Participatie aan baarmoederhalskankerscreening bij 55-plussers in Vlaanderen

Cottem Julie, KU Leuven
Geerts Inde, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte, KU Leuven

Co-promotor: Dr. Van Baelen Sabine, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2024

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.

Inhoudsopgave

Abstract 4

Inleiding 5

Methode 7

Resultaten 8

Discussie 13

Conclusie 15

Referenties 16

Dankwoord 18

Bijlage 1: goedkeuring ethische commissie 19

Bijlage 2: vragenlijst 20

2.1. Nederlandstalige versie 20

2.2. English version 26

2.3. Version française 32

Bijlage 3: persoonlijke reflectie Julie Cottem 39

Bijlage 4: persoonlijke reflectie Inde Geerts 41

Abstract

Inleiding

Een cervixuitstrijkje is doeltreffend om het risico op baarmoederhalskanker te verminderen. De deelname aan het Vlaams bevolkingsonderzoek cervixkanker ligt echter lager bij vrouwen tussen 55 en 64 jaar. Deze studie heeft tot doel om factoren geassocieerd met niet-deelname aan cervixkankerscreening bij vrouwen tussen 55 en 64 jaar in kaart te brengen.

Methode

In een steekproef bestaande uit 72 vrouwen van 55 tot 64 jaar die wonen in Vlaanderen voltooide elke deelnemer een anonieme online vragenlijst. Naast subjectieve argumenten voor niet-deelname werden de volgende objectieve parameters bepaald: sociodemografische kenmerken inclusief leeftijd, nationaliteit, gezinssituatie, moedertaal, opleidingsniveau, leefstijl en kennis over baarmoederhalskanker. Deelnemers werden gegroepeerd op basis van hun betrokkenheid bij het screeningsonderzoek: groep A (laatste uitstrijkje < 3 jaar geleden), groep B (uitstrijkje 3-5 jaar geleden), en groep C (uitstrijkje > 5 jaar geleden).

Resultaten

Deze studie toont een significant verband tussen een hogere participatiegraad en een hoger opleidingsniveau ($p = 0{,}020$). Bovendien was het percentage rokende vrouwen aanzienlijk hoger in groepen B en C ($p = .033$), terwijl een hogere BMI significant geassocieerd was met een verminderde participatie ($p = .039$). Daarnaast vertoonden groepen B en C ook significant meer laattijdige deelname aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker ($p = <.001$). Vrouwen in groepen B en C gaven de voorkeur aan zelfafnametest voor de opsporing van HPV, wat ook aanzienlijk verschilde van groep A ($p = <.001$). De belangrijkste redenen voor het niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek waren met name ongemak, pijn of angst tijdens het gynaecologisch onderzoek. Desondanks waren de meeste vrouwen het niet eens met deze redenen.

Discussie

Deze studie onderzocht factoren die de deelname van vrouwen in de leeftijd van 55 tot 64 jaar, aan baarmoederhalskankerscreening in Vlaanderen, beïnvloeden. Een lager opleidingsniveau bleek een significante factor voor laattijdige deelname, in lijn met andere Europese studies die participatieverschillen toeschrijven aan gezondheidsgeletterdheid. Levensstijlfactoren zoals roken en een hogere BMI waren geassocieerd met lagere participatie, overeenkomstig met bestaande literatuur. Opvallend was dat de participatie in borstkankerscreening lager was bij vrouwen die cervicale uitstrijkjes vermeden, wat mogelijks wijst op een veralgemeende aarzeling ten opzichte van preventieve gezondheidszorg. Persoonlijk ongemak bleek de meest voorkomende barrière, maar de meerderheid ervaarde dergelijke problemen niet, wat de screeningsgezinde aard van de populatie weerspiegelt. De introductie van zelfafnametest kan de participatie verbeteren, aangezien vrouwen die niet-compliant waren met traditionele uitstrijkjes bereidheid toonden om wel deel te nemen aan een dergelijke screening.

Conclusie

Niet- of laattijdige deelname aan baarmoederhalskankerscreening is geassocieerd met lager opleidingsniveau, roken, hogere BMI en het laattijdig deelnemen aan borstkankerscreening. Vrouwen die niet of laat werden gescreend, geven aan meer geneigd te zijn deel te nemen als de screening kan plaatsvinden met behulp van een zelfafnametest. Op maat gemaakte interventies zijn cruciaal om de participatiegraad te verhogen bij vrouwen tussen 55 en 64 jaar in Vlaanderen.

Inleiding

Cervixkanker is wereldwijd de vierde meest voorkomende kanker bij vrouwen en is een belangrijke oorzaak van overlijden door kanker. Routinematige screening met behulp van een cervicaal uitstrijkje geeft aanleiding tot het vroegtijdig opsporen en behandelen van precancereuze letsels en kan dus het ontwikkelen van baarmoederhalskanker voorkomen (1). Daarom organiseert de Vlaamse overheid voor alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar een vrijblijvend bevolkingsonderzoek waarbij ze driejaarlijks worden uitgenodigd om een cervixuitstrijkje te laten afnemen bij hun huisarts of gynaecoloog. Een hoge participatiegraad van minstens 70% is echter van cruciaal belang om een georganiseerd screeningsonderzoek te doen slagen zoals geadviseerd wordt door de World Health Organization (WHO) (1).

Cervixkanker wordt op een gemiddelde leeftijd van 54 jaar vastgesteld en de relatieve 5-jaars overleving daalt naarmate de patiënten ouder zijn (2). Verder kon een nationale cohortstudie in Zweden aantonen dat vrouwen die adequaat gescreend worden op de leeftijd van 50-64 jaar een risicovermindering hebben van 84% op cervixkanker in vergelijking met een niet-gescreende groep, tot de leeftijd van 83 jaar (3–5). In de internationale literatuur zien we dat participatie aan screening echter lager ligt bij 25-30-jarige en bij 51-65-jarige vrouwen (3,6,7). In 2018 lag de responsgraad voor het bevolkingsonderzoek cervixkanker in Vlaanderen beduidend lager bij de leeftijdsgroep 55 tot 64-jarigen dan bij de jongere groepen (8). Aangezien screening bij deze oudere leeftijdsgroep doeltreffend is, is het dus belangrijk om na te gaan waarom de participatie hier lager ligt.

In de Europese literatuur zijn er verscheidene studies terug te vinden die gaan kijken naar redenen voor niet-deelname en geassocieerde sociodemografische factoren. De organisatie van het screeningsprogramma, waaronder de specifieke leeftijdsgroepen en tijdsintervallen, verschilt echter van land tot land. De studiepopulatie bestaat daarnaast meestal uit één nationaliteit waarvan wij maar één studie bij een Belgische populatie vonden. Bijgevolg is het moeilijk om generaliseerbare conclusies te nemen.

Wanneer men kijkt naar de gehele populatie die in aanmerking komt voor cervixkankerscreening, zijn er meerdere sociodemografische kenmerken die consistent in verband gebracht worden met een lagere deelname. Om te beginnen ligt deelname significant lager bij etnische minderheidsgroepen. Meer specifiek laten anderstaligen en vrouwen met een migratieachtergrond zich minder vaak screenen (3,7,9–11). Verder nemen alleenstaande vrouwen significant minder deel aan de screening in vergelijking met getrouwde vrouwen (6,9–13). Minder kennis over screening en risicofactoren van cervixkanker is geassocieerd met lagere participatie (5,10,12). Opmerkelijk is dat veel vrouwen niet weten dat het humaan papillomavirus (HPV) de belangrijkste risicofactor is voor het ontwikkelen van cervixkanker. (14). Daarnaast zouden vrouwen met een lager educatieniveau zich ook minder vaak laten screenen (6,9,11). Vanzelfsprekend zijn er onderling ook verbanden tussen kennis, educatieniveau en migratieachtergrond. Zo geeft het opleidingsniveau een idee over de gezondheidsgeletterdheid en de levensstijl van een individu (4). Roken is enerzijds een risicofactor voor het ontstaan van cervixkanker, maar anderzijds is roken ook geassocieerd met een lagere participatie aan het bevolkingsonderzoek (12). Specifiek bij oudere vrouwen die minstens één keer per week rookten en alcohol gebruikten werd in een Litouwse studie een lagere deelname gezien. Verder stelden zij ook een lagere deelname vast bij vrouwen met obesitas en vrouwen met weinig fysieke activiteit (13).

Uit meerdere recente kwantitatieve en kwalitatieve studies bij Europese populaties naar redenen waarom vrouwen zich niet laten screenen voor cervixkanker kwamen gelijkaardige argumenten naar voren. De voornaamste zijn: schaamte, ongemak, angst voor pijn, voorgaande slechte ervaring, angst voor kanker, lage risicoperceptie, praktische drempel of geen initiatief genomen om een afspraak te maken (3,5,6,10). Een Britse studie bij vrouwen van etnische minderheidsgroepen stuitte op de

frequent aangehaalde misconceptie dat uitstrijkjes niet nodig zijn wanneer de vrouw geen symptomen heeft of op dat moment niet seksueel actief is (3). Een systematische review uit 2014 kwantificeerde de verschillende psychosociale barrières naargelang de frequentie dat vrouwen deze opgaven: 67,9% persoonlijke kenmerken (tijd, kinderopvang, geen symptomen, gebrek aan informatie, ongemak), 22% sociale factoren (gebrek aan sociale steun, onbevredigend contact met artsen) en 9,5% voorzieningen (vervoer, afspraken) (15).

Om de deelname aan cervixkankerscreening bij vrouwen tussen 55 en 64 jaar te vergroten, is het belangrijk om te begrijpen welke redenen en sociodemografische factoren momenteel van invloed zijn. Hoewel er zoals hierboven beschreven al beperkt onderzoek naar gebeurd is in België en in andere Europese landen, is er weinig onderzoek dat dit specifiek nagaat bij de vrouwen boven de 55 jaar. Deze studie heeft dus tot doel om de objectieve en subjectieve factoren geassocieerd met niet-deelname aan cervixkankerscreening bij vrouwen tussen 55 en 64 jaar woonachtig in Vlaanderen in kaart te brengen.

