. Boomsma LJB, P.A.J.;, Collette C, Janssens PGH. NHG-standaard Preventie en Vroegdiagnostiek van Cervixcarcinoom. Huisarts en wetenschap 2009;52 (4).

12. Vandermeulen E. Cervixkanker: Welke doelgroep wordt onderscreend en hoe kunnen wedie toch bereiken? Praktijkverbeteringsproject in wijkgezondheidscentrum De Kaai. 2013.
13. Boomsma L, Assendelft W. De Belgische Aanbeveling Cervixkankerscreening en de NHG Standaard Cervixuitstrijken vergeleken. Huisarts en Wetenschap. 2003;46(4):745-7
14. 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.
15. 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.
16. Perry MA. How can the uptake of cervical cytology screening be improved? Nursing Standard 16, 11, 33-36 2001.
17. 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.
18. Everett T., Bryant A., Griffin M.F., Martin-Hirsch P.P.L., Forbes C.A., Jepson R.G. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD002834.
19. Cornet Kathy. Kan de dekkingsgraad voor screening van baarmoederhalskanker verhoogd worden door gebruik te maken van een thuistest voor screening: een pilootstudie in een huisartsenpraktijk? Vrije Universiteit Brussel. 2015
20. Vannieuwenhuyse Valérie. Kan de HPV-zelftest voor een hogere screeningsgraad naar baarmoederhalskanker zorgen in de eerste lijn: een pilootstudie. Katholieke Universiteit Leuven. 2018
21. Van Roy, K. & Willems, S. Focusgroepen met Vlaamse vrouwen die niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Universiteit Gent. 2017

Bijlage 1: informatiebrief

ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Informatiebrief
“Screening op baarmoederhalskanker en HPV: waarom doen vrouwen hier niet aan mee?”

Geachte mevrouw,

Wij willen graag uw medewerking vragen aan een onderzoek dat uitgevoerd wordt in kader van de opleiding huisartsgeneeskunde.

Dit onderzoek gaat over het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Het bevolkingsonderzoek spoort alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar ertoe aan om elke drie jaar een uitstrijkje te laten nemen. Door middel van dit uitstrijkje kan baarmoederhalskanker tijdig opgespoord worden.

Uit de laatste cijfers blijkt echter dat dit uitstrijkje bij een groot aantal vrouwen niet werd afgenomen. Wij zijn geïnteresseerd in de motieven van vrouwen die de afgelopen 3 jaar geen uitstrijkje lieten afnemen en wensen te onderzoeken hoe we het aantal deelnemers zouden kunnen verhogen.

Om dit te onderzoeken hebben we een vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst neemt 5 tot 15 minuten in beslag. Graag willen wij u vragen de ingevulde vragenlijst af te geven aan het secretariaat.

Wij garanderen dat de verkregen gegevens op vertrouwelijke en discrete wijze verwerkt en bewaard worden. Uw naam of andere gegevens zullen nergens vermeld worden.

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen.

Indien u nog vragen hebt in verband met dit onderzoek mag u contact opnemen met Dr. Smeets Irene tijdens de belmomenten aangeven op de website en op de visitekaartjes (verkrijgbaar aan de balie).

Wij danken u alvast heel hartelijk om uw medewerking te overwegen!

De onderzoekers,

dr. Irene Smeets (info@dehuisartenpraktijk.be)
Promotor: prof. dr. Veronique Verhoeven (veronique.verhoeven@uantwerpen.be)
Praktijkopleider: dr. Katrijn van Tilborgh (info@dehuisartenpraktijk.be)

Bijlage 2: Vragenlijst

ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Vragenlijst: screening op baarmoederhalskanker en HPV: waarom doen vrouwen hier niet aan mee?

Hieronder vindt u een aantal vragen met betrekking tot de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.
Het invullen van deze vragenlijst neemt 5-15 minuten in beslag.
Alvast bedankt voor uw medewerking.

Indien u het resultaat van de test wenst te weten, kunt u uw naam en e-mailadres achterlaten bij de secretaresse.

