

University of Groningen

Non-response bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

Kuiper, D.; Holwerda, A.; Dijkstra, G.J.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Kuiper, D., Holwerda, A., & Dijkstra, G. J. (2005). *Non-response bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker*. Sectie Toegepast Onderzoek Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Universitair Medisch Centrum Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Non-respons bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

Daphne Kuiper
Anja Holwerda
Geke Dijkstra

Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken,
sectie Toegepast Onderzoek (NCG/TO),
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)
Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen
augustus 2005



Colofon

Titel: Non-respons bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

Opdrachtgever: Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Noord-Nederland (BCNN)

Uitgave: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, sectie Toegepast Onderzoek (NCG/TO)
www.rug-ncg-to.nl

Adres: Antonius Deusinglaan 1
9713 AV Groningen

Telefoon: 050 – 363 84 10 / 363 28 47

E-mail: d.kuiper@med.umcg.nl

Trefwoorden: non-respons, bevolkingsonderzoek, baarmoederhalskanker, screening, cervix

Datum: augustus 2005

Inhoudsopgave

1	Inleiding	
1.1	Achtergrond	1
1.2	Probleemstelling	2
1.3	Vraagstellingen	4
1.4	Opbouw rapport	4
2	Methode	
2.1	Onderzoeksdesign	6
2.2	Telefonische interviews praktijkassistentes	6
2.3	Focusgroepbijeenkomsten praktijkassistentes	6
2.4	Vragenlijst non-responders	7
2.5	Procedure gegevensverzameling	8
3	Resultaten telefonische interviews praktijkassistentes	
3.1	Respons	10
3.2	Verschillen in uitnodigingsprocedure	10
3.3	Samenvatting	12
4	Resultaten focusgroepbijeenkomsten praktijkassistentes	
4.1	Respons	13
4.2	Ervaringen, ideeën en meningen praktijkassistentes	13
4.3	Samenvatting	15
5	Resultaten vragenlijst non-responders	
5.1	Respons	17
5.2	Kenmerken non-responders	18
5.3	Validering non-responders	19
5.4	Kenmerken 'ware non-responders'	23
5.5	Mening over huisarts	24
5.6	Mening over gangbare uitnodiging voor bevolkingsonderzoek	25
5.7	Voorkeur voor manier van uitnodigen	25
5.8	Drempels voor deelname aan het bevolkingsonderzoek	27
5.9	Visies op preventie baarmoederhalskanker	28

5.10	Redenen voor niet deelname	30
5.11	Factoren die deelname faciliteren	31
5.12	Aanvullende analyses	32

6 Discussie, conclusies en aanbevelingen

6.1	Beantwoording vraagstellingen	37
6.2	Discussie	41
6.3	Conclusies	44
6.4	Aanbevelingen	45

Referenties

Lijst met afkortingen

Bijlagen

Bijlage 1:	Verzoek medewerking telefonisch interview	51
Bijlage 2:	Verzoek deelname focusgroepbijeenkomst	52
Bijlage 3:	Discussieleidraad focusgroepbijeenkomst	54
Bijlage 4:	Nauwkeurighedsanalyse omvang steekproef	56
Bijlage 5:	Vragenlijst	57
Bijlage 6:	Stappen steekproeftrekking	73
Bijlage 7:	Overzicht zelfuitnodigende huisartspraktijken	74
Bijlage 8:	Verslagen focusgroepbijeenkomsten	76
Bijlage 9:	Open informatie vragenlijsten	81

1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de achtergrond, probleemstelling en vraagstellingen van het onderzoek geschetst. Tevens wordt een overzicht gegeven van de opbouw van het rapport.

1.1 Achtergrond

In maart 2002 vond het eerste overleg plaats tussen de stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Noord-Nederland (BCNN) en het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG) over een onderzoek naar participatieverhogende maatregelen ten behoeve van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (BVO-BMHK).

BCNN is in de provincie Drenthe en het werkgebied van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst regio IJssel-Vecht (GGD-RIJV) verantwoordelijk voor de organisatie en financiering van het BVO-BMHK. De (bruto)opkomst in dit werkgebied bedraagt 67% van de opgeroepen vrouwen (Jaarverslag BCNN 2004), een percentage dat vergelijkbaar is met het landelijke opkomstpercentage (Braspenning et al, 2004). Echter, omdat een bevolkingsonderzoek effectiever is naarmate de deelname hoger is en omdat vrouwen die niet deelnemen mogelijk juist tot risicogroepen behoren, wenste BCNN een representatief onderzoek onder non-responders.¹ De doelstelling van het onderzoek was tweeledig:

1. het geven van een beschrijving van de kenmerken van vrouwen die niet reageren op een (herhaalde) uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en aansluitend
2. het formuleren van concrete aanbevelingen om te komen tot een participatieverhogend beleid.

