De rol van persoonlijke kenmerken binnen de betrokkenheid van huisartsen bij baarmoederhalskankerscreening

Dhaenens Eva, Universiteit Gent

Promotor: prof. dr. Willems Sara, Universiteit Gent

Co-promotoren: dr. Piessens Veerle, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2020 – 2023

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

Eerst en vooral wil ik mijn promotor dr. Veerle Piessens bedanken voor haar ondersteuning, adviezen, kritische blik en optimistische aanmoedigingen. Zonder haar had dit werk nooit deze finale vorm bereikt.

Daarnaast wil ik ook mijn familie en vrienden bedanken. Zowel tijdens de goede als de moeilijke momenten stonden ze steeds klaar met goede raad, een glimlach, een grap of gewoon een luisterend oor. Ik kan mij geen betere steun wensen.

Daarnaast wil ik ook zeker mijn zoon August vermelden. Zijn onuitputbare energie en ondeugende lach was mijn grootste motivatie om elke dag vol goede moed aan te vangen.

En als laatste gaat mijn dank uit naar mijn partner Jeroen. Hij is niet enkel tijdens dit project, maar doorheen mijn volledige studietraject mijn grootste steunpilaar geweest. Mijn partner in crime bij elke stap, mijn rots in de branding bij elke twijfel. En de meest geduldige persoon die ik ooit ontmoet heb. Samen met August mijn bron van energie.
Ik ben trots mijn studies te kunnen afronden en samen met mijn gezin te beginnen aan het volgende hoofdstuk. Påtår!

Abstract

Probleemstelling: Tot op heden bestaat er in Vlaanderen, ondanks een sterk uitgebouwd bevolkingsonderzoek, een probleem van onvoldoende screening naar baarmoederhalskanker. Hoewel deze screening eenvoudig kan gebeuren bij de huisarts, wordt in Vlaanderen slechts 20% van de uitstrijkjes in de eerstelijn uitgevoerd.
Reeds uitgevoerde studies naar barrières die artsen ervaren om uitstrijkjes uit te voeren, vonden ondermeer dat artsen hier onvoldoende tijd voor hebben, de kennis of het materiaal ontbreken of weerstand bij de patiënte ervaren. Daarnaast vonden eerdere studies dat een HPV-zelftest de drempel bij huisartsen kan verlagen om de screening aan te bieden.

Doel: In deze studie wouden we nagaan in hoeverre bovengenoemde drempels, dan wel de visie van de huisarts gelinkt zijn aan diens betrokkenheid in het bevolkingsonderzoek.
Daarnaast werd ook bevraagd of huisartsen het gebruik van een HPV-zelftest als een meer laagdrempelig alternatief zien voor het klassieke uitstrijkje.

Methode: Om dit te bereiken, werd via de huisartsenkringen van Oost- en West-Vlaanderen aan alle actieve huisartsen een uitnodiging verzonden tot het invullen van een anonieme, online vragenlijst. Vijvenveertig artsen gingen hierop in.

Resultaten: De resultaten tonen geen verband tussen de verwachtte drempels en de betrokkenheid van de huisarts in de screening. Wel is het gevoel van zelfeffectiviteit geassocieerd met een grotere betrokkenheid. In hoeverre de hogere zelfeffectiviteit een gevolg dan wel de oorzaak is van de betrokkenheid is onduidelijk en zal uit verder onderzoek moeten blijken. Daarnaast lijkt ook het verantwoordelijkheidsgevoel van de huisartsen positief gelinkt te zijn aan hun betrokkenheid. Als laatste gaven de huisartsen aan de HPV-zelftest als een interessant alternatief te zien. Meer dan de helft van de respondenten gelooft ook dat deze test meer laagdrempelig aan te bieden is dan het klassieke uitstrijkje.

Beperkingen: Gezien de beperkte grootte van de steekproef en de eerder jonge en vrouwelijke verdeling van de respondenten, dienen de resultaten voorzichtig te worden geïnterpreteerd.
Verder onderzoek naar drempels bij artsen en patiënten is aangewezen, met oog voor het zelfeffectiviteits- en verantwoordelijkheidsgevoel bij de artsen.

Inhoudstabel

Dankwoord .....
Abstract .....
Inhoudstabel .....
1. Inleiding 1
2. Methodologie 3
A. Literatuuronderzoek 3
B. Populatie 3
C. Vragenlijst 3
Kenmerken arts 3
Kenmerken praktijk 3
Werkdruk 4
Kennis van richtlijnen 4
Visie 4
Uitvoering 6
HPV-zelftest 7
D. Verwerken van resultaten 7
Artsenkenmerken - visie van de arts 7
Artsenkenmerken - Uitvoering 8
Visie arts - Uitvoering 8
Werkdruk 8
Werkdruk - Uitvoering 9
3. Resultaten 9
A. Beschrijvende statistiek 9
Artsenkenmerken 9
Praktijkkenmerken 10
Werkdruk 12
Kennis 14
Visie arts 14
Uitvoering 20
HPV-zelftest 25
B. Analyses 25
Correlatie tussen kenmerken arts en visie arts 25
Correlatie tussen kenmerken arts en uitvoering 27
Correlatie tussen visie arts en uitvoering 30
Correlatie tussen werkdruk en uitvoering 52
4. Discussie 54
A. Kenmerken arts - visie arts 54
B. Kenmerken arts - uitvoering 55
C. Visie arts - uitvoering 55
D. Werkdruk - uitvoering 56
E. HPV-zelftest 56
F. Beperkingen 56
5. Conclusies 56
6. Referentielijst 58

1. Inleiding

De mortaliteit ten gevolge van baarmoederhalskanker blijft in België verrassend hoog. Elk jaar overlijden in Vlaanderen tientallen vrouwen aan de gevolgen van baarmoederhalskanker. In 2016 lag dit cijfer nog op 86 vrouwen per jaar en wereldwijd ligt het cijfer op 342.000 overlijdens per jaar. In 2020 was baarmoederhalskanker de vierde meest voorkomende kanker bij vrouwen wereldwijd (1, 2). Volgens de Stichting Kankerregister werden ook in 2018 in Vlaanderen opnieuw 347 nieuwe diagnosen gesteld van baarmoederhalskanker.

Het zorgwekkende hieraan is dat elk overlijden ten gevolge van baarmoederhalskanker voorkomen kan worden mits vroegtijdige opsporing en behandeling.
Baarmoederhalskanker kan voorkomen worden door een vroegtijdige opsporing van dysplasie van de cellen van het baarmoederhalsepitheel.
Dit gebeurt in Vlaanderen door een driejaarlijkse screening bij vrouwen in de leeftijdscategorie 25-64 jaar. Spijtig genoeg worden in Vlaanderen veel vrouwen niet of te weinig gescreend. In 2020 werd slechts 63.7% van de doelgroep gescreend. Hierbij was de dekkingsgraad hoger in de jongere leeftijdsgroepen (67% bij 30-49 jaar) en lager bij de 50+ groep (55.1%). Daarnaast bestaat ook het probleem van overscreening bij een beperkt aantal vrouwen in de doelgroep, voornamelijk opnieuw jongere vrouwen, die soms één- tot tweejaarlijks een uitstrijkje krijgen (3).
Huisartsen spelen een belangrijke rol in het bereiken van vrouwen voor screening. Uitstrijkjes kunnen in Vlaanderen zowel door gynaecologen als huisartsen worden gemaakt, maar huisartsen zijn meer laagdrempelig te bereiken. Zij hebben meer frequent contact met de vrouwen uit de doelgroep, en daardoor meer opportuniteit om de screening ter sprake te brengen. Toch wordt in Vlaanderen slechts twintig procent van de uitstrijkjes uitgevoerd worden door huisartsen (4).

Een recente studie vond dat vooral mannelijke artsen en jongere artsen minder uitstrijkjes afnemen (5). Studies die onderzochten waarom huisartsen geen uitstrijkjes afnemen, vermelden onder andere: tijdsgebrek tijdens consultaties; gebrek aan aandacht voor de screening; gebrek aan kennis en vaardigheden; logistieke moeilijkheden en weigerachtigheid bij patiënten als redenen (6-12).
Een focusgroep met achtendertig huisartsen in Vlaanderen ging verder in op de drempels die huisartsen ervaren bij (het voorstel tot) het afnemen van een uitstrijkje. Zij vermelden onder meer schroom bij de huisarts zelf en het minder prioritiseren van de screening. Ook tijdsgebrek en logistieke hindernissen zoals gebrek aan materiaal werden als mogelijke drempels vernoemd (13).
Daarnaast zou volgens de huisarts ook de patiënte enkele drempels ervaren. Zo zou de patiënte een voorkeur hebben voor afname door een gynaecoloog, geen interesse hebben voor preventie, bezwaar hebben tegen het onderzoek zelf of angst hebben voor het resultaat [7-14].

Om de drempels zowel bij artsen als patiënten te verlagen, werden reeds enkele pilootstudies met zelftesten voor opsporing opgezet. De ervaringen van de patiënten waren positief, een eerste studie had een reactie rate van 78%, een tweede van 72,5%. Daarnaast gaven 62,6% van de vrouwen die meededen in de tweede studie aan deze zelftest te verkiezen boven een uitstrijkje afgenomen door een arts (14, 15). De ervaring van de huisartsen werd bij deze studies niet in kaart gebracht.
Bovenstaande gegevens tonen dat huisartsen op een aantal vlakken barrières ervaren om uitstrijkjes af te nemen. Sommige drempels zijn artsgebonden (zo lijkt de leeftijd en het

geslacht van de arts mee bepalend te zijn). Ten tweede zien we drempels die gelinkt zijn aan de visie van de arts, zoals een gebrek aan aandacht voor de screening of het niet ervaren als prioriteir van de screening. De meest vermelde drempel is echter gebrek aan tijd.
We weten echter niet in hoeverre de door de artsen vermelde drempels, ook in realiteit de drempels zijn die de screening verstoren.
Om deze reden willen we in deze masterproef de kenmerken van de arts, de visie van de arts en diens werkdruk in kaart brengen. Vervolgens zullen we nagaan in hoeverre de in de literatuur vermelde drempels ook bij onze huisartsen een probleem zijn.
Daarnaast willen we ook nagaan of huisartsen de Humaan Papilloma Virus (HPV) zelftest als een aanvaardbaar alternatief zien, gezien de literatuur toont dat dit voor de patiënte een laagdrempelig alternatief kan zijn.

2. Methodologie

A. Literatuuronderzoek

Tijdens het literatuuronderzoek werd gezocht naar artikels rond de huidige uitkomsten van baarmoederhalskankerscreening, welke doelgroepen wel/niet bereikt worden, eerdere studies omtrent welke artsen wel/niet betrokken zijn bij de screening, drempels die vermeld worden door artsen en studies rond HPV-zelftesten. Deze studies werden opgezocht via PubMed, UptoDate en Google Scholar. Hierbij probeerden we een selectie te maken van recente studies en studies uitgevoerd in naburige landen. Dit laatste wegens de verschillen in prevalentie maar ook omwille van screeningsstrategieën tussen landen.
De recentste gegevens over de prevalentie en mortaliteit van baarmoederhalskanker werden bekomen bij het agentschap Zorg en Gezondheid.

B. Populatie

Om een gerandomiseerde selectie van huisartsen te bekomen, werd een anonieme, online vragenlijst verzonden naar huisartsen in Oost- en West Vlaanderen.
Hiervoor werden de verschillende huisartsenkringen in Oost- en West-Vlaanderen gecontacteerd. Aan hen werd gevraagd om de digitale vragenlijst via nieuwsbrieven en/of websites aan de verschillende huisartsen aan te bieden.
Er gebeurde geen preselectie.
Op deze manier werd gepoogd zoveel mogelijk actieve huisartsen te bereiken, zonder voorkeur voor leeftijd, geslacht, locatie of grootte van de praktijk.
De oproep was vrijwillig, er was geen beloning of vergoeding aan gekoppeld.
De vragenlijst kon anoniem ingevuld worden. Er gebeurde ook nadien geen selectie van huisartsen, elke arts die op heden actief is kon aan de studie deelnemen.
In totaal vulden vijvenveertig huisartsen de vragenlijst volledig in.

C. Vragenlijst

De vragenlijst was anoniem, werd digitaal ingevuld en kon op elk moment worden gepauzeerd of afgesloten.
Huisartsen werden hiervan vooraf aan de start van de vragenlijst op de hoogte gebracht.

De vragenlijst (zie bijlage 1) bestond uit dertig vragen opgedeeld in zeven onderdelen: kenmerken arts, kenmerken praktijk, werkdruk, kennis van richtlijnen, visie arts, uitvoering van de screening en HPV-zelftest.

Kenmerken arts

De leeftijd en het geslacht van de arts werden nagevraagd.

Kenmerken praktijk

Er werd nagevraagd hoeveel artsen op dit moment actief zijn in de praktijk waar de respondent werkt, hoeveel van deze artsen mannen/vrouwen zijn en hoeveel van deze artsen gynaecologische onderzoeken uitvoeren.
Daarnaast werd gevraagd hoe hoog de respondent de screeningsgraad voor baarmoederhalskanker bij patiëntes in de praktijk schat.

Ook de aanwezigheid van het noodzakelijke materiaal werd bevraagd, met een opsplitsing tussen het aanwezig zijn van een gynaecologische onderzoekstafel enerzijds en klein materiaal (specula, borstels, recipiënten...) anderzijds.

Werkdruk

Om een beeld te krijgen op de werkdruk, werd gepoogd zowel de objectieve werkdruk als de subjectief ervaren werkdruk in kaart te brengen.
Hierbij werd aan de artsen gevraagd uit te gaan van de situatie zoals deze was vóór de COVID-19 pandemie.

Om de objectieve werkdruk in kaart te brengen, werd gevraagd een inschatting te maken van het gemiddeld aantal patiënten die de arts ziet per week.
Daarnaast werd gevraagd naar het aantal Globaal Medische Dossiers (GMD) in de praktijk. Dit aantal werd later gedeeld door het aantal artsen in de praktijk om zo een inschatting te maken van het gemiddeld aantal GMD's per arts. Er werd gekozen om niet het aantal GMD's per arts in de vragenlijst te bevragen, gezien artsen dit vaak moeilijker kunnen opzoeken in hun software en hier dus mogelijks een minder goed beeld van hebben.

De subjectieve werkdruk werd bevraagd door middel van zes stellingen waarbij de respondent door middel van een 5-punt likertschaal kon aangeven in welke mate deze stelling op hem/haar van toepassing is. De stellingen bevroegen in hoeverre de arts het gevoel had tijd tekort te komen om bepaalde handelingen uit te voeren. Bij elke vraag werd een score toegekend tussen 0 en 4, waarbij een hogere score overeenkwam met een hoger ervaren werkdruk.
De stellingen waren de volgende:
(1) Ik kom tijd tekort om mijn consultaties correct af te werken;
(2) Ik moet teveel patiënten zien op een dag;
(3) Ik ervaar een grote werkdruk;
(4) Ik kom tijd tekort om mij bezig te houden met preventie;
(5) Ik kom tijd tekort om uitstrijkjes te nemen;
(6) Ik kom tijd tekort om baarmoederhalskankerscreening ter sprake te brengen bij mijn patiënten.

Kennis van richtlijnen

Om de kennis van de artsen rond baarmoederhalskankerscreening in kaart te brengen, werden drie meerkeuzevragen gesteld: de leeftijd van de doelgroep, het screeningsinterval en uitsluitingscriteria.
In totaal waren er veertien subvragen die telkens één punt opleveren.

Ten tweede werd ook bevraagd welke richtlijnen de huisartsen consulteren wanneer zij meer informatie willen over baarmoederhalskankerscreening. Dit werd in een open vraag gesteld (geen meerkeuzevraag), om de deelnemers niet te beïnvloeden.

Als laatste werd bevraagd of de huisarts weet waar hij/zij kan opzoeken wanneer de patiënte laatst een uitstrijkje kreeg. Indien de arts aangaf dit te weten, werd opnieuw door middel van een open vraag gevraagd de bron in te vullen.

Visie

Om een zicht te krijgen op de visie van de respondent op baarmoederhalskankerscreening, werden meerkeuzevragen gesteld rond diens mening over het nut en belang van de screening, de mate van verantwoordelijkheid van verschillende actoren en het gevoel van zelfeffectiviteit.

Nut

Om in te schatten in hoeverre de respondenten baarmoederhalskankerscreening als nuttig ervaren, werden zes stellingen gepresenteerd over de voor- en nadelen van baarmoederhalskankerscreening. Bij elke vraag kon de huisarts via een 5-punts likert schaal aangeven in welke mate ze akkoord gaan met de stelling. Bij elke stelling werd een score van 1 tot 5 toegekend, waarbij de score hoger is indien akkoord gegaan werd met een voordeel en lager is indien akkoord werd gegaan met een nadeel.

Hierdoor werd een totaalscore bekomen met een minimum van 5 en een maximum van 25.
Hoe hoger de score, hoe meer de respondent de baarmoederhalskankerscreening als voordelig ervaart.

De verschillende stellingen zijn de volgende:
(1) Screening naar baarmoederhalskanker zorgt ervoor dat minder vrouwen aan baarmoederhalskanker sterven;
(2) Screening naar baarmoederhalskanker zorgt ervoor dat vrouwen onnodig behandeld worden;
(3) Screening naar baarmoederhalskanker zorgt ervoor dat er minder ver gevorderde kankers zijn;
(4) Screening naar baarmoederhalskanker zorgt ervoor dat vrouwen onnodig belastende onderzoeken ondergaan;
(5) Screening naar baarmoederhalskanker zorgt ervoor dat de benodigde behandeling bij diagnose minder zwaar is;
(6) Screening naar baarmoederhalskanker zorgt ervoor dat vrouwen onnodig ongerust zijn.

Belang

Om in te schatten hoeveel belang de artsen hechten aan baarmoederhalskankerscreening en in hoeverre dit verschilt van het belang dat ze hechten aan andere vormen van bevolkingsonderzoeken, preventie in het algemeen en curatieve geneeskunde, werd gevraagd het belang van deze vier verschillende componenten te scoren op een 5-punts likert schaal.

Verantwoordelijkheid

Om een idee te krijgen van het verantwoordelijkheidsgevoel van de respondenten, werd gevraagd om de verantwoordelijkheid van verschillende actoren binnen baarmoederhalskankerscreening te scoren.
De verschillende actoren zijn de huisarts, de gynaecoloog, de patiënte en de overheid.
Per actor werd gevraagd op een 5-punt likertschaal aan te geven in hoeverre de respondent de actor verantwoordelijk acht.
Er werd niet gevraagd de verschillende actoren te vergelijken.

Zelfeffectiviteit

Om een idee te krijgen in hoeverre artsen zich competent voelen om baarmoederhalskankerscreening uit te voeren, werden vijf stellingen gepresenteerd. Elke stelling beslaat een aspect van de screening en stelt dat de arts zich in staat voelt dit aspect uit te voeren.
De respondent kon per stelling door middel van een 5-punt likert schaal aangeven in hoeverre hij/zij akkoord ging.
De verschillende aspecten zijn de volgende:
(1) informeren van patiënten;
(2) motiveren van patiënten;

(3) overhalen van kritische patiënten;
(4) weerstand te verlagen;
(5) een uitstrijkje afnemen.

Elk aspect werd apart gescoord, waarbij een hogere score overeen komt met een hoger gevoel van zelfeffectiviteit. De scores werden ook opgeteld om een beeld te krijgen op het totale gevoel van zelfeffectiviteit. De minimale score hierbij is 5, de maximale score 25.

Uitvoering

Om een zicht te krijgen op de mate waarin de respondenten in de praktijk bezig zijn met baarmoederhalskankerscreening, werden enkele verschillende componenten bevraagd.

Enerzijds werd gevraagd een inschatting te geven van de frequentie waarmee de respondent uitstrijkjes afneemt. De respondent kreeg de keuze tussen volgende antwoorden: wekelijks, maandelijks, 3-10 per jaar, heel weinig tot geen maar verwijst naar een collega in de praktijk, heel weinig tot geen en verwijst niet naar een collega. Het laatste onderscheid werd gemaakt aangezien we kunnen veronderstellen dat sommige artsen minder vaak uitstrijkjes afnemen wanneer ze vertrouwen op een collega die hier vaker mee bezig is.
Om verder te werken met de antwoorden op deze vraag, werd een scoresysteem op 5 punten toegekend. Hierbij krijgen artsen die vaker een uitstrijkje afnemen een hogere score.

Aanvullend werd ook de vraag gesteld of de respondent tevreden is met deze frequentie, of liever vaker/minder uitstrijkjes zou willen afnemen. Aanvullend werd bevraagd in welke gevallen de respondent vaker een uitstrijkje zou aanbieden. Er werden enkele scenario's gepresenteerd en de optie gegeven zelf scenario's aan te vullen.

Anderzijds wouden we ook in beeld brengen of de respondent actief baarmoederhalskankerscreening zal ter sprake brengen; of de nood aan een uitstrijkje opzoeken. Om dit in beeld te brengen, kreeg de respondent zes scenario's aangeboden met mogelijke reacties, met de vraag aan te duiden welke reactie de arts meest waarschijnlijk zou hebben.
In elk scenario zit de patiënte in de doelgroep voor baarmoederhalskankersceening.

In scenario één komt de patiënte met de vraag naar een uitstrijkje. Mogelijke reacties zijn de volgende:
(1) Indien ik hier tijd voor heb, voer ik dit onmiddellijk uit;
(2) Ik plan dit in een volgend consult;
(3) Ik verwijs naar een collega-huisarts;
(4) Ik verwijs naar een gynaecoloog;
(5) Ik raad mevrouw Desmet af dit te laten doen.

De antwoorden op deze vragen kregen een score toebedeeld op 5, met een hogere score indien de arts actief reageert. Zo krijgt reactie één een score 5, reactie twee een score 4, reactie drie een score 3, reactie vier een score 2 en reactie vijf een score 1. Tijdens verdere analyses zal dit als een categorische variabele beschouwd worden.
De antwoorden voor scenario twee tot en met zes verschillen van deze van scenario één.

In scenario twee presenteert de patiënte met een banale, gynaecologische klacht. In scenario drie met een vraag naar een voorschrift voor orale anticonceptie. In scenario vier presenteert zij met een vraag rond preventieve geneeskunde (bijvoorbeeld de vraag naar een kinkhoestvaccin). In scenario vijf vraagt zij een 'routine check-up' (bijvoorbeeld een

bloedafname). En ten laatste in scenario zes presenteert zij met een banale, niet gynaecologische klacht (bijvoorbeeld een tinea pedis).
In al deze scenario's bestaan er drie mogelijke reacties:
(1) Ik zal actief navragen/opzoeken wanneer mevrouw Desmet laatst een uitstrijkje heeft laten afnemen en bied dit zo nodig aan;
(2) Ik noteer dat ik in een volgend consult moet navragen/opzoeken wanneer mevrouw Desmet laatst een uitstrijkje heeft laten afnemen en bied dit zo nodig aan;
(3) Ik denk hierbij helemaal niet aan een uitstrijkje.

Deze reacties krijgen een score op 3 met een hogere score indien de arts proactief reageert. Zo krijgt reactie één een score 3, reactie twee een score 2 en reactie drie een score 1. Tijdens verdere analyses zal dit als een categorische variabele beschouwd worden.

HPV-zelftest

Vooraf aan de vragen, kreeg de respondent een korte uitleg te lezen waarin het gebruik en de voor- en nadelen van een HPV-zelftest besproken werd. Ook werden de verschillen met het klassieke uitstrijkje benoemd (zie bijlage 2). Er werd aanvullend aangeboden om de gebruiksaanwijzing voor een zelftest te bekijken (zie bijlage 3). Dit was niet verplicht.

Nadien werd gevraagd of de respondent geïnteresseerd zou zijn in het aanbieden van deze zelftesten en of hij/zij denkt dat deze zelftest de drempel voor hem/haar zou verlagen om baarmoederhalskankerscreening ter sprake te brengen en/of uit te voeren.

Indien gewenst, kon de respondent vervolgens contactgegevens nalaten om gecontacteerd te worden bij een volgende studie met HPV-zelftesten. Dit was optioneel en vrijwillig, er werd geen vergoeding of beloning beloofd.

D. Verwerken van resultaten

De statistische analyses werden uitgevoerd met behulp van SPSS-software versie 28 (IBM, NY, VS). Er werd steeds tweezijdig getest en het resultaat werd als significant beoordeeld als $p<0,05$. Bij post hoc analyses werd de Bonferroni correctie toegepast.

Er gebeurde achtereenvolgens een beschrijvende analyse en correlatie analyses.
De correlatie werd nagegaan tussen (1) artsenkenmerken en de visie van de arts, (2) artsenkenmerken en de uitvoering, (3) de visie van de arts en de uitvoering en (4) de werkdruk en de uitvoering.