Methode

Dit onderzoek is een cross-sectionele studie bij vrouwen tussen 55 en 64 jaar die wonen in Vlaanderen. We excludeerden vrouwen met een medische voorgeschiedenis van een hysterectomie of baarmoederhalskanker. Participanten werden uitgenodigd via sociale media en via flyers in wachtzalen van verschillende huisartspraktijken in de periode van 7 februari 2023 tot en met 7 juni 2023. De resultaten werden verzameld met een online anonieme survey, die bestond uit 25 gesloten vragen, ontworpen via Qualtrics KU Leuven. Er was een Nederlandstalige, Franstalige en een Engelstalige versie, om een zo breed mogelijk publiek te bereiken (zie bijlage 2). De vragen werden opgesteld op basis van literatuuronderzoek.

Als primaire uitkomstmaat werd er gepeild naar de participatie aan het screeningsonderzoek, waarbij er een onderscheid gemaakt werd tussen deelname de afgelopen 3 jaar (groep A), laatste deelname tussen 3 en 5 jaar geleden (groep B) en meer dan 5 jaar geleden (groep C). Verder werden de volgende onafhankelijke variabelen bevraagd: sociodemografische kenmerken inclusief leeftijd, nationaliteit, gezinssituatie, moedertaal, opleidingsniveau, leefstijl (rookgedrag, lichaamsbeweging, lengte en gewicht) en kennis over baarmoederhalskanker. De kennis over baarmoederhalskanker werd nagegaan aan de hand van 8 juist/onjuist vragen waarbij de totale score correct beantwoorde vragen gebruikt werd als parameter voor de kennis. Daarnaast werd er ook gepeild naar persoonlijke argumenten die de deelname zouden kunnen beïnvloeden. Participanten moesten aangeven in welke mate zij het eens waren met verscheidene uitspraken door deze te scoren op een ordinale schaal bestaande uit de antwoordmogelijkheden “volledig mee oneens”, “mee oneens”, “mee eens” en “volledig mee eens”.

Om binnen de drie groepen een verband met de hierboven vermeldde afhankelijke variabelen te onderzoeken werden de volgende analysetechnieken gebruikt: chi-kwadraattoets, ANOVA en ongepaarde t-toets. Analyse van de resultaten gebeurde met het statistisch programma JASP 0.17.2. Voor alle statistische analyses werd een alfaniveau van 0.05 gehanteerd. De subjectieve parameters werden kwantitatief beoordeeld op basis van de uitspraken waar de meeste vrouwen het mee eens waren.

De studie MP022063 werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (zie bijlage 1).

Resultaten

Tabel 1: gegevens van de verschillende groepen

	Laatste uitstrijkje (N)				
	< 3 jaar geleden	≥ 3 en ≤ 5 jaar geleden	> 5 jaar geleden	**Totaal**	**P waarde**
Gezinssituatie					0.644
Gehuwd/samenwonend	47	7	9	63	
Gescheiden/weduwe	2	0	0	2	
Alleenstaand	4	0	1	5	
Biologische kinderen					0.682
Biologische kinderen	50	7	9	66	
Geen biologische kinderen	3	0	1	4	
Geboorteland					0.506
Belg	49	7	10	66	
Niet-Belg	4	0	0	4	
Beheersing van de Nederlandse taal					0.139
Moedertaal	50	7	8	65	
Zeer goed	3	0	1	4	
Goed	0	0	1	1	
Hoogst behaald diploma					**0.020**
Lager onderwijs	0	0	1	1	
Middelbaar onderwijs	16	1	7	24	
Hoger onderwijs	27	4	2	33	
Universiteit	10	2	0	12	
Rookgedrag					**0.033**
Roken	2	2	2	6	
Niet roken	51	5	8	64	
Lichaamsbeweging					0.249
> 30 minuten, 2 keer per week	39	3	7	49	
< 30 minuten, 2 keer per week	14	4	3	21	
Familiale voorgeschiedenis					0.460
Aanwezig	2	1	1	4	
Niet aanwezig	49	6	9	64	
Voorgeschiedenis van een SOA					0.547
Aanwezig	4	1	0	5	
Niet-aanwezig	47	6	9	62	
Deelname mammografie					**<.001**
Ja	52	6	6	64	
Nee	1	1	4	6	
Deelname colonkankerscreening					0.595
Ja	44	6	7	57	
Nee	9	1	3	13	
Herinnering huisarts					0.531
Ja	17	1	2	20	

Nee	35	6	7	48	
Hoe vaak de huisarts bezocht					.849
Niet	7	1	1	9	
1-2 keer per jaar	19	4	4	27	
≥ 3 keer per jaar	26	2	4	32	
Voorkeur voor een hulpverlener					.685
Huisarts	38	6	6	50	
Gynaecoloog	0	0	0	0	
Geen voorkeur	14	1	3	18	
Interesse in de zelfafnametest					**<.001**
Ja	20	6	9	35	
Nee	32	1	0	33	

Na het invullen van de vragenlijst door 101 vrouwen, werden na toepassing van de exclusiecriteria 72 reacties opgenomen in de steekproef. Van de 6 deelnemers die de vragenlijst vroegtijdig beëindigden, hebben 4 van hen wel de vragen met betrekking tot hun participatiestatus beantwoord. Deze werden opgenomen om non-respons bias te voorkomen wat het totaal aantal geïncludeerde vrouwen op 70 bracht. Hiervan behoorden er 53 (75.71%) tot groep A, 7 (10%) tot groep B en 10 (14.28%) tot groep C.

De leeftijd van de deelnemers was verdeeld van 55 tot 64 jaar met een mediane leeftijd van 58 jaar. De groep waarbij het uitstrijkje meer dan vijf jaar geleden was kende gemiddeld de oudste leeftijd (tabel 2). Omdat de variantie van de leeftijd niet homogeen verdeeld was, zoals beoordeeld door de Levene's-test, werd de Kruskal-Wallis test, een niet-parametrisch alternatief voor de ANOVA test, gebruikt om de verschillen in leeftijd tussen de drie groepen te onderzoeken. Deze toonde aan dat de leeftijd in de drie groepen niet significant van elkaar verschilden, $H(2) = 0.690$, $p = .708$.

Tabel 2: gemiddelde leeftijd van de verschillende groepen

Laatste uitstrijkje	N	Gemiddelde	SD
< 3 jaar geleden	53	58.245	2.630
≥ 3 en ≤ 5 jaar geleden	7	58.857	2.911
> 5 jaar geleden	10	59.000	3.300

Terwijl 63 (90%) vrouwen getrouwd of samenwonend waren, waren er 2 (2.86%) gescheiden of weduwe en 5 (7.14%) alleenstaande. Er werd geen statistisch significant verband waargenomen tussen de screeningsparticipatie en de gezinssituatie, Chi^2 $(2, N = 70) = 0.881$, $p = .644$.

Slechts 4 (5.70%) vrouwen hadden geen kinderen. Kinderloos zijn kon niet in verband gebracht worden met de screeningsparticipatie, Chi^2 $(2, N = 70) = 0.765$, $p = .682$.

Bij de grote meerderheid van de participanten was België het geboorteland, slechts 4 (5.70%) vrouwen zijn geboren in Nederland. Het geboorteland was ook niet geassocieerd aan de screeningsparticipatie, Chi^2 $(2, N = 70) = 1.361$, $p = .506$.

Uitsluitend de Nederlandstalige vragenlijst werd ingevuld, er werden geen responses verzameld via de Engelstalige of Franstalige versie. Alle vrouwen hadden de Nederlandse taal onder de knie. Slechts één (0.01%) vrouw beoordeelde haar taalkennis als 'goed', 4 (5.71%) vrouwen als 'zeer goed', de rest gaf aan Nederlands als moedertaal te spreken. Niemand beoordeelde zijn taalkennis van het Nederlands als 'basis' of 'niet'. Er werd geen associatie waargenomen tussen de zelf gerapporteerde taalkennis en de screeningsparticipatie, Chi^2 (4, N = 70) = 6.951, p = .139.

Slechts één (0.01%) participant had een diploma lager onderwijs, 24 (34.28%) participanten hadden een middelbareschooldiploma, 33 (47.14%) een hogeschooldiploma en 12 (17.14%) participanten hadden een universitair diploma. Om een interactie tussen het opleidingsniveau en de deelname aan het screeningsonderzoek baarmoederhalskanker na te gaan, werd er een chi-kwadraattoets uitgevoerd. Deze toonde een significant verband tussen een hoger diploma en tijdige deelname aan het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker, Chi^2 (6, N = 70) = 15.010, p = .020.

Om een inschatting te maken van het verband tussen een gezonde levensstijl en de deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, werd er gevraagd naar het rookgedrag, de hoeveelheid lichaamsbeweging op een wekelijkse basis en werd de body mass index (BMI) berekend. 6 (8.57%) participanten waren een actieve roker. Het aandeel rokende vrouwen was significant groter in de groepen B en C, Chi^2 (2, N = 70) = 6.796, p = .033.

De wekelijkse hoeveelheid lichaamsbeweging werd verdeeld in meer of minder dan 2 keer per week 30 minuten. 21 (30%) participanten gaven aan minder dan 2 keer per week 30 minuten te sporten. Er werd geen significant verband gevonden tussen de hoeveelheid lichaamsbeweging en de screeningsparticipatie, Chi^2 (2, N = 70) = 2.780, p = .249. Op basis van het zelf gerapporteerd gewicht en de lengte werd de BMI van de participanten berekend (tabel 3). Omdat de variantie van de BMI niet homogeen verdeeld was, zoals beoordeeld door de Levene's-test, werd de Kruskal-Wallis test, een niet-parametrisch alternatief voor de ANOVA test, gebruikt om de verschillen in BMI tussen de drie groepen te onderzoeken. Dit bleek statistisch significant te zijn, hoe hoger de BMI, hoe minder tijdige deelname aan het screeningsonderzoek, H (2) = 6.513, p = .039.