A. Algemene informatie

1) Wat is uw leeftijd? …… jaar

2) Wat is uw nationaliteit?
   - ☐ Belg
   - ☐ Andere: ……

3) Wat is uw geboorteland?
   - ☐ België
   - ☐ Ander land: ……

4) Wat is uw hoogst behaalde diploma?
   - ☐ Lager onderwijs
   - ☐ Lager secundair onderwijs (1e, 2e en 3e secundair)
   - ☐ Hoger secundair onderwijs (4e, 5e, 6e secundair, ev 7e secundair)
   - ☐ Hoger onderwijs (hogeschool of universiteit)

5) Wanneer heeft u voor het laatst een uitstrijkje laten afnemen?
   - ☐ 1 jaar geleden
   - ☐ 2 jaar geleden
   - ☐ 3 jaar geleden
   - ☐ Meer dan 3 jaar geleden

□ Ik weet het niet
□ Nog nooit

6) Door wie werd dit laatste uitstrijkje afgenomen?
□ Gynaecoloog
□ Huisarts
□ Ik weet het niet
□ Nog nooit

Indien u in de afgelopen 3 jaar <u>WEL</u> een uitstrijkje liet afnemen, dan wordt de vragenlijst hier beëindigd
Indien u in de afgelopen 3 jaar <u>GEEN</u> uitstrijkje liet afnemen of u dit niet meer weet, gaat u verder met de vragenlijst

B. <u>Motieven voor het niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker: waarom hebt u geen uitstrijkje laten nemen?</u>

Onderstaand vindt u een reeks mogelijke redenen om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. U mag meerdere redenen aanvinken en eventueel aanvullingen geven in de ruimte hiervoor voorzien.

□ Ik ben **onvoldoende geïnformeerd**
Verklaar u nader:
□ Ik heb geen uitnodigingsbrief ontvangen
□ Ik wist niet dat het bevolkingsonderzoek bestond
□ Het is mij nooit verteld door de huisarts/gynaecoloog
□ Anders, namelijk …

□ Ik ben **geen voorstander van preventie/screening**
Verklaar u nader:
□ Ik bezoek de dokter enkel bij ziekte
□ Ik heb zelf of ken personen met een negatieve ervaring met betrekking tot preventie en/of screening
□ Anders, namelijk …

□ Omwille van **financiële motieven**
Verklaar u nader:

- □ Ik weet niet wat de kostprijs van dit uitstrijkje is
- □ Ik heb schrik voor de kostprijs van dit uitstrijkje
- □ Ik wil geen (extra) consultatie bij de arts te betalen
- □ Anders, namelijk: …

□ Ik heb **negatieve ervaringen met artsen**

□ Ik heb **andere prioriteiten** in het dagdagelijkse leven

□ Ik heb **schrik voor het resultaat**

□ Ik wil geen **ongerustheid tijdens het wachten** op de resultaten

□ Ik wil **niet weten of ik (een voorstadium) van kanker heb**

□ Dit komt uit **nonchalance**: het komt er gewoon niet van (eerder dan een weloverwogen overtuiging)

□ Ik wil **geen vaginaal onderzoek** uit te laten voeren
Verklaar u nader:
- □ Ik schaam mij voor een vaginaal onderzoek
- □ Ik wil geen vaginaal onderzoek door een mannelijke arts
- □ Ik heb schrik dat het uitstrijkje nemen pijn doet
- □ Anders, namelijk …

□ Ik heb het idee dat ik **niet in aanmerking kom** voor dit onderzoek
Verklaar u nader:
- □ Ik heb een langdurige relatie
- □ Ik heb geen partner
- □ Ik heb nog geen seksueel contact gehad
- □ Ik heb lang geen seksueel contact gehad
- □ Ik ben gevaccineerd voor HPV
- □ Anders, namelijk: …

□ **Anders**, namelijk: …

C. <u>Mogelijke verbeterpunten om het aantal deelnemende vrouwen te verhogen</u>

Wat zou in uw ervaring en volgens uw mening u wel kunnen aansporen tot deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

□ De **uitnodigingsbrief** zou **eenvoudiger** moeten zijn

□ Ik wil de **uitnodigingbrief via de huisarts** ontvangen

□ Ik zou **beter geïnformeerd** willen worden
Verklaar u nader:
- □ Door een (duidelijkere) uitnodigingsbrief
- □ Door bijkomende informatie (flyers, affiches, reclame, …)
- □ Door de gynaecoloog
- □ Door de huisarts
- □ Anders, namelijk: …