Artsenkenmerken - visie van de arts

Bij de correlatie analyses tussen leeftijd van de arts en de visie van de arts, werd gebruik gemaakt van de Spearman analyse. Deze test werd gekozen omdat de leeftijd van de arts niet normaal verdeeld is, indien wel had een Pearson analyse overwogen kunnen worden.
De voorwaarde voor een Spearman test (een minstens ordinale verdeling van de variabelen) is hier voldaan. De visie van de arts op de verschillende componenten werd immers als een score uitgedrukt (zie supra). De leeftijd kan als een continue variabele beschouwd worden.
Bij een significante correlatie werd aanvullend een ANOVA analyse met Bonferroni correctie uitgevoerd als post hoc analyse.

Bij de correlatie analyses tussen het geslacht van de arts en de visie van de arts, werd gebruik gemaakt van de Mann-Whitney U test.
De voorwaarden voor een Mann-Whitney U test (onafhankelijke observaties en minstens ordinale verdeling van de variabelen) zijn hier voldaan. De observaties tussen de mannelijke

en vrouwelijke artsen zijn immers onafhankelijk van elkaar, gezien het over verschillende individuen gaat. De visie van de arts op de verschillende componenten kan als ordinaal beschouwd worden gezien het als een score wordt uitgedrukt (zie supra).
Bij een significante correlatie werd aanvullend een Kolmogorov Smirnoff analyse met Bonferroni correctie uitgevoerd om na te gaan of enkel de gemiddelde score, dan wel de verdeling van de waarden tussen mannelijke en vrouwelijke artsen verschilt.

Artsenkenmerken - Uitvoering

De correlatie analyses tussen de leeftijd van de arts en de uitvoering werden uitgevoerd door middel van een Kruskall-Wallis test.
De voorwaarden voor deze test zijn minstens ordinale variabelen, onafhankelijke observaties en gelijkaardige distributies.
De leeftijd kan als een continue variabele beschouwd worden en de verschillende componenten van de uitvoering als ordinale variabelen, gezien deze telkens een score kregen (zie supra). De observaties zijn onafhankelijk, gezien het over waarden van verschillende individuen gaan. We veronderstellen dat de distributies van de verschillende groepen gelijkaardig zijn.
Bij een significante correlatie werd als post hoc test een aanvullende paarsgewijze Mann-Whitney U test uitgevoerd met Bonferroni correctie.

De correlatie analyses tussen het geslacht van de arts en de uitvoering gebeurde door middel van een Chi kwadraat test. Hierbij werd telkens nagegaan of de voorwaarde voor interpretatie van de test voldaan was, namelijk dat geen cel een verwachte waarde <5 heeft (of bij vergelijking van meerdere groepen dat <20% van de cellen een verwachte waarde <5 heeft). Indien de voorwaarde niet werd voldaan, werd een Fisher's Exact test uitgevoerd.

Bij een significant verschil werden aanvullende post hoc testen met paarsgewijze Chi kwadraat en Fisher's Exact testen uitgevoerd, rekening houdend met de Bonferroni correctie.

Visie arts - Uitvoering

De correlatie analyses tussen de visie van de arts en de uitvoering werden uitgevoerd door middel van een Kruskall-Wallis test.
De voorwaarden voor deze test zijn minstens ordinale variabelen, onafhankelijke observaties en gelijkaardige distributies.
De verschillende componenten van de visie van de arts werden uitgedrukt in een score en kunnen daarom beschouwd worden als ordinale variabelen. Ook de frequentie van uitstrijkjes en de verschillende reacties op de scenario's kregen een score toegekend (zie supra) en kunnen als een ordinale variabele beschouwd worden. De observaties zijn onafhankelijk, gezien het over waarden van verschillende individuen gaan. We veronderstellen dat de distributies van de verschillende groepen gelijkaardig zijn.
Bij een significante correlatie werd als post hoc test een paarsgewijze Mann-Whitney U test uitgevoerd met Bonferroni correctie.

Werkdruk

De correlatie tussen de subjectieve en objectieve werkdruk en de verschillende componenten van de objectieve werkdruk onderling, werden nagegaan door middel van een Spearman correlatie. De voorwaarden voor een Spearman test (een minstens ordinale verdeling van de variabelen) zijn hier voldaan. De subjectieve werkdruk werd immers uitgedrukt in een score (zie supra) en het aantal GMD's per arts en het aantal patiënten kan als continue variabele worden beschouwd.

Werkdruk - Uitvoering

De correlatie analyses tussen de werkdruk en de uitvoering werden uitgevoerd door middel van een Kruskall-Wallis test.
De voorwaarden voor deze test zijn minstens ordinale variabelen, onafhankelijke observaties en gelijkaardige distributies.
De subjectieve werkdruk werd uitgedrukt in een score (zie supra) en kan daarom als een ordinale variabele worden beschouwd. Ook de frequentie van uitstrijkjes en de verschillende reacties op de scenario's kregen een score toegekend (zie supra) en kunnen als een ordinale variabele beschouwd worden. De observaties zijn onafhankelijk, gezien het over waarden van verschillende individuen gaan. We veronderstellen dat de distributies van de verschillende groepen gelijkaardig zijn.
Bij een significante correlatie werd als post hoc test een aanvullende paarsgewijze Mann-Whitney U test uitgevoerd met Bonferroni correctie.

3. Resultaten

A. Beschrijvende statistiek

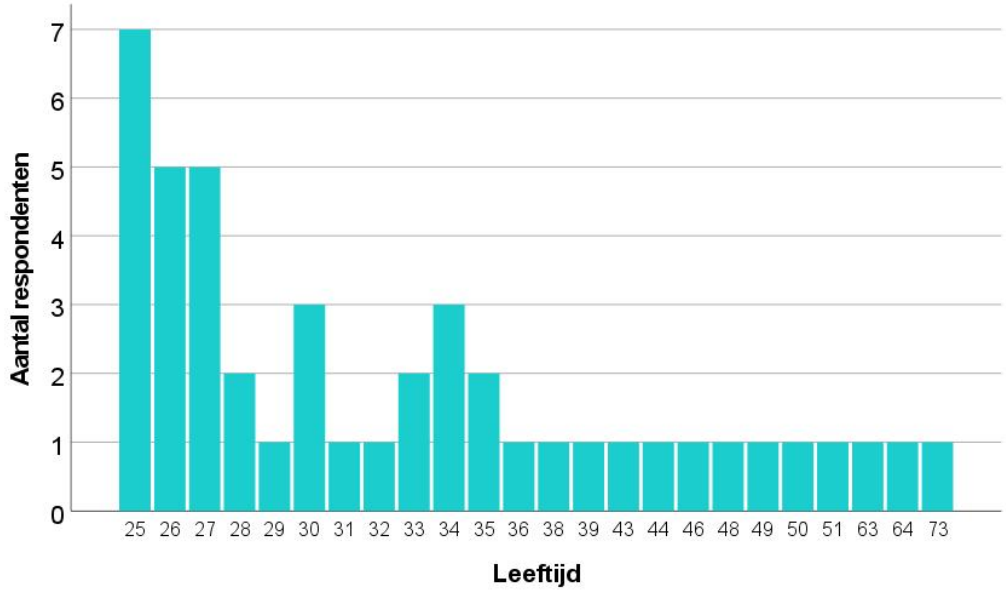
Artsenkenmerken

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 35 jaar, de jongste respondent is 25 jaar en de oudste respondent 73 jaar. We zien dat de groep vooral uit jonge respondenten bestaat, maar liefst 75% van de respondenten zijn 30 jaar of jonger.

Er is geen normale verdeling van de waarden.

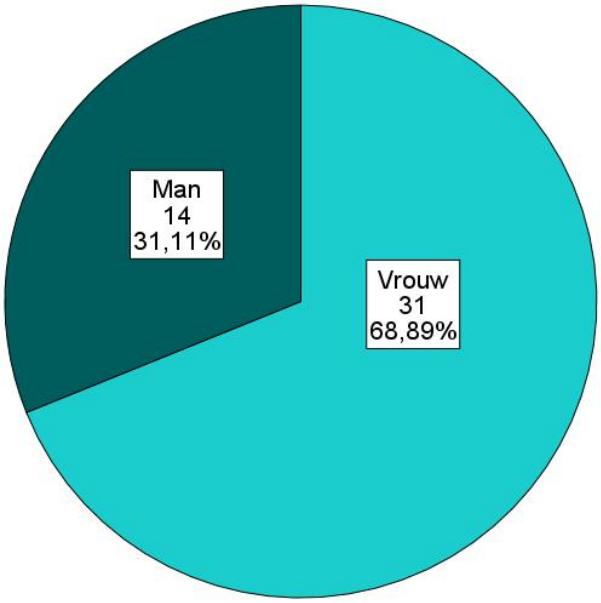
Grafiek 1: Leeftijd respondenten



Geslacht

De groep van vijvenveertig respondenten bestond uit eenendertig vrouwen (68.9%) en veertien mannen (31.1%).

Grafiek 2: Geslacht respondenten



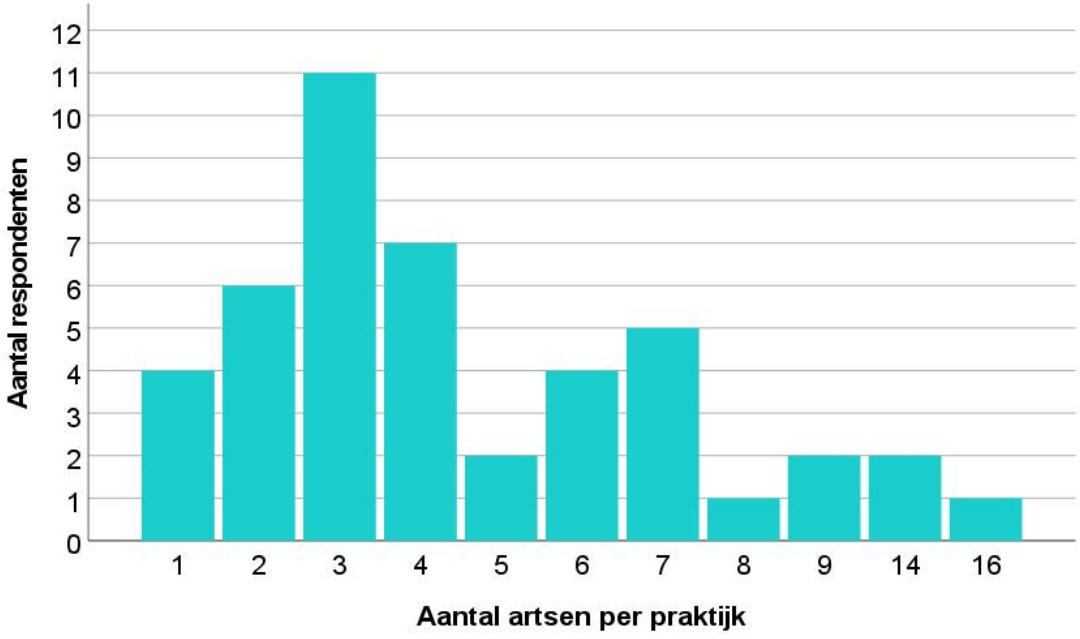
Praktijkkenmerken

Artsen binnen praktijk

(1) Aantal Artsen

Het gemiddeld aantal artsen per praktijk is 4,8.
Er zijn 4 solopraktijken (8,9%) en 41 groepspraktijken (91,1%) waarbij in de grootste praktijk 16 artsen actief zijn.

Grafiek 3: Aantal artsen in de praktijk



(2) Aantal mannelijke en vrouwelijke artsen

Slechts 2 praktijken (4,4%) bestaan volledig uit mannelijke artsen, 8 (17,8%) praktijken bestaan volledig uit vrouwelijke artsen. De meeste praktijken (77,8%) bestaan uit een gemengde artsenpopulatie. Hierbij zijn er 26 praktijken (57,8%) met meer vrouwelijke dan mannelijke artsen en 12 praktijken (26,7%) hebben meer mannelijke dan vrouwelijke artsen, 7 praktijken (15,6%) hebben evenveel mannelijke als vrouwelijke artsen.

(3) Aantal artsen die gynaecologisch onderzoek uitvoeren

In alle praktijken zijn één of meerdere artsen die gynaecologisch onderzoek uitvoeren.
In één praktijk voert slechts 1 arts van de 14 (7,1%) gynaecologische onderzoeken uit, verder zijn er slechts 4 praktijken (8,9%) waar minder dan de helft van de artsen gynaecologische onderzoeken uitvoert.

(4) Verband tussen aantal vrouwelijke artsen en aantal artsen die gynaecologisch onderzoek uitvoeren

We vinden geen significant verband tussen het percentage vrouwelijke artsen in de praktijk en het percentage artsen die gynaecologische onderzoeken uitvoert (p=0,055).

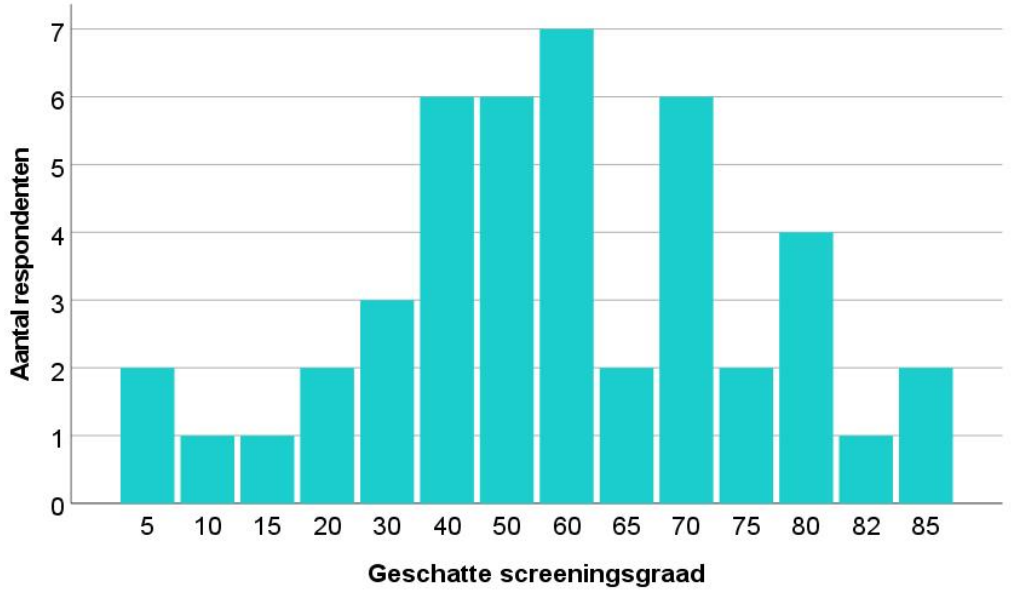
Geschatte screeningsgraad

We vroegen aan de respondenten om binnen hun praktijk een schatting te maken van het aantal vrouwen uit de doelgroep die de aanbevolen screening krijgen.

De geschatte screeningsgraad is gemiddeld 53,3% met een minimum van 5% en een maximum van 85%.
50% van de artsen schat de screeningsgraad tussen 40 en 70%, 25% schat het lager dan 40% en 25% schat het hoger dan 70%.

We vinden geen significant verband tussen het de geschatte screeningssgraad en het percentage vrouwelijke artsen per praktijk (p=0,096), of het percentage artsen die een gynaecologisch onderzoek uitvoeren (p=0,257). Het is dus niet zo dat vrouwen minder gescreend worden in praktijken waar er meer mannelijke artsen zijn, noch in praktijken waar (enkele) artsen geen uitstrijkjes wensen af te nemen.

Grafiek 4: Geschatte screeningsgraad



Materiaal

Slechts 3 van de 45 artsen (6,7%) geeft aan geen onderzoekstafels voor gynaecologisch onderzoek te hebben.

Alle artsen zeggen het benodigde materiaal te hebben.

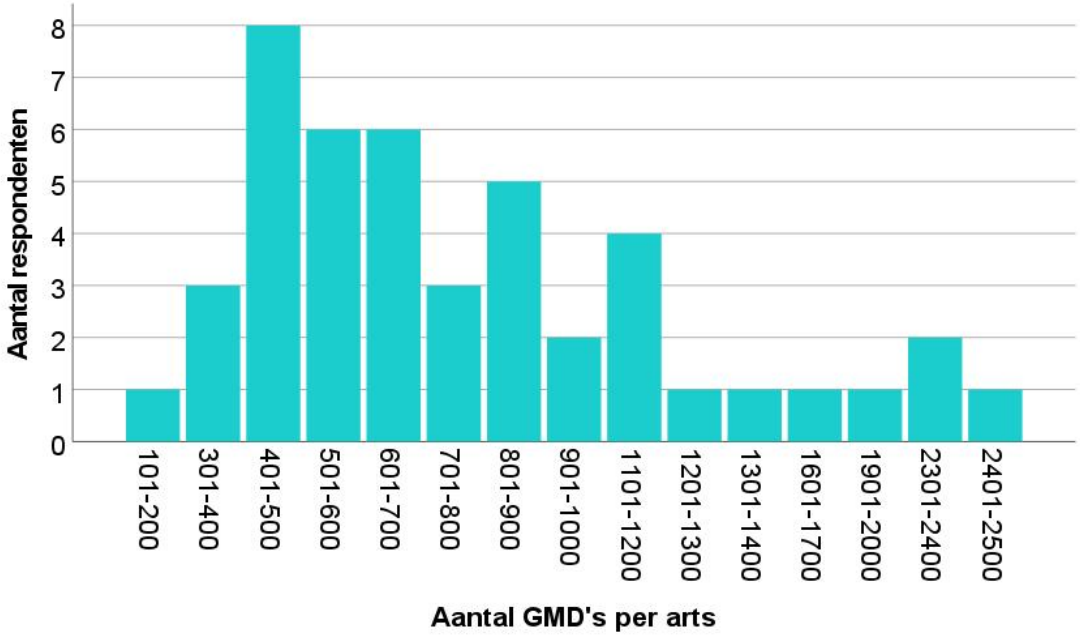
Werkdruk

De werkdruk kunnen we onderverdelen in subjectieve en objectieve werkdruk. De objectieve werkdruk werd bevraagd door het aantal GMD's in de praktijk, het gemiddeld aantal GMD's per arts en het aantal patiënten die per week worden gezien. Daarnaast werd ook de subjectieve werkdruk bevraagd aan de hand van een aantal stellingen (zie supra).

Het aantal GMD's per praktijk is weinig interessant gezien de sterke variatie in praktijkgrootte.

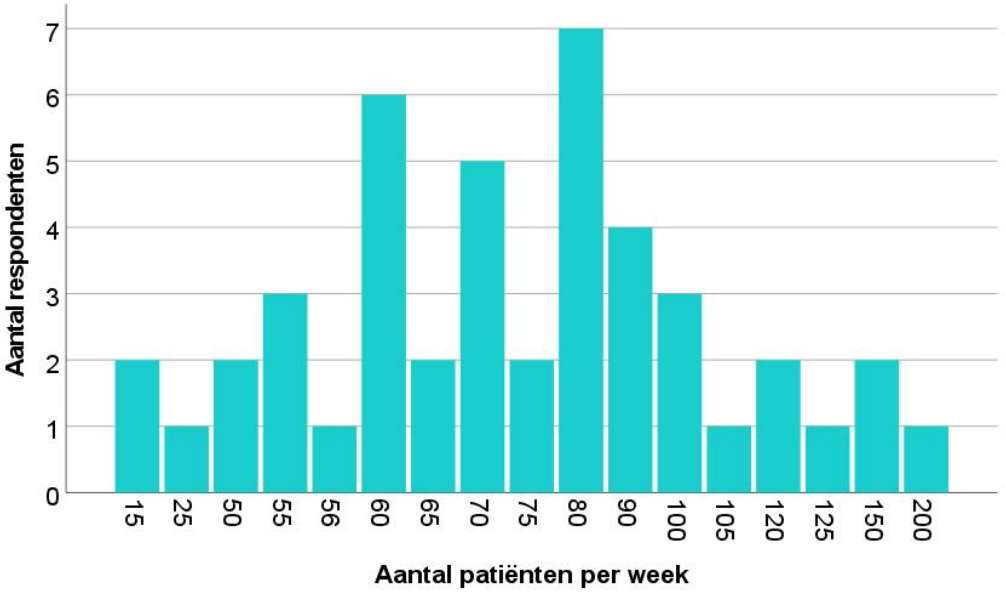
Het gemiddeld aantal GMD's per arts heeft een gemiddelde van 858,2.
50% van de respondenten heeft 500 tot 1062,5 GMD's per arts. 25% van de artsen heeft 500 of minder met een minimum van 133. De overige 25% van de praktijken heeft meer dan 1062,5 GMD's per arts met een maximum van 2500.

Grafiek 5: Gemiddeld aantal GMD's per arts



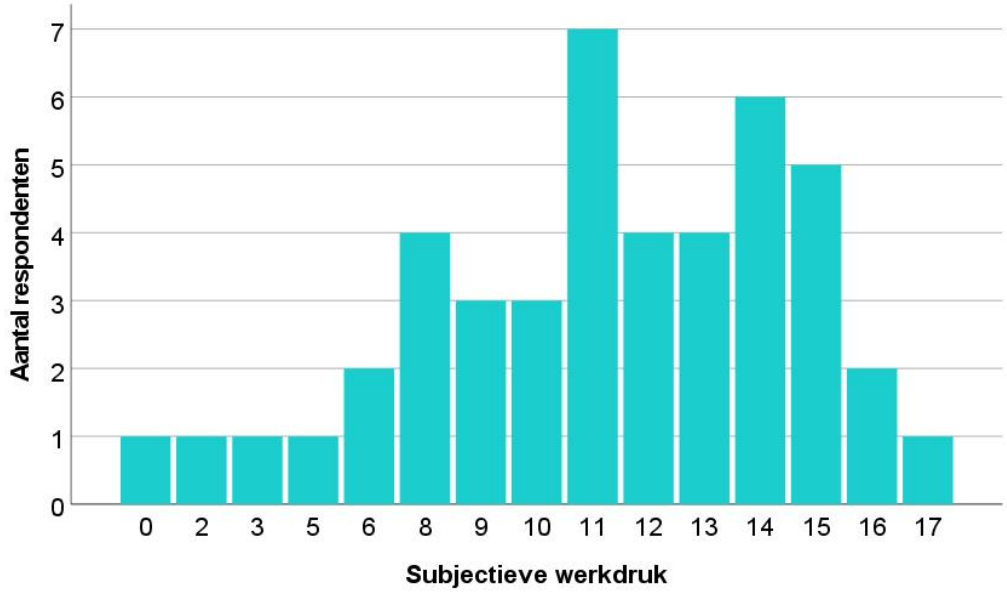
Het aantal patiënten dat per week gezien wordt is gemiddeld 79.
50% van de artsen geeft aan tussen de 60 en 90 patiënten per week te zien, 25% van de artsen ziet minder dan 60 patiënten per week met een minimum van 15, de overige 25% ziet meer dan 90 patiënten per week met een maximum van 200.

Grafiek 6: Gemiddeld aantal patiënten per week



De subjectieve werkdruk wordt uitgedrukt in een score op 24 met een minimale score van 0. Een hogere werkdruk geeft een hogere score. Hierbij zien we dat er een gemiddelde score is van 11. 50% van de artsen geeft aan een score te hebben tussen 9 en 14, 25% van de artsen heeft een score lager dan 9 met een minimum van 0, de overige 25% heeft een score hoger dan 14 met een maximum van 17.

Grafiek 7: Subjectieve werkdruk

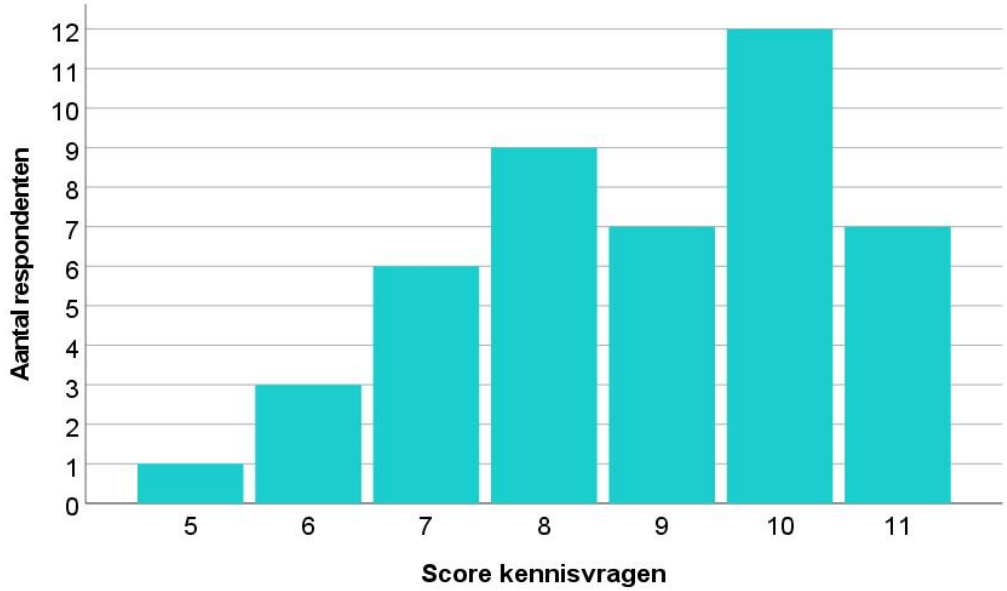


Kennis

De kennis van de arts over screeningsrichtlijnen werd nagegaan aan de hand van 14 vragen, de minimale score is 0 maximale score is 14.