Tabel 3: gemiddelde berekende BMI van de verschillende groepen

Laatste uitstrijkje	N	Gemiddelde	SD
< 3 jaar geleden	53	26	4.640
≥ 3 en ≤ 5 jaar geleden	7	31	5.815
> 5 jaar geleden	10	29	6.782

Een familiale voorgeschiedenis van baarmoederhalskanker werd gerapporteerd door 4 (5.88%) vrouwen. Er werd geen significant verband waargenomen tussen de familiale voorgeschiedenis van baarmoederhalskanker en deelname aan het screeningsonderzoek, Chi^2 (2, N = 68) = 1.553, p =.460.

5 (7.46%) vrouwen gaven aan in het verleden een seksueel overdraagbare aandoening doorgemaakt te hebben. Analyse toonde geen significante relatie tussen de voorgeschiedenis van seksueel overdraagbare aandoeningen en de deelname aan het bevolkingsonderzoek, Chi^2 (2, N = 67) = 1.208, p =.547.

Verder werd de deelname aan het screeningsonderzoek voor borstkanker bevraagd. 6 (8.57%) vrouwen hadden de afgelopen twee jaar geen mammografie laten uitvoeren. In groep B en C, werd significant meer laattijdige deelname aan het bevolkingsonderzoek borstkanker waargenomen, Chi^2 (2, N = 70) = 15.918, p = <.001. Dit verband werd echter niet geobserveerd bij laattijdige deelname aan het screeningsonderzoek voor darmkanker, Chi^2 (2, N = 70) = 1.037, p = .595. 13 (18.47%) vrouwen hadden de afgelopen twee jaar geen iFOB-test laten uitvoeren.

20 (29.41%) vrouwen gaven aan door hun huisarts herinnerd te worden aan het uitstrijkje. Er was geen significant verband tussen deelname aan baarmoederhalskankerscreening en de herinnering door de huisarts, Chi^2 (2, N = 68) = 1.265, p = <.531.

Er werd gepolst naar het aantal contacten dat de participanten het afgelopen jaar met de huisarts hebben gehad. 9 (13.23%) vrouwen geven aan de huisarts niet gezien te hebben het afgelopen jaar, 27 (39.70%) vrouwen zouden 1-2 contacten hebben gehad en 32 (47.05%) vrouwen drie of meer contacten. Het aantal contacten met de huisarts was niet geassocieerd aan de deelname aan screening voor baarmoederhalskanker, Chi^2 (2, N = 68) = 1.374, p = <.849.

Wanneer er gepolst werd naar de voorkeur voor de hulpverlener die het uitstrijkje afneemt, geven 50 (73.52%) deelnemers aan dit liefst door de huisarts te laten doen, 18 (26.47%) deelnemers zeggen geen voorkeur te hebben en 0 verkiezen de gynaecoloog. Er is geen associatie met de screeningsparticipatie, Chi^2 (2, N = 68) = 0.757, p = <.685.

De mogelijkheid om in de toekomst een zelfafnametest voor HPV te doen werd besproken en bevraagd. Globaal gaven 35 (51.47%) vrouwen aan meer geneigd te zijn om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek moest dit aan de hand van een zelfafnametest mogelijk zijn. In groep A bedroeg dit 38.46% en in groep B en C respectievelijk 85.71% en 100%. Bij de vrouwen die de afgelopen drie jaar geen uitstrijkje lieten afnemen was er een duidelijke voorkeur voor de zelfafnametest welke significant verschillend was in vergelijking met de groep vrouwen die wel tijdig deelnamen aan het bevolkingsonderzoek, Chi^2 (2, N = 68) = 15.295, p = <.001.

De deelnemers kregen acht vragen dewelke polsten naar hun kennis over baarmoederhalskanker, de risicofactoren en het bevolkingsonderzoek in het algemeen. Van elke participant werd er een score van 0 tot en met 8 berekend op basis van het aantal juiste antwoorden (tabel 4).

Tabel 4 gemiddelde score op de kennis vragen van de verschillende groepen

Laatste uitstrijkje	N	Gemiddelde score op 8	SD
< 3 jaar geleden	53	7.132	0.878
≥ 3 en ≤ 5 jaar geleden	7	6.571	0.787
> 5 jaar geleden	10	6.400	1.430

Om een idee te krijgen over het verband tussen deze kennis en hun deelname aan het screeningsonderzoek baarmoederhalskanker, werd er een ANOVA test uitgevoerd waarbij de drie groepen werden vergeleken. Deze toonde aan dat er geen significant verschil was in kennis tussen de verschillende groepen, F (2,67) = 3.009, p < .052. 30 vrouwen dachten niet dat het HPV-virus seksueel overdraagbaar is, dit was de meest foutief beantwoordde stelling. Respectievelijk 5 en 3 vrouwen

dachten dat baarmoederhalskanker voornamelijk bij jonge vrouwen voorkomt en dat vrouwen die niet seksueel actief zijn zich niet hoeven te laten testen.

Tot slot werd er gekeken naar persoonlijke opvattingen in verband met het bevolkingsonderzoek. De subjectieve uitspraken waarbij de vrouwen het vaakst aangaven het mee eens of het volledig mee eens te zijn, waren in aflopende volgorde (tabel 5): “Ik heb eerder ongemak ervaren tijdens het onderzoek of ik ben bang dat ik ongemak zal ervaren tijdens het onderzoek.”; “Ik heb eerder pijn ervaren tijdens het onderzoek of ik ben bang dat ik pijn zal ervaren tijdens het onderzoek.”; “Ik voel me verlegen wanneer ik nadenk over het onderzoek.”; “Het is er nog niet van gekomen om een afspraak te maken.”; “Ik ben bang voor een slecht resultaat.”; “Ik heb in het verleden een onaangename ervaring gehad met het onderzoek.” en “Ik denk dat ik weinig risico loop op baarmoederhalskanker.”. Respectievelijk gaven 19, 17, 17, 15, 14, 13 en 12 vrouwen aan het met bovenstaande uitspraken eens of volledig eens te zijn. Opvallend was wel dat de meerderheid van de vrouwen het oneens was met deze uitspraken. Er werd minder ingestemd met de overige uitspraken: “Ik ben bang van het onderzoek zelf.”; “Ik ben seksueel misbruikt in het verleden.”; “Ik heb geen tijd om een afspraak te maken.”. Met bovenstaande uitspraken gaven respectievelijk 8, 7 en 5 vrouwen aan het eens of volledig eens te zijn.

Tabel 5: subjectieve parameters

	Volledig mee oneens			Mee oneens			Mee eens			Volledig mee eens		
	A*(N)	B**	C***	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Ik ben bang voor een slecht resultaat												
	28	4	2	14	2	4	8	1	3	2	0	0
Ik ben bang van het onderzoek zelf												
	32	5	4	15	1	3	4	1	1	1	0	1
Ik heb eerder ongemak ervaren												
	24	3	4	16	1	1	10	1	1	2	2	3
Ik heb eerder pijn ervaren tijdens het onderzoek of ik ben bang dat ik pijn zal ervaren tijdens het onderzoek												
	24	2	4	15	3	3	11	1	0	2	1	2
Ik voel me verlegen wanneer ik nadenk over het onderzoek												
	26	3	1	17	2	2	9	0	2	0	2	4
Ik heb geen tijd om een afspraak te maken												
	32	2	1	17	4	7	3	1	1	0	0	0
Het is er nog niet van gekomen om een afspraak te maken												
	34	2	0	14	2	1	4	3	5	0	0	3
Ik heb in het verleden een onaangename ervaring gehad met het onderzoek												
	28	3	4	16	2	2	5	1	2	3	1	1
Ik ben seksueel misbruikt in het verleden												
	38	6	5	9	1	2	3	0	2	2	0	0
Ik denk dat ik weinig risico loop op baarmoederhalskanker												
	25	4	1	21	1	4	6	1	2	0	1	2

*A: laatste uitstrijkje < 3 jaar geleden; ** B: laatste uitstrijkje ≥ 3 en ≤ 5 jaar geleden; ***C: laatste uitstrijkje > 5 jaar geleden

Discussie

Uit dit onderzoek blijkt dat vrouwen die een lager opleidingsniveau hebben minder of niet deelnemen aan baarmoederhalskankerscreening. Hoe hoger het diploma, hoe meer vrouwen zich tijdig laten screenen op baarmoederhalskanker. Een Nederlandse studie zag deze associatie ook en opperde dat de kostprijs van eventuele vervolgonderzoeken hierin mogelijks een rol speelt; ervan uitgaande dat een lager diploma ook een lagere sociale klasse inhoudt en bijgevolg minder financiële mogelijkheden. Hoewel het screeningsonderzoek in Nederland, net zoals in België gratis is, zijn de eventuele vervolgonderzoeken bij een afwijkend resultaat dit niet (7). Een andere studie spreekt dit veronderstelde verband tussen het educatieniveau en de sociale klasse echter tegen aangezien de socio-economische status door veel meer factoren beïnvloed wordt (12). Studies uit Zweden, Finland en Malta keken ook naar de associatie tussen het educatieniveau en de deelname aan cervixkanker screeningsonderzoek, waarbij twee studies ook een significante associatie terugvonden tussen participatie en het educatieniveau. Volgens deze studies speelt vooral gezondheidsgeletterdheid een bepalende rol in dit verband (4,6,9). Gezondheidsgeletterdheid wordt gedefinieerd als het vermogen van een persoon om informatie over (zijn) gezondheid te begrijpen zodat hij zijn gezondheid kan behouden en verbeteren. Deze gezondheidsgeletterdheid wordt bepaald door iemands educatieniveau, cultuur en ervaringen (16). Een meta-analyse uit Malta zag een positieve associatie tussen het educatieniveau en de kennis over de symptomen van cervixkanker, wat volgens hun ook te maken heeft met de gezondheidsgeletterdheid (17).

De kennis over baarmoederhalskanker(screening) was lager bij vrouwen die laattijdig waren met hun uitstrijkje, dit verband was echter niet significant. Dit opnieuw in tegenstelling tot de studie van Hansen et al. bij vrouwen onder de 45 jaar (12). Het kennisniveau ligt echter zeer hoog. In onze studiepopulatie heeft 64,28% een diploma hoger onderwijs of universitair diploma. Het Vlaamse gemiddelde bij vrouwen tussen 55 en 64 jaar is 23% (18). In vergelijking met het gemiddelde onderwijsniveau van een Vlaamse vrouw in deze leeftijdscategorie zien we dat onze populatie beduidend hoger opgeleid is en onze steekproef is daardoor niet-representatief. Gezien het hoge kennisniveau is het moeilijk om significante resultaten te bekomen.