In mei 2002 is de beoogde samenwerking tussen BCNN en het NCG opgeschort vanwege juridische belemmeringen in de benadering van non-responders. Privacywetgeving staat niet toe vrouwen ongevraagd te benaderen voor uitleg over niet deelname. Dit probleem kon worden ondervangen door met ingang van 2003 zowel in de uitnodigings- als herinneringsbrief een tekstfragment op te nemen waarin vrouwen op de hoogte worden gesteld dat zij benaderd kunnen worden voor een non-respons onderzoek, tenzij zij – via een ‘verklaring van niet-deelname’ – expliciet aangeven dit niet te willen. De doorlooptijd van de aangepaste uitnodiging bedroeg een jaar waardoor de beoogde samenwerking tussen BCNN en het NCG in augustus 2004 kon worden geëffectueerd. Het onderhavige onderzoek is opgezet en uitgevoerd

¹ Definitie van non-responder: een vrouw die niet reageert op (herhaalde) uitnodigingen voor het BVO-BMHK en waarvan geen laboratoriumuitslag en reden voor niet-deelname bij BCNN bekend is.

door de sectie Toegepast Onderzoek (TO), een praktijkgericht onderdeel van het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

Ten behoeve van het onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld, bestaande uit een hoogleraar huisartsgeneeskunde van het UMCG, een epidemioloog van de GGD regio IJssel-Vecht, een zelfuitnodigende huisarts, de manager van BCNN, de secretaresse van BCNN en de coördinator van de sectie Toegepast Onderzoek. De leden van de begeleidingscommissie zijn op drie momenten in het onderzoek geraadpleegd, te weten: tijdens de voorbereiding van de focusgroep-bijeenkomsten voor assistentes, bij de ontwikkeling van de vragenlijst voor non-responders en bij de bespreking van het conceptrapport.

1.2 Probleemstelling

Sinds 1996 vindt in Nederland het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker plaats. Het doel van dit bevolkingsonderzoek is vroege vormen en mogelijke voorstadia van baarmoederhalskanker op te sporen, met als uiteindelijk doel de vermindering van ziekte en (vroegtijdig) overlijden. Om de vijf jaar wordt iedere vrouw vanaf haar dertigste tot en met haar zestigste opgeroepen een uitstrijkje te laten maken door de huisarts of de huisartsassistente. Deelname aan het onderzoek is van groot belang omdat de kans op genezing na behandeling van een voorstadium van baarmoederhalskanker vrijwel 100 procent is (Nederlandse Kankerbestrijding/Koningin Wilhelminafonds, 2003).

Uit onderzoek (Tacken et al, 2004) naar de oorzaken van niet-deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker komt naar voren dat ongeveer eenderde deel van de niet-deelnemers een in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) geregistreerde reden heeft om niet deel te nemen. In de NHG-Standaard worden verschillende medische redenen genoemd om van screening af te zien zoals een uterusextirpatie, vrouwen die minder dan één jaar geleden een uitstrijkje op indicatie hebben laten maken en vrouwen onder gynaecologische behandeling. Redenen voor tijdelijk uitstel zijn zwangerschap of borstvoeding en een aantal niet nader omschreven psychosociale omstandigheden. Van belang voor dit onderzoek is echter dat van tweederde deel van de niet-deelnemers de reden van niet-deelname onbekend is. Dit is een vijfde deel van de totale groep vrouwen die jaarlijks uitgenodigd wordt voor het laten maken van een uitstrijkje (Tacken et al, 2004).

Kenmerken van niet-deelnemers zijn in meerdere studies onderzocht. Vrouwen behorend tot etnische minderheden, zoals Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen blijken minder vaak deel te nemen aan het BVO-BMHK dan autochtone Nederlanders (Lale et al, 2003). Twee recent verschenen onderzoeksrapporten gaan in op de knelpunten bij screening van allochtone vrouwen en kansen om de opkomst van allochtone vrouwen te verhogen. Allochtone vrouwen blijken door een taalachterstand moeite te hebben om de informatie in de uitnodigingsbrief te begrijpen en zij zien het nut van het onderzoek minder in wanneer zij op dat moment geen symptomen hebben (Pacemaker in Global Health, 2004 en de Jong, 2005). Een lage sociaal-economische status wordt eveneens geassocieerd met niet-deelname (van Velzen, 2000). Ook leeftijd is van invloed op deelname. Tot 45 jaar geldt dat leeftijd positief gerelateerd is aan deelname aan het BVO-BMHK. Vanaf 45 jaar is deze relatie andersom: er bestaat dan een negatief verband tussen leeftijd en deelname (ter Bogt, 2005).

Tevens is bekend dat het systeem waarmee vrouwen worden uitgenodigd voor het BVO-BMHK van invloed is op de deelname. In het werkgebied van BCNN bestaan twee mogelijkheden: óf de uitnodiging wordt verstuurd door BCNN, óf de uitnodiging wordt verstuurd door de huisarts, in dit kader 'zelfuitnodigende huisarts' (ZUHA) genaamd. In 2004 werd 21% van de vrouwen in het werkgebied van BCNN uitgenodigd door zijn eigen huisarts (Jaarverslag BCNN, 2004). Uit onderzoek van Tacken (2002) blijkt dat de opkomst van het BVO-BMHK 10 tot 14% hoger is, wanneer de huisarts de uitnodiging voor deelname verstuurt. Dit is ook het geval in de regio Drenthe/IJssel-Vecht waar in 2004 de opkomst bij ZUHA's 74.9% bedroeg en de opkomst bij BCNN 65.2% (Jaarverslag BCNN, 2004). Bovendien toont Olde Reuver of Briel (2004) in een vergelijkende studie tussen ZUHA's met een lagere versus een hogere opkomst aan dat een actief opsporingsbeleid (schriftelijk + telefonisch herinneren) van non-responders en ex-zwangeren de opkomst voor het BVO-BMHK aanzienlijk vergroot.