Gemiddeld werd 8,8/14 gescoord, met 25% van de artsen die lager scoorde dan 8/24 met een minimum van 5/24; 50% van de artsen scoorde tussen 8 en 10/24; de overige 25% scoorde hoger dan 10 met een maximum van 11/24.

Grafiek 8: Score kennis



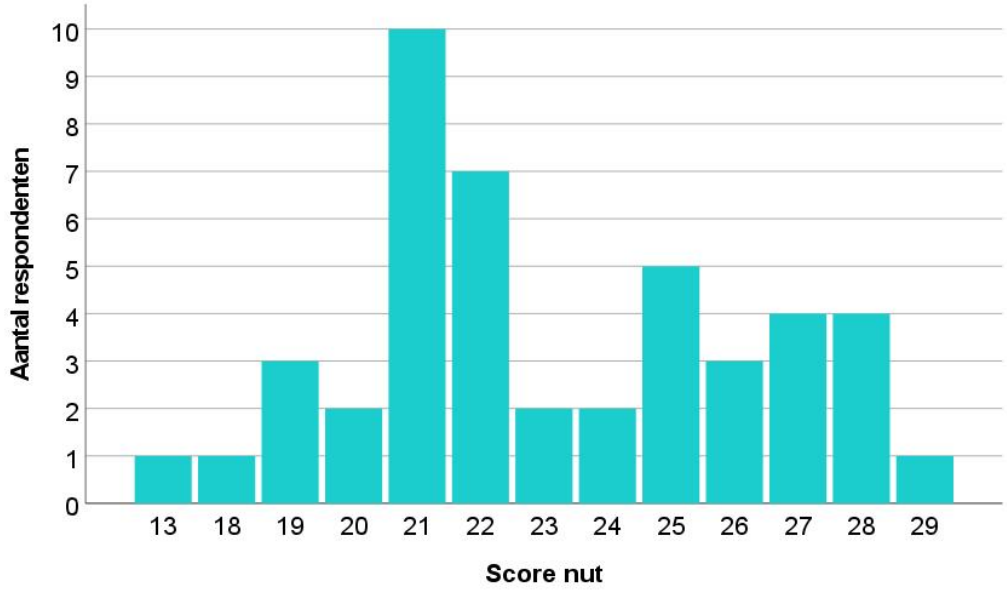
Visie arts

Nut

De score werd berekend op basis van 6 vragen die peilen naar de mening van de arts over de voor- en nadelen van baarmoederhalskankerscreening. Per vraag werden 5 punten toegediend, er is een minimale score van 5 en een maximale score van 30.

De gemiddelde score was 23; 50% van de artsen scoren tussen 21 en 26; 25% van de artsen scoort lager dan 21 met een minimum van 13; de overige 25% scoort hoger dan 26 met een maximum van 29.

Grafiek 9: Score nut



Belang

Er werd door middel van een 5 punten schaal bevraagd hoeveel belang de artsen hechten aan curatieve geneeskunde, preventieve geneeskunde, bevolkingsonderzoeken en baarmoederhalskankerscreening.
De score is minimaal 1 (helemaal niet) en maximaal 5 (zeer belangrijk).

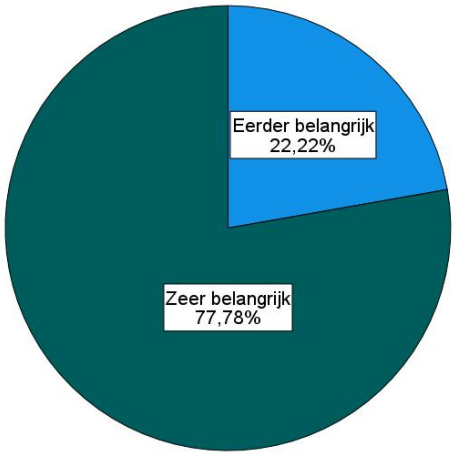
Curatieve geneeskunde scoort hierin het hoogst, 77,8% van de artsen vindt dit zeer belangrijk, de overige 22,2% vindt het eerder belangrijk.

Preventieve geneeskunde volgt, waarbij 62,2% van de artsen dit zeer belangrijk en 37,8% dit eerder belangrijk vindt.

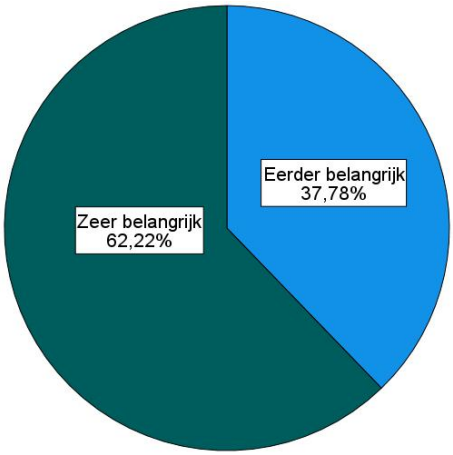
Bevolkingsonderzoeken scoren lager, 48,9% vindt dit zeer belangrijk, 51,1% vindt dit eerder belangrijk.

Uiteindelijk komt baarmoederhalskankerscreening op de laatste plaats waarbij nog steeds 44,4% van de artsen het zeer belangrijk vindt, 48,9% vindt het eerder belangrijk en een kleine groep van 6,7% is neutraal.

Grafiek 10: Belang curatieve geneeskunde



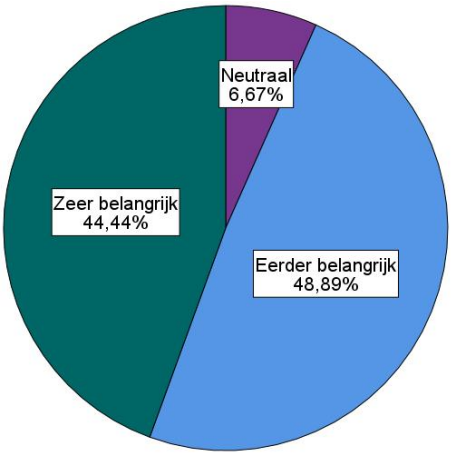
Grafiek 11: Belang preventieve geneeskunde



Grafiek 12: Belang bevolkingsonderzoeken



Grafiek 13: Belang baarmoederhalskankerscreening



Verantwoordelijkheid

Er werd door middel van een 5-puntenschaal gevraagd naar de mate waarin de arts verschillende actoren verantwoordelijk acht voor het organiseren van baarmoederhalskankerscreening. De score is minimaal 1 (helemaal niet) en maximaal 5 (zeer belangrijk). De actoren zijn de huisarts, de gynaecoloog, de patiënte en de overheid.

Hierbij zien we dat de verantwoordelijkheid van de huisarts hoog gescoord wordt, 82,2% van de artsen geeft aan (eerder) akkoord te zijn en slechts 17,8% van de artsen geeft aan niet akkoord te zijn met de stelling.

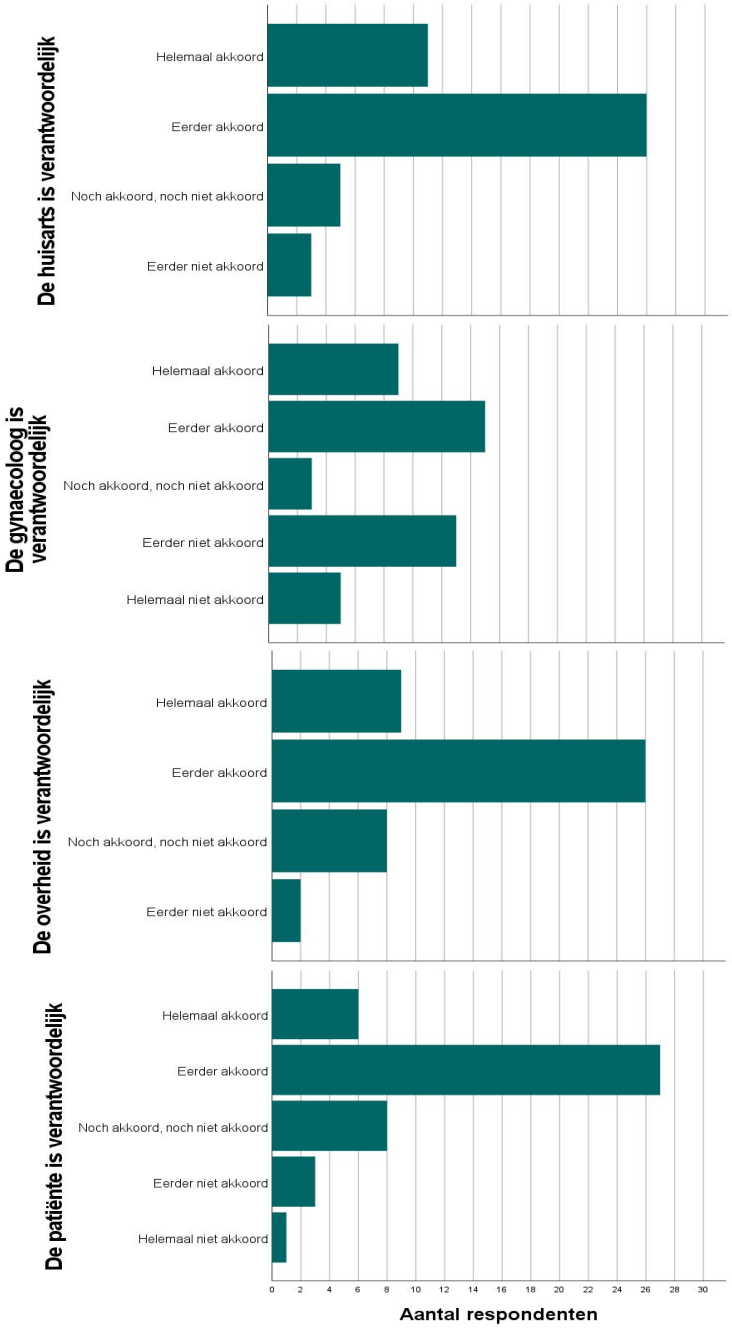
De verantwoordelijkheid van de gynaecoloog wordt eerder middelmatig gescoord, 53,3% van de artsen is (eerder) akkoord met de stelling en 40% is (eerder) niet akkoord. Slechts een beperkte groep van 6,7% voelt zich neutraal.

De verantwoordelijkheid van de patiënte wordt dan weer eerder hoog gescoord, waarbij 73,3% (eerder) akkoord gaat, slechts 8,9% gaat (eerder) niet akkoord. Een grote groep (17,8%) is hier neutraal.

Maar liefst 77,8% van de artsen gaat (eerder) akkoord dat de overheid verantwoordelijk is, slechts 4,4% is eerder niet akkoord, 17,8% is hier neutraal.

De respondenten lijken vooral de verantwoordelijkheid bij de huisarts, de overheid en de patiënte te leggen, met de huisarts op de eerste plaats.

Grafiek 14: Verantwoordelijkheid actoren

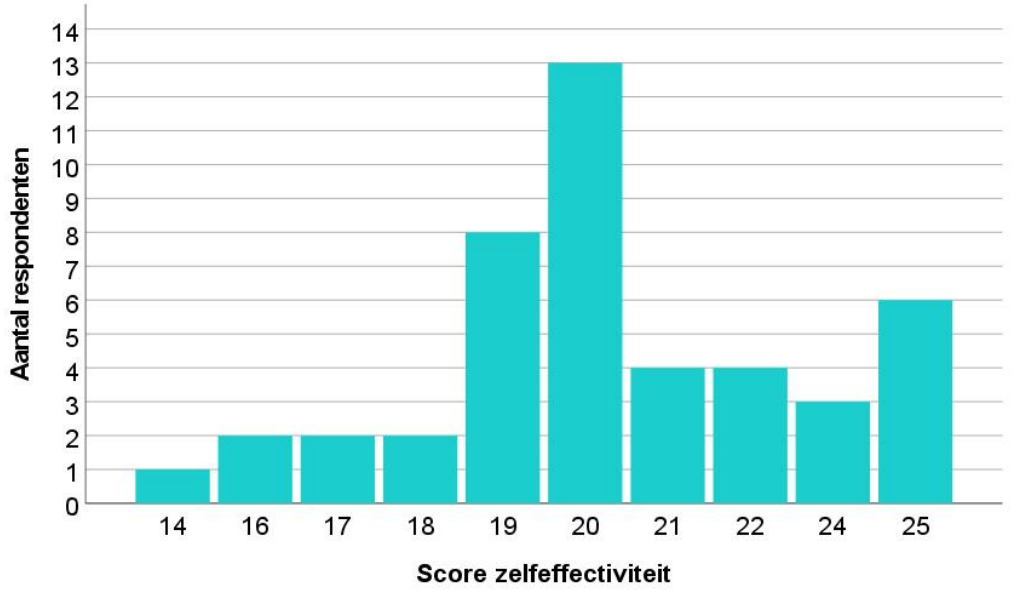


Zelfeffectiviteit

Aan de hand van 5 vragen met een 5-puntenschaal werd het gevoel van zelfeffectiviteit bevraagd. Hierbij is de minimale score 5 en maximale score 25.

De gemiddelde totale score is 20.
We zien dat er ook een eerder beperkte spreiding is, 50% van de artsen scoort tussen 19 en 22, slechts 25% scoort minder dan 19 met een minimum van 14, de overige 25% scoort hoger dan 22 met een maximale score van 25.

Grafiek 15: Score zelfeffectiviteit



Wanneer we de vragen apart bekijken bekomen we onderstaande resultaten.

Bij de stelling ‘Ik voel mij in staat mijn patiënten te informeren over baarmoederhalskanker’, geeft 93,3% van de artsen aan hier (eerder) akkoord mee te zijn. Slechts 4,4% van de artsen is niet akkoord, de overige 2,2% blijft neutraal.

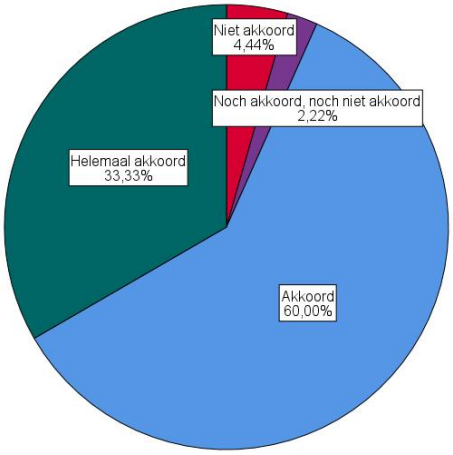
Bij de stelling ‘Ik voel mij in staat om mijn patiënten te motiveren om een uitstrijkje te laten afnemen’, ligt het gevoel van zelfeffectiviteit nog steeds zeer hoog, met 93,3% van de artsen die (eerder) akkoord zijn en 6,7% van de artsen neutraal. Geen enkele arts voelt zich niet in staat om zijn patiënten te motiveren.

Bij de stelling ‘Ik voel mij in staat om kritische patiënten te overhalen om een uitstrijkje te laten afnemen’, ligt de zelfeffectiviteit opvallend lager maar nog steeds hoog met 66,7% van de artsen die (eerder) akkoord zijn. Een eerder grote groep van 31,1% is neutraal en een zeer beperkte groep van 2,2% gaat niet akkoord.

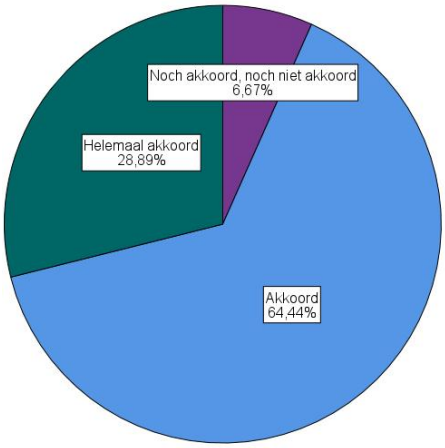
Bij de stelling ‘Ik voel mij in staat om weerstand bij de patiënte voor een uitstrijkje te verlagen’, zien we opnieuw een grote groep van 86,6% van de artsen die (eerder) akkoord gaat. Een kleine groep van 11,1% is neutraal en opnieuw een zeer beperkte groep van 2,2% gaat niet akkoord.

Bij de stelling ‘Ik voel mij in staat om een uitstrijkje af te nemen’, zien we dat opnieuw het merendeel (84,4%) van de artsen, (eerder) akkoord gaat. Opvallend is dat bij deze stelling 11,1% van de artsen niet akkoord is. Een kleine minderheid van 4,4% is neutraal.

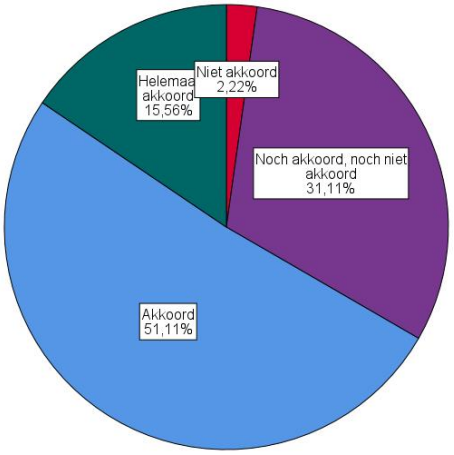
Grafiek 16: Informeren



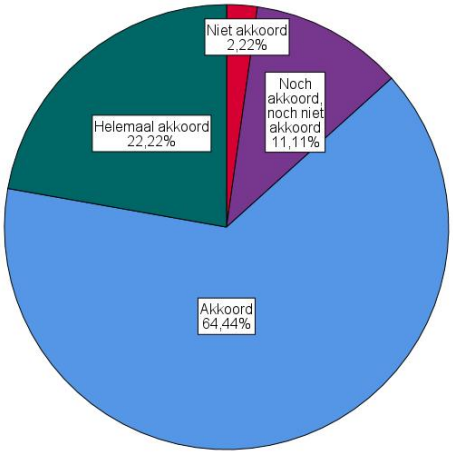
Grafiek 17: Motiveren



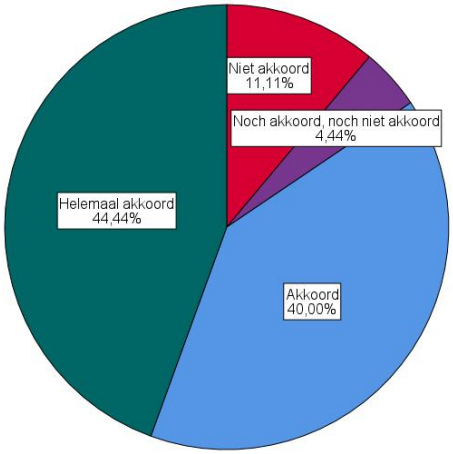
Grafiek 18: Kritische patiënten overhalen



Grafiek 19: Weerstand verlagen



Grafiek 20: Uitstrijkje afnemen

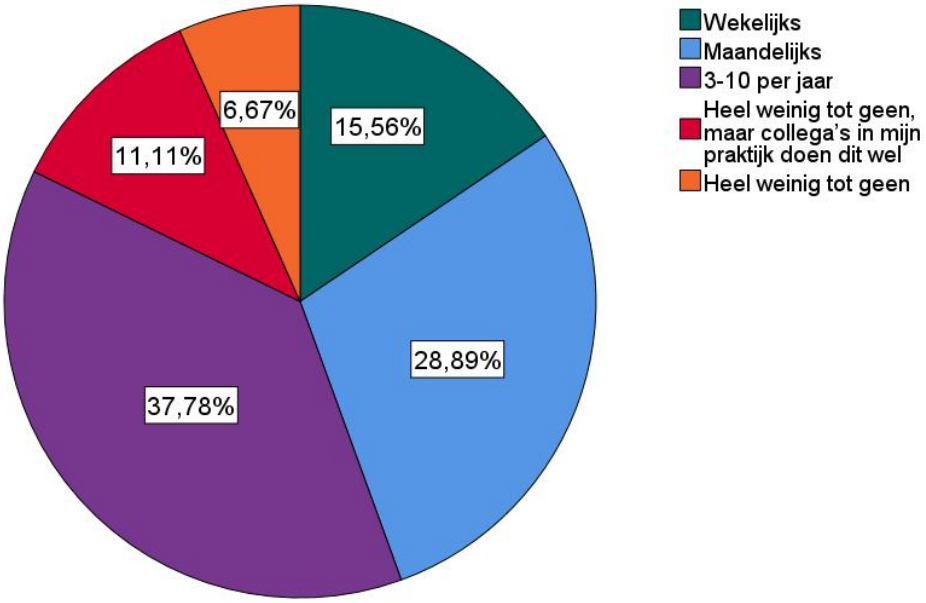


Uitvoering

Aantal

15,6% van de artsen geeft aan wekelijks een uitstrijkje af te nemen, 28,9% maandelijks, 37,8% 3-10 per jaar en 17,8% heel weinig tot geen. Van deze 17,8% zegt iets meer dan de helft (62,5%) wel te verwijzen naar een collega binnen de praktijk.

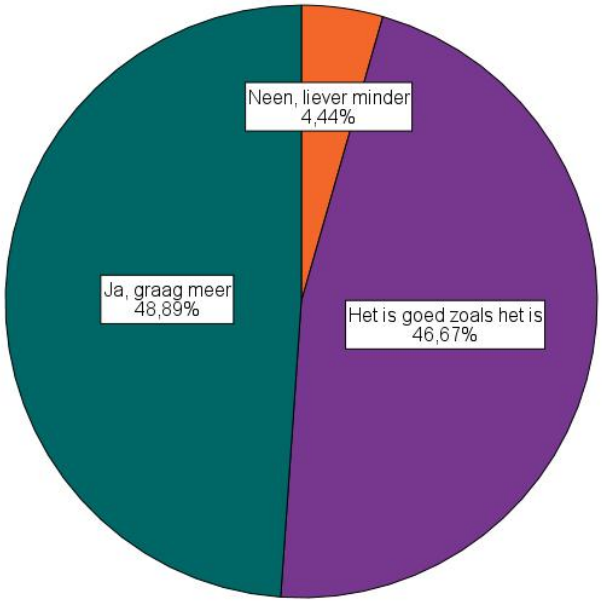
Grafiek 21: Frequentie afname uitstrijkjes



Gewenst aantal

Bij de vraag of de artsen graag vaker uitstrijkjes zouden afnemen, geeft maar liefst 48,9% aan dit inderdaad te wensen. 46,7% vindt het aantal goed zoals het op heden is en een beperkte groep van 4,4% zou liever minder vaak uitstrijkjes afnemen.

Grafiek 22: Gewenste frequentie afname uitstrijkjes



Scenario's

Er werden vijf scenario's gepresenteerd waarin een patiënte uit de doelgroep voor baarmoederhalskankerscreening op raadpleging komt.
Er werd aan de artsen gevraagd uit een aantal reacties een keuze te maken die het meest overeen komt met wat zij in dit scenario zouden doen (zie tabel infra).

Tabel 1: Scenario's uitstrijkje

Scenario		Mogelijke reactie
scenario één	Mevrouw Desmet komt op raadpleging omdat zij een uitnodigingsbrief van het CvKO kreeg om een uitstrijkje te laten afnemen. Ze vraagt of jij dat meteen ook kan doen	● Indien ik hier tijd voor heb, voer ik dit onmiddellijk uit ● Ik plan dit in een volgend consult ● Ik verwijs naar een collega-huisarts ● Ik verwijs naar een gynaecoloog ● Ik raad mevrouw Desmet af dit te laten doen
scenario twee	Mevrouw Desmet komt op raadpleging met een banale, gynaecologische klacht, bijvoorbeeld vaginale jeuk	● Ik zal actief navragen/opzoeken wanneer mevrouw Desmet laatst een uitstrijkje heeft laten afnemen en bied dit zo nodig aan ● Ik noteer dat ik in een volgend consult moet navragen/opzoeken wanneer mevrouw Desmet laatst een uitstrijkje heeft laten afnemen en bied dit zo nodig aan ● Ik denk hierbij helemaal niet aan een uitstrijkje
scenario drie	Mevrouw Desmet komt op raadpleging omdat zij een voorschrift voor orale anticonceptie wenst	
scenario vier	Mevrouw Desmet komt op raadpleging met een vraag rond preventieve geneeskunde, bijvoorbeeld omdat zij een kinkhoestvaccin wenst	
scenario vijf	Mevrouw Desmet komt op raadpleging met de vraag naar een 'routine check-up', bijvoorbeeld een bloedafname	
scenario zes	Mevrouw Desmet komt op raadpleging met met een banale, niet gynaecologische klacht, bijvoorbeeld een tinea pedis	

Scenario één

In scenario één komt de patiënte met een actieve vraag naar een uitstrijkje.
Bij dit scenario geeft 82,2% van de artsen aan dit onmiddellijk te willen afnemen; 13,3% plant dit in voor een volgend consult en 4,4% van de artsen verwijst hiervoor naar een gynaecoloog. Geen enkele arts raadt het uitstrijkje af.