Een lagere participatiegraad werd gezien bij vrouwen die roken, minder aan lichaamsbeweging doen en een hogere BMI hebben. Alleen bij roken en een hogere BMI kon een significante associatie aangetoond worden, zoals reeds in andere studies werd bevestigd (12,19)**.** Mogelijks ervaren vrouwen met een hogere BMI meer schaamte of discomfort ervaren tijdens een gynaecologisch onderzoek en daarom minder deelnemen aan het screeningsonderzoek baarmoederhalskanker.

Ons onderzoek toonde verder aan dat vrouwen die laattijdig een uitstrijkje lieten afnemen ook minder deelnemen aan het bevolkingsonderzoek voor borstkanker. Men zou kunnen redeneren dat deze groep vrouwen globaal minder deelneemt aan preventieve onderzoeken. Een lagere participatie voor het screeningsonderzoek voor darmkanker werd echter niet waargenomen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat het zelf afnemen van een stoelgangstaal gepaard gaat met minder praktische en/of persoonlijke drempels in vergelijking met het laten afnemen van een uitstrijkje of een mammografie.

Vlaamse cijfers toonden aan dat in 2018 de participatie opmerkelijk lager lag in de oudere leeftijdsgroep van 55 tot 64 jaar in vergelijking met jongere groepen, maar dit rapport leerde ons niets bij over de verschillen binnenin de groep van vrouwen tussen de 55 en 64 jaar (8). Een Duitse prospectieve cohortstudie uit 2008 toonde een significant verband tussen de leeftijdsgroep en hun deelname, waarbij de groep die nooit of slechts één keer een uitstrijkje hadden laten uitvoeren in de

opvolgperiode van 8 jaar, significant vaker tot de oudste groep behoorden dan tot de jongere groepen. Belangrijk om hierbij te vermelden is echter dat de follow-up kort was en dat de groepen ook onevenredig verdeeld waren met tweemaal meer jongere dan oudere vrouwen (20). Onderzoek uit Noorwegen toonde aan dat oudere vrouwen, in dit onderzoek echter maximum 45 jaar, significant meer afhankelijk waren van een herinnering aan hun uitstrijkje. Dit kan zijn omdat ze weten dat deze herinnering volgt en ze hier bijgevolg op gaan wachten in plaats van zelf al initiatief te nemen om een afspraak te maken. Verder kan het ook zijn dat oudere vrouwen denken dat ze minder vatbaar zijn voor SOA en dus minder gevaar lopen op cervixkanker en daardoor hun uitstrijkjes uitstellen (12). Ten slotte zijn er ook oudere vrouwen die aangeven dat het inplannen van een gynaecologisch onderzoek meer vanzelfsprekend was toen ze jonger waren, omdat ze meer geldige redenen hadden voor een gynaecologisch onderzoek als jongere vrouw, en er dus minder schaamte rondhing (21).

Dit onderzoek weerhield geen significant verband tussen de burgerlijke staat van de vrouwen en hun participatiegraad. Ditzelfde gold voor het al dan niet hebben van (biologische) kinderen. Een Noorse studie toonde wel aan dat single, gescheiden of weduwe vrouwen minder participeerden dan getrouwde vrouwen en dat vrouwen die ooit bevallen zijn vaker deelnamen aan de screening dan vrouwen die niet bevallen waren. Hier werd echter een jongere leeftijdsgroep van 25 tot 45 jaar geïncludeerd (12). Ook Duitse en Zweedse data bevestigd dat getrouwde vrouwen zich meer laten screenen dan niet-getrouwde vrouwen. (12). Mogelijks zijn gescheiden of single vrouwen minder in aanraking gekomen met verloskundige en gynaecologisch zorg, waardoor ze om dezelfde reden, een lagere participatie kennen.

Er valt te verwachten dat vrouwen die frequenter contact hebben met hun huisarts ook meer waarschijnlijk in orde zijn met hun uitstrijkje net omdat de huisarts hen hieraan herinnert. Dit zagen we echter niet terug in de resultaten. Gezien de vaak nauwe arts-patiëntrelatie is de huisarts de ideale zorgverlener om deze groep vrouwen te motiveren. Een algemene herinneringsbrief uitgestuurd door de huisarts kan de participatie verhogen (7,22). 73,52% vrouwen gaven aan een voorkeur te hebben om het uitstrijkje te laten afnemen door de huisarts. Dit komt niet overheen met de vaststelling dat ongeveer 85% van de uitstrijkjes afgenomen wordt door de gynaecoloog (8). Dit kan verklaard worden doordat patiënten niet steeds op de hoogte zijn dat de huisarts ook uitstrijkjes kan afnemen.

Persoonlijke drempels waar de meeste vrouwen zich in konden vinden waren het ongemakkelijk en/of pijnlijk zijn van het onderzoek. Vaginale atrofie ten gevolge van hormonale veranderingen bij postmenopauzale vrouwen kan aanleiding geven tot een pijnlijker of minder aangenaam onderzoek en op die manier mogelijks bijdragen tot een verminderde deelname op oudere leeftijd. Daarnaast kan het zijn dat de vrouwen zich ongemakkelijker voelen omwille van hun verouderde lichaam en daardoor het gynaecologisch onderzoek vermijden. De meerderheid van de vrouwen ervaarde de aangehaalde drempels echter niet, wat te verwachten valt gezien de studiepopulatie grotendeels bestaat uit vrouwen die wel tijdig hun uitstrijkje laten afnemen.

Onze studie toont aan dat non-compliante vrouwen meer geneigd zijn om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek wanneer de screening kan gebeuren met een zelfafnametest voor de opsporing van HPV. In België wordt er standaard gebruikgemaakt van screening aan de hand van cytologisch onderzoek. Onder andere in Nederland en Australië wordt er sinds enkele jaren daarentegen gebruikgemaakt van het opsporen van HPV-DNA. Het grootse voordeel hiervan is dat dit kan gebeuren aan de hand van een urinestaal of vaginale wisser die de vrouw zelf kan afnemen. De opsporing van HPV-DNA met behulp van een zelfafname is even accuraat als afname door een zorgverlener en het rechtstreeks opsturen van dit zelfafnamemateriaal naar vrouwen thuis geeft aanleiding tot een hogere participatiegraad in vergelijking met uitnodigingsbrieven voor het reguliere uitstrijkje bij vrouwen die onder gescreend zijn (23). Ook in onze studie gaven de vrouwen die zich niet of laattijdig laten screenen

met behulp van het reguliere uitstrijkje aan meer geneigd te zijn om deel te nemen aan het screeningsonderzoek indien dit kon aan de hand van een zelfafnametest. Een Vlaamse studie uit 2018 toonde aan dat 20% van de vrouwen ouder dan 50 jaar die niet deelnamen aan het bevolkingsonderzoek wel een HPV-zelfafnametest terugstuurde. Men zag dat de deelname aan de zelfafnametest het hoogst lag bij de oudste leeftijdsgroepen (24). Het opsturen van een zelfafnametest naar onder gescreende vrouwen van 55-64 jaar kan dus zeker nuttig zijn om de participatie te verhogen en persoonlijke drempels zoals ongemak en pijn bij het onderzoek te verlagen.

Een eerste beperking van deze studie is dat het een cross-sectionele studie bedraagt en er dus geen conclusies rond causaliteit kunnen genomen worden. Daarnaast wordt er gebruikgemaakt van zelf gerapporteerde deelname aan het bevolkingsonderzoek en kan dit aanleiding hebben gegeven tot overrapportage omwille van sociaal wenselijke antwoorden en recall bias. Gezien het vrijwillige aspect van deelname aan deze studie zijn de personen die de vragenlijst invullen vaak meer geneigd om deel te nemen aan het screeningsonderzoek. Er moet dus rekening gehouden worden met participatiebias en daarmee samenhangend non-respons bias. In verder onderzoek zouden ook de moeilijker te bereiken bevolkingsgroepen gerekruteerd moeten worden. Het opstellen van een vragenlijst in het Engels en Frans is, zoals gebleken uit onze studie, onvoldoende. Niet onbelangrijk zijn verder nog de kleine studiepopulatie en de variantie in grootte tussen de verschillende groepen vrouwen.

Naast deze beperkingen biedt onze studie ook enkele voordelen. Zo is een cross-sectionele studie heel geschikt als basis voor het genereren van hypothesen voor toekomstig onderzoek, waarbij gerichtere longitudinale studies kunnen worden uitgevoerd om causale verbanden te onderzoeken. Bovendien is een cross-sectioneel onderzoek tijds- en kosteneffectief en zorgt het verzamelen van gegevens via een anonieme enquête voor een hoge betrouwbaarheid, zeker bij gevoelige onderwerpen. Ten slotte was onze studie de eerste die dit onderwerp onderzocht bij Vlaamse vrouwen in deze leeftijdscategorie.

Conclusie

Niet- of laattijdige deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker vertoont een associatie met een lager opleidingsniveau, roken, een hogere BMI en het niet of laattijdig deelnemen aan het bevolkingsonderzoek voor borstkanker. Non-compliante vrouwen geven aan meer geneigd te zijn om deel te nemen wanneer de screening kan plaatsvinden met een zelfafnametest voor de opsporing van HPV. Deze bevindingen bieden aanknopingspunten voor het verhogen van de participatiegraad bij vrouwen tussen 55 en 64 jaar. Het benadrukken van de voordelen van zelfafname als screeningsmethode kan een effectieve strategie zijn om de betrokkenheid van deze specifieke leeftijdsgroep te vergroten. Het begrijpen van factoren die verband houden met deelname en de acceptatie van alternatieve screeningstechnieken is van cruciaal belang bij het ontwikkelen van gerichte interventies om de participatie in baarmoederhalskankerscreening te bevorderen.