□ Ik wil meer **duidelijkheid omtrent de kostprijs**

□ Ik wil een **persoonlijker contact** in verband met dit bevolkingsonderzoek
Verklaar u nader:
- □ Door de gynaecoloog
- □ Door de huisarts
- □ Anders, namelijk: …

□ Ik wil dat de **ongerustheid** wordt aangepakt
Verklaar u nader:
- □ Door de wachttijd te verkorten
- □ Door een informatienummer voor al mijn vragen
- □ Anders, namelijk …

□ Ik zou graag thuis en **zelftest** willen afnemen

- □ Ja
  Zo ja, dan is het gebruikelijk dat een afwijkende zelftest gevolgd wordt door een uitstrijkje.
  Zou u bij een afwijkende zelftest een uitstrijkje laten afnemen?
  - □ Ja
  - □ Nee
- □ Nee
  Verklaar u nader:
  - □ Omwille van de reden(en) vermeld in sectie B
  - □ Ik heb twijfels over of ik het juist afneem
  - □ Ik heb twijfels over de betrouwbaarheid
  - □ Ik heb twijfels over de verzending per post
  - □ Anders, namelijk …

□ Anders, namelijk: …

D. <u>Deelname bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker</u>

Zou u toch een uitstrijkje willen laten nemen?

□ Ja: contacteer het secretariaat voor een afspraak

□ Nee

Bijlage 3: onderzoeksprotocol

Onderzoeksprotocol

Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en HPV: waarom doen vrouwen hier niet aan mee?

Inleiding

In België maakt cervixkanker 3,0% uit van de nieuwe kankers bij vrouwen en staat het op de achtste plaats. Op 1/6/2013 startte het georganiseerde Vlaamse Bevolkingsonderzoek naar Baarmoederhalskanker. Het bevolkingsonderzoek spoort alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar ertoe aan om elke drie jaar een uitstrijkje te laten nemen. Screening door middel van uitstrijkjes, gevolgd door een adequate opvolging van de gevonden afwijkingen, is een werkzame preventieve interventie om de morbiditeit en mortaliteit door cervixkanker te verminderen.
Toch zijn er in België jaarlijks nog meer dan 100 vrouwen die overlijden aan baarmoederhalskanker, waarvan het grootste deel niet (recent) gescreend werd.[1]

In 2016 bedroeg de totale dekkingsgraad van screening naar baarmoederhalskanker 62,1%.[2] Dit wil zeggen dat ongeveer 38% van de vrouwen die wél in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek, zich niet lieten screenen. Dit is beduidend lager dan sommige andere Europese landen.[3] Voornamelijk de groep vrouwen met een leeftijd van 55 jaar of ouder laten zich te weinig screenen.[2]

Op vraag van het Centrum voor Kankeropsporing organiseerde de vakgroep Huisartsgeneeskunde UGent in 2017 focusgroep-gesprekken onder kansarme vrouwen die de afgelopen 3 jaar niet hadden deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek. Een verscheidenheid van motieven voor niet–deelname kwamen in deze gesprekken naar boven. Maar het was in het algemeen moeilijk om de vinger te leggen op de precieze motieven.[4]

Motivatie

Gedurende de afgelopen maanden heb ik mijn opleidingspraktijk ook veel vrouwen op consulatie gehad, die in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, maar niet hadden deelgenomen. Ik bemerkte dat er regelmatig een terughoudendheid bestaat tegenover het nemen van een uitstrijkje of dat er spraken is van weinig kennis over het bevolkingsonderzoek.

Doelstelling

In deze studie willen we nagaan welke motieven voor niet-deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker op de voorgrond staan in een brede onderzoekpopulatie. Daarnaast willen we peilen naar welke maatregelen volgens de niet-deelnemers getroffen zouden kunnen worden om de participatiegraad te verhogen.

Methode

Het onderzoek betreft een prospectieve, mono-centrische studie in een huisartsengroepspraktijk in de gemeente Brecht. Tussen de periode van 1 april 2018 en 1 november 2019 wordt aan iedere vrouw tussen de 26 en 64 jaar die zich meldt op consultatie bevraagd of zij wensen deel te nemen aan dit onderzoek.