Het onderhavige onderzoek richt zich op het probleem dat onvoldoende bekend is waarom een vijfde deel van de doelpopulatie van het BVO-BMHK niet reageert op een (herhaalde) uitnodiging voor screening zonder opgave van reden. Met behulp van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden zal het geschetste probleem worden benaderd. De kwalitatieve methoden – interview en focusgroepbijeenkomst – zullen er vooral op gericht zijn optimaal gebruik te maken van reeds aanwezige ervaringskennis bij assistentes van zelfuitnodigende huisartsen. Immers, in praktijken van zelfuitnodigende huisartsen zijn zowel de organisatorische taken rond het BVO-BMHK als het maken van de daadwerkelijke cervixuitstrijk in 99% van de gevallen gedelegeerd aan de assistente. De veronderstelling van dit onderzoek is dat de

assistenten door de aard van hun werkzaamheden een hechtere band hebben met vrouwen en wellicht goed op de hoogte zijn van mogelijke angsten, ongemakken of praktische belemmeringen die vrouwen ten aanzien van het BVO-BMHK kunnen hebben. De kennis voortkomend uit de kwalitatieve methoden zal gebruikt worden bij de ontwikkeling van een vragenlijst die wordt verzonden aan een representatief aantal non-responders bekend bij BCNN.

Uiteindelijk zijn alle onderzoeksstappen er op gericht dat de uit het onderzoek voortvloeiende resultaten BCNN voldoende handvatten bieden om te komen tot een participatieverhogend beleid, dan wel het inzicht dat het huidige participatieniveau het hoogst haalbare is.

1.3 Vraagstellingen

In navolging van de in 1.2 geschetste probleemstelling staan in het onderzoek de hieronder geformuleerde vraagstellingen centraal:

1. Zijn er opkomstbevorderende factoren aan te wijzen in de uitnodigingsprocedure van zelfuitnodigende huisartsen en zo ja, welke?
2. Welke knelpunten ervaren de assistenten van zelfuitnodigende huisartsen bij de screening op baarmoederhalskanker?
3. Welke redenen voor non-respons signaleren assistenten van zelfuitnodigende huisartsen en wat is hun mening over het optimaliseren van de condities voor opkomst?
4. Wat zijn de kenmerken van de vrouwen die niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (demografische en persoonskenmerken) in het werkgebied van BCNN?
5. Welke redenen geven deze vrouwen aan om geen gehoor te geven aan de oproep voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker?
6. Kunnen zij condities of voorwaarden noemen waaronder zij wel bereid zijn om aan het bevolkingsonderzoek deel te nemen?
7. Is er een verschil in redenen voor non-respons tussen autochtonen en allochtonen?

1.4 Opbouw rapport

In hoofdstuk 2 worden het onderzoeksdesign, de meetmethoden en de procedure van de gegevensverzameling toegelicht. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de telefonische interviews met de praktijkassistenten beschreven. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de focusgroepbijeenkomsten met praktijkassistenten samengevat. De resultaten van de vragenlijst – verspreid onder een groot aantal non-responders bekend bij BCNN – worden uitgebreid beschreven in hoofdstuk 5.

Tot slot wordt in hoofdstuk 6 besloten met de beantwoording van vraagstelling 1 tot en met 7 en een bespreking van de daaruit voortvloeiende conclusies en aanbevelingen.

2 Methode

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens het onderzoeksdesign en de gehanteerde methoden ten behoeve van de ontwikkeling van de vragenlijst beschreven. Tevens wordt in 2.5 de procedure waarmee de gegevens zijn verzameld toegelicht.

2.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoek is gefaseerd opgezet. Eerst zijn twee kwalitatieve voorstudies verricht, te weten: telefonische interviews en focusgroepbijeenkomsten met assistentes van zelfuitnodigende huisartsen. Vervolgens zijn de uitkomsten van deze studies gebruikt bij de ontwikkeling van een vragenlijst voor non-responders. Tot slot is een cross-sectionele survey uitgevoerd onder non-responders in het werkgebied van BCNN.

2.2 Telefonische interviews praktijkassistentes

Het doel van de interviews was een gedetailleerd inzicht te verkrijgen in de uitnodigingsprocedure van het BVO-BMHK zoals deze in de praktijk van zelfuitnodigende huisartsen wordt gehanteerd. Twee selecties zijn uitgevoerd op een bestand van 74 zelfuitnodigende huisartspraktijken behorend tot het werkgebied van BCNN. Ten eerste zijn alleen die praktijken geselecteerd die 100 of meer vrouwen uitnodigen, omdat de uitnodigingsprocedure meer gestandaardiseerd verloopt naarmate de aantallen groter zijn. Er bleven toen 42 praktijken over. Ten tweede zijn de tien praktijken met het hoogste en de tien met het laagste (bruto)opkomstpercentage uitgekozen. Uitgaande van een verband tussen uitnodigingsprocedure en opkomstpercentage leek een contraststudie het meest geschikt om opkomstbevorderende factoren te identificeren. Aan de 20 praktijken is een schriftelijk verzoek tot medewerking aan het onderzoek verstuurd (zie Bijlage 1). Het interviewprotocol bestond uit een chronologische beschrijving van de uitnodigingsprocedure op geleide van vragen van de onderzoeker. In de uitnodigingsprocedure werden vier fasen onderscheiden: selectie, eerste uitnodiging, eerste herinnering en tweede herinnering.

2.3 Focusgroepbijeenkomsten praktijkassistentes

Het doel van de focusgroepbijeenkomst was het inventariseren en bediscussiëren van een zo breed mogelijke range aan ervaringen, meningen en ideeën van assistentes verband houdend met non-respons bij het BVO-BMHK.