Scenario twee

In scenario twee komt de patiënte met een banale, gynaecologische klacht.
Bij dit scenario geeft 57,8% aan actief na te vragen/op te zoeken of de patiënte in aanmerking komt voor een uitstrijkje; 17,8% noteert dat dit op een later ogenblik moet gebeuren en 24,4% denkt hierbij niet aan een uitstrijkje.

Scenario drie

In scenario drie komt de patiënte met de vraag naar een voorschrift voor orale anticonceptie.
Bij dit scenario geeft 66,7% aan actief na te vragen/op te zoeken of de patiënte in aanmerking komt voor een uitstrijkje; 11,1% noteert dat dit op een later ogenblik moet gebeuren en 22,2% denkt hierbij niet aan een uitstrijkje.

Scenario vier

In scenario vier komt de patiënte met een vraag rond preventieve geneeskunde.
Bij dit scenario geeft 44,4% aan actief na te vragen/op te zoeken of de patiënte in aanmerking komt voor een uitstrijkje; 13,3% noteert dat dit op een later ogenblik moet gebeuren en 42,2% denkt hierbij niet aan een uitstrijkje.

Scenario vijf

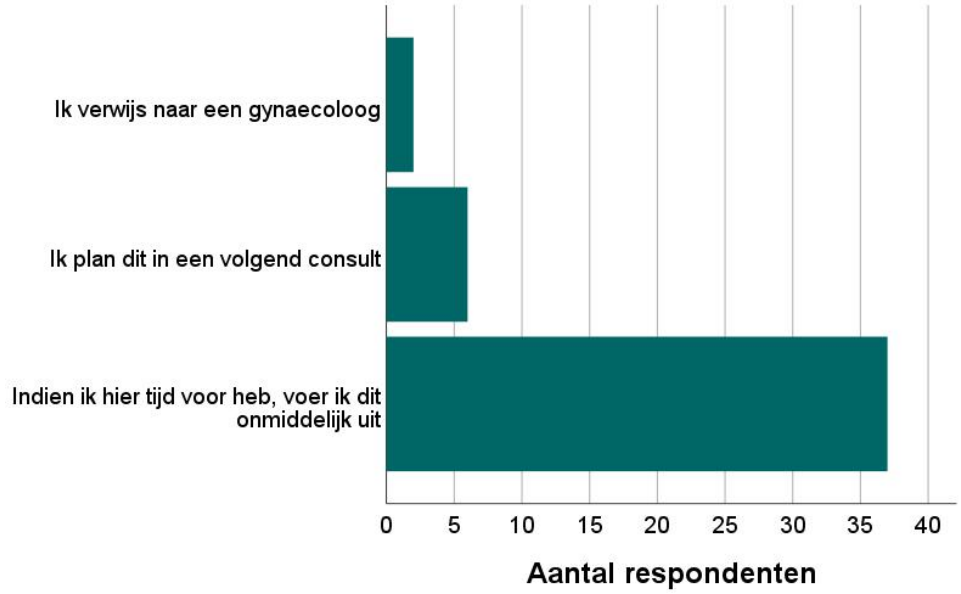
In scenario vijf komt de patiënte met een vraag naar een routine check-up.
Bij dit scenario geeft 46,7% aan actief na te vragen/op te zoeken of de patiënte in aanmerking komt voor een uitstrijkje; 15,6% noteert dat dit op een later ogenblik moet gebeuren en 37,8% denkt hierbij niet aan een uitstrijkje.

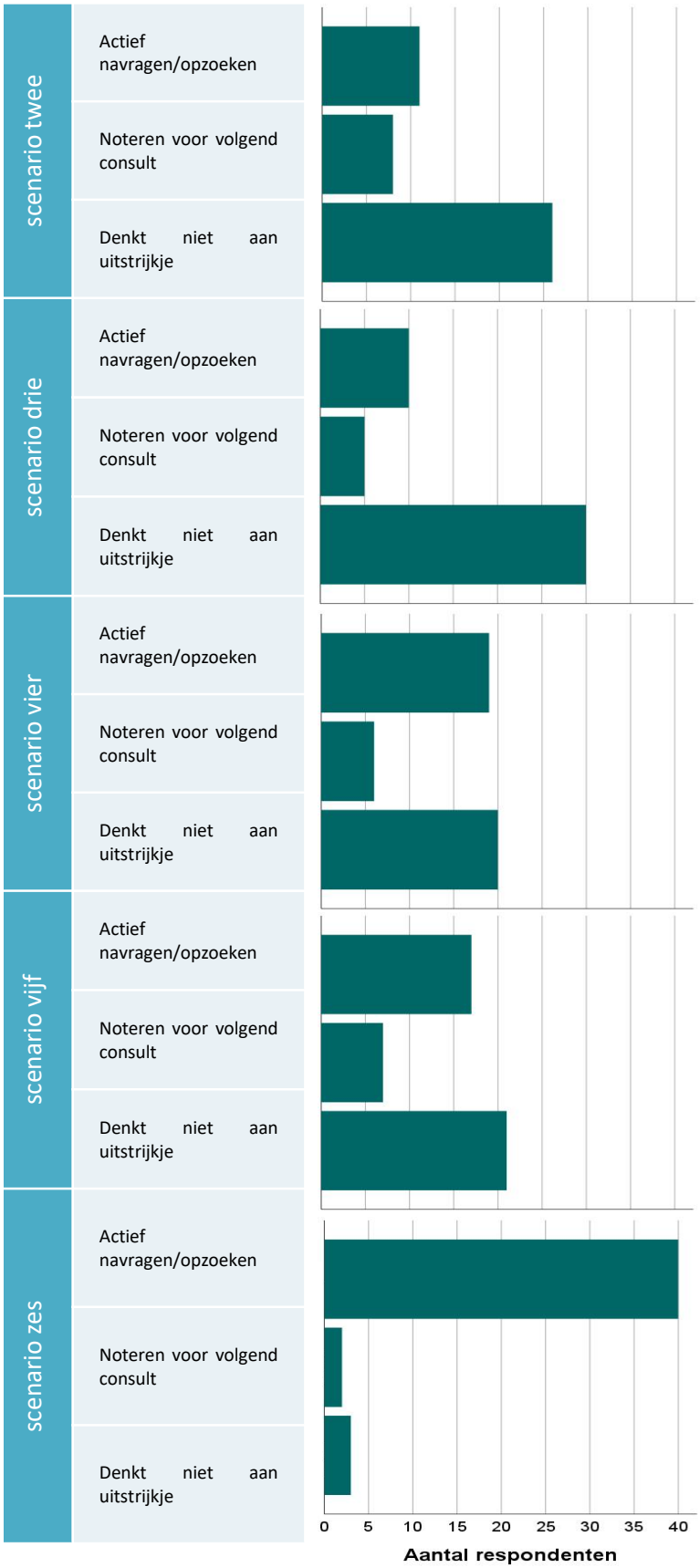
Scenario zes

In scenario zes komt de patiënte met een banale, niet gynaecologische klacht.
Bij dit scenario geeft 6,7% aan actief na te vragen/op te zoeken of de patiënte in aanmerking komt voor een uitstrijkje; 4,4% noteert dat dit op een later ogenblik moet gebeuren en 88,9% denkt hierbij niet aan een uitstrijkje.

Grafiek 23: Scenario’s

scenario één




scenario twee
Actief navragen/opzoeken
Noteren voor volgend consult
Denkt niet aan uitstrijkje
scenario drie
Actief navragen/opzoeken
Noteren voor volgend consult
Denkt niet aan uitstrijkje
scenario vier
Actief navragen/opzoeken
Noteren voor volgend consult
Denkt niet aan uitstrijkje
scenario vijf
Actief navragen/opzoeken
Noteren voor volgend consult
Denkt niet aan uitstrijkje
scenario zes
Actief navragen/opzoeken
Noteren voor volgend consult
Denkt niet aan uitstrijkje
0 5 10 15 20 25 30 35 40
Aantal respondenten

HPV-zelftest

Na uitleg omtrent de HPV-zelftest, werd gevraagd of de artsen geïnteresseerd zouden zijn om deze test zelf aan te bieden en in hoeverre ze denken dat de zelftesten voor hen de drempel zou verlagen om baarmoederhalskankerscreening ter sprake te brengen.

Hierbij gaf 82,8% van de artsen aan geïnteresseerd te zijn.
Een kleine meerderheid van de artsen (55,6%) denkt dat de zelftest de drempel voor hen kan verlagen.
Uiteindelijk wenste 35,6% van de artsen zelfs gecontacteerd worden om deel te nemen aan een studie met HPV-zelftesten.

B. Analyses

In de volgende alinea's zullen de p-waarden van de uitgevoerde analyses steeds getoond worden in samenvattende tabellen. De bespreking van de uitvoering en post hoc testen wordt beperkt tot de testen die statistisch significant waren op α=0,05.
Bij elk onderdeel zal een korte samenvatting van de significante verbanden vermeld worden, gevolgd door een samenvattende tabel. Verdere uitleg omtrent de resultaten van de uitgevoerde analysen en post hoc testen volgt steeds nadien.

Correlatie tussen kenmerken arts en visie arts

We vonden een verband tussen de leeftijd van de ars en de verantwoordelijkheid die toegekend wordt aan de gynaecoloog; oudere artsen schatten de verantwoordelijkheid lager in. Verdere post hoc testen kunnen dit verband echter niet aantonen.
Daarnaast zien we ook een significant verschil tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten bij de verantwoordelijkheid die toegekend wordt aan de huisarts.

Tabel 2: Correlatie tussen kenmerken arts en visie arts

			Kenmerken arts			
			Leeftijd		Geslacht	
			Verband	p-waarde	Verband	p-waarde
Visie arts	Nut		Geen	0,457	Geen	0,407
	Belang	Curatieve geneeskunde	Geen	0,417	Geen	0,932
		Preventieve geneeskunde	Geen	0,200	Geen	0,850
		Bevolkings-onderzoeken	Geen	0,678	Geen	0,170
		Baarmoederhals-kankerscreening	Geen	0,926	Geen	0,934
	Verantwoordelijkheid	Huisarts	Geen	0,396	**Significant**	**0,015**
		Gynaecoloog	**Negatief**	**0,034**	Geen	0,839
		Patiënte	Geen	0,240	Geen	0,156
		Overheid	Geen	0,468	Geen	0,826
	Zelfeffectiviteit		Geen	0,101	Geen	0,085

**Voor de gebruikte statistische testen verwijzen we naar de methodologie (supra).*
***Een test werd als significant beschouwd indien p<0,05. Er werd steeds tweezijdig getest.*

Correlatie tussen leeftijd arts en visie rond verantwoordelijkheid

We gingen door middel van een Spearman test na of er een verband is tussen de leeftijd van de respondent en de visie van de arts rond de verantwoordelijkheid van verschillende actoren bij het organiseren van baarmoederhalskankerscreening.

De Spearman Correlatie toont een significant verband (p=0,034) tussen de leeftijd van de arts en de score die gegeven wordt aan de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Hierbij vinden we een negatief verband tussen de (stijgende) leeftijd en de score.

Om de relatie tussen de twee waarden verder te onderzoeken, gingen we een lineaire relatie na door middel van een enkelvoudige lineaire regressie.

We zien echter dat de ANOVA tabel niet significant is (p=0,160), het model is dus niet zinvol. Om deze reden werden de voorwaarden ook niet verder nagegaan.

We vinden met andere woorden een correlatie tussen de leeftijd van de arts en de score die gegeven wordt aan de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog binnen het organiseren van baarmoederhalskankerscreening. Maar de enkelvoudige lineaire regressie analyse geeft aan dat het opgestelde model geen verklarende kracht heeft. We kunnen op dit moment dus geen uitspraken doen over welk verband er bestaat. Verder onderzoek zal hiervoor nodig zijn.

Correlatie tussen geslacht arts en visie rond verantwoordelijkheid

We gingen door middel van een Mann-Whitney U test na of er een verband is tussen het geslacht van de respondent en de visie van de arts rond de verantwoordelijkheid van verschillende actoren bij het organiseren van baarmoederhalskankerscreening.

De Mann-Whitney U test toont een significant verschil (p=0,015) tussen mannen en vrouwen in de gemiddelde score die aan de verantwoordelijkheid van de huisarts binnen het organiseren van baarmoederhalskankerscreening wordt toegekend.

Om deze reden werd aanvullend een Kolmogorov Smirnoff analyse uitgevoerd.
De Kolmogorov Smirnoff analyse toont echter geen significant verschil (p= 0,530) tussen de verdeling van de scores van de mannen en de vrouwen.

We vinden dus enkel een significant verschil in gemiddelde score, maar geen significant verschil in de verdeling van de scores tussen mannelijke en vrouwelijke artsen.

Als we kijken naar de scores die gegeven worden zien we dat 32,3% van de vrouwen versus slechts 7,1% van de mannen hier een score van 5 geeft en dat slechts 9.7% van de vrouwen een score van 3 of lager geeft versus 35.7% van de mannen.
Vrouwelijke artsen lijken de verantwoordelijkheid van de huisarts hoger te scoren dan hun mannelijke collega's.

De Mann-Whitney U test toont geen significant verschil tussen mannen en vrouwen in de scores toegekend aan de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog (p=0,839), de patiënte (p=0,156) en de overheid (p=0,826).

Tabel 3: Verantwoordelijkheid huisarts per geslacht

Geslacht	Score	Aantal respondenten	Percentage
Vrouw	1	0	0
	2	1	3,2
	3	2	6,5
	4	18	58,1
	5	10	32,3
	Totaal	31	100,0
Man	1	0	0
	2	2	14,3
	3	3	21,4
	4	8	57,1
	5	1	7,1
	Totaal	14	100,0

Correlatie tussen kenmerken arts en uitvoering

We vonden een significant verband tussen de leeftijd van de respondent en diens reactie op scenario drie; verdere post hoc testen zijn echter negatief.

Daarnaast vonden we een significant verschil tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten bij de frequentie waarmee ze uitstrijkjes afnemen én bij de reactie op scenario één; vrouwen nemen vaker uitstrijkjes af en reageren meer pro-actief bij scenario één.

Tabel 4: Correlatie tussen kenmerken arts en uitvoering

			Kenmerken arts			
			Leeftijd		Geslacht	
			Verband	p-waarde	Verband	p-waarde
Uitvoering	Aantal uitstrijkjes		Geen	0,398	**Vrouwen > mannen**	**<0,001**
	Preventieve vraag	scenario één	Geen	0,209	**Vrouwen > mannen**	**0,037**
		scenario vier	Geen	0,917	Geen	0,749
		scenario vijf	Geen	0,266	Geen	0,290
	Gynaecologische vraag	scenario twee	Geen	0,138	Geen	0,0461
		scenario drie	**Significant**	**0,039**	Geen	0,427
	Niet gynaecologische vraag	scenario zes	Geen	0,438	Geen	0,439
	**Voor de gebruikte statistische testen verwijzen we naar de methodologie (supra).* ***Een test werd als significant beschouwd indien p<0,05. Er werd steeds tweezijdig getest.*					

Correlatie tussen leeftijd arts en reactie in scenario drie

We gingen door middel van een Kruskall-Wallis test na of er een verband is tussen de leeftijd van de arts en de reactie op scenario drie.
De Kruskall-Wallis test toont een significant verschil (p=0,039) in leeftijd van de verschillende groepen.

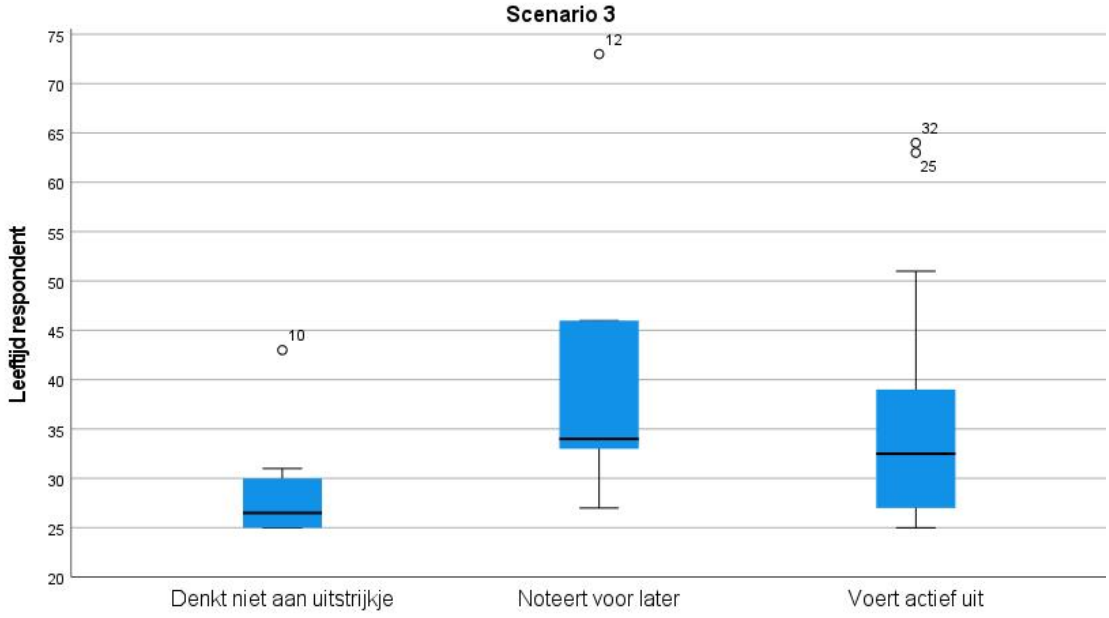
Om deze reden werden aanvullend paarsgewijze Mann-Whitney U testen uitgevoerd. Deze tonen na Bonferroni correctie met alfa=0,05/3 = 0,017, geen significante verschillen tussen de groepen 1 en 2 (0,023), groepen 1 en 3 (p=0,033) en groepen 2 en 3 (0,333).

We vinden dus geen verband tussen de leeftijd van de arts en diens reactie op scenario drie.

Tabel 5: Leeftijd bij reactie scenario drie

	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum
Actief navragen	35,4 jaar	32,5 jaar	25 jaar	64 jaar
Noteren voor een volgend consult	42,6 jaar	34 jaar	27 jaar	73 jaar
Denkt niet aan een uitstrijkje	28,5 jaar	26,5 jaar	25 jaar	43 jaar

Grafiek 24: Leeftijdsverdeling bij scenario drie



Correlatie tussen geslacht arts en het afgenomen aantal uitstrijkjes

We gingen door middel van een Chi kwadraat test na of er een verband is tussen het geslacht van de arts en het aantal afgenomen uitstrijkjes.
De voorwaarde voor de Chi kwadraat test werd niet voldaan, 70% van de cellen heeft immers een verwachte waarde <5.
Daarom werd de Fisher's Exact test gebruikt.
De Fisher's Exact test is significant (p<0,001), er is dus sprake van een significant verschil in het aantal afgenomen uitstrijkjes per geslacht. Daarom werd aanvullende post hoc testen uitgevoerd onder vorm van paarsgewijze Chi kwadraat en Fisher's Exact testen.

De voorwaarden voor de Chi kwadraat test werden voor geen enkele combinatie voldaan, daarom werd steeds de Fisher's Exact test geïnterpreteerd.
Hiervoor houden we rekening met de Bonferroni correctie die ons alfa = 0,05/10 = 0,005 geeft.

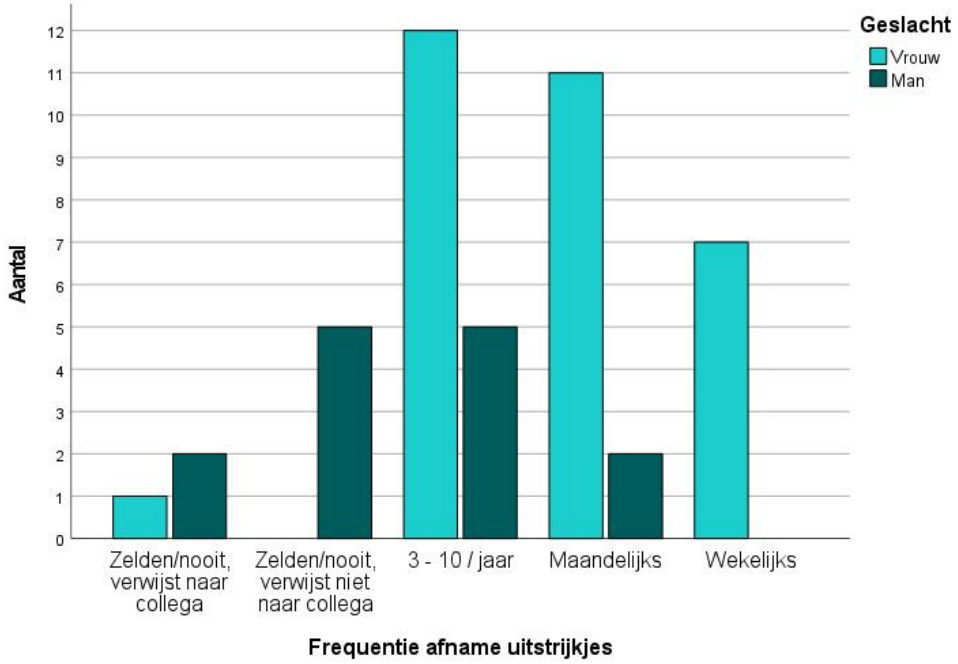
De Fisher's Exact test is significant bij vergelijking van respondenten uit groep twee en 4 (p=0,002) en vergelijking van respondenten uit groep twee en 5 (p=0,001).

Hierbij valt op dat 22,6% van de vrouwelijke artsen wekelijks een uitstrijkje afneemt. Geen enkele mannelijke arts behaalt deze frequentie. Wanneer we kijken naar de artsen die maandelijks een uitstrijkje afneemt, blijft het verschil zeer uitgesproken met 35,5% van de vrouwelijke artsen versus 14,3% van de mannelijke.
Een grote groep van de artsen (37,7%) geeft aan 3-10 uitstrijkjes per jaar te doen. Binnen deze groep is het verschil tussen mannelijke artsen (35,7%) en vrouwelijke artsen (38,7%) miniem.
Bij de artsen die weinig tot geen uitstrijkjes afnemen, vinden we 3,2% van de vrouwelijke artsen en maar liefst 50% van de mannelijke artsen terug. Hierbij valt ook op dat geen enkele vrouwelijke arts verwijst naar een collega waarbij binnen de groep van de mannelijke artsen die weinig tot geen uitstrijkjes afnemen, 2 van de 7 aangeven dit te doen (28,6%).

Vrouwelijke artsen lijken dus veel vaker uitstrijkjes af te nemen dan hun mannelijke collega's.

De Fisher's Exact test is niet significant bij de overige combinaties.

Grafiek 25: Frequentie afname uitstrijkjes per geslacht



Correlatie tussen geslacht en reactie op scenario één (Actieve vraag naar uitstrijkje)

We gingen door middel van een Chi kwadraat test na of er een verband is tussen het geslacht van de arts en de reactie op scenario één.

De voorwaarde voor de Chi kwadraat test werd niet voldaan, 66,7% van de cellen heeft immers een verwachte waarde <5.
De Fisher's exact test is significant (p=0,037), er is een verschil tussen mannen en vrouwen bij de reactie in scenario één (actieve vraag naar een uitstrijkje).

Er werden als aanvullende post hoc analyses paarsgewijze Chi kwadraat en Fisher's Exact testen uitgevoerd. Hiervoor houden we rekening met de Bonferroni correctie die ons alfa = 0,05/3 = 0,017 geeft.