Referenties

1. Fact Sheet Cervical Cancer [Internet]. World Health Organisation; 17 november 2023 [Geraadpleegd op 22 december 2023]. Beschikbaar via https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer

2. Cancer fact sheet, Cervical Cancer, Incidence year 2019 [Internet]. Belgian Cancer Registry; 2021 [geraadpleegd op 23 februari 2022]. Beschikbaar via https://kankerregister.org/Cancer_Fact_Sheets

3. Marlow LAV, Wardle J, Waller J. Understanding cervical screening non-attendance among ethnic minority women in England. Br J Cancer. 2015;113(5):833–9.

4. Wang J, Andrae B, Sundström K, Ploner A, Ström P, Elfström KM, et al. Effectiveness of cervical screening after age 60 years according to screening history: Nationwide cohort study in Sweden. PLoS Med. 2017;14(10):1–17.

5. Marlow L, McBride E, Varnes L, Waller J. Barriers to cervical screening among older women from hard-to-reach groups: A qualitative study in England 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. BMC Womens Health. 2019;19(1):1–10.

6. Deguara M, Calleja N, England K. Cervical cancer and screening: Knowledge, awareness and attitudes of women in Malta. J Prev Med Hyg. 2021;61(4):E584–92.

7. Bongaerts THG, Büchner FL, Middelkoop BJC, Guicherit OR, Numans ME. Determinants of (non-)attendance at the Dutch cancer screening programmes: A systematic review. J Med Screen. 2019;

8. Centrum voor Kankeropsporing - Belgian Cancer Registry. Jaarrapport Bevolkingsonderzoeken naar kanker 2021. België: 2022. 82 p.

9. Virtanen A, Anttila A, Luostarinen T, Malila N, Nieminen P. Improving cervical cancer screening attendance in Finland. Int J Cancer. 2015;136(6):E677–84.

10. Ekechi C, Olaitan A, Ellis R, Koris J, Amajuoyi A, Marlow LAV. Knowledge of cervical cancer and attendance at cervical cancer screening: A survey of Black women in London. BMC Public Health. 2014;14(1):1–9.

11. Kim K, Han HR. The Association Between Health Literacy and Breast and Cervical Cancer Screening Behaviors: Findings From the Behavioral Risk Factor Surveillance System. Nurs Res. 2019;68(3):177–88.

12. Hansen BT, Hukkelberg SS, Haldorsen T, Eriksen T, Skare GB, Nygård M. Factors associated with non-attendance, opportunistic attendance and reminded attendance to cervical screening in an organized screening program: A cross-sectional study of 12,058 Norwegian women. BMC Public Health. 2011;11(1):264.

13. Petkeviciene J, Ivanauskiene R, Klumbiene J. Sociodemographic and lifestyle determinants of non-attendance for cervical cancer screening in Lithuania, 2006–2014. Public Health. 2018;156:79–86.

14. Ryan M, Marlow L, Waller J. Socio-demographic correlates of cervical cancer risk factor knowledge among screening non-participants in Great Britain. Prev Med (Baltim). 2019;125(April):1–4.

15. Bukowska-Durawa A, Luszczynska A. Cervical cancer screening and psychosocial barriers

perceived by patients. A systematic review. Wspolczesna Onkol. 2014;18(3):153–9.

16. Rondia K, Adriaenssens J, Van Den Broucke S, Kohn L. Health Literacy: What Lessons Can Be Learned From the Experiences of Other Countries? Kce. 2020;Report 322.

17. Damiani G, Basso D, Acampora A, Bianchi CBNA, Silvestrini G, Frisicale EM, et al. The impact of level of education on adherence to breast and cervical cancer screening: Evidence from a systematic review and meta-analysis. Prev Med (Baltim). 2015;81:281–9.

18. Statistiek Vlaanderen. Bevolking naar onderwijsniveau (scholingsgraad) [Internet]. Statistiek Vlaanderen. 2023 [geraadpleegd op 22 januari 2024]. Beschikbaar via https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/onderwijs-en-vorming/bevolking-naar-onderwijsniveau-scholingsgraad

19. Petkeviciene J, Ivanauskiene R, Klumbiene J. Sociodemographic and lifestyle determinants of non-attendance for cervical cancer screening in Lithuania, 2006–2014. Public Health. 2018;156:79–86.

20. Seidel D, Becker N, Rohrmann S, Nimptsch K, Linseisen J. Socio-demographic characteristics of participation in the opportunistic German cervical cancer screening programme: Results from the EPIC-Heidelberg cohort. J Cancer Res Clin Oncol. 2009;135(4):533–41.

21. Aasbø G, Solbrække KN, Waller J, Tropé A, Nygård M, Hansen BT. Perspectives of non-attenders for cervical cancer screening in Norway: A qualitative focus group study. BMJ Open. 2019;9(8).

22. Mullins RM. Can older women be motivated to attend for their final Papanicolaou tests? The use of targeted and general personalised reminder letters. Cancer Epidemiol. 2009;33(3–4):306–8.

23. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: Updated meta-analyses. BMJ. 2018;363.

24. Kellen E, Benoy I, Vanden Broeck D, Martens P, Bogers JP, Haelens A, et al. A randomized, controlled trial of two strategies of offering the home-based HPV self-sampling test to non-participants in the Flemish cervical cancer screening program. Int J Cancer. 2018;143(4):861–8.

Dankwoord

Om te beginnen willen we onze promotor Prof. Dr. Birgitte Schoenmaekers en co-promotor Dr. Sabine Van Baelen bedanken voor de ondersteuning tijdens het tot stand brengen van onze masterproef. We konden steeds terecht met vragen en ontvingen telkens spoedig een antwoord. Dit onderzoek zou geen waarde hebben zonder de responses bekomen via onze vragenlijst. Onze dankbaarheid gaat uit naar alle vrouwen die hun tijd hebben genomen om deze in te vullen. We begrijpen dat sommige onderwerpen die werden aangehaald gevoelig konden liggen en weten dat hier open over zijn geen evidentie is. Tot slot zijn we onze familie en vrienden dankbaar voor de steun die ze ons de afgelopen drie jaar hebben gegeven.

Bijlage 1: goedkeuring ethische commissie

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

Ons kenmerk: MP022063
Uw kenmerk: Masterproef studie: Participatie aan baarmoederhalskankerscreening bij 55-plussers **Leuven,** 21-12-2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Professor Birgitte Schoenmakers
Geachte Julie Cottem, Inde Geerts

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 21-12-2022

Deze masterproef betreft een prospectief onderzoek naar de (niet)deelname aan screening voor baarmoederhalskanker bij 55+'ers in Vlaanderen. Gemaakte opmerkingen zijn goed verwerkt. Er zijn geen bezwaren tegen de studie.

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

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

Dit gunstig advies betreft de indiening van 21-12-2022 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

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

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

Met vriendelijke groet,

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

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

Bijlage 2: vragenlijst

2.1. Nederlandstalige versie

Vraag 1	Wat is uw leeftijd?
	...
Vraag 2	Woont u momenteel in Vlaanderen?
	Ja; Nee
Vraag 3	Wat is uw gezinssituatie?
	Getrouwd/samenwonend; Gescheiden/weduwe; Alleenstaande.
Vraag 4	Heeft u biologische kinderen?
	Ja; Nee.
Vraag 5	Wat is uw geboorteland?
	…
Vraag 6	Hoe goed beheerst u de Nederlandse taal?
	Moedertaal; Zeer goed; Goed; Basis; Niet
Vraag 7	Wat is uw hoogst behaalde diploma?

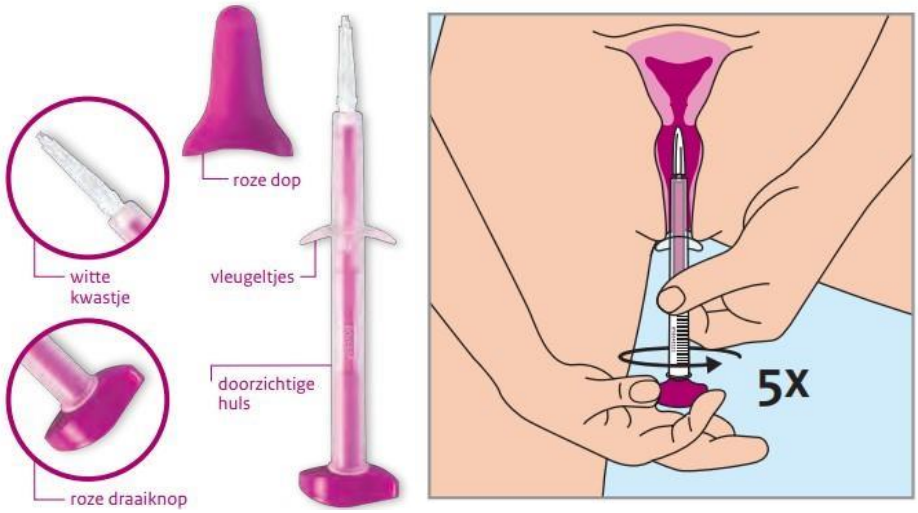
	Lager onderwijs; Middelbaar onderwijs; Hogeschool; Universiteit.
Vraag 8	Rookt u dagelijks?
	Ja; Nee.
Vraag 9	Hoeveel fysieke activiteit doet u gemiddeld per week?
	Meer dan 30 min 2x per week; Minder dan 30 min 2x per week.
Vraag 10	Wat is uw lengte en gewicht?
	... → *BMI-berekening*
Hierna stellen we u enkele vragen om te peilen naar uw kennis over baarmoederhalskanker en het screeningsonderzoek. Deze vragen worden gesteld aan de hand van stellingen die zowel juist als onjuist kunnen zijn.	
Vraag 11a	Baarmoederhalskanker komt voornamelijk bij jonge vrouwen voor.
	Juist; **Onjuist.**
Vraag 11b	Baarmoederhalskanker wordt meestal veroorzaakt door een virus (HPV).
	Juist; Onjuist.
Vraag 11c	Het virus (HPV) is een seksueel overdraagbare aandoening (SOA).