De assistentes van de tien praktijken met het hoogste en de tien met het laagste (bruto)opkomstpercentage zijn opnieuw aangeschreven met het verzoek deel te nemen aan een focusgroepbijeenkomst op één van de twee geplande data (zie Bijlage 2). Ten behoeve van de bijeenkomsten is een discussieleidraad opgesteld

bestaande uit vijf open vragen die geordend waren van algemeen naar specifiek en van neutraal naar sensitief (Powell et al, 1996)(zie Bijlage 3). In een schriftelijke reactieronde hebben leden van de begeleidingscommissie de leidraad van commentaar voorzien.

De bijeenkomsten zijn georganiseerd op een centraal gelegen locatie voor de uitgenodigde assistentes en duurden ongeveer twee uur (incl. ontvangst en pauze). Om zoveel mogelijk assistentes voor deelname bereid te vinden is een vergoeding per deelnemende assistente in het vooruitzicht gesteld. (Côté-Arsenault et al, 1999). De onderzoeker en assistent-onderzoeker vullden tijdens de bijeenkomsten respectievelijk de rol van gespreksleider en observator/notulist.

2.4 Vragenlijst non-responders

Voorafgaand aan de ontwikkeling van de vragenlijst is een literatuurstudie uitgevoerd naar de redenen voor niet-deelname aan het bevolkingsonderzoek. In Tabel 1 worden deze onderverdeeld in redenen die binnen of buiten de invloedssfeer van BCNN liggen. Het verkrijgen van concrete handvatten voor een participatieverhogend beleid is namelijk een belangrijk doel van het onderhavige onderzoek.

TABEL 1 REDENEN NIET-DEELNAME BVO-BMHK

Redenen binnen invloedssfeer BCNN	Redenen buiten invloedssfeer BCNN
foutieve adressering	leeftijd
vrouw vergeet te reageren	burgerlijke staat
vrouw ziet belang van screening niet in	opleidingsniveau
onvoldoende kennis van de ziekte bmhk	etniciteit
onvoldoende kennis van uitstrijkprocedure	wel/geen kinderen
onduidelijke informatie in uitnodigingsbrief	wel/geen betaald werk
klantvriendelijkheid screeningsprocedure	ervaren gezondheid
	attitude t.a.v screening vanuit geloof
	angst (voor het uitstrijkje en/of de uitslag)
	schaamte voor het uitstrijkonderzoek
	(on)tevredenheid huisarts
	geslacht huisarts
	frequentie huisartsbezoek
	zoekraken uitnodigingsbrief
	onvoldoende sociale steun

In de telefonische interviews en focusgroepbijeenkomsten met assistenten van zelfuitnodigende huisartsen kwam nog een aantal op ervaringskennis gebaseerde redenen voor niet-deelname aan het BVO-BMHK naar voren. Deze worden in § 4.2 besproken.

Tevens is een aantal collega-onderzoekers, welke zich ten tijde van het onderzoek met hetzelfde onderwerp bezig hielden, geraadpleegd. Vooral de ordening van een recent ontwikkelde vragenlijst voor Turkse vrouwen van Mw. E. de Jong (stagiaire bij de GGD regio Twente in het kader van haar afstudeerscriptie) heeft een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van de vragenlijst.

Daarnaast is de bevinding van Mw. R. Knops-Dullens (promovendus Universiteit van Maastricht) die in een determinantenstudie in de vorm van een schriftelijke vragenlijst een responsrate van 12% vond onder vrouwen die niet deelnemen aan het BVO-BMHK, meegenomen in de nauwkeurighedsanalyse ter bepaling van de grootte van de steekproef (zie Bijlage 4).

De conceptvragenlijst is getest door tien vrouwen in de screeningsleeftijd op invulgemak, begrijpelijkheid en volledigheid. Na de laatste aanvullingen van de leden van de begeleidingscommissie is de vragenlijst vormgegeven door de PR en communicatie medewerker van het IKN/BCNN. De definitieve vragenlijst is opgenomen in Bijlage 5.

2.5 Procedure gegevensverzameling

De uitkomst van de eerdergenoemde nauwkeurighedsanalyse gaf aan dat – uitgaande van een respons van 12% op de vragenlijst – een steekproef van 2300 vrouwen nodig was om te kunnen vaststellen dat de antwoorden die de vrouwen gaven een betrouwbaarheid van 95% hadden met een maximale range van 10% (5% onder en 5% boven).

Om te voorkomen dat één van de zeven leeftijdscategorieën waarbij het BVO-BMHK wordt uitgevoerd (de 30-, 35-, 40-, 45-, 50-, 55-, 60-jarigen) toevallig over- of ondervertegenwoordigd zou zijn in de steekproef, is besloten te stratificeren op leeftijd.

Vanuit de veronderstelling dat vrouwen die niet reageren op een uitnodiging voor het BVO-BMHK, ook minder genegen zullen zijn om een vragenlijst hierover in te vullen, is bij de steekproeftrekking eveneens gecorrigeerd voor bestaande verschillen in opkomstpercentages. Voor een overzicht van de concreet genomen stappen tot de uiteindelijk 'at random' steekproeftrekking wordt verwezen naar Bijlage 6.

De omvang van het bestand van vrouwen die in 2003/2004 niet gereageerd hebben op de uitnodiging van BCNN bedroeg 6554.