Indien de patiënte instemt tot deelname wordt haar gevraagd om zich na de consultatie te melden bij de secretaresse. Zij wijst de patiënte een lokaal toe in de huisartsenpraktijk en vraagt de patiënte om het informatieformulier te lezen, het toestemmingsformulier te ondertekenen en de vragenlijst in te vullen. De vragenlijsten worden nadien verzameld bij het secretariaat.

De huisarts bij wie de patiënte consulteerde maakt een notitie in het dossier dat de patiënte werd bevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Dit om te voorkomen dat, indien de patiënte meerdere malen consulteert tijdens het verloop van de studie, zij ook meerdere malen wordt bevraagd voor deelname.

Vervolgens worden de gegevens verzameld, gecodeerd en geanalyseerd met behulp van SPSS.
Uit de analyses zullen wij proberen te concluderen wat de voornaamste redenen zijn waarom vrouwen niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en hoe de participatie verhoogd zou kunnen worden.

Referenties

1. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: Cervixkankerscreening. Huisarts Nu april 2011; jaargang 40: S64-S88.
2. (CvKO) CvK. Bevolkingsonderzoek. Jaarrapport 2017. 2017
3. Gerkens S, Farfan-Portet M, Desomer A, Stordeur S, De Waroux M, Van de Voorde C, Van De Sande S, Léonard C. Het Belgische gezondheidssysteem in 2010. 2010
4. Van Roy, K. & Willems, S. (2017). Focusgroepen met Vlaamse vrouwen die niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Universiteit Gent

Bijlage 4: gunstig advies Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. V. Verhoeven
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en HPV: waarom doen vrouwen hier niet aan mee? (manama huisartsgeneeskunde Irene Smeets)

Belgisch Registratienummer: B300201836188

datum	ons kenmerk	contactpersoon
16/04/2018	18/09/102	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Peggy Jacobs ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 16/04/2018.

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

- CV onderzoeker
  dr. Smeets, dr. Van Tilborgh
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 3/04/2018
  versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 3/04/2018
  versie 2
- Vragenlijst(en) aangepaste versie dd. 3/04/2018
  versie 2

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

datum
16/04/2018

ons kenmerk
18/09/102

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Peggy Jacobs
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. I. Smeets, NVT, De Wagenmaker 7 - 2960 Zoersel

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Prof. dr. V. Verhoeven
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en HPV: waarom doen vrouwen hier niet aan mee? (manama huisartsgeneeskunde Irene Smeets)

Belgisch Registratienummer: B300201836188

datum	ons kenmerk	uw kenmerk	contactpersoon
25/04/2018	18/09/102		Annelies Van Looy Anniek Leeraert Peggy Jacobs ethisch.comite@uza.be

Geachte collega

Het Ethisch Comité heeft akte genomen van het/de volgende melding(en) in verband met bovenvermelde studie:

- Aangepaste documenten
  Protocol, versie 3 dd. 25/04/2018
- Inclusie eerste patiënt dd. 23/04/2018

Met vriendelijke groeten

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

CC Prof. dr. R. Remmen; UA - Huisartsgeneeskunde
Dr. I. Smeets; NVT

Bijlage 5: Amendement

Amendement

Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en HPV: waarom doen vrouwen hier niet aan mee?

In overleg met ICHO, promotor (Dr. Verhoeven Veronique) en STACO (Dr. Bram Spinnewijn) werd besloten dat het inleveren en de verdediging van deze thesis wordt verplaatst naar eind november 2019/begin december 2019.

Omwille van deze reden werd de dataverzameling verlengd van 01/02/2019 naar 01/11/2019.

Er werden aanpassingen doorgevoerd in

- document nr. 1a: verzoek tot advies van het ethisch comité betreffende een onderzoeksproject bij de mens
- document nr. 5: onderzoeksprotocol

Bijlage 6: gunstig advies Ethisch Comité Amendement

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. V. Verhoeven
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en HPV: waarom doen vrouwen hier niet aan mee? (manama huisartsgeneeskunde Irene Smeets)

Belgisch Nummer: B300201836188

datum	ons kenmerk	contactpersoon
2/05/2019	18/09/102	Secretariaat Ethisch Comité ethisch.comite@uza.be

AMENDEMENT: Amendement dd. 29/04/2019

Geachte collega

Dit amendement, met de hierna vermelde bijlagen, werd met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité dd. 2/05/2019.