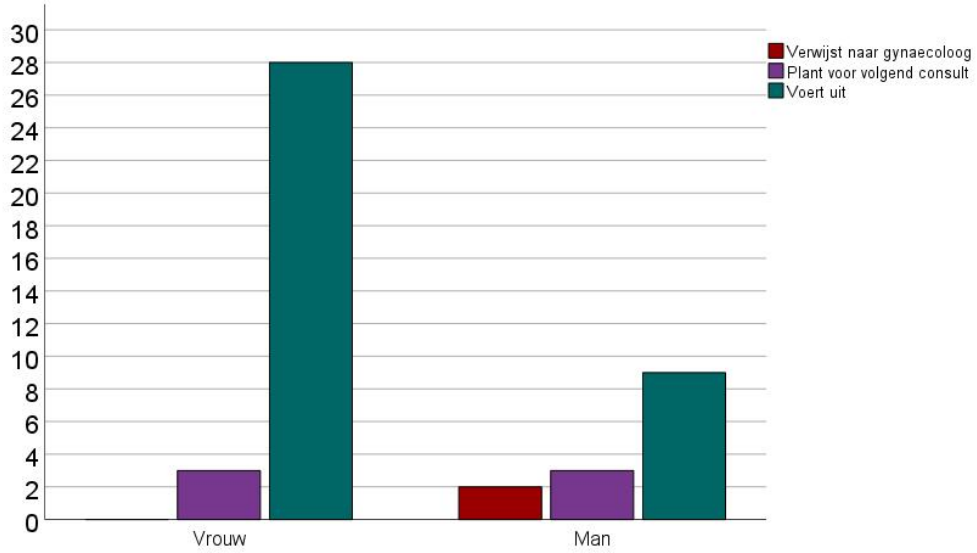
Gezien enkel scores 2, 4 en 5 werd aangeduid, worden ook enkel deze paarsgewijze testen uitgevoerd.

Voor geen enkele vergelijking zijn de voorwaarden voor de Chi kwadraat test voldaan. Om deze reden werd steeds de Fisher's Exact test geïnterpreteerd.
De Fisher's Exact test is niet significant bij vergelijking van groep twee en 4 (p=0,464); groep twee en 5 (p=0,074) en groep vier en 5 (p=0,325).

Wanneer we de waarden bekijken, valt meteen op dat maar liefst 90,3% van de vrouwelijke artsen aangeeft onmiddellijk een uitstrijkje uit te voeren indien de patiënte dit vraagt, versus slechts 64,3% van de mannelijke artsen. 9,7% van de vrouwelijke artsen stelt dit uit tot een volgend consult waar dan weer 21,4% van de mannelijke artsen dit doet. Geen enkele vrouwelijke arts verwijst naar de gynaecoloog, 2 (14,3%) mannelijke artsen doen dit wel.

Er leek dus een trend te zijn dat vrouwelijke artsen meer proactief reageren bji een directe vraag van de patiënte, maar dit resultaat is niet significant.

Grafiek 26: scenario één per geslacht



Correlatie tussen visie arts en uitvoering

In deze studie vonden we geen verband tussen de **kennis** van de respondent en de frequentie waarmee respondenten uitstrijkjes afnemen, noch (op één scenario na) tussen de kennis en de houding in theoretische scenario's.

Alle artsen lijken eerder overtuigd te zijn van de voordelen van baarmoederhalskankerscreening. We vinden geen verband tussen de score die de artsen geven aan het **nut van de screening** en de uitvoering van de screening.

Alle artsen geven aan baarmoederhalskankerscreening belangrijk te vinden. Bijna de helft van de artsen zegt de screening zelfs zeer belangrijk te vinden. We vinden geen verband tussen de score die artsen geven aan het **belang van de screening** en de uitvoering.
Hoewel de artsen curatieve geneeskunde, preventieve geneeskunde en zelf bevolkingsonderzoeken in het algemeen nog hoger scoren in belang, lijkt een gebrek aan overtuiging van het belang van de screening geen drempel te vormen voor de respondenten.

De **verantwoordelijkheid van de huisarts** is niet gelinkt aan het aantal afgenomen uitstrijkjes, maar toont wel in scenario één en 2 een verband met een meer actieve houding bij de respondent. Bij scenario één is dit resultaat echter moeilijk interpreteerbaar gezien het zeer beperkte respondentenaantal binnen de verschillende groepen.

Daarnaast vinden we een significant verband tussen de **verantwoordelijkheid die wordt toegekend aan de gynaecoloog** en het aantal afgenomen uitstrijkjes. Artsen die wekelijks een uitstrijkje afnemen, scoren de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog lager in dan hun collega's die weinig tot geen uitstrijkjes afnemen, maar verwijzen naar een collega. We zien ook bij scenario vier dat artsen die actief het laatste uitstrijkje navragen, de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog lager scoren dan hun collega's die in dit scenario niet aan een uitstrijkje denken.

Ten derde zien we dat artsen die in scenario vier noteren om in een later consult het uitstrijkje na te vragen, de **verantwoordelijkheid van de patiënte** hoger scoren dan hun collega's die onmiddellijk het uitstrijkje navragen en hun collega's die niet aan een uitstrijkje denken. Er was geen significant verschil tussen de laatste twee groepen. In geen enkel ander scenario, noch bij het aantal afgenomen uitstrijkjes zien we een verband met de verantwoordelijkheid die aan de patiënte wordt toegekend. De betekenis van dit resultaat is onduidelijk.

Als laatste zien we bij scenario zes dat artsen die actief het laatste uitstrijkje navragen, de **overheid** neutraal scoren in tegenstelling tot hun collega's die in dit scenario niet aan een uitstrijkje denken. Bij hen geeft 82,5% aan de overheid als (eerder) verantwoordelijk te zien voor de organisatie van baarmoederhalskankerscreening. Hierbij is het belangrijk op te merken dat slechts 3 artsen in dit scenario aangaven actief het laatste uitstrijkje na te vragen. Dit, gecombineerd met de bevinding dat in geen enkel ander scenario, noch bij het aantal afgenomen uitstrijkjes er een verband gezien wordt met de verantwoordelijkheid van de overheid, kan ons doen vermoeden dat deze bevinding irrelevant is.

Onze resultaten doen vermoeden dat huisartsen die meer betrokken zijn binnen baarmoederhalskankerscreening, de verantwoordelijkheid voor deze screening meer op zichzelf nemen dan deze bij de gynaecoloog te leggen. Ook de verantwoordelijkheid van de overheid werd lager gescoord door artsen die meer proactief zijn in de hypothetische scenario's. Gezien de resultaten steeds slechts in een zeer beperkt aantal scenario's significant zijn, moeten we voorzichtig zijn met het trekken van conclusies.

Het **gevoel van zelfeffectiviteit** wordt door bijna alle artsen hoog gescoord.

We vinden dat artsen die zelden tot geen uitstrijkjes afnemen, maar verwijzen naar een collega, duidelijk lager scoren op zelfeffectiviteit dan hun collega's die maandelijks tot wekelijks uitstrijkjes afnemen.

Tabel 6: Correlatie tussen visie arts en uitvoering

			Visie arts									
			Kennis		Nut		Belang		Verantwoordelijkheid		Zelfeffectiviteit totaalscore	
			Verband	p-waarde	Verband	p-waarde	Verband	p-waarde	Verband	p-waarde	Verband	p-waarde
Uitvoering	Aantal uitstrijkjes		Geen	0,205	Geen	0,302	Zie tabel 7		Zie tabel 8		**Significant**	**0,002**
	Preventieve vraag	scenario één	Geen	0,844	Geen	0,498					**Significant**	**0,042**
		scenario vier	Geen	0,751	Geen	0,855					Geen	0,283
		scenario vijf	Geen	0,929	Geen	0,486					Geen	0,123
	Gynaecologische vraag	scenario twee	Geen	0,483	Geen	0,080					Geen	0,553
		scenario drie	**Significant**	**0,003**	Geen	0,668					Geen	0,227
	Niet gynaecologische vraag	scenario zes	Geen	0,494	Geen	0,190					Geen	0,178

**Voor de gebruikte statistische testen verwijzen we naar de methodologie (supra).*
***Een test werd als significant beschouwd indien p<0,05. Er werd steeds tweezijdig getest.*

Tabel 7: Correlatie tussen visie rond belang en uitvoering									
		Curatieve geneeskunde		**Preventieve geneeskunde**		**Bevolkingsonderzoeken**		**Baarmoederhalskanker screening**	
		Verband	p-waarde	Verband	p-waarde	Verband	p-waarde	Verband	p-waarde
Aantal uitstrijkjes		Geen	0,481	Geen	0,520	Geen	0,942	Geen	0,931
Preventieve vraag	scenario één	Geen	0,611	Geen	0,739	Geen	0,998	Geen	0,712
	scenario vier	Geen	0,137	Geen	0,522	Geen	0,481	Geen	0,098
	scenario vijf	Geen	0,863	Geen	0,182	Geen	0,257	Geen	0,279
Gynaecologische vraag	scenario twee	Geen	0,652	Geen	0,604	Geen	0,897	Geen	0,572
	scenario drie	Geen	0,969	Geen	0,851	Geen	0,859	Geen	0,760
Niet gynaecologische vraag	scenario zes	Geen	0,550	Geen	0,185	Geen	0,323	Geen	0,145
**Voor de gebruikte statistische testen verwijzen we naar de methodologie (supra).* ***Een test werd als significant beschouwd indien p<0,05. Er werd steeds tweezijdig getest.*									

Tabel 8: Correlatie tussen visie rond verantwoordelijkheid en uitvoering									
		Huisarts		**Gynaecoloog**		**Patiënte**		**Overheid**	
		Verband	p-waarde	Verband	p-waarde	Verband	p-waarde	Verband	p-waarde
Aantal uitstrijkjes			0,089	**Significant**	**0,037**	Geen	0,642	Geen	0,121
Preventieve vraag	scenario één	**Significant**	**0,008**	Geen	0,114	Geen	0,770	Geen	0,776
	scenario vier	Geen	0,938	**Significant**	**0,007**	**Significant**	**0,038**	Geen	0,616
	scenario vijf	Geen	0,621	Geen	0,082	Geen	0,401	Geen	0,282
Gynaecologische vraag	scenario twee	**Significant**	**0,014**	Geen	0,615	Geen	0,959	Geen	0,214
	scenario drie	Geen	0,590	Geen	0,115	Geen	0,748	Geen	0,991
Niet gynaecologische vraag	scenario zes	Geen	0,250	Geen	0,257	Geen	0,379	**Significant**	**0,041**

**Voor de gebruikte statistische testen verwijzen we naar de methodologie (supra).*
***Een test werd als significant beschouwd indien p<0,05. Er werd steeds tweezijdig getest.*

Tabel 9: Correlatie tussen componenten zelfeffectiviteit en uitvoering										
		component één		**component twee**		**component drie**		**component vier**		**component vijf**	**component zes**
		Verband	p-waarde	Verband	p-waarde	Verband	p-waarde	Verband	p-waarde	Verband	p-waarde
Aantal uitstrijkjes		Geen	0,052	**Significant**	**0,009**	Geen	0,056	**Significant**	**0,034**	**Significant**	**<0,001**
Preventieve vraag	scenario één	**Significant**	**0,009**	Geen	0,096	Geen	0,711	Geen	0,489	Geen	0,055
	scenario vier	Geen	0,958	Geen	0,500	Geen	0,547	Geen	0,266	Geen	0,427
	scenario vijf	Geen	0,194	Geen	0,438	Geen	0,369	Geen	0,105	Geen	0,830
Gynaecologische vraag	scenario twee	Geen	0,215	Geen	0,057	Geen	0,838	Geen	0,986	Geen	0,953
	scenario drie	**Significant**	**0,032**	Geen	0,701	Geen	0,761	Geen	0,777	Geen	0,022
Niet gynaecologische vraag	scenario zes	Geen	0,354	Geen	0,293	Geen	0,098	Geen	0,207	Geen	0,506

**Voor de gebruikte statistische testen verwijzen we naar de methodologie (supra).*
***Een test werd als significant beschouwd indien p<0,05. Er werd steeds tweezijdig getest.*

Kennis

We gingen door middel van een Kruskall-Wallis test na of er een verband is tussen de kennisscore van de arts en de reactie op scenario drie.

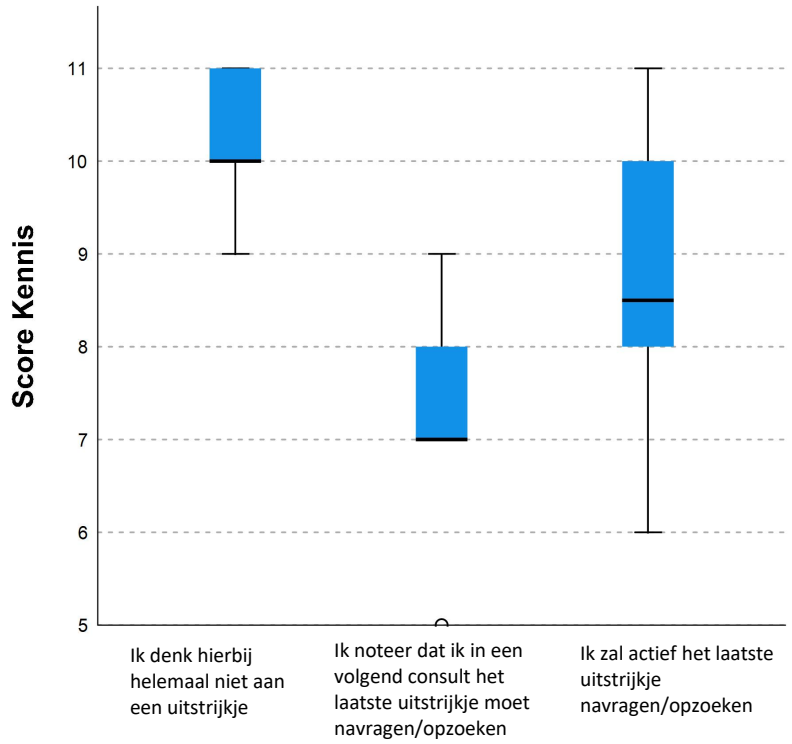
De Kruskal Wallis test toont een significant verschil (p=0,003) tussen de kennisscore van de verschillende groepen.
Daarom werden aanvullend paarsgewijze Mann-Whitney U testen uitgevoerd, deze tonen een significant verschil in kennisscore tussen groep één en 2 (p=0,001) enerzijds en groep één en 3 (p= 0,011) anderzijds. Er kon geen verschil in de kennisscore tussen groep twee en 3 (p=0,084) worden aangetoond.
Na Bonferroni correctie (alfa=0,017) blijven deze verschillen significant.

De kennis werd nagegaan door middel van 14 vragen, met een minimale score van 0 en een maximale score van 14.

groep één scoort beduidend beter dan de andere groepen; niemand scoort minder dan 9/14, in tegenstelling tot groep twee (80%) en groep drie (50%). Maar liefst 20% scoort 9/14, 50% scoort 10/14 en 30% scoort 11/14.
Bij groep twee scoort 20% 9/10 en niemand scoort hoger dan 9.
Bij groep drie scoort 13,3% 9/10, 23.3% scoort 10/14 en 13,3% scoort 11/14.
Op het eerste zicht lijkt groep drie het dan ook beter te doen dan groep twee, maar dit verschil is niet significant.

Er lijkt met andere woorden geen trend te bestaan in de kennisscore van de artsen wanneer we de (proactieve) houding in scenario drie bekijken. Hoewel de verschillen significant zijn, lijkt dit in de praktijk geen betekenis te hebben.

Grafiek 27: Kennisscore - scenario drie



Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid - aantal uitstrijkjes

We gingen door middel van een Kruskall-Wallis test na of de score die aan de verantwoordelijkheid van verschillende actoren binnen het organiseren van baarmoederhalskankerscreening wordt toegekend, gelinkt isaan het aantal afgenomen uitstrijkjes.

We vinden een significant verschil tussen de groepen in score toegekend aan de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog.
Om deze reden werden verdere post hoc analyses onder vorm van paarsgewijze Mann-Whitney U testen uitgevoerd.

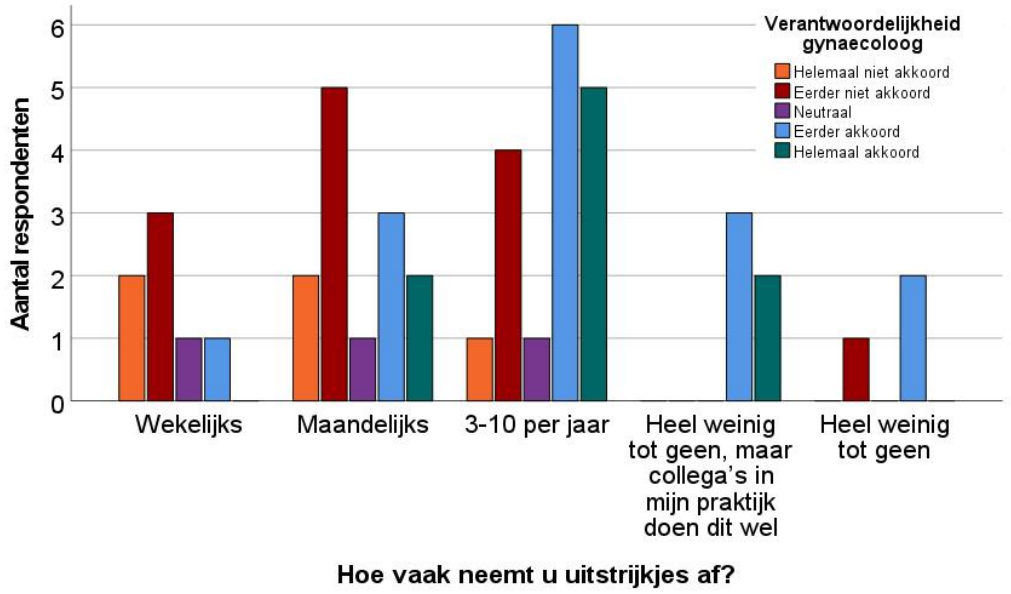
Deze Mann-Whitney U testen tonen (na Bonferroni correctie met alfa = 0,05/10 = 0,005) een significant verschil (p=0,005) in score tussen artsen in groep twee (nemen weinig tot geen uitstrijkjes af maar verwijzen naar een collega) en artsen in groep vijf (nemen wekelijks uitstrijkjes af).

Hierbij valt op dat bij de artsen die wekelijks uitstrijkjes afnemen, 14,3% aangeeft dat zij eerder akkoord zijn dat de gynaecoloog verantwoordelijk is voor de organisatie van baarmoederhalskankerscreening en 71,4% geeft aan (eerder) niet akkoord te zijn.

Bij de artsen die weinig tot geen uitstrijkjes afneemt maar verwijst naar een collega, geeft geen enkele arts aan niet akkoord te zijn.

De Kruskal Wallis test toont geen significant verschil tussen de verschillende groepen in de score toegekend aan de huisarts (p=0,089), de patiënte (p=0,642) en de overheid (p=0,121).

Grafiek 28: Verantwoordelijkheid gynaecoloog - aantal uitstrijkjes



Verantwoordelijkheid - scenario één (Actieve vraag naar uitstrijkje)

We gingen door middel van een Kruskall-Wallis test na of de score die aan de verantwoordelijkheid van verschillende actoren binnen het organiseren van baarmoederhalskankerscreening wordt toegekend, gelinkt isaan de reactie op scenario één.

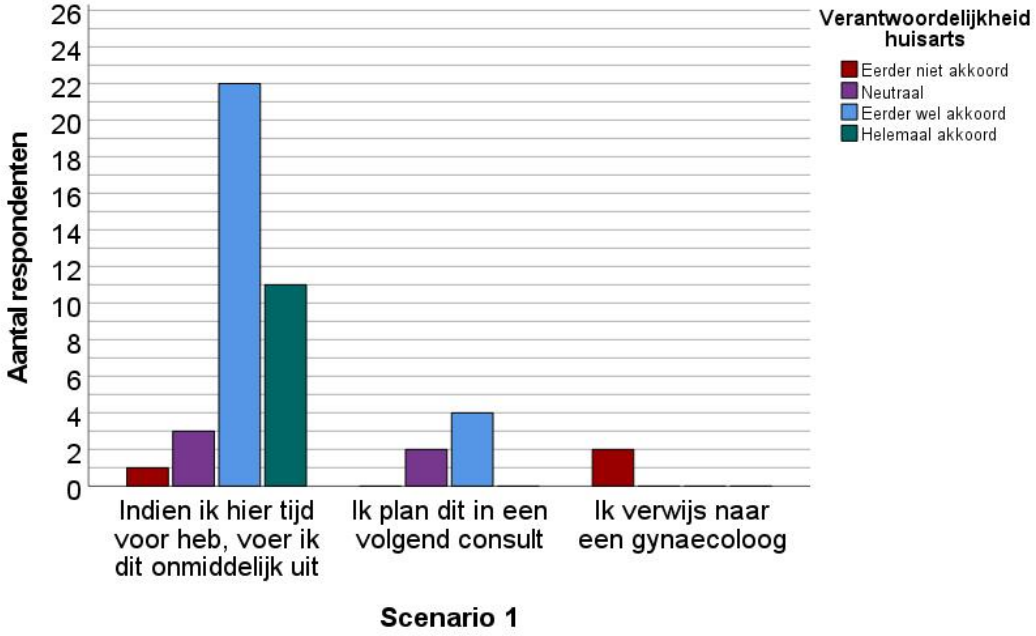
We vinden een significant verschil (p=0,008) in score toegekend aan de verantwoordelijkheid van de huisarts tussen de groepen.
Om deze reden werden verdere post hoc analyses onder vorm van paarsgewijze Mann-Whitney U testen uitgevoerd.

Deze Mann-Whitney U testen tonen (na Bonferroni correctie met alfa = 0,05/3 = 0,017) een significant verschil (p=0,019) in score tussen groep twee en vijf .

Hierbij is het belangrijk op te merken dat er slechts twee respondenten aangeduid hadden te verwijzen naar een gynaecoloog. Gezien deze heel beperkte steekproef grootte, is dit resultaat vermoedelijk niet interpreteerbaar.
De twee artsen die bij scenario één verwijzen naar een gynaecoloog, gaven beiden eerder niet akkoord te zijn dat de huisarts verantwoordelijk is voor de organisatie van baarmoederhalskankerscreening.
De zevenendertig artsen die bij scenario één onmiddellijk het uitstrijkje willen uitvoeren, hebben een meer gespreid beeld waarbij slechts één arts (2,7%) aangeeft eerder niet akkoord te zijn en 89,2% aangeeft eerder wel of helemaal akkoord te zijn met de stelling dat de huisarts verantwoordelijk is voor de organisatie van baarmoederhalskankerscreening. De overige 8,1% is neutraal.

De Kruskal Wallis test toont geen significant verschil tussen de verschillende groepen in de score toegekend aan de gynaecoloog (p=0,114), de patiënte (p=0,770) en de overheid (p=0,776).

Grafiek 29: Verantwoordelijkheid huisarts - scenario één



Verantwoordelijkheid- scenario twee (Banale, gynaecologische klacht)

We gingen door middel van een Kruskall-Wallis test na of de aan de verantwoordelijkheid van verschillende actoren binnen het organiseren van baarmoederhalskankerscreening gelinkt is aan de reactie op scenario twee.

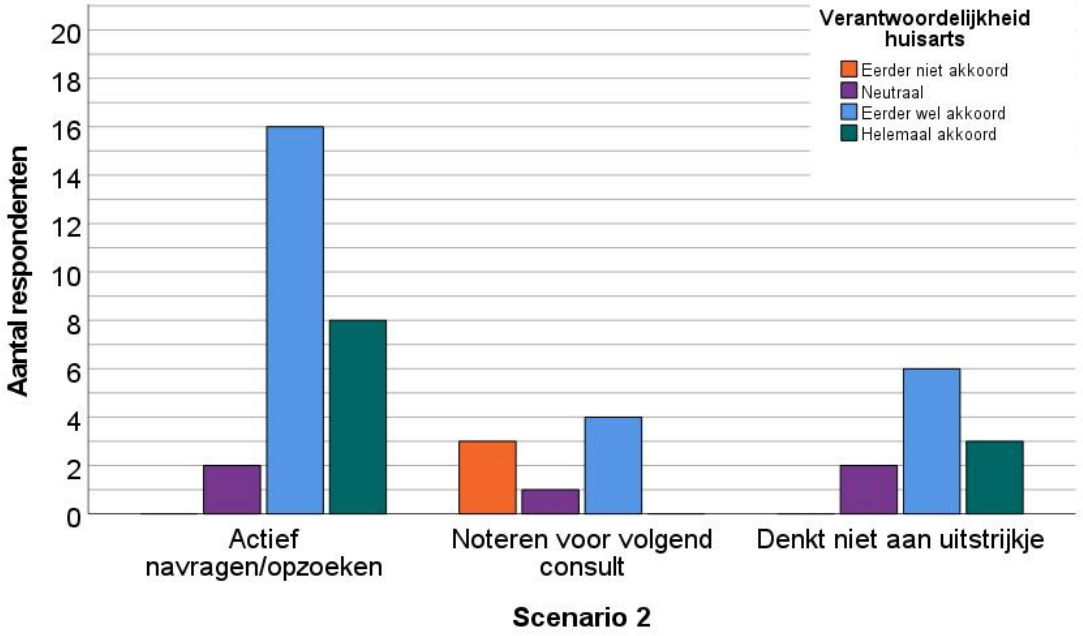
We vinden een significant verschil (p=0,014) in score toegekend aan de verantwoordelijkheid van de huisarts tussen de groepen.
Om deze reden werden verdere post hoc analyses onder vorm van paarsgewijze Mann-Whitney U testen uitgevoerd.