	Juist; Onjuist.
Vraag 11d	Een vrouw die momenteel niet seksueel actief is, kan geen baarmoederhalskanker krijgen.
	Juist; **Onjuist.**
Vraag 11e	Een vrouw zonder symptomen hoeft zich niet te laten screenen op baarmoederhalskanker.
	Juist; **Onjuist.**
Vraag 11f	Met behulp van het uitstrijkje worden er soms voorlopers van baarmoederhalskanker gevonden. Deze voorlopers zijn te genezen.
	Juist; Onjuist.
Vraag 11g	In België wordt een baarmoederhalsuitstrijkje driejaarlijks aanbevolen vanaf 25 jaar tot en met 64 jaar
	Juist; Onjuist.
Vraag 11h	Ook transgender vrouwen (MTF) waarbij de baarmoederhals nog aanwezig is, moeten zich laten screening op baarmoederhalskanker
	Juist; Onjuist.
Nu volgen er enkele vragen in verband met uw screeningsgedrag.	
Vraag 12	Heeft u een voorgeschiedenis van baarmoederhalskanker?

	Ja → einde van de vragenlijst; Nee.
Vraag 13	Heeft u momenteel nog een baarmoeder?
	Nee → einde van de vragenlijst; Ja.
Vraag 14	Is er iemand in uw familie met baarmoederhalskanker?
	Ja; Nee; Weet ik niet.
Vraag 15	Heeft u ooit een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) gehad?
	Ja; Nee; Weet ik niet.
Vraag 16	Heeft u de afgelopen 2 jaar deelgenomen aan het screeningsonderzoek voor borstkanker (mammografie)?
	Ja; Nee.

Vraag 17	Heeft u de afgelopen 2 jaar deelgenomen aan het screeningsonderzoek voor darmkanker (iFOBT)?
	Ja; Nee.
Vraag 18	Heeft u de afgelopen 3 jaar deelgenomen aan het screeningsonderzoek voor baarmoederhalskanker (uitstrijkje)?
	Nee → vraag 19; Ja → vraag 20.

Vraag 19	Wanneer werd bij u voor het laatst een uitstrijkje afgenomen?
	Laatste uitstrijkje was minder dan 5 jaar geleden; Laatste uitstrijkje was meer dan 5 jaar geleden; Ik heb nog nooit een uitstrijkje laten afnemen.
Vraag 20	Sinds welke leeftijd doet u mee aan het baarmoederhalskanker bevolkingsonderzoek?
	…
Vraag 21	Geef aan in welke mate de volgende uitspraken van toepassing zijn bij het al dan niet deelnemen aan cervixkankerscreening? Geef een score van 1 tot 5, met: 1: volledig mee oneens, 2: oneens, 3: neutraal, 4: mee eens en 5: volledig mee eens.
	Ik ben bang voor een slecht resultaat; Ik ben bang van het onderzoek zelf; Ik heb eerder ongemak ervaren tijdens het onderzoek of ik ben bang dat ik ongemak zal ervaren tijdens het onderzoek; Ik heb eerder pijn ervaren tijdens het onderzoek of ik ben bang dat ik pijn zal ervaren tijdens het onderzoek; Ik voel me verlegen wanneer ik nadenk over het onderzoek; Ik heb geen tijd om een afspraak te maken; Het is er nog niet van gekomen om een afspraak te maken; Ik heb in het verleden een onaangename ervaring gehad met het onderzoek;
	Ik ben seksueel misbruikt in het verleden; Ik denk dat ik weinig risico loop op baarmoederhalskanker.

Vraag 22	Herinnert de huisarts u aan uw uitstrijkje?
	Ja; Nee.
Vraag 23	Hoe vaak heeft u uw huisarts het afgelopen jaar bezocht?
	Niet; 1-2 keer; 3 keer of meer.
Vraag 24	Heeft u een voorkeur om het uitstrijkje te laten uitvoeren door de huisarts of door een gynaecoloog?
	Huisarts; Gynaecoloog; Geen voorkeur.
Vraag 25	De volgende vraag gaat over de zelfafnametest. Dit is een test waarbij u zelf wat slijm afneemt uit uw vagina met een borsteltje, dit wordt nagekeken op de aanwezigheid van een virus (HPV). Deze test is er voor vrouwen die het moeilijk vinden om een uitstrijkje te laten afnemen bij de huisarts.  *[bron: https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker/zelfafnameset]* Wanneer het virus opgespoord wordt, moet er nadien nog wel een uitstrijkje worden afgenomen door een arts.

	Indien u de optie zou hebben om dit onderzoek zelf te doen, zou u dan meer geneigd zijn om deel te nemen aan het screeningsonderzoek voor baarmoederhalskanker?
	Ja; Nee.
Einde	Bedankt voor uw deelname. Heeft u opmerkingen over dit onderzoek en/of deze vragenlijst?

2.2. English version

Question 1	What is your age?
	...
Question 2	Do you currently live in Flanders?
	Yes; No
Question 3	What is your family situation?
	Married or living together; Divorced or widow; Single.
Question 4	Do you have biological children?
	Yes; No.
Question 5	What is your country of birth?

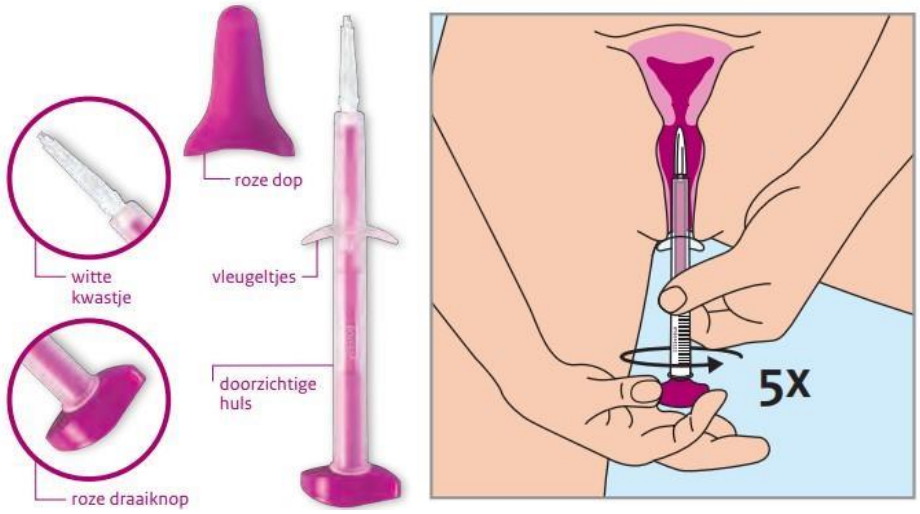
	…
Question 6	How well do you master the Dutch language?
	Mother language, Very good; Good; Basic; Not
Question 7	What is your highest level of education?
	Primary school; Secondary school; University of applied science (“Hogeschool”); University
Question 8	Do you smoke daily?
	Yes; No
Question 9	How often do you exercise?
	More than 30 minutes 2 times a week; Less than 30 minutes 2 times a week
Question 10	What is your current weight and how tall are you?
	… → BMI calculation
Next we will assess your knowledge about cervical cancer and the screening test on the basis of statements that can be either true or false.	
Question 11a	Cervical cancer occurs mainly in young women.

	True; **False**.
Question 11b	Cervical cancer is usually caused by a virus (HPV).
	True; False.
Question 11c	The virus (HPV) is a sexually transmitted disease (STD).

	True; False.
Question 11d	A woman who is not currently sexually active cannot get cervical cancer.
	True; **False**.
Question 11e	A woman without symptoms does not need to be screened for cervical cancer.
	True; **False**.
Question 11f	Early stages of cervical cancer, which can be detected through screening, are treatable.
	True; False.
Question 11g	In Belgium a cervical smear is recommended every three years from age 25 until age 64.
	True; False.

Question 11h	Transgender women (MTF) in which the cervix is still present must also be screened for cervical cancer.
	True; False.
Next some questions follow regarding your screening behaviour.	
Question 12	Do you have a history of cervical cancer?
	Yes → end of the survey; No.
Question 13	Do you still have a uterus?
	Yes; No → end of the survey
Question 14	Is there a family history of cervical cancer?
	Yes; No; I don't know
Question 15	Have you ever had a sexually transmitted disease (STD)?
	Yes; No; I don't know
Question 16	Have you participated in breast cancer screening (mammography) in the past 2 years?
	Yes; No
Question 17	Have you participated in the bowel cancer screening program (iFOBT) in the past 2 years?
	Yes; No

Question 18	Have you participated in the cervical cancer screening test (pap smear) in the past 3 years?
	Yes → question 20; No → question 19
Question 19	When was your last pap smear taken?
	Last pap smear was less than 5 years ago; Last pap smear was more than 5 years ago; I have never had a pap smear taken.
Question 20	Since what age do you participate in the cervical cancer population screening?
	…
Question 21	Please indicate to what extent the following sentences apply to whether or not you (will) participate in cervical cancer screening? Possible answers: strongly disagree, disagree, neither agree or disagree, agree, and strongly agree.
	I am scared of a bad outcome; I am scared of the test procedure itself;
	I experienced discomfort during the test procedure in the past or I am afraid that I will experience discomfort during the test procedure; I experienced pain during the test procedure in the past or I am afraid that I will experience pain during the test procedure; I feel embarrassment when I think about the procedure; I don't have time to make an appointment; I meant to make an appointment, but I didn't get round to it; I have a bad experience with the test procedure in the past; I have a history of sexual abuse; I do not believe I am at risk; screening is not necessary for me.
Question 22	Does your family doctor remind you of the pap smear?
	Yes; No

Question 23	How often did you visit your family doctor in the last year?
	0; 1-2 time(s); 3 times or more
Question 24	Do you prefer having your pap smear taken by your GP or your gynaecologist?
	Family doctor; gynaecologist; No preference.
Question 25	The next question is for a self sampling test. This is a test in which you take mucus from your vagina yourself, which is checked for the presence of a virus (HPV). This test is for women who have difficulty getting a PAP smear done at the doctor's office.
	 *[Source: https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker/zelfafnameset]* When the virus is detected, a PAP smear should be taken by a doctor afterwards. If you had the option to do this procedure by yourself, would you be more inclined to participate in the cervical cancer screening study?
	Yes; No
The end	Thank you for your participation. Do you have any comments about this study and/or this questionnaire?
	…

2.3. Version française

Question n° 1	Quel âge avez-vous ?
	…
Question n° 2	A ce moment, habitez-vous en Flandre ?
	Oui ; Non.
Question n° 3	Quel est votre état civil ?
	Mariée ou vivant ensemble ; Divorcée ou veuve ; Célibataire.
Question n° 4	Avez-vous des enfants biologiques ?
	Oui ; Non.
Question n° 5	Quel est votre pays de naissance ?
	…
Question n° 6	Dans quelle mesure maîtrisez-vous la langue néerlandaise ?
	Langue maternelle ; Très bien ; Bon ; Basique ; Pas.
Question n° 7	Quel est votre plus haut niveau d'éducation ?