In de eerste week van de maand mei 2005 zijn 2316 vragenlijsten verzonden met het verzoek de vragenlijst ingevuld terug te sturen in een portvrije antwoordenvelop. Zowel de vragenlijst als de antwoordenvelop waren niet genummerd of gecodeerd, waardoor het onderzoek volledig anoniem heeft plaatsgevonden. Alleen vrouwen die op het laatste blad toestemming gaven aan het verzoek mee te werken aan een

eventueel telefonisch interview, hebben hun naam en telefoonnummer ingevuld waardoor de vrouw vrijwillig haar anonimiteit verloor.

In verband met de beschikbare tijd en middelen van het onderzoek zijn alleen die vragenlijsten in de analyse betrokken welke vóór 17 juni 2005 waren terugontvangen.

3 Resultaten telefonische interviews praktijkassistentes

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de telefonische interviews, afgenomen bij praktijkassistentes van ZUHA's, weergegeven.

3.1 Respons

In Tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de opkomstpercentages van de tien ZUHA-praktijken met het laagste (bruto)opkomstpercentage en de tien ZUHA-praktijken met het hoogste (bruto)opkomstpercentage in 2003. Voor een gedetailleerd overzicht van de kenmerken van de ZUHA-praktijken wordt verwezen naar Tabel A in Bijlage 7.

TABEL 2 OPKOMSTPERCENTAGES ZUHA-PRAKTIJKEN

	(bruto)opkomstpercentage			totaal aantal uitgenodigde vrouwen
	min	max	gem	
laagst scorende ZUHA-praktijken	59.8	68.8	65.8	2401
hoogst scorende ZUHA-praktijken	78.3	86.9	81.4	2323

Het verschil tussen de ZUHA-praktijk met het laagste opkomstpercentage en de ZUHA-praktijk met het hoogste (bruto) opkomstpercentage bedraagt 27%. Er blijkt geen groot verschil te zijn in het totaal aantal vrouwen dat door de hoger en lager scorende praktijken wordt uitgenodigd, te weten: respectievelijk 2401 vrouwen en 2323 vrouwen.

Er is door twee interviewers afwisselend gesproken met in totaal tien praktijkassistentes. Begonnen is met de vier praktijken met het hoogste, dan wel het laagste opkomstpercentage. Toen daar een trend uit naar voren kwam, bleek het niet nodig de overige nog allemaal te benaderen en zijn nog twee praktijken a-select gekozen uit de resterende 12 praktijken. Alle praktijken die benaderd zijn, toonden zich bereid om mee te werken.

3.2 Verschillen in uitnodigingsprocedure

In Tabel 3 zijn de resultaten van de telefonische interviews met de assistentes van ZUHA-praktijken weergegeven.

Niet weergegeven in Tabel 3 is het feit dat twee van de tien geïnterviewde praktijken (praktijknummer 4 en 41) afwijken van de regels van het draaiboek 2005 van BCNN en de Districts Huisartsen Vereniging (DHV) Zwolle/Flevoland bij de selectie van vrouwen die in aanmerking komen voor het BVO-BMHK.

Deze twee praktijken leveren namelijk niet de namen en adressen aan van *alle* vrouwen die binnen hun praktijk in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek, maar zij verwijderen op voorhand de vrouwen met een uterusextirpatie (UE). Deze actie heeft twee gevolgen:

1. de vrouwen met een UE krijgen na de match met de gegevens van de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) alsnog een uitnodiging van BCNN.
2. het (bruto) opkomstpercentage van deze ZUHA-praktijk valt in vergelijking met de andere ZUHA-praktijken onterecht hoger uit.

TABEL 3 RESULTATEN VERSCHIL UITNODIGINGSPROCEDURE ZUHA-PRAKTIJKEN (N=10)

Nummer ZUHA-praktijk	(Bruto) opkomst Percentage	Eerste uitnodiging	Actie non-respons (1 ^e herinnering)	Actie non-respons (2 ^e herinnering)
1	59.8 %	brief + folder zelf afspraak maken	herinneringsbrief	herinneringsbrief
2	63.6 %	brief + folder zelf afspraak maken	herinneringsbrief	geen verdere actie, geen registratie
3	64.2 %	brief + folder zelf afspraak maken	herinneringsbrief	geen verdere actie, geen registratie
4	64.4 %	brief + folder zelf afspraak maken	belronde, evt. voicemail inspreken	kaartje/ reminder
8	68.4 %	brief + folder zelf afspraak maken	herinneringsbrief	geen verdere actie, wel registratie
34	78.3 %	brief met datum en tijdstip	assistente belt direct, b.g.g. kaartje met verzoek nieuwe afspraak te maken	na 3 weken weer kaartje, na 6 weken 3 ^e herinnering: brief met datum en tijdstip
39	81.4 %	brief met datum en tijdstip + folder	assistente belt, b.g.g. herhalingsoproep met datum en tijdstip	assistente belt totdat ze vrouw heeft bereikt
40	83.1 %	brief + folder zelf afspraak maken	assistente belt, b.g.g. stuurt assistente zelfgeschreven briefje	geen verdere actie
41	84.3 %	belronde, registratie redenen niet deelname	bij eventueel consult spreekt de ha non- responder aan op deelname	geen verdere actie
42	86.9 %	brief met datum en tijdstip	assistente belt, b.g.g. herhalingsoproep met datum en tijdstip	assistente belt, b.g.g. brief