Deze Mann-Whitney U testen tonen (na Bonferroni correctie met alfa = 0,05/3 = 0,017) een significant verschil (p=0,004) in score tussen groep twee (noteert om in een volgend consult te bespreken) en groep drie (vraagt actief laatste uitstrijkje na).

Binnen groep twee (artsen die bij scenario twee noteren in een volgend consult de screening te willen bespreken) geeft 37,5% aan eerder niet akkoord te zijn met de stelling 'huisartsen zijn verantwoordelijk voor de organisatie van baarmoederhalskankerscreening'. 50% is eerder wel akkoord, de overige 12,5% is neutraal.
Binnen groep drie (de artsen die bij scenario twee actief zullen navragen/opzoeken of een uitstrijkje nodig is) geeft 92,3% van de artsen aan eerder wel tot helemaal akkoord te zijn met de stelling, 7,7% is neutraal en geen enkele arts geeft aan (eerder) niet akkoord te zijn.

De Kruskal Wallis test toont geen significant verschil tussen de verschillende groepen in de score toegekend aan de gynaecoloog (p=0,615), de patiënte (p=0,959) en de overheid (p=0,214).

Grafiek 30: Verantwoordelijkheid huisarts - scenario twee



Verantwoordelijkheid- scenario vier (Vraag rond preventieve geneeskunde)

We gingen door middel van een Kruskall-Wallis test na of de score die aan de verantwoordelijkheid van verschillende actoren binnen het organiseren van baarmoederhalskankerscreening wordt toegekend, gelinkt is aan de reactie op scenario twee.

We vinden tussen de groepen een significant verschil in score toegekend aan de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog (p=0,007) en de patiënte (0,038).
Om deze reden werden verdere post hoc analyses onder vorm van paarsgewijze Mann-Whitney U testen uitgevoerd.

Deze Mann-Whitney U testen tonen bij de scores toegekend aan de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog (na Bonferroni correctie met alfa = 0,05/3 = 0,017) een significant verschil (p=0,020) in score tussen groep één en drie.

Hierbij zien we dat in groep één maar liefst 68,4% van de artsen aangeeft eerder wel tot helemaal akkoord te zijn met de stelling ‘gynaecologen zijn verantwoordelijk voor de organisatie van baarmoederhalskankerscreening’; bij groep drie is dit slechts 30%.
Slechts 21,1% van de artsen in groep één geeft aan (eerder) niet akkoord te zijn met deze stelling, tegenover 65% van de artsen uit groep drie.

In groep twee geeft 83,3% aan (eerder) wel akkoord te zijn en 16,7% eerder niet, maar dit was niet significant verschillend van groep één en drie.

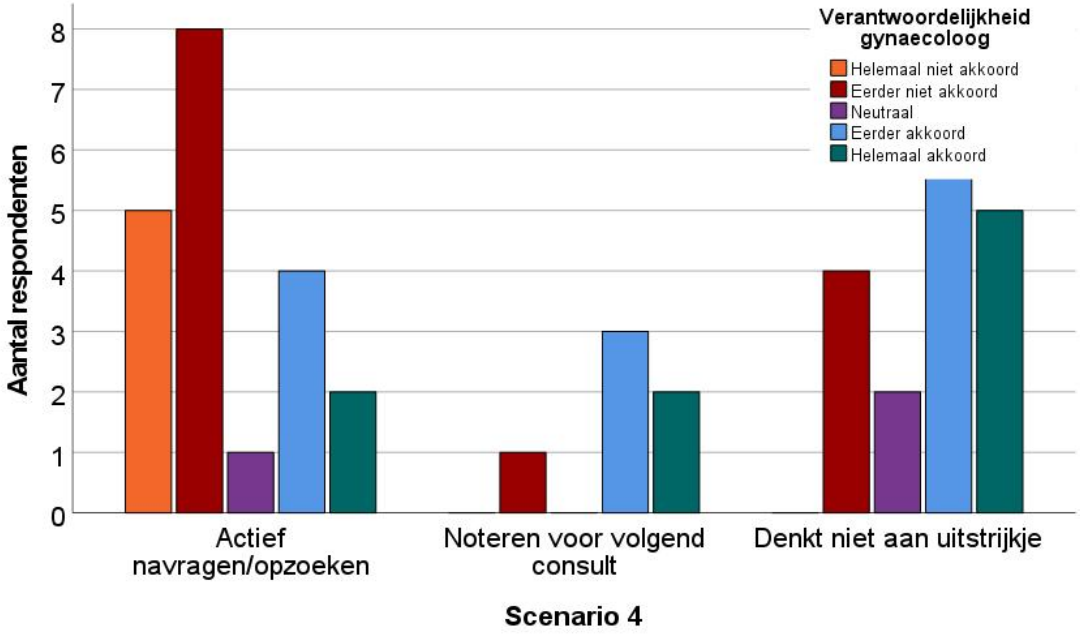
Daarnaast vinden we ook bij de scores toegekend aan de verantwoordelijkheid van de patiënte (na Bonferroni correctie met alfa = 0,05/3 = 0,017) een significant verschil (p=0,017) tussen groep één en twee, en een significant verschil (p=0,016) tussen groep twee en drie.

Hierbij zien we dat in groep één 73,7% aangeeft (eerder) wel akkoord te gaan dat de patiënte verantwoordelijk is voor de organisatie van baarmoederhalskankerscreening’. Bij

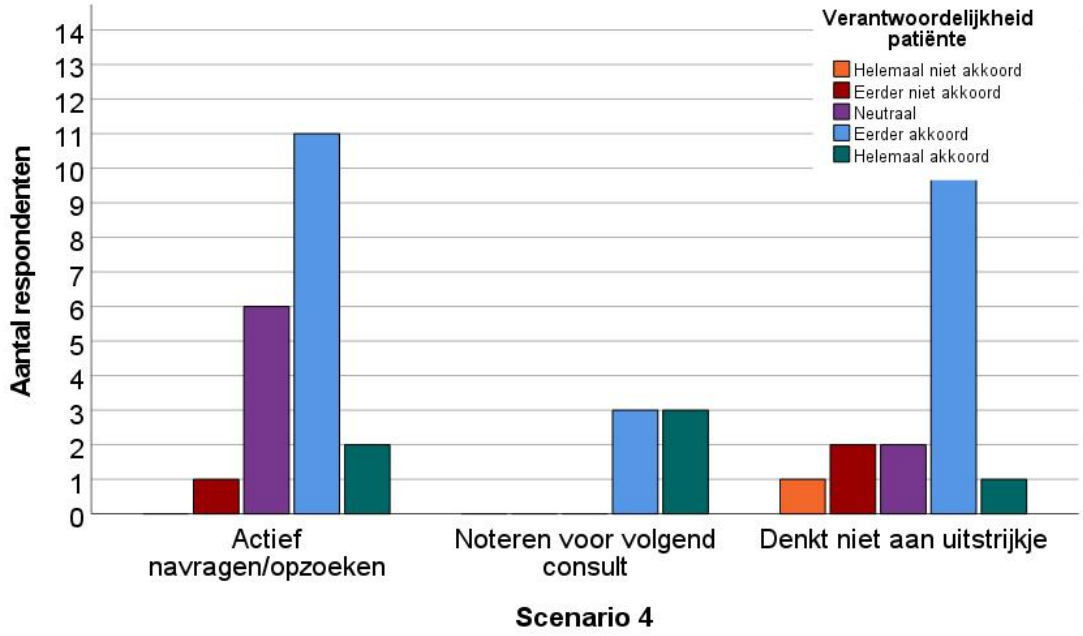
groep twee geeft 100% van de artsen aan (eerder) wel akkoord te zijn. Bij groep drie is dit slechts 65%.
In groep één gaf slechts 15,8% van de artsen aan (eerder) niet akkoord te zijn, bij groep twee geen enkele arts, bij groep drie ook slechts 5% van de artsen. In groep drie is er een opvallend grote groep van 30% die neutraal is.

De Kruskal Wallis test toont geen significant verschil tussen de verschillende groepen in de score toegekend aan de huisarts (p=0,938) en de overheid (p=0,991).

Grafiek 31: Verantwoordelijkheid gynaecoloog- scenario vier



Grafiek 32: Verantwoordelijkheid patiënte - scenario vier



Verantwoordelijkheid - scenario zes (Banale, niet gynaecologische klacht)

We gingen door middel van een Kruskall-Wallis test na of de score die aan de verantwoordelijkheid van verschillende actoren binnen het organiseren van baarmoederhalskankerscreening wordt toegekend, gelinkt is aan de reactie op scenario twee.

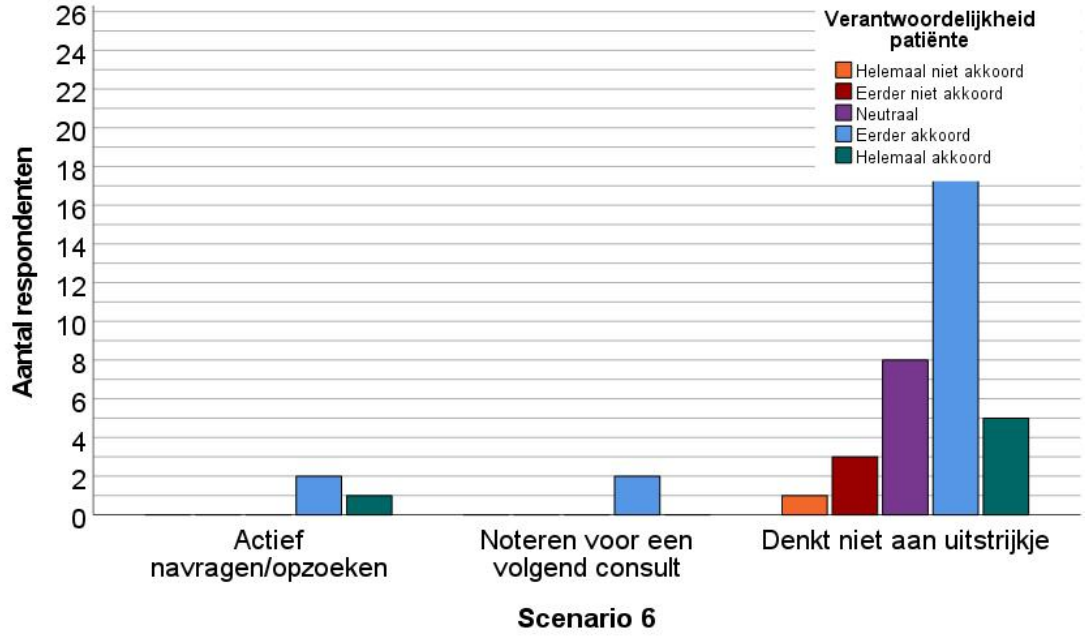
We vinden een significant verschil (p=0,041) in score toegekend aan de verantwoordelijkheid van de overheid tussen de groepen.
Om deze reden werden verdere post hoc analyses onder vorm van paarsgewijze Mann-Whitney U testen uitgevoerd.

Deze Mann-Whitney U testen tonen bij de scores toegekend aan de verantwoordelijkheid van de overheid (na Bonferroni correctie met alfa = 0,05/3 = 0,017) een significant verschil (p=0,011) in score tussen groep één en drie.

We zien hierbij dat er slechts twee respondenten in groep twee zitten en slechts drie respondenten in groep drie. Gezien deze zeer kleine groepen zijn deze resultaten daarom vermoedelijk niet betrouwbaar.
In groep één geeft 82,5% aan (eerder) akkoord te gaan dat de overheid verantwoordelijk is voor de organisatie van baarmoederhalskanker. In groep twee geven beide artsen (100%) aan eerder akkoord te gaan met deze stelling, in groep drie geen enkele arts.
Slechts 5 % van de artsen uit groep één gaat eerder niet akkoord, in groep twee en drie geen enkele arts.

De Kruskal Wallis test toont geen significant verschil tussen de verschillende groepen in de score toegekend aan de huisarts (p=0,250), gynaecoloog (p=0,257) en, de patiënte (p=0,379) .

Grafiek 33: Verantwoordelijkheid patiënte - scenario zes



Zelfeffectiviteit

Zelfeffectiviteit totaalscore - aantal uitstrijkjes

We gingen door middel van een Kruskall-Wallis test na of de score die artsen toekennen aan hun gevoel van zelfeffectiviteit, gelinkt is aan het aantal afgenomen uitstrijkjes.

We vinden een significant verschil (p=0,002) in score toegekend aan de zelfeffectiviteit.
Om deze reden werden verdere post hoc analyses onder vorm van paarsgewijze Mann-Whitney U testen uitgevoerd.

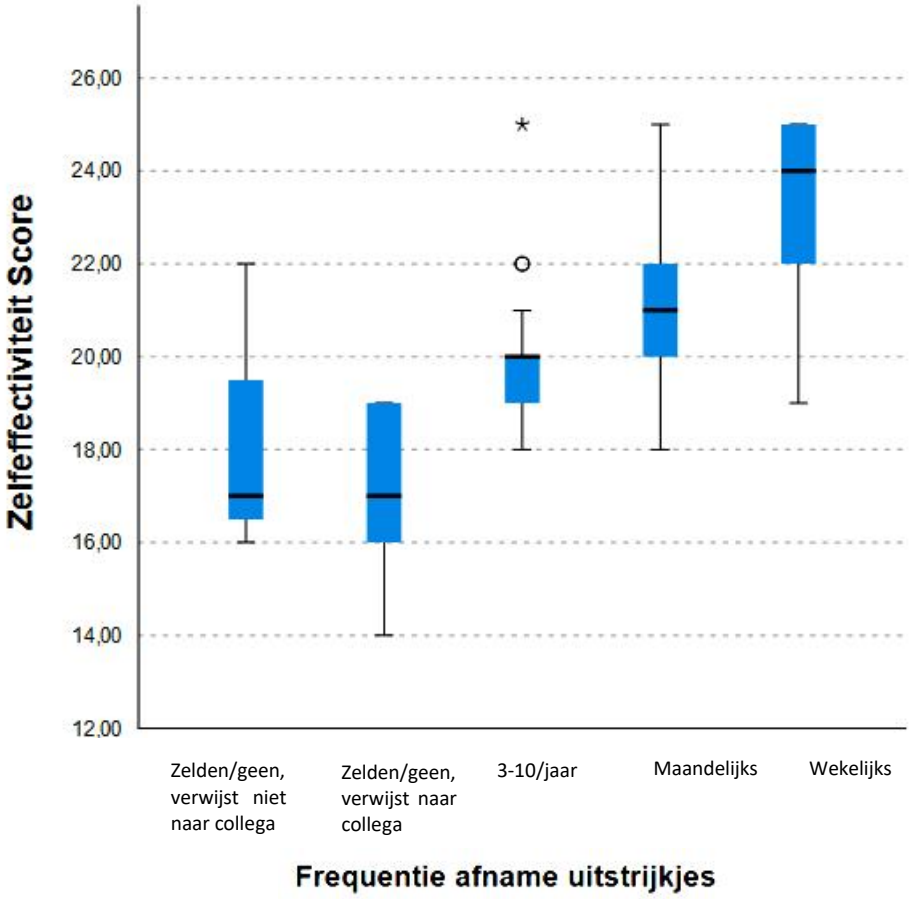
Deze Mann-Whitney U testen tonen bij de scores toegekend aan het gevoel van zelfeffectiviteit (na Bonferroni correctie met alfa = 0,05/10 = 0,005) twee significante verschillen: een significant verschil (p=0,002) in score tussen groep twee en vier, en een significant verschil (p<0,001) in score tussen groep twee en vijf.

Hierbij valt op dat in groep één en twee respectievelijk 66,6% en 60% van de artsen 17/25 of lager scoort, waar binnen groep drie, vier en vijf geen enkele respondent lager dan 18/25 scoort.

Groep twee is significant verschillend van groep vier en vijf; in groep twee scoort 60% van de artsen 17/25 of lager en de overige 40% scoort 19/25; dit in contrast met groep vier en vijf waarbij niemand lager dan 18 scoort en respectievelijk 64,8% en 85,8% van de artsen 20/25 of hoger scoort.

Groep één en twee scoren zichzelf beduidend slechter op zelfeffectiviteit dan de andere groepen, al is het verschil enkel significant tussen groep twee en vier en groep twee en vijf.
Er is geen significant verschil tussen groepen drie, vier en vijf onderling, maar groep vier en vijf lijken zichzelf duidelijk hoger te scoren op zelfeffectiviteit.

Grafiek 34: Zelfeffectiviteitscore - Aantal uitstrijkjes



Zelfeffectiviteit totaalscore - scenario één (Actieve vraag naar uitstrijkje)

We gingen door middel van een Kruskall-Wallis test na of de score die artsen toekennen aan hun gevoel van zelfeffectiviteit, gelinkt is aan de reactie op scenario één.

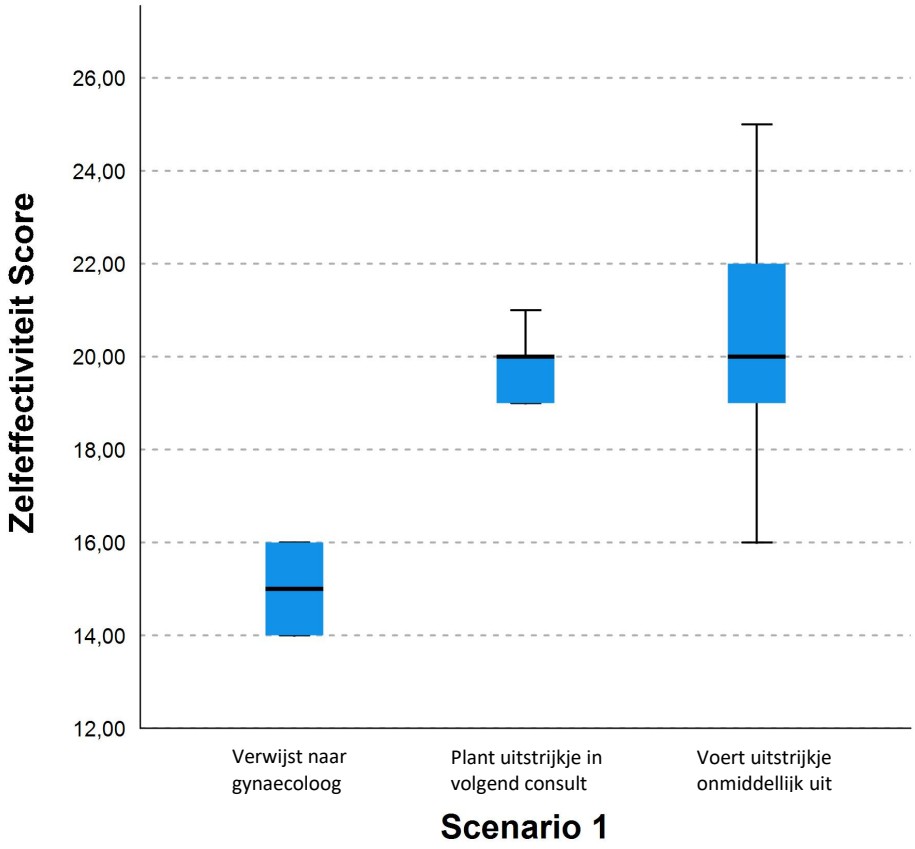
We vinden een significant verschil (p=0,042) in score toegekend aan de zelfeffectiviteit.
Om deze reden werden verdere post hoc analyses onder vorm van paarsgewijze Mann-Whitney U testen uitgevoerd.

Deze Mann-Whitney U testen tonen bij de scores toegekend aan het gevoel van zelfeffectiviteit (na Bonferroni correctie met alfa = 0,05/3 = 0,017) een significant verschil (p=0,015) in score tussen groep twee en vijf.

Aangezien slechts twee artsen reactie twee kozen in dit scenario, kan over groep twee geen uitspraken gedaan worden.
Deze twee artsen scoren 14 en 16 op 25, wat opvallend laag is in vergelijking met de artsen uit de andere groepen.
In groep vijf scoort één arts 16/25, verder scoren alle artsen uit groep vier en vijf hoger.
De artsen in groep twee lijken zichzelf dus opvallend lager te scoren dan hun collega's, al is het verschil tussen groep twee en vier niet significant.

In groep vier scoren alle artsen tussen 19 en 21; in groep vijf scoort 51,3% tussen 19 en 21. Verder scoort 13,5% van groep vijf lager dan 19 en 35,1% hoger dan 21.
Groep vijf lijkt het beter te doen dan groep vier, maar dit verschil is niet significant.

Grafiek 35: Zelfeffectiviteitscore - scenario één



Zelfeffectiviteit - componenten

In de volgende paragrafen gaan we op zoek naar een verband tussen de verschillende componenten van de zelfeffectiviteit en de uitvoering van baarmoederhalskankerscreening.
De verschillende componenten zijn:
(1) Ik voel mij in staat mijn patiënten te informeren over baarmoederhalskanker
(2) Ik voel mij in staat om mijn patiënten te motiveren om een uitstrijkje te laten afnemen
(3) Ik voel mij in staat om kritische patiënten te overhalen om een uitstrijkje te laten afnemen
(4) Ik voel mij in staat om weerstand bij de patiënt voor een uitstrijkje te verlagen
(5) Ik voel mij in staat om een uitstrijkje af te nemen

Zelfeffectiviteit componenten - aantal uitstrijkjes

We gingen door middel van een Kruskall-Wallis test na of de score die artsen toekennen aan de verschillende componenten van zelfeffectiviteit, gelinkt is aan het aantal afgenomen uitstrijkjes.

We vinden een significante verband tussen het aantal afgenomen uitstrijkjes en component twee, component vier en component vijf.

Om deze reden werden verdere post hoc analyses onder vorm van paarsgewijze Mann-Whitney U testen uitgevoerd.

Deze Mann-Whitney U testen tonen na Bonferroni correctie met alfa/10 = 0,005 een significant verschil bij component twee tussen groep twee en vijf (p=0,005) en groep drie en vijf (p=0,004); bij component vier tussen groep twee en 5 (p=0,005) en bij component vijf tussen groep één en vier (p=0,002), groep één en vijf (p<0,001) en groep twee en vijf (p<0,001).

Component twee

Bij component twee (het gevoel in staat te zijn patiënten te informeren over baarmoederhalskanker) zien we dat alle artsen een eerder hoge score hebben.
Bij groep twee zien we dat geen enkele arts een score 5 heeft, vier artsen (80%) hebben een score 4 en één arts (20%) heeft een score 3.
Bij groep drie zien we dat 11,8% van de respondenten een score 5 heeft, 76,5% een score 4 en 11,8% een score van 3.
Deze groepen verschillen niet significant van elkaar, maar verschillen wel significant van groep vijf (de artsen die wekelijks een uitstrijkje nemen). Deze groep lijkt een stuk hoger te scoren met geen enkele score lager dan 4, 28,6% scoort 4 en de overige 71,4% scoort 5.

Het lijkt dus dat artsen die wekelijks een uitstrijkje afnemen hoger scoren op deze component dan hun collega's, al kan enkel een significant verschil met artsen uit groep twee (nemen geen/weinig uitstrijkjes af maar verwijzen naar een collega) en artsen uit groep drie (nemen 3-10 uitstrijkjes per jaar af) worden aangetoond.

Tabel 10: Zelfeffectiviteit component twee - aantal uitstrijkjes			
Frequentie afname uitstrijkjes	Score component twee	Aantal respondenten	Procent
Weinig/geen, verwijst niet naar collega	4	2	66,7
	5	1	33,3
	Total	3	100,0
Weinig/geen, verwijst naar collega	3	1	20,0
	4	4	80,0
	Totaal	5	100,0
3-10/jaar	3	2	11,8
	4	13	76,5
	5	2	11,8
	Totaal	17	100,0
Maandelijks	4	8	61,5
	5	5	38,5
	Totaal	13	100,0
Wekelijks	4	2	28,6
	5	5	71,4
	Total	7	100,0

<u>Component vier</u>

Bij component vier (het gevoel in staat te zijn weerstand bij de patiënte voor een uitstrijkje te verlagen) vonden we een significant verschil tussen groep twee en vijf.
Binnen groep twee scoort 40% van de respondenten een 3 en de overige 60% een 5.
Binnen groep vijf scoort 14,3% een 3, 14,3% een 4 en maar liefst 71,4% een 5.

Groep één lijkt lager te scoren, met 33,3% die score 2 heeft, 33,3% score 3 en de overige 33,3% score 5. Groep drie en vier hebben eerder goede scores. Maar deze groepen verschillen niet significant.