	École primaire ; Collège ; Université des sciences appliquées (« Hogeschool ») ; Université
Question n° 8	Fumez-vous quotidiennement ?
	Oui ; Non

Question n° 9	À quelle fréquence faites-vous de l'exercice ?
	Moins de 30 minutes 2 fois par semaine ; Plus de 30 minutes 2 fois par semaine.
Question n° 10	Quel est votre poids et taille actuel ?
	… → BMI calcul
Suivre ensuite, nous vous poserons quelques questions pour mesurer vos connaissances sur le cancer du col de l'utérus et le test de dépistage. Ces questions sont posées sur la base d'affirmations qui peuvent être vraies ou fausses.	
Question n° 11a	Le cancer du col de l'utérus survient principalement chez les jeunes femmes.
	Vrai ; **Faux.**
Question n° 11b	Le cancer du col de l'utérus est habituellement causé par un virus.
	Vrai ; Faux.

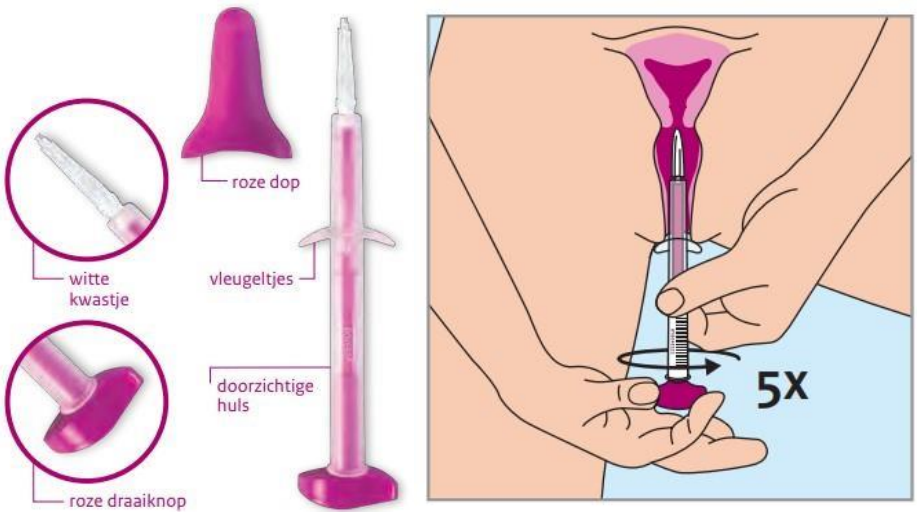
Question n° 11c	Le virus (VPH) est une maladie sexuellement transmissible (MST).
	Vrai ; Faux.
Question n° 11d	Une femme qui n'est pas actuellement sexuellement active ne peut pas contracter le cancer du col de l'utérus.
	Vrai ; **Faux.**
Question n° 11e	Une femme qui ne présente pas de symptômes n'a pas besoin de subir un dépistage du cancer du col de l'utérus.
	Vrai ; **Faux.**
Question n° 11f	Les précurseurs du cancer du col de l'utérus, qui peuvent être détectés par un examen de dépistage, sont traitables.
	Vrai ; Faux.
Question n° 11g	En Belgique un prélèvement cervical est recommandé tous les trois ans de 25 ans à 64 ans.
	Vrai ; Faux.
Question n° 11h	Les femmes transgenres (MTF) chez lesquelles le col de l'utérus est encore présent doivent également subir un dépistage du cancer du col de l'utérus.
	Vrai ; Faux.

Voici quelques questions concernant votre comportement en matière de dépistage.	
Question n° 12	Avez-vous des antécédents de cancer du col de l'utérus ?
	Oui → fin de l'enquête ; Non.
Question n° 13	Avez-vous encore un utérus (pas d'antécédents d'hystérectomie) ?
	Oui ; Pas de → fin de l'enquête
Question n° 14	Y a-t-il des antécédents familiaux de cancer du col de l'utérus ?
	Oui ; Non ; Je ne sais pas.
Question n° 15	Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible (MST) ?
	Oui ; Non ; Je ne sais pas
Question n° 16	Avez-vous participé à l'étude de dépistage du cancer du sein (mammographie) au cours des 2 dernières années ?
	Oui ; Non
Question n° 17	Avez-vous participé à l'étude de dépistage du cancer de l'intestin (iFOBT) au cours des 2 dernières années ?
	Oui ; Non

Question n° 18	Avez-vous participé au test de dépistage du cancer du col de l'utérus (test Pap) au cours des 3 dernières années ?
	Oui → question n°20 ; Non → question n°19.
Question n° 19	Quand a eu lieu votre dernier participation à l'étude de dépistage du cancer du col de l'utérus (prélèvement cervical) ?
	Le dernier prélèvement cervical remonte à moins de 5 ans ; Le dernier prélèvement cervical remonte à plus de 5 ans ; I n'ont jamais subi de prélèvement cervical.
Question n° 20	À partir de quel âge participez-vous à l'étude de dépistage de la population atteinte du cancer du col de l'utérus ?
	…
Question n° 21	Veuillez indiquer dans quelle mesure les phrases suivantes s'appliquent à la participation ou non à l'étude de dépistage du cancer du col de l'utérus ? Les options de réponse : pas du tout d'accord, pas d'accord, indifférent, d'accord, tout à fait d'accord.

	J'ai peur d'un mauvais résultat ; J'ai peur de la procédure d'essai elle-même ; J'ai éprouvé de l'inconfort pendant la procédure dans le passé ou j'ai peur de ressentir de l'inconfort pendant la procédure ; J'ai ressenti de la douleur pendant la procédure dans le passé ou j'ai peur de ressentir de la douleur pendant la procédure ; Je me sens gêné quand je pense à la procédure ; Je manque de temps pour réserver la procédure ; J'avais l'intention de prendre un rendez-vous, mais je n'y suis pas arrivé ; J'ai une mauvaise expérience avec la procédure de test dans le passé ; J'ai des antécédents d'abus sexuels ; Je ne crois pas être à risque ; le dépistage n'est pas nécessaire pour moi.

Question n° 22	Votre médecin de famille vous rappelle-t-il le prélèvement cervical ?
	Oui ; Non
Question n° 23	À quelle fréquence avez-vous consulté votre médecin de famille au cours de la dernière année ?
	0 ; 1-2 fois ; 3 fois ou plus.
Question n° 24	Préférez-vous que le prélèvement cervical soit pris par votre médecin généraliste ou votre gynécologue ?
	Médecin de famille ; gynécologue ; Pas de préférence.

Question n° 25	La question suivante concerne un test d'auto-échantillonnage. Il s'agit d'un test dans lequel vous prenez vous-même du mucus de votre vagin, ce qui est vérifié pour la présence d'un virus (VPH). Ce test s'adresse aux femmes qui ont de la difficulté à faire faire un frottis chez le médecin.  *[la source : https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker/zelfafnameset]* Lorsque le virus est détecté, un frottis doit être pris par un médecin par la suite. Si vous aviez la possibilité de faire cette procédure vous-même, participeriez-vous plus souvent à l'étude de dépistage du cancer du col de l'utérus ?

	Oui ; Non
Fin	Merci de votre participation. Avez-vous des commentaires au sujet de cette étude et/ou de ce questionnaire ?
	…

Bijlage 3: persoonlijke reflectie Julie Cottem

Deze zelfreflectie betreft het schrijven van mijn masterthesis voor de opleiding tot huisarts. Het was een boeiend en soms uitdagend proces dat bijna drie jaar duurde en het vormde een belangrijk onderdeel van mijn opleiding.

Motivatie om samen te werken

Vanaf het begin was het duidelijk dat ik deze thesis samen met een studievriendin wilde schrijven. Inde en ik kennen elkaar al van ons eerste jaar geneeskunde aan de universiteit en we hebben elkaar zien groeien als arts én als persoon. Onze interesses binnen de geneeskunde overlappen sterk en onze vaardigheden vullen elkaar goed aan. We hebben samen gebrainstormd over mogelijke onderwerpen, waarbij onze interesses varieerden van preventieve geneeskunde (zoals baarmoederhalskankerscreening) tot zorg voor ouderen (zoals registratie van vroegtijdige zorgplanning in de eerste lijn) en korte episode zorg (meer bepaald gender gerelateerde zorg, zoals anticonceptie of seksueel overdraagbare aandoeningen). Na overleg met onze promotor, professor dokter Birgitte Schoenmakers, kozen we voor het eerste onderwerp. Onze gedeelde passie voor preventieve geneeskunde en onze visie op de rol van de huisarts als gezondheidspromotor vormden de basis voor onze keuze.