Een opvallend verschil tussen lager- en hoger scorende praktijken is de vrijblijvendheid c.q. dwang van de eerste uitnodiging. Praktijken met een lager (bruto)opkomstpercentage (<68.4%) sturen de vrouwen een brief met het verzoek zelf

een afspraak te maken. Drie van de vijf praktijken met een hoger (bruto) opkomstpercentage (>78.3) zijn meer dwingend door in de brief een datum en tijdstip te vermelden waarop de vrouw kan komen voor het laten maken van een uitstrijkje. Eén van de vijf praktijken met een hoger (bruto)opkomstpercentage laat de uitnodigingsbrief zelfs geheel achterwege; de assistente van deze praktijk belt alle voor BVO-BMHK in aanmerking komende vrouwen om ze te stimuleren mee te doen en direct een afspraak te maken voor het uitstrijkje. De redenen voor niet deelname worden geregistreerd, zodat de huisarts tijdens een consult de vrouw eventueel alsnog kan overhalen.

In de eerste herinneringsronde benadert één van de lager scorende praktijken non-responders telefonisch, de overige vier sturen een herinneringsbrief. De tweede herinneringsronde is ook schriftelijk en blijft bij drie van vijf lager scorende praktijken achterwege. Dit laatste is overigens conform de officiële aanwijzingen van het draaiboek van de DHV.

De vijf hoger scorende praktijken zijn minder vrijblijvend in zowel de eerste als tweede herinneringsronde; vrouwen die niet reageren worden gebeld door de assistente en alleen bij 'geen gehoor' worden schriftelijke reminders gestuurd.

3.3 Samenvatting

Uit de interviewronde met 10 verschillende ZUHA-praktijken blijkt de volgende opkomstbevorderende trend:

Zelfuitnodigende huisartspraktijken bereiken een hoger opkomstpercentage wanneer een datum en tijdstip voor het laten maken van een uitstrijkje wordt vermeld in de eerste uitnodigingsbrief *en* wanneer de vrouw persoonlijk wordt gebeld indien zij niet op de afspraak verschijnt en/of reageert.

4 Resultaten focusgroepbijeenkomsten praktijkassistentes

In dit hoofdstuk worden de resultaten van twee focusgroepbijeenkomsten met assistentes van ZUHA-praktijken samengevat.

4.1 Respons

In totaal hebben 11 assistentes van acht verschillende ZUHA-praktijken één van de focusgroepbijeenkomsten bijgewoond. Eén assistente van een niet geselecteerde ZUHA-praktijk in een middelgrote stad in Drenthe meldde zich op aanraden van de huisarts spontaan aan, nadat zij via een collega over de bijeenkomst was geïnformeerd. In Tabel B van Bijlage 7 wordt een volledig overzicht gegeven van de redenen voor niet deelname van de overige 12 praktijken.

4.2 Ervaringen, ideeën en meningen praktijkassistentes

Aan de hand van de discussieleidraad uit Bijlage 3 zijn de ervaringen van de praktijkassistentes wat betreft non-respons bij het BVO-BMHK bevestigd. Speciale aandacht ging uit naar eventuele ideeën of oplossingen van hun kant ter optimalisering van de deelname aan het bevolkingsonderzoek. Daar waar het specifiek de organisatie van de screening op baarmoederhalskanker betrof zijn de knelpunten die de assistentes ondervinden geïnventariseerd.

Achtereenvolgens volgt een opsomming van genoemde 'redenen voor non-respons', 'ideeën ter optimalisering van de condities voor opkomst' en 'knelpunten in de organisatie'. Voor een gedetailleerd verslag van beide focusgroepbijeenkomsten wordt verwezen naar Bijlage 8.

Redenen voor non-respons

- vrouw vergeet een afspraak te maken voor het laten maken van uitstrijkje;
- vrouw heeft eerder vervelende ervaring gehad met het maken van uitstrijkje;
- vrouw wil niet tijdens de ramadan (wel later);
- vrouw heeft seksueel misbruik meegemaakt;
- angst² ;
- schaamte;
- privé-omstandigheden (zoals scheiding, relatieproblemen, overlijden in de familie).

² Zowel angst voor (negatieve) uitslag als angst voor (pijn bij) het maken van uitstrijkje worden signaleerd.

Citaten van assistentes:

- *“Sommige vrouwen zien het nut van het onderzoek niet, hebben geen klachten, hebben het gevoel dat het goed gaat.”*
- *“Het gaat vaak om onzichtbare patiënten; patiënten die niet in de praktijk komen.”*
- *“Soms gaat het om foutieve adressering, waarbij de uitnodigingsbrieven niet terugkomen.”*
- *“Het lijkt erop dat jongeren het sneller af laten weten, zien het meer als een ver van m'n bed show.”*
- *“Het is een beladen onderzoek; jongere meiden willen niet, omdat ze geen klachten hebben en het is een vervelend onderzoek.”*
- *“Sociale status speelt ook een rol in de non-respons. Hoger opgeleide vrouwen komen wel, terwijl lager opgeleide vrouwen met meer vragen zitten en het sneller laten afweten.”*
- *“In onze praktijk zijn wel sociaal-economische verschillen aanwezig, maar er kan geen effect op de participatie aan het bevolkingsonderzoek worden aangegeven.”*

Ideeën ter optimalisering van de condities voor opkomst

- een dwingend uitnodigingsbeleid voeren: afspraak (datum + tijdstip) voor uitstrijkje opnemen in uitnodigingsbrief;
- een actief herinneringsbeleid voeren: vrouwen bellen in plaats van een schriftelijke herinnering;
- een gericht uitnodigingsbeleid voeren: vrouwen waarvan men weet dat ze zwanger zijn, borstvoeding geven, ernstige relatieproblemen hebben of te maken hebben met rouwverwerking, later uitnodigen;
- folders in andere talen (Turks/Marokkaans, Engels/Arabisch) aanvragen en toevoegen aan uitnodigingsbrief, indien dat nodig lijkt.