Wanneer we naar deze andere groepen kijken lijkt de groep artsen die wekelijks een uitstrijkje afneemt, hoger te scoren op deze component, al is het verschil enkel met groep twee (de artsen die zelden tot nooit een uitstrijkje afnemen maar verwijzen naar een collega) significant.

Tabel 11: Zelfeffectiviteit component vier - aantal uitstrijkjes			
Frequentie afname uitstrijkjes	Score component vier	Aantal respondenten	Procent
Weinig/geen, verwijst niet naar collega	2	3	100,0
Weinig/geen, verwijst naar collega	2	2	40,0
	3	1	20,0
	4	2	40,0
	Totaal	5	100,0
3-10/jaar	3	1	5,9
	4	9	52,9
	5	7	41,2
	Totaal	17	100,0
Maandelijks	4	6	46,2
	5	7	53,8
	Totaal	13	100,0
Wekelijks	4	1	14,3
	5	6	85,7
	Totaal	7	100,0

<u>Component vijf</u>

Bij component vijf (het gevoel in staat te zijn een uitstrijkje te kunnen afnemen) zien we een duidelijke trend. Hoe vaker een arts uitstrijkjes afneemt, hoe hoger de score op deze component.

Alle artsen in groep één scoren 2; in groep vier en vijf scoort geen enkele arts onder de 4.
In groep twee scoort 40% van de respondenten een 2; 10% een 3 en 40% een 4.
Dit in duidelijk contrast met groep vier en vijf waar respectievelijk 46,2% en 14,3% een 4 scoren en 53,8% en 85,7% een 5.

We vinden geen significant verschil tussen groep vier en vijf of tussen groepen één, twee en drie onderling.

Tabel 12: Zelfeffectiviteit component vijf - aantal uitstrijkjes			
Frequentie afname uitstrijkjes	Score component vijf	Aantal respondenten	Procent
Weinig/geen, verwijst niet naar collega	2	3	100,0
Weinig/geen, verwijst naar collega	2	2	40,0
	3	1	20,0
	4	2	40,0
	Totaal	5	100,0
3-10/jaar	3	1	5,9
	4	9	52,9
	5	7	41,2
	Totaal	17	100,0
Maandelijks	4	6	46,2
	5	7	53,8
	Totaal	13	100,0
Wekelijks	4	1	14,3
	5	6	85,7
	Total	7	100,0

Zelfeffectiviteit componenten - scenario één (Actieve vraag naar uitstrijkje)

We gingen door middel van een Kruskall-Wallis test na of de score die artsen toekennen aan de verschillende componenten van zelfeffectiviteit, gelinkt is aan de reactie op scenario één.

De Kruskall-Wallis test toont een significante verband (p=0,009) tussen de reactie op scenario één en de score op component één van de zelfeffectiviteit.

Om deze reden werden verdere post hoc analyses onder vorm van paarsgewijze Mann-Whitney U testen uitgevoerd.
Deze Mann-Whitney U testen tonen na Bonferroni correctie met alfa/3 = 0,017; een significant verschil (p=0,004) tussen groep twee en vijf.

Hierbij is belangrijk te vermelden dat groep twee slechts twee artsen bevat, vermoedelijk kunnen we daarom geen conclusies trekken uit deze data.
We zien dat de twee artsen in groep twee een (lage) zelfeffectiviteitscore van 2 hebben op component één.
Groep vier en vijf scoren beduidend beter; in groep vier slechts 1 arts (16,7%) met een score van 3, 66,7% met een score van 4 en 16,7% met een score van 5.
In groep vijf scoren alle artsen boven de 3; 62,2% scoort 4 en 37,8% scoort 5.
Het verschil tussen groep vier en vijf is echter niet significant, het verschil tussen groep twee en vier ook niet.

Tabel 13: Zelfeffectiviteit component één - scenario één			
Reactie scenario één	Score component één	Aantal respondenten	Procent
Verwijst naar gynaecoloog	2	2	100,0
Plant uitstrijkje in een volgend consult	3	1	16,7
	4	4	66,7
	5	1	16,7
	Totaal	6	100,0
Voert uitstrijkje onmiddellijk uit	4	23	62,2
	5	14	37,8
	Totaal	37	100,0

Zelfeffectiviteit componenten - scenario drie (Voorschrift orale anticonceptie)

We gingen door middel van een Kruskall-Wallis test na of de score die artsen toekennen aan de verschillende componenten van zelfeffectiviteit, gelinkt is aan de reactie op scenario drie.

De Kruskall-Wallis test toont een significante verband (p=0,032) tussen de reactie op scenario drie en de score op component één van de zelfeffectiviteit.

Om deze reden werden verdere post hoc analyses onder vorm van paarsgewijze Mann-Whitney U testen uitgevoerd.
Deze Mann-Whitney U testen tonen na Bonferroni correctie met alfa = 0,05/3 = 0,017 een significant verschil (p=0,015) tussen groep één en drie.

Hierbij zien we dat artsen groep één lager scoren dan groep twee en drie, met gemiddelde scores van respectievelijk 3,7; 4 en 4,4.

Tabel 14: Zelfeffectiviteit component drie - scenario drie			
Reactie scenario drie	Score component drie	Aantal respondenten	Procent
Denkt niet aan uitstrijkje	2	2	20,0
	4	7	70,0
	5	1	10,0
	Totaal	10	100,0
Noteren voor een volgend consult	3	1	20,0
	4	3	60,0
	5	1	20,0
	Totaal	5	100,0
Actief navragen/opzoeken	4	17	56,7
	5	13	43,3
	Totaal	30	100,0

Correlatie tussen werkdruk en uitvoering

We vonden geen verband tussen de werkdruk en de betrokkenheid van de respondent binnen de uitvoering van baarmoederhalskankerscreening.

Tabel 15: Correlatie tussen werkdruk en uitvoering

			Werkdruk							
			Objectieve werkdruk						Subjectieve werkdruk	
			GMD's per praktijk		GMD's per arts		Patiënten/week			
			Verband	p-waarde	Verband	p-waarde	Verband	p-waarde	Verband	p-waarde
Uitvoering	Aantal uitstrijkjes		Geen	0,077	Geen	0,304	Geen	0,321	Geen	0,177
	Preventieve vraag	scenario één	Geen	0,486	Geen	0,180	Geen	0,237	Geen	0,501
		scenario vier	Geen	0,645	Geen	0,329	Geen	0,738	Geen	0,455
		scenario vijf	Geen	0,484	Geen	0,549	Geen	0,201	Geen	0,094
	Gynaecologische vraag	scenario twee	Geen	0,974	Geen	0,501	Geen	0,346	Geen	0,938
		scenario drie	Geen	0,865	Geen	0,607	Geen	0,697	Geen	0,886
	Niet gynaecologische vraag	scenario zes	Geen	0,461	Geen	0,510	Geen	0,873	Geen	0,232

**Voor de gebruikte statistische testen verwijzen we naar de methodologie (supra).*
***Een test werd als significant beschouwd indien p<0,05. Er werd steeds tweezijdig getest.*

Verband tussen subjectieve en objectieve werkdruk

We gingen door middel van een Spearman correlatie na of de objectieve werkdruk (aantal GMD's in de praktijk, gemiddeld aantal GMD's in de praktijk per arts, gemiddeld aantal patiënten per week) gelinkt is aan de score gegeven aan de subjectieve werkdruk.

De Spearman correlatie toont een significant verband tussen de subjectief ervaren werkdruk en het gemiddeld aantal GMD's per arts (p=0,002) en tussen de subjectief ervaren werkdruk en het gemiddeld aantal patiënten die de arts ziet per week (p=0,022).

Verband werkdruk en uitvoering

We vinden geen verband tussen de werkdruk en de betrokkenheid van de respondent binnen de uitvoering van baarmoederhalskankerscreening.

4. Discussie

Het doel van deze masterproef was nagaan in hoeverre de betrokkenheid van huisartsen binnen baarmoederhalskankerscreening gelinkt was aan persoonlijke kenmerken, visie rond de screening en de werkdruk. Daarnaast wouden we ook nagaan in hoeverre huisartsen geloven dat HPV-zelftesten de drempel voor hen kunnen verlagen.

We zien dat vooral jonge artsen, vrouwelijke artsen en artsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk meededen aan de studie. We moeten daarom voorzichtig zijn met het extrapoleren van resultaten naar solo- en kleinere praktijken, mannelijke en oudere huisartsen.

A. Kenmerken arts - visie arts

Voordat de eerder vermelde verbanden werden nagegaan, werd bekeken in hoeverre de visie van de arts samenhangt met artsenkenmerken.
Hierbij is het belangrijk op te merken dat bij onze respondenten voornamelijk vrouwelijke artsen (68,9%) en jonge artsen vertegenwoordigd zijn. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 35 jaar en 75% van de respondenten is jonger dan 39 jaar.

Oudere artsen lijken de gynaecoloog minder als een verantwoordelijke actor te zien binnen de organisatie van baarmoederhalskankerscreening dan hun jongere collega's. Een enkelvoudige lineaire regressie werd nagegaan, maar het model heeft onvoldoende verklarende kracht. Verder onderzoek naar dit verband zal nodig zijn.

Daarnaast vinden we dat vrouwelijke artsen de verantwoordelijkheid van de huisarts binnen de organisatie van baarmoederhalskankerscreening hoger scoren dan hun mannelijke collega's. We kunnen ons hier de vraag stellen of vrouwelijke huisartsen zichzelf meer als verantwoordelijk voor de screening achten.

We vinden geen verband tussen leeftijd en de andere componenten van de visie van de arts, noch tussen leeftijd en het gevoel van zelfeffectiviteit.
Verder zijn geen andere componenten van de visie van de arts verschillend tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten, noch is het gevoel van zelfeffectiviteit verschillend.

Eerdere studies vonden dat vooral jongere en mannelijke artsen minder uitstrijkjes afnemen. Onze studie vindt geen verschil in visie tussen de artsen, die deze bevinding kan verklaren.

B. Kenmerken arts - uitvoering

In de literatuur vonden we dat vooral jongere artsen en mannelijke artsen minder betrokken zijn bij baarmoederhalskankerscreening.

Bij onze respondenten kunnen we geen verband vinden tussen de leeftijd van de arts en diens betrokkenheid in de uitvoering.

Wel vinden we een verschil tussen mannelijke en vrouwelijke artsen. Vrouwelijke artsen nemen vaker uitstrijkjes af dan hun mannelijke collega's en tonen een meer actieve houding wanneer de patiënte met de vraag voor een uitstrijkje komt. In de overige scenario's vinden we echter geen verschil in reactie tussen mannelijke en vrouwelijke artsen.

We kunnen vermoeden dat de minder proactieve houding bij de mannelijke artsen het verschil in aantal afgenomen uitstrijkjes (deels) verklaart.
Verder onderzoek naar de verschillende houding tussen mannelijke en vrouwelijke artsen zou daarom interessant zijn.

Als voetnoot moeten we hier vermelden dat het aantal vrouwelijke artsen per praktijk en de ratio met mannelijke artsen, niet gelinkt is aan het aantal artsen binnen de praktijk die gynaecologische onderzoeken uitvoeren, noch aan het aantal afgenomen uitstrijkjes door de respondenten. Het is dus niet zo dat artsen zich laten beïnvloeden door het geslacht van hun collega's binnen hun keuze om uitstrijkjes af te nemen.

C. Visie arts - uitvoering

In eerdere studies vermeldden artsen dat zij geen uitstrijkjes afnemen wegens een gebrek aan aandacht voor de screening, gebrek aan kennis, een gebrek aan vaardigheden en omdat zij de screening als minder prioritair ervaren.

In deze studie vinden we dat (een gebrek aan) kennis over de screening, overtuiging van het nut en belang van de screening, geen drempels vormen voor de respondenten.

Alle respondenten lijken ook overtuigd te zijn van de voordelen en het belang van baarmoederhalskankerscreening.

Wel lijkt het verantwoordelijkheidsgevoel van de respondenten gelinkt te zijn aan hun uitvoering. Onze resultaten doen vermoeden dat huisartsen die meer betrokken zijn binnen baarmoederhalskankerscreening, de verantwoordelijkheid voor deze screening meer op zichzelf nemen dan deze bij de gynaecoloog te leggen. Ook de verantwoordelijkheid van de overheid werd lager gescoord door artsen die meer proactief zijn in de hypothetische scenario's. Gezien de resultaten steeds slechts in een zeer beperkt aantal scenario's significant zijn, moeten we voorzichtig zijn met het trekken van conclusies.

Daarnaast lijkt ook het gevoel van zelfeffectiviteit mee te spelen binnen de betrokkenheid van de respondenten.
Er lijkt een trend te zijn dat artsen die vaker uitstrijkjes afnemen, een hoger gevoel van zelfeffectiviteit hebben dan hun collega's. Hierbij kan men de vraag stellen of artsen die vaker uitstrijkjes afnemen, hierdoor een hoger gevoel van zelfeffectiviteit krijgen door de ervaring; dan wel dat artsen die zich meer competent voelen hierdoor geneigd zijn meer betrokken te zijn bij baarmoederhalskankerscreening.

D. Werkdruk - uitvoering

In meerdere studies werd een hoge werkdruk en gebrek aan tijd vermeld als drempels voor het afnemen van uitstrijkjes.
Toch kunnen we in deze studie noch met de objectieve, noch met de subjectieve werkdruk een verband vinden met de uitvoering van de screening. Dit geldt zowel voor het aantal afgenomen uitstrijkjes als de reacties van de respondenten bij de verschillende scenario's.

E. HPV-zelftest

De respondenten reageren positief op het idee van een HPV-zelftest. Maar liefst 82,8% van de artsen geeft aan geïnteresseerd te zijn in deze test en 55,6% van de artsen gelooft zelfs dat de test de drempel voor hen zou verlagen om de screening uit te voeren.
We weten reeds uit eerder onderzoek dat ook de patiëntes zelf deze test positief ervaren en zelfs verkiezen boven het klassieke uitstrijkje.
We verwachten gunstige resultaten bij verdere implementatie van de test in de huisartsenpraktijken.

F. Beperkingen

Bij het interpreteren van de resultaten van deze studie, is het belangrijk volgende beperkingen in gedachten te houden:
De studie is gebaseerd op een beperkte steekproef van vijvenveertig respondenten.
De respondenten waren voornamelijk jonge artsen en vrouwelijke artsen, dit is geen correcte representatie van de actieve artsenpopulatie.
De steekproef bestond uit artsen in Oost- en West-Vlaanderen, regionale verschillen kunnen bestaan waardoor de conclusies niet te extrapoleren zijn naar alle Vlaamse huisartsen.
De vragenlijst was op vrijwillige basis, hierdoor kan er een selectie bias zijn van artsen die reeds meer interesse hebben in baarmoederhalskankerscreening, artsen die meer tijd hebben om een vragenlijst in te vullen en artsen die interesse tonen in nieuwe studies.
Bij het invullen van de vragenlijst werd gevraagd de situatie zoals deze bestond voor de COVID-19 pandemie te beschrijven. Hierdoor kan een recall bias optreden.
Bij de hypothetische scenario's werd slechts een zeer beperkt aantal aangeboden en ook het aantal responsen was beperkt. De antwoorden op deze scenario's zijn daarom mogelijk niet representatief voor de realiteit.
Bij een volgende studie kan het aangewezen zijn met een kortere vragenlijst te werken om de responsgraad te verhogen. Tijdens het uitvoeren van deze studie viel immers op dat 22 respondenten afhaakten tijdens het invullen van de vragenlijst. Van enkelen van hen kwam de (mondelinge) feedback dat de vragenlijst te lang was.

5. Conclusies

Uit deze studie kan met voorzichtigheid geconcludeerd worden dat de in eerdere onderzoeken benoemde drempels voor artsen, niet overeen komen met drempels in de praktijk.

Hoewel we dit op basis van de literatuur verwacht hadden, zien we dat volgende zaken geen verband tonen met de uitvoering en betrokkenheid in baarmoederhalskankerscreening: een gebrek aan kennis over de screening, een gebrek aan overtuiging van het nut van de screening, een gebrek aan overtuiging van het belang van de screening en een hoge werkdruk. Vooral dit laatste aspect is verrassend.

Wel blijkt de zelfeffectiviteit van de artsen een verband te tonen met de uitvoering. Artsen die zich meer competent voelen om het bevolkingsonderzoek uit te voeren, zijn in de praktijk ook meer betrokken. Belangrijk hierbij is dat het onduidelijk is of artsen die zich meer competent voelen, meer

actief bezig zijn met de screening dan wel dat artsen die meer betrokken zijn zich als gevolg hiervan meer competent voelen.

Daarnaast lijkt ook het gevoel van verantwoordelijkheid binnen de organisatie van baarmoederhalskankerscreening samen te hangen met de uitvoering. Respondenten die hun verantwoordelijkheid als huisarts hoger scoren en/of de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog lager, tonen een hogere betrokkenheid.

Zoals verwacht op basis van eerdere studies vinden we dat mannelijke artsen minder vaak uitstrijkjes afnemen dan hun vrouwelijke collega's. Een mogelijke verklaring die hiervoor gevonden werd, is het verschil in visie rond de verantwoordelijkheid van de huisarts binnen de organisatie van baarmoederhalskankerscreening. Vrouwelijke artsen geven aan een hoger verantwoordelijkheidsgevoel te ervaren dan hun mannelijke collega's. Verder vonden we geen verschillen in visie.
Mogelijks speelt ook de voorkeur van de patiëntes voor een vrouwelijke arts een grote rol in de praktijk. Dit werd echter in deze studie niet nagegaan.

We vinden geen verschil op basis van leeftijd. Dit dient echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, gezien de respondenten vooral uit jonge artsen bestond.

Huisartsen lijken geïnteresseerd te zijn in het gebruik van HPV-zelftesten en meer dan de helft gelooft dat met gebruik van deze test de screening laagdrempeliger voor de arts is.
Gezien eerdere studies reeds positieve ervaringen bij de patiëntes rapporteerden, lijkt de HPV-zelftest veelbelovend. Verdere studies zijn echter noodzakelijk.

6. Referentielijst

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018;68(6):394-424.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-49.
3. BE B. Jaarrapport 2020. 2020 2020.
4. Arbyn M, Simoens C, Van Oyen H, Foidart J-M, Goffin F, Simon P, et al. Analysis of 13 million individual patient records pertaining to Pap smears, colposcopies, biopsies and surgery on the uterine cervix (Belgium, 1996–2000). Preventive medicine. 2009;48(5):438-43.
5. Poncet L, Rigal L, Panjo H, Gautier A, Chauvin P, Menvielle G, et al. Disengagement of general practitioners in cervical cancer screening. European Journal of Cancer Prevention. 2016;25(6):547-55.
6. McPhee SJ, Richard RJ, Solkowitz SN. Performance of cancer screening in a university general internal medicine practice. Journal of General Internal Medicine. 1986;1(5):275-81.
7. Peckham S, Hann A, Boyce T. Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. Quality in primary care. 2011;19(5):317-23.
8. Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Hussein RJ, Schwartz FW. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. BMC family practice. 2010;11(1):1-11.
9. Hulscher M, van Drenth BB, Mokkink H, van der Wouden JC, Grol R. Barriers to preventive care in general practice: the role of organizational and attitudinal factors. British Journal of General Practice. 1997;47(424):711-4.
10. Calnan M, WILLAMS S. Coronary heart disease prevention: the role of the general practitioner. Family Practice. 1993;10(2):137-51.
11. Monnet E, Mauny F, Marquant A, Michaud C, Ferry J. Knowledge and participation of general practitioners in cervical cancer screening: survey in a French pilot area. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 1998;46(2):108-14.
12. Mazza D, Shand LK, Warren N, Keleher H, Browning CJ, Bruce EJ. General practice and preventive health care: a view through the eyes of community members. Medical journal of Australia. 2011;195(4):180-3.
13. Piessens V, Van Roy K, Willems S. Baarmoederhalskankerscreening in de huisartspraktijk: rapport focusgroepgesprekken met huisartsen. 2015.
14. Cornet K. 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.
15. Somers E, Bogers J-P. Zijn HPV-testen op een zelf afgenomen staal voor patiënten een aanvaardbaar alternatief voor het uitstrijkje? Een studie in een huisartsenpraktijk in Antwerpen-Centrum: Universiteit Antwerpen; 2017.

Bijlage 1: Vragenlijst

Beste dokter, Deze vragenlijst is onderdeel van een masterproef rond baarmoederhalskankerscreening in de eerste lijn. Er zal gepeild worden naar uw visie rond baarmoederhalskankerscreening en naar uw uitvoering hiervan. De vragenlijst is volledig anoniem. Er worden geen patiëntengegevens gevraagd. Het invullen van deze vragenlijst duurt een 20-tal minuten. U kan deze pauzeren en op een later tijdstip verder invullen. Alvast hartelijk bedankt. Eva Dhaenens Huisarts in Opleiding

Sectie A: Kenmerken Arts

A1. Hou oud bent u?

A2. Wat is uw geslacht?

Vrouw ☐

Man ☐

Sectie B: Kenmerken Praktijk

B1. Met hoeveel artsen werkt u in de praktijk, inclusief uzelf?

B2. Hoeveel mannelijke artsen zijn er?

B3. Hoeveel artsen in de praktijk voeren gynaecologische onderzoeken uit?

B4. Hoeveel GDM's zijn er in de praktijk?

Dit mag een inschatting zijn.

B5. Hoe hoog schat u de screeningsgraad voor baarmoederhalskanker van de patiëntes in uw praktijk?

(in percent)

Dit mag een inschatting zijn.

B6. Zijn één of meerdere onderzoekstafels in uw praktijk voorzien voor het uitvoeren van gynaecologisch onderzoek?

Ja ☐

Nee ☐

B7. Beschikt u in de praktijk over alle benodigde materiaal om een baarmoederhalsuitstrijkje uit te voeren? (specula, borsteltjes, recipiënten…)

Ja ☐

Nee ☐

Sectie C: Werkdruk

*Bij de volgende vragen wordt gepeild naar de ervaren werkdruk. Gelieve hierbij uit te gaan van de situatie voor de COVID-19 pandemie.

C1. Hoeveel patiënten ziet u gemiddeld op een week?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

C2. Geef aan in welke mate u zich herkent in de volgende stellingen

	Altijd	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
Ik kom tijd tekort om mijn consultaties correct af te werken	☐	☐	☐	☐	☐
Ik moet teveel patiënten zien op een dag	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ervaar een grote werkdruk	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kom tijd tekort om mij bezig te houden met preventie	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kom tijd tekort om uitstrijkjes te nemen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kom tijd tekort om baarmoederhalskankerscreening ter sprake te brengen bij mijn patiënten	☐	☐	☐	☐	☐

Sectie D: Kennis richtlijnen

De volgende vragen peilen naar uw kennis over de richtlijnen die gelden in Vlaanderen.

D1. Op welke leeftijdsgroep richt het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskankerscreening zich in Vlaanderen?

- ☐ 20-59 jaar
- ☐ 25-64 jaar
- ☐ 30-64 jaar
- ☐ 30-65 jaar

D2. Om de hoeveel jaar wordt een uitstrijkje best afgenomen?

- ☐ 1 jaar
- ☐ 2 jaar
- ☐ 3 jaar
- ☐ 4 jaar
- ☐ 5 jaar

D3. Wanneer wordt een uitstrijkje (baarmoederhalskankerscreening) NIET aangeraden?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Reeds baarmoederhalskanker doorgemaakt
- ☐ Na een hysterectomie, maar de baarmoederhals is nog aanwezig
- ☐ Na een hysterectomie met verwijdering van de baarmoederhals
- ☐ Tijdens de zwangerschap
- ☐
- ☐ Bij een actieve vaginale infectie, bloed-/slijmverlies
- ☐ Bij een maagd
- ☐ Bij vrouw die enkel seks heeft met vrouwen
- ☐ Bij een transman, na verwijdering baarmoeder
- ☐ Bij een transvrouw, met een neo-vagina

D4. Als u richtlijnen over baarmoederhalskankerscreening wil consulteren, welke richtlijnen zou u raadplegen?

D5. Als de vrouw zelf niet weet wanneer haar laatste uitstrijkje gebeurde, heb je dan een idee waar je dit zou kunnen opzoeken?