- Divers
  Verlenging dataverzameling t/m 01/11/2019
- Protocol dd.29/04/2019
  Versie 3
- Begeleidende brief Amendement dd.29/04/2019

Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 6/05/2019.

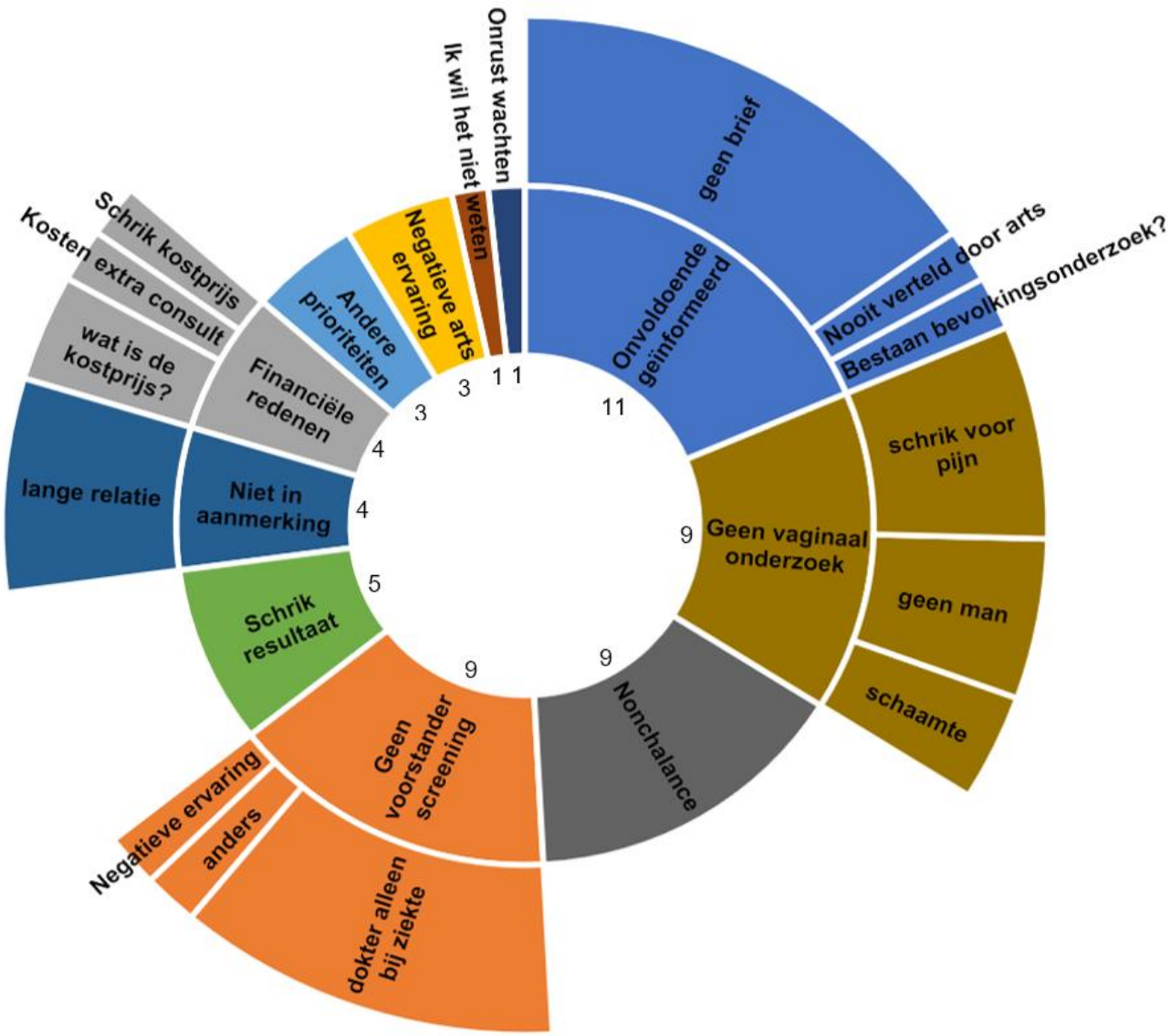
Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Met vriendelijke groeten

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

CC. Dr. I. Smeets, NVT, De Wagenmaker 7 - 2980 Zoersel
FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

Bijlage 7: grafiek 2



Bijlage 7: grafiek 3