Citaten assistentes:

- *“De attitude van huisarts en assistentes is bepalend. Indien beiden alert zijn op het registreren en aanspreken van non-responders dan werkt dit opkomstbevorderend. Indien in de praktijk de houding overheerst dat het de eigen verantwoordelijkheid is van de vrouw, dan zal de opkomst lager uitvallen.”*
- *“Vroeger was de apparatuur/het instrumentarium veel minder vrouwvriendelijk en het onderzoek daarom vervelender, dus het onderzoek valt nu voor oudere vrouwen mee.”*
- *“Vaak positieve reacties van patiënten als ze ontdekken dat het uitstrijkje door de assistente wordt uitgevoerd. De patiënt ervaart minder schaamte en de assistente kan meer tijd nemen voor het onderzoek. De assistente neemt standaard 15 minuten voor een uitstrijkje.”*

- *“Het is van belang dat de assistente tijdens het maken van een uitstrijkje haar eigen gevoel opzij zet en de patiënten gerust stelt. De sfeer tijdens het onderzoek is namelijk bepalend voor het terugkomen van de vrouwen tijdens de volgende ronde, vijf jaar later. Daarnaast is het van belang goede apparatuur/instrumenten te hebben in alle maten.”*
- *“Poster BCNN in wachtkamer ophangen, zodat vrouwen op de hoogte zijn. Dit gebeurt niet in alle praktijken.”*

Knelpunten in de organisatie

- assistente heeft een uitgebreid takenpakket en de werkdruk is hoog. De uitnodigingsprocedure van het bevolkingsonderzoek BMHK is arbeidsintensief en wordt daarom sluitpost³;
- ten opzichte van eerste zwangerschappen, zijn tweede en latere zwangerschappen minder bekend bij de huisarts;
- wanneer de huisarts niet meedenkt en meewerkt (door bijvoorbeeld gynaecologische behandeling of zwangerschap te ‘ruiteren’ in het patiëntensysteem) werkt dit nadelig op de werkdruk;
- gebrek aan ruimte (en tijd) voor het uitvoeren van de uitstrijkjes.
- het in de praktijk gehanteerde computersysteem: Promedico is gebruiksonvriendelijk (codes moeilijk te verwijderen) en Medicon is zeer tijdrovend;
- bij een groepspraktijk moeten de selecties per huisarts worden uitgedraaid in verband met het declaratiesysteem; dit is zeer tijdrovend.

4.3 Samenvatting

Uit de focusgroepbijeenkomsten komen twee opkomstbevorderende trends naar voren:

1. Een actief en gedifferentieerd uitnodigings- en herinneringsbeleid per cliënte minimaliseert de non-respons. Voorbeelden van een actief beleid zijn: datum en tijdstip voor maken uitstrijkje in de eerste uitnodigingsbrief opnemen en een telefonische in plaats van een schriftelijke herinnering. Voorbeelden van een gedifferentieerd beleid zijn: wachten met het versturen van de uitnodiging wanneer men op de hoogte is van rouwverwerking of relatieproblemen van de cliënte.

³ Eén praktijk geeft aan geen voorselectie (UE, zwangerschap/borstvoeding) te maken bij het verzenden van de eerste uitnodigingsbrief, want dit is te arbeidsintensief. Een andere praktijk geeft aan geen tijd te hebben om vrouwen te bellen.

2. De attitude van huisarts en assistentes is bepalend voor de opkomst. Wanneer beiden alert zijn op het registreren en aanspreken van (potentiële) non-responders dan bevordert dit het opkomstpercentage. Wanneer de vrouw zelf verantwoordelijk wordt geacht voor deelname aan de screening, dan daalt het opkomstpercentage.

De door de praktijkassistenten ervaren knelpunten in de organisatie, de redenen voor non-respons en ideeën ter optimalisering van de condities voor opkomst van het BVO-BMHK worden in § 6.1 samengevat.

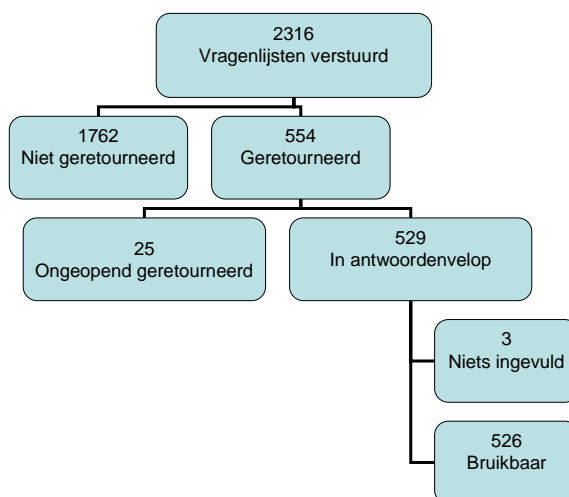
5 Resultaten vragenlijst non-responders

De resultaten van de vragenlijst – verspreid onder een groot aantal non-responders bekend bij BCNN – worden in dit hoofdstuk uitgebreid beschreven.