Ja ☐

Nee ☐

D6. Indien u op de vorige vraag 'ja' antwoordde, geef dan aan waar u dit opzoekt

Sectie E: Nut baarmoederhalskankerscreening

E1. Geef aan in welke mate u akkoord gaat met onderstaande stellingen

	Helemaal niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Helemaal akkoord
Screening naar baarmoederhalskanker zorgt ervoor dat minder vrouwen aan baarmoederhalskanker sterven	☐	☐	☐	☐	☐
Screening naar baarmoederhalskanker zorgt ervoor dat vrouwen onnodig behandeld worden	☐	☐	☐	☐	☐
Screening naar baarmoederhalskanker zorgt ervoor dat er minder ver gevorderde kankers zijn	☐	☐	☐	☐	☐
Screening naar baarmoederhalskanker zorgt ervoor dat vrouwen onnodig belastende onderzoeken ondergaan	☐	☐	☐	☐	☐
Screening naar baarmoederhalskanker zorgt ervoor dat de benodigde behandeling bij diagnose minder zwaar is	☐	☐	☐	☐	☐
Screening naar baarmoederhalskanker zorgt ervoor dat vrouwen onnodig ongerust zijn	☐	☐	☐	☐	☐

Sectie F: Belang baarmoederhalskankerscreening

F1. Geef aan hoe belangrijk u onderstaande componenten vindt

	Helemaal niet belangrijk	Eerder niet belangrijk	Neutraal	Eerder belangrijk	Zeer belangrijk
Hoe belangrijk vindt u curatieve geneeskunde?	☐	☐	☐	☐	☐
Hoe belangrijk vindt u preventieve geneeskunde?	☐	☐	☐	☐	☐
Hoe belangrijk vindt u het dat de bevolkingsonderzoeken georganiseerd worden?	☐	☐	☐	☐	☐
Hoe belangrijk vindt u het dat de baarmoederhalskankerscreening georganiseerd wordt?	☐	☐	☐	☐	☐

Sectie G: Verantwoordelijkheid organisatie baarmoederhalskankerscreening

G1. Geef aan in welke mate de verantwoordelijkheid voor de organisatie van baarmoederhalskankerscreening bij de volgende speler ligt

	Helemaal niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Eerder akkoord	Helemaal akkoord
Dit is de verantwoordelijkheid van de huisarts	☐	☐	☐	☐	☐
Dit is de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog	☐	☐	☐	☐	☐
Dit is de verantwoordelijkheid van de patiënte	☐	☐	☐	☐	☐
Dit is de verantwoordelijkheid van de overheid	☐	☐	☐	☐	☐

Sectie H: Zelfeffectiviteit

H1. Geef aan in hoeverre u akkoord gaat met onderstaande stellingen

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Ik voel mij in staat mijn patiënten te informeren over baarmoederhalskanker	☐	☐	☐	☐	☐
Ik voel mij in staat om mijn patiënten te motiveren om een uitstrijkje te laten afnemen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik voel mij in staat om kritische patiënten te overhalen om een uitstrijkje te laten afnemen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik voel mij in staat om weerstand bij de patiënt voor een uitstrijkje te verlagen	☐	☐	☐	☐	☐
Ik voel mij in staat om een uitstrijkje af te nemen	☐	☐	☐	☐	☐

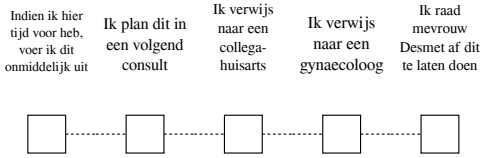
Sectie I: Uitvoering screening

I1. U krijgt zo dadelijk enkele scenario's gepresenteerd.

In al deze scenario's consulteert mevrouw Desmet.

Mevrouw Desmet is een patiënte die in de doelgroep zit voor baarmoederhalskankerscreening.

Duid aan welke reactie u (meestal) zou hebben in het volgende scenario.

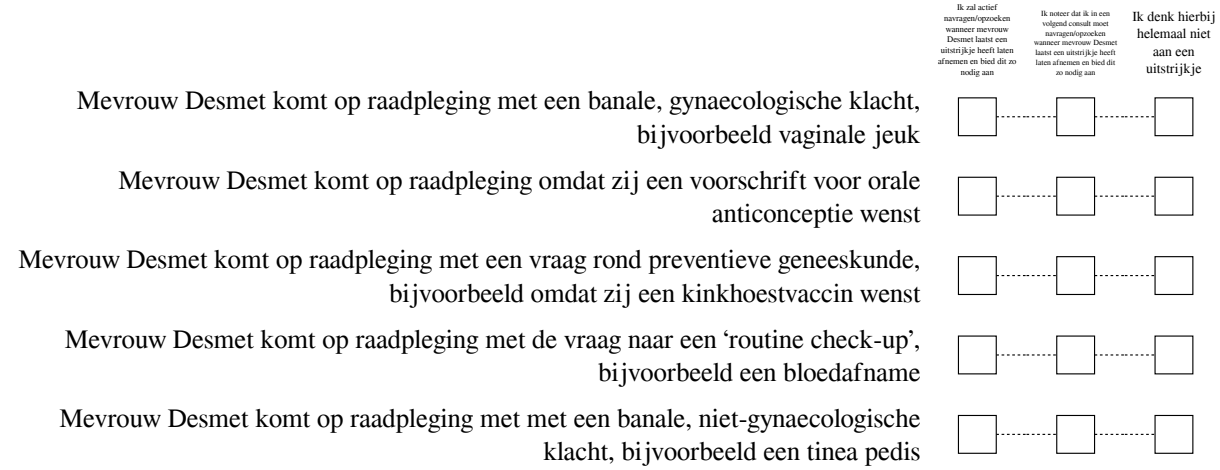


I2. U krijgt zo dadelijk enkele scenario's gepresenteerd.

In al deze scenario's consulteert mevrouw Desmet.

Mevrouw Desmet is een patiënte die in de doelgroep zit voor baarmoederhalskankerscreening.

Duid aan welke reactie u (meestal) zou hebben in het volgende scenario.



Sectie J: Afname uitstrijkjes

J1. Hoe vaak neemt u uitstrijkjes af?

- ☐ Wekelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ 3-10 per jaar
- ☐ Heel weinig tot geen, maar collega's in mijn praktijk doen dit wel
- ☐ Heel weinig tot geen

J2. Zou u graag zelf vaker uitstrijkjes willen afnemen?

- ☐ Neen, liever minder
- ☐ Het is goed zoals het is
- ☐ Ja, graag meer

J3. In welke gevallen zou u zelf vaker een uitstrijkje aanbieden?

Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Indien mijn patiënten daar vaker naar zouden vragen
- ☐ Indien mijn patiënten daarvoor een aparte raadpleging voor inboeken
- ☐ Indien ik duidelijk zou weten welke vrouw nog niet gescreend is
- ☐ Indien er een hogere vergoeding tegenover zou staan
- ☐ Indien er een verpleegkundige/praktijkassistent zou zijn in mijn praktijk die dit kan uitvoeren
- ☐ Overige

Overige

Sectie K: HPV zelftest

Ik wil u graag vragen eerst onderstaande informatie over de HPV-zelftest te lezen voor u de volgende vragen beantwoordt.

Een HPV-test spoort het virus op dat baarmoederhalskanker veroorzaakt, in plaats van de celafwijkingen die het gevolg zijn van het virus, wat het klassiek uitstrijkje of PAP test doet.

Indien een HPV-test positief is voor hooggrisico-HPV-stammen, moet daarna een klassiek uitstrijkje gebeuren voor cytologie.

Deze methode van screening wordt vandaag al in enkele landen toegepast. In Vlaanderen wordt steeds eerst een cytologie uitgevoerd en indien deze afwijkend is een HPV-test.

Sinds enige tijd bestaat de mogelijkheid dat een vrouw zelf een HPV-staal afneemt via de zelfafnamekit. Dit kan zij makkelijk zelf zonder hulp afnemen. Dit kan zowel thuis als in een toilet in de praktijk gebeuren. Vervolgens wordt het staal via de huisarts opgestuurd.

Nadien wordt in het laboratorium op dit staal HPV opgespoord. De betrouwbaarheid en kwaliteit van de HPV-test op een zelf afgenomen staal zijn gelijkwaardig aan die op een staal afgenomen door de arts.

De HPV-test in combinatie met zo nodig opeenvolgend een cytologie en colposcopie, heeft in vergelijking met het klassieke uitstrijkje een hogere sensitiviteit voor detectie van CIN2+ letsels (relatieve sensitiviteit van 2,9) en voor de detectie van invasieve kanker (relatieve sensitiviteit van 3.6).

Het nadeel van deze methode is dat vrouwen vaker een colposcopie ondergaan. Bij een colposcopie na een HPV-test blijkt 28% negatief te zijn.

Eerdere studies tonen dat het merendeel van de patiëntes de HPV zelftest ervaren als gemakkelijk en pijnloos. Daarnaast zouden zij zelfs aangeven de HPV zelftest te verkiezen boven het klassieke uitstrijkje. Dit wordt bevestigd door de hogere participatiegraad die ervaren wordt wanneer een HPV-zelftest werd aangeboden.

De huisarts kan zelfafnamekits voorstellen als alternatief voor het klassieke uitstrijkje en deze kits verspreiden.

Via onderstaande vragen willen we peilen naar de voorkeur van huisartsen omtrent het aanbieden van een klassiek uitstrijkje, dan wel een zelfafnamekit.

K1. Ik ben geïnteresseerd in het aanbieden van HPV-zelftesten

Ja ☐

Nee ☐

K2. **De mogelijkheid van zelfafnamekits zou voor mij de drempel verlagen om baarmoederhalskankerscreening ter sprake te brengen**

Ja ☐

Nee ☐

K3. **Ik ben geïnteresseerd om HPV zelftesten uit te proberen.**

Bij een volgende studie met HPV zelftesten, wens ik gecontacteerd te worden.

Ja ☐

Nee ☐

K4. **Indien u gecontacteerd wilt worden bij een volgende studie, geef dan hieronder uw naam en e-mailadres op**

Beste dokter,

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Indien u heeft aangeduid dat u wenst gecontacteerd te worden voor een volgende studie rond HPV-zelftesten, zullen uw gegevens doorgegeven worden aan de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent.

Zij zullen u op een later tijdstip contacteren.

Met vriendelijke groeten,

Eva Dhaenens

Bijlage 2 - Uitleg HPV zelftest

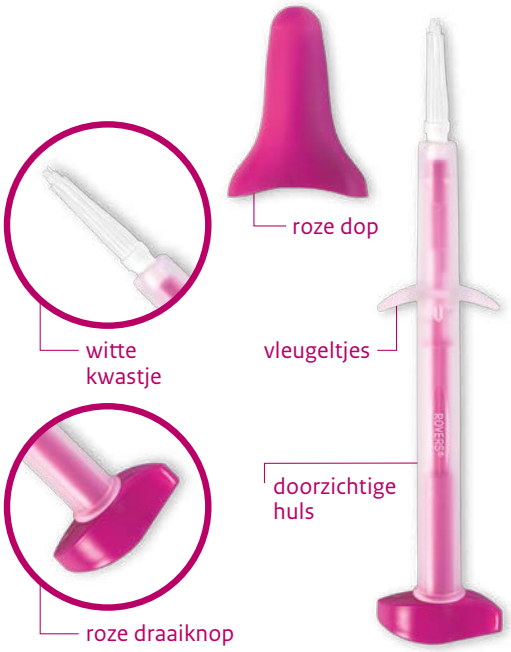
Een HPV-test spoort het virus op dat baarmoederhalskanker veroorzaakt, in plaats van de celafwijkingen die het gevolg zijn van het virus, wat het klassiek uitstrijkje of PAP test doet.
Het staal kan eenvoudig worden afgenomen door de patiënte zelf met een zelfafnamekit. (Zie hiervoor ook de handleiding in bijlage).
Nadien wordt in het laboratorium hierop HPV opgespoord. De betrouwbaarheid en kwaliteit van de HPV-test op een zelf afgenomen staal zijn gelijkwaardig aan die op een staal afgenomen door de arts. (11)
De HPV-test in combinatie met een eventuele colposcopie, heeft in vergelijking met het klassieke uitstrijkje een hogere sensitiviteit voor detectie van CIN2+ letsels (relatieve sensitiviteit van 2,9) en voor de detectie van invasieve kanker (relatieve sensitiviteit van 3,6). Het nadeel van deze methode is dat vrouwen vaker een colposcopie ondergaan. Bij een colposcopie na een HPV-test blijkt 28% negatief te zijn, na een afwijkend uitstrijkje is dit 0%.[17-20].
Eerdere studies tonen dat het merendeel van de patiëntes de HPV-zelftest ervaren als gemakkelijk en pijnloos. Daarnaast zouden zij zelfs aangeven de HPV-zelftest te verkiezen boven het klassieke uitstrijkje [16, 21]. Dit wordt bevestigd door de hogere participatiegraad die ervaren wordt wanneer een HPV-zelftest werd aangeboden.[17]

Bijlage 3: Gebruiksaanwijzing zelfafnameset bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

*bevolkings*onderzoek

Gebruiksaanwijzing *zelfafnameset*

- Met de zelfafnameset kunt u eenvoudig en betrouwbaar zelf vaginaal materiaal afnemen. In het laboratorium wordt dit onderzocht op HPV (humaan papillomavirus).
- De zelfafnameset is alleen voor eigen gebruik. De sticker met barcode is gekoppeld aan uw persoonlijke gegevens.



De zelfafnameset bestaat uit een doorzichtige huls met vleugeltjes.

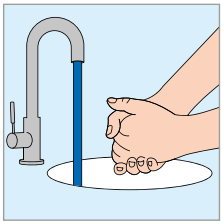
Aan de kant van het kwastje is een roze dop op de huls geklikt.
Het kwastje is zo gemaakt dat u voldoende vaginaal materiaal kunt afnemen.

Belangrijk: raak het witte kwastje niet aan met uw handen. Het kan de uitslag van de test beïnvloeden.

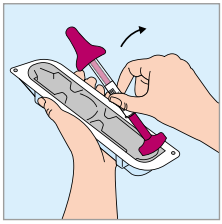
Wat u vooraf moet weten

- Niet gebruiken tijdens menstruatie
- Niet gebruiken tijdens zwangerschap of binnen 6 weken daarna
- Stop 2 dagen voor het gebruik van de zelfafnameset met vaginale producten. Vaginale anticonceptie, condooms en een glijmiddel op waterbasis kunt u wel blijven gebruiken
- De zelfafnameset is voor eenmalig gebruik. Hergebruik kan tot besmetting of een onjuiste uitslag leiden
- De zelfafnameset is steriel verpakt. Gebruik de set niet als de verpakking is beschadigd of de vervaldatum is verstreken

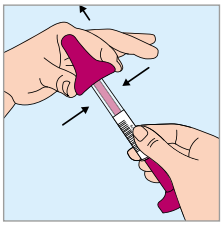
Hoe voert u de test uit?



1 Was eerst uw handen met water.

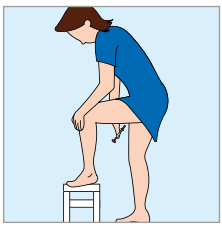


2 Haal de zelfafnameset uit de verpakking. Bewaar de verpakking. Deze is nodig om de zelfafnameset op te sturen na gebruik.



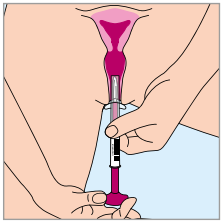
3 Druk met duim en wijsvinger op de zijkanten van de roze dop en haal deze eraf. Druk het borsteltje niet naar buiten.

Bewaar de roze dop. Deze is nodig om op te sturen na gebruik.

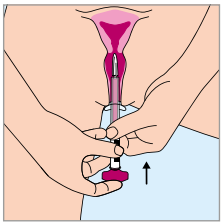


4 Neem een makkelijke houding aan, bijvoorbeeld zoals u een tampon inbrengt.

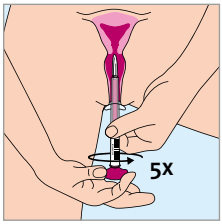
U kunt de zelfafnameset zittend, staand of liggend gebruiken.



5 Spreid met één hand uw schaamlippen. Breng met de andere hand het bovenste deel van de huls in de vagina tot de vleugeltjes tegen de schaamlippen aandrukken.

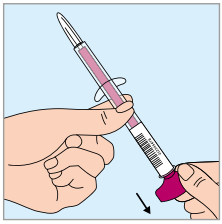


6 Houd met één hand de doorzichtige huls vast aan de onderkant. Duw de roze draaiknop tegen de huls aan tot het tegen de doorzichtige huls komt en niet verder kan. Het borsteltje komt dan uit de huls.
U hoort en/of voelt een klikje als het borsteltje goed zit.



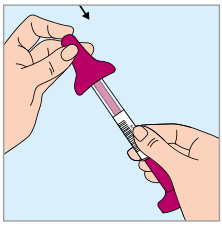
7 Draai de roze draaiknop 5 keer in dezelfde richting rond. Na iedere keer draaien hoort en/of voelt u een klikje. Het borsteltje draait nu rond en verzamelt voldoende vaginaal materiaal.

Haal hierna de huls uit uw vagina.

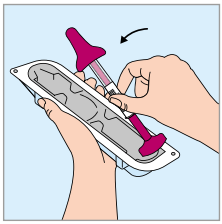


8 Raak het kwastje niet met uw handen aan.

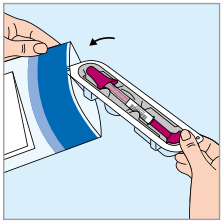
Houd met één hand de doorzichtige huls vast en trek met de andere hand aan de roze draaiknop zodat het witte kwastje weer in de huls verdwijnt.



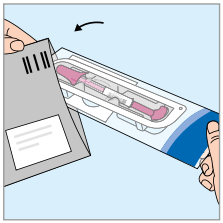
9 Houd de doorzichtige huls vast zodat het witte kwastje niet opnieuw uitschuift. Plaats de roze dop terug met uw duim en wijsvinger.
U hoort en/of voelt hierbij een klik.



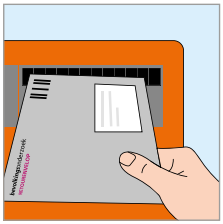
10 Plaats de zelfafnameset weer terug in de verpakking.



11 Stop de verpakking in het doorzichtige plastic zakje met blauwe rand. Het witte absorbtiedoekje moet in het plastic zakje blijven zitten. Doe het zakje goed dicht.



12 Stop het zakje met de zelfafnameset in de retourenvelop. **Plak de adressticker die u vindt op uw brief op deze envelop.**



13 Stuur de zelfafnameset binnen een week op in de retourenvelop. Bewaar het in de tussentijd op kamertemperatuur.

Een postzegel is niet nodig.

Uitslag zelfafnameset
U ontvangt binnen 3 weken de uitslag per brief van de screenings-organisatie. Uw huisarts ontvangt geen informatie over de uitslag van het onderzoek. Dit vanwege privacyredenen: uw huisarts is niet degene die het onderzoek heeft aangevraagd en afneemt.

Meer informatie of vragen?
Kijk voor meer informatie op www.bevolkingsonderzoekbaar-moederhalskanker.nl. Daar vindt u ook een kort instructiefilmpje met uitleg over hoe de zelfafnameset te gebruiken.

De Evalyn® Brush zelfafnameset is ontwikkeld door Rovers Medical Devices BV.

evalyn® brush

Fabrikant zelfafnameset:
Rovers Medical Devices BV, 5347 KV Oss. Nederland
revisiedatum: 2023-01
REF 380500131

CE 0044

STERILE EO

U kunt deze informatie lezen in het Engels / Turks / Arabisch op:
This information is available in English at:
Bu bilgiyi Türkçe olarak şu internet sitesinde okuyabilirsiniz:

يمكنكم قراءة هذه المعلومات باللغة العربية على الموقع:

www.bevolkingsonderzoekbaarmoederhalskanker.nl

014591

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek
Prof. dr. Sara Willems
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
BC-11449	NVT	29/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"In welke mate beïnvloeden persoonlijke factoren het beleid van de huisarts rond baarmoederhalskankerscreening - ManaMa Eva Dhaenens"

B.U.N.: B6702021001242
EudraCT:
Fase (Phase):

*Begeleidende brief dd. 30/11/2021
*Adviesaanvraagformulier dd. 27/11/2021
*Protocol dd. 30/11/2021
*Vragenlijsten Versie 4.4 dd. 30/11/2021
*Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 2.1 dd. 27/11/2021

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. Sara Willems

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 28/12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 28/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

subjects is respected.
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
° *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst op 28/12/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.

Begeleidend schrijven bij onderzoek i.k.v. masterproef **30/11/2021**

Titel: In welke mate beïnvloeden persoonlijke factoren het beleid van de huisarts rond baarmoederhalskankerscreening
Onderzoeker: Dhaenens Eva
Promoter: prof. Dr. Willems Sara, Vakgroep Volksgezondheid en eerstelijnszorg UGent
Co-Promoter: dr. Piessens Veerle, Vakgroep Volksgezondheid en eerstelijnszorg UGent

Korte beschrijving waarover de ingediende studie gaat.

1. Achtergrond

Jaarlijks overlijden nog meer dan 80 vrouwen aan baarmoederhalskanker. Deze overlijdens kunnen nochtans zo goed als volledig voorkomen worden door een goede screening. In 2020 werd in Vlaanderen slechts 63,7% van de doelgroep voor baarmoederhalskanker gescreend. Vooral vrouwen boven de 50 en vrouwen uit kwetsbare achtergronden (armoede, migratie...) vielen uit de boot. De huisarts kan hier een verschil maken, aangezien deze een frequenter contact heeft met deze vrouwen dan de gynaecoloog. Op dit moment zien we echter dat slechts 20% van de uitstrijkjes in Vlaanderen gebeurt door een huisarts. Eerdere onderzoeken naar de redenen hiervoor toonden enerzijds drempels bij de huisarts, zoals gebrek aan aandacht voor de screening, gebrek aan kennis en vaardigheden, schroom, de screening als niet prioritair ervaren en vooral tijdsgebrek. Anderzijds gaven de huisartsen aan drempels bij de patiëntes te ervaren, de patiënte zou een voorkeur hebben voor screening bij de gynaecoloog, bezwaar hebben tegen het onderzoek zelf of angst hebben voor het resultaat.
Al deze drempels werden vernoemd bij enquêtes, maar er werd niet nagegaan of de subjectief ervaren drempels ook in realiteit gelinkt zijn aan het aantal afgenomen uitstrijkjes. Er kan hier sprake zijn van een inschattingsfout.
In een tweede luik van de studie, kijken we ook naar de mogelijkheid om door middel van HPV-zelftesten de drempel tot screening te verlagen.
Eerdere onderzoeken met de HPV-zelftesten in huisartsenpraktijken tonen immers dat patiëntes deze test verkiezen boven het klassieke uitstrijkje en dat de participatiegraad hiermee een stuk hoger ligt. Voor de huisartsen zou er ook minder nood zijn aan materiaal en vaardigheden en de benodigde tijd wordt beperkt tot het geven van de uitleg.

2. Doel studie

Het doel van deze studie is om na te gaan in hoeverre de visie van de arts gelinkt is aan de uitvoering in de praktijk.
Met de vragenlijst willen we de visie van de arts in kaart brengen rond het nut en belang van de screening, de verantwoordelijkheid en de zelfeffectiviteit van de huisarts. Daarnaast proberen we ook een beeld te krijgen van de houding van de arts in de praktijk door enkele hypothetische

scenario's voor te stellen en de reactie van de arts te bevragen. En als laatste bevragen we het aantal uitgevoerde uitstrijkjes.
Het doel is om na te gaan in hoeverre de visie van de arts gelinkt is aan de houding en het aantal afgenomen uitstrijkjes.
Hiermee kunnen we een beeld krijgen in hoeverre de screening door de huisarts bepaald wordt door de visie van de arts, dan wel door externe factoren (bijvoorbeeld de houding van de patiëntes).
In het tweede luik zal er informatie aangeboden worden over HPV-zelftesten. Nadien wordt de mening van de arts hierrond bevraagd. Hierbij is het doel om eventuele interesse van de artsen in het gebruik van de testen in kaart te brengen en nadien (bij interesse) hen te contacteren bij een volgende studie. Hiervoor zal eerst hun toestemming bevraagd worden.

Waar en door wie het onderzoek zal worden uitgevoerd.

Het onderzoek zal uitgevoerd worden door Eva Dhaenens, in kader van haar masterproef binnen de ManaMa Huisartsgeneeskunde. Dit gebeurt onder begeleiding van promoter prof. Dr. Willems Sara en co-promoter dr. Veerle Piessens, beiden van de vakgroep volksgezondheid en eerstelijnszorg, Universiteit Gent.

De vragenlijst zal volledig online plaatsvinden. De huisartsen worden gerekruteerd via de huisartsenverenigingen uit Oost-Vlaanderen. Hen zal gevraagd worden de huisartsen elektronisch de uitnodiging te bezorgen.
Er zullen hierbij geen patiëntengegevens opgevraagd worden.

Indien de huisartsen interesse hebben in een volgende studie rond HPV-zelftesten, zal hun informatie doorgegeven worden aan de vakgroep volksgezondheid en eerstelijnszorg van de Universiteit Gent.

Vermelding van een potentieel belangenconflict van de hoofdonderzoeker bij de studie

Er is geen potentieel belangenconflict.