Het verloop van ons schrijfproces

Na het vaststellen van het onderwerp begonnen we met de literatuurstudie. We zochten elk afzonderlijk naar literatuur en vulden elkaar hierin aan. Ondanks dat we dezelfde academische achtergrond en opleiding deelden, hanteerden we toch verschillende benaderingen bij het vinden van literatuur en het formuleren van onderzoeksvragen. Door onze zoekopdrachten te diversifiëren, ontdekten we meer artikelen die ons perspectief verbreedden, onze onderzoeksvragen bepaalden en onze discussies verrijkten. Vervolgens selecteerden we gezamenlijk de relevante literatuur en verdeelden we het lezen hiervan. We hielden een gezamenlijke overzichtstabel bij waarin we niet alleen het onderwerp en de populatie noteerden, maar ook de kracht en kwaliteit van de verschillende studies. Daarna werkten we samen aan de inleiding en de opzet van onze studie. Het verdelen van taken bleek eerder een efficiënte manier om vooruitgang te boeken in ons onderzoek en zo konden we het samenwerken optimaal benutten. Terwijl Inde zich toelegde op het ontwerpen van een flyer om potentiële respondenten te werven, nam ik de verantwoordelijkheid op me voor het finaliseren en vertalen van de vragenlijsten en informatiebrieven naar zowel Frans als Engels. In november van onze tweede fase als huisarts in opleiding diende we het protocol van onze thesis in bij de ethische commissie van de KU Leuven voor goedkeuring. Deze stap dwong ons om grondig na te denken over de ethische implicaties van ons onderzoek, evenals de methodologische details, waaronder de exacte formulering van onze onderzoeksvragen, de geplande statistische analyse en de geschatte duur van de studie. Tijdens de twee helft van onze tweede fase als huisarts in opleiding verdeelden we de vragenlijsten en begonnen we met het verwerkingsproces. Inde richtte zich hierin vooral op het schrijven van de methode, terwijl ik me concentreerde op de statistische analyse. Vervolgens verdeelden we het uitschrijven van de resultaten en de discussie om het werk evenwichtig te houden. Aan het begin van onze derde fase als huisarts in opleiding konden we de thesis afronden. Op dit moment wachten we af of een verkorte versie ervan zal worden gepubliceerd in het tijdschrift "HuisartsNu".

Wat ging minder goed?

Het verzamelen van data vond ik het moeilijkste aspect van ons onderzoek. Ondanks het beschikbaar stellen van onze vragenlijst in meerdere talen, bereikten we weinig respondenten. Dit werd bemoeilijkt door de ziekenhuisstages, waardoor we beiden niet werkzaam waren in een huisartsenpraktijk tijdens het verzamelen van de data. Hoewel onze (toekomstige) praktijkopleiders bereid waren om te helpen door het ophangen van flyers in hun wachtzaal, leverde dit weinig respons op. De vragenlijsten werden daarnaast vooral verdeeld via sociale media, waarop geen van ons beiden een groot bereik heeft, zeker niet in onze studiepopulatie. We realiseerden ons dat we nog veel kunnen leren over het bereiken van respondenten. Het zou interessant zijn om te kijken of er onderzoek uitgevoerd is met betrekking tot dit thema en wat hiervan de conclusie is. Daarnaast vond ik het schrijven zelf een uitdaging, omdat ik weinig schrijfvaardigheden heb. Gelukkig vulde Inde mij hierin goed aan.

Wat ging er goed?

Het plannen van tijd voor de thesis verliep relatief soepel omdat we elkaar deadlines oplegden en bepaalde onderdelen samenwerkten tijdens weekenden. Dit maakte het werk aangenamer en zorgde ervoor dat we snel feedback konden geven. We zijn beiden zeer sterk in het opstellen van een planning, dit zorgde er mede voor dat we met elkaar wilden samenwerken. Hiernaast zijn we ook beiden heel georganiseerd waardoor samen werken aan één project zonder obstakels verliep.

Ten slotte zijn we dankbaar voor de steun en begeleiding die we hebben ontvangen van onze promotor, copromotor en collega's tijdens dit proces.

Conclusie

Het schrijven van een masterthesis gaat verder dan alleen het produceren van wetenschappelijke inhoud; het biedt leermogelijkheden. Tijdens het proces hebben we vaardigheden ontwikkeld op het gebied van projectmanagement, literatuuronderzoek, gegevensverzameling en analyse, wetenschappelijk schrijven en peer review. Het afronden van onze thesis markeert een hoogtepunt in onze academische reis als huisartsen in opleiding. Hoewel het verzamelen van data zijn uitdagingen met zich meebracht, hebben we veel geleerd over de complexiteit van praktijkgericht onderzoek en ik ben benieuwd om te zien hoe we hier in de toekomst nog in gaan groeien, apart én samen. We kijken uit naar een mogelijke publicatie van ons onderzoek in het tijdschrift "HuisartsNu" als een tastbaar bewijs van ons harde werk en toewijding aan het vak van huisartsgeneeskunde.

Bijlage 4: persoonlijke reflectie Inde Geerts

Verloop van het groepsproces

Deze masterproef heb ik geschreven in samenwerking met Julie Cottem. We kennen elkaar sinds de bacheloropleiding geneeskunde en zijn goede vrienden. De beslissing om samen te werken was snel gemaakt omdat we in voorgaande groepswerken goed konden functioneren als team. Samenwerken met iemand die je op persoonlijk vlak goed kent kan zowel een zegen als een vloek zijn. Aan de ene kant hielp het ons om vlotter ideeën uit te wisselen en zorgde het ervoor dat de communicatie goed verliep. We hadden geen probleem met constructieve feedback geven op elkaars werk. Aan de andere kant kan te veel vertrouwdheid leiden tot nonchalance wanneer het gaat om deadlines. Soms was er voor ons beiden een meer ontspannen houding ten opzichte van onze afgesproken planning. Het balanceren van de dynamiek tussen vriendschap en professionele samenwerking was dus wel een uitdaging, maar we hebben dit naar mijn mening zeker tot een goed einde gebracht.

Onze masterproef gaat over de deelname aan baarmoederhalskankerscreening bij Vlaamse vrouwen ouder dan 55 jaar. We hadden beiden enkele onderwerpen bedacht, maar deze hield onze grootste voorkeur. Zeker omdat preventieve gezondheid en gynaecologie specifieke interesses van ons zijn. Een vereiste voor een goede samenwerking is dat je op dezelfde lijn zit van bij het begin. Er moest dus goed nagedacht worden over het studieopzet en een concreet idee moest uitgewerkt worden. Nadat dit beslist was, maakten we meteen een planning en een taakverdeling. De taakverdeling was evenwichtig en gebaseerd op onze individuele vaardigheden. Julie en ik zijn beiden gestructureerd en georganiseerd dus dit verliep efficiënt. We begonnen met een oriënterend literatuuronderzoek naar reeds bestaande evidentie en brachten al deze informatie samen in overzichtelijke tabellen zodat we elkaars werk ook op een vlotte manier konden bekijken. Dit werd alvast samengevat in een eerste versie van onze inleiding. Het opstellen van het protocol voor de goedkeuring van de Ethische Commissie stimuleerde ons om onze procedure volledig uit te werken. We maakten onze vragenlijsten in het Nederlands, Engels en Frans. Achteraf gezien staken we erg veel tijd in deze vertalingen, maar hebben we jammer genoeg weinig anderstaligen kunnen bereiken. We verspreidden onze vragenlijsten en toen we eenmaal onze resultaten hadden is het verdere schrijfwerk samen vlot geleverd. We kwamen regelmatig samen om het individueel geleverde werk te evalueren. Onze deadlines werden telkens tijdig gehaald en eigenlijk heb ik zeer weinig stress ervaren tijdens het hele schrijfproces.

Mijn persoonlijk aandeel

Het concrete onderwerp bedacht ik naar aanleiding van een les rond seksuele gezondheid tijdens onze eerste master huisartsgeneeskunde. Er werd terloops vermeld dat bij het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker vrouwen van 55 tot en met 64 jaar minder vaak deelnamen. Dit intrigeerde me en ik besloot uit te zoeken waarom, ik kwam echter tot de conclusie dat hier in Vlaanderen nog geen onderzoek rond uitgevoerd was.

Het denkwerk en literatuuronderzoek hebben we grotendeels samen uitgevoerd. Specifieke zaken waar ik me mee bezig gehouden heb zijn het samenbrengen van de informatie uit ons literatuuronderzoek en het neerschrijven hiervan in een inleiding. Daarnaast heb ik ook de methodesectie, de flyers voor onze online vragenlijst en de bronvermelding gemaakt. Mijn sterk punt ligt voornamelijk bij het structureren en uitschrijven van onze tekst. Julie heeft de statistische analyses en de tabellenopmaak voor zich genomen, hier had ik minder ervaring mee. Over het algemeen liep de verdeling erg evenwichtig, we werkten beiden delen uit van de resultaten en discussie.

Mijn persoonlijke visie

Ons onderzoek benadrukt de belangrijke rol die zelfafnametesten kunnen hebben. Zeker bij vrouwen in de hogere leeftijdscategorie kan het mogelijks de deelname aan het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker verhogen. Andere studies hebben de effectiviteit van zelfafnametesten reeds aangetoond. In vele andere Europese landen zijn de zelfafnametesten reeds geïmplementeerd. Het aanpassen van een procedure voor het bevolkingsonderzoek is natuurlijk niet vanzelfsprekend en gaat gepaard met allerlei financiële/wettelijke drempels. Echter zou men ook kunnen opteren om de vrouwen die laattijdig zijn met hun reguliere uitstrijkje in plaats van een herinneringsbrief een zelfafnametest toe te zenden. Hier is momenteel reeds onderzoek rond lopende, namelijk de ScreenUrSelf-studie van Sciensano en Universiteit Antwerpen. Ik ben alvast benieuwd wat de uitkomsten van deze studie zullen zijn.

Daarnaast zorgen onze resultaten voor meer bewustwording van factoren die een rol spelen bij deelname aan preventieve geneeskundige onderzoeken. Het is erg belangrijk om de patiënt op een holistische manier te zien. Onder andere sociale, economische, emotionele aspecten spelen een rol bij gezondheid in een brede zin, maar ook specifiek wanneer het gaat om deelname aan baarmoederhalskankerscreening. Tijdens onze opleiding worden we hier allemaal rond onderricht, maar dit zijn zaken die we soms uit het oog verliezen wanneer bepaalde handelingen een routine worden. Deze studie herinnert ons aan het belang van de patiënt volgens het biopsychosociaal model te bekijken. Het helpt ons als hulpverlener om begrip op te brengen voor de verscheidene redenen waarom sommige vrouwen zich niet of laattijdig laten screenen en daardoor ook beter in gesprek te kunnen gaan met elkaar.