5.1 Respons

Er zijn 2316 vragenlijst verstuurd. Daarvan zijn er 554 geretourneerd. Echter, van de 554 geretourneerde vragenlijsten bleken de data van 526 lijsten daadwerkelijk bruikbaar voor analyse. Dit is een respons van 23%. In Figuur 1 wordt de verantwoording voor het uiteindelijk aantal gebruikte vragenlijsten gegeven.

FIGUUR 1 STROOMDIAGRAM RESPONS



Van de 554 geretourneerde vragenlijsten waren 25 niet bruikbaar, omdat zij ongeopend zijn geretourneerd. Hier kunnen meerdere redenen aan ten grondslag liggen o.a. overlijden van de vrouw, verhuizing van de vrouw of foutieve adressering. Van de resterende 529 vragenlijsten bleken er drie blanco. Eén was afkomstig van een asielzoekster die sinds 2002 in Nederland is en waarvan de begeleider aangaf dat zij de lijst niet wilde invullen. Eén vrouw voelt zich beschermd door God tegen de ziekte baarmoederhalskanker en de derde vrouw heeft om onbekende redenen de lijst blanco geretourneerd. De beschrijving van de steekproef heeft derhalve betrekking op 526 vrouwen.

5.2 Kenmerken non-responders

In Tabel 4 wordt de verdeling over de zeven leeftijdscategorieën van het BVO-BMHK gegeven.

TABEL 4 LEEFTIJDVERDELING (MISSING N=9)

	n	%
60 jarigen	34	6.6
55 jarigen	50	9.7
50 jarigen	57	11.0
45 jarigen	82	15.9
40 jarigen	54	10.4
35 jarigen	104	20.1
30 jarigen	136	26.3
Totaal	517	100.0

De 30- en 35-jarigen zijn oververtegenwoordigd en de 55- en 60-jarigen ondervertegenwoordigd.

Ruim 60% van de vrouwen is gehuwd. Twintig procent heeft een partner, waar het merendeel mee samenwoont. De overige 20% is alleenstaand, gescheiden of weduwe. Driekwart van de vrouwen heeft kinderen. Het gemiddeld aantal kinderen bedraagt 2.2 (SD 1.0).

In Tabel 5 wordt weergegeven wat het hoogst genoten opleidingsniveau van de vrouwen is.

TABEL 5 WAT IS DE HOOGSTE OPLEIDING DIE U HEEFT AFGEROND MET EEN DIPLOMA? (MISSING N=7)

	n	%
Lagere school	24	4.9
LBO	96	18.5
alg. middelbaar onderwijs	60	11.6
MBO	140	27.0
alg. voortgezet onderwijs	36	6.9
HBO	121	23.3
WO	19	3.7
Anders	23	4.4
Totaal	519	100.0

Ruim 60% van de vrouwen heeft betaald werk en ontvangt salaris. Dertig procent van de vrouwen geeft aan huisvrouw te zijn. Ongeveer 16% procent van de vrouwen is zelfstandig ondernemer, werkzoekend, vrijwilliger of geeft aan een opleiding of cursus te volgen. Tien procent van de vrouwen is arbeidsongeschikt. Eventuele partners van de vrouwen hebben in 72% van de gevallen 'betaald werk'. Deze percentages zijn overeenkomstig de cijfers in het Statistisch Jaarboek 2005 (CBS, 2005) en er is dus geen sprake van een selecte groep.

Negentig procent van de vrouwen is in Nederland geboren en wonen daar al hun hele leven. De overige 10% komt verspreid van over de hele wereld en woont gemiddeld al 21 jaar in Nederland (SD 16 jaar).

5.3 Validering non-responders

In dit onderzoek wordt de volgende definitie van non-responder gehanteerd:

een vrouw die niet reageert op (herhaalde) uitnodigingen voor het BVO-BMHK en waarvan geen laboratoriumuitslag en reden voor niet-deelname bij BCNN bekend is.

Echter, uit de praktijk is bekend dat niet iedere non-responder – bekend bij het BCNN – een niet deelnemer is. Het kan zijn dat een vrouw buiten de kaders van het door BCNN georganiseerde BVO-BMHK een uitstrijkje laat maken en dat zij verzuimt dit door te geven aan BCNN via de ‘verklaring van niet-deelname’. Dit zijn uitstrijkjes op ‘medische indicatie’ of zogenaamde ‘opportunistisch uitstrijkjes’. Een opportunistisch uitstrijkje wordt gemaakt op initiatief van de vrouw zonder dat daarvoor een medische reden is.

Het doel van deze paragraaf is om de ‘ware non-responders’ te identificeren uit het bestand van teruggontvangen vragenlijsten. De ‘ware non-responder’ is een vrouw die als non-responder bekend is bij BCNN en die zelf toegeeft een non-responder te zijn zonder daar een (tijdelijke) in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) geregistreerde reden voor te hebben.

Aanknopingspunt voor deze selectie is een stelling uit de vragenlijst waar vrouwen met ‘ja’ of ‘nee’ op konden antwoorden. (*stelling a van vraag 30: **Reden één keer of vaker niet gereageerd op de uitnodiging:** “ik heb tot nu toe altijd een uitstrijkje laten maken, wanneer ik daar een uitnodiging voor kreeg”*). In Tabel 6 worden de antwoordfrequenties op deze stelling weergegeven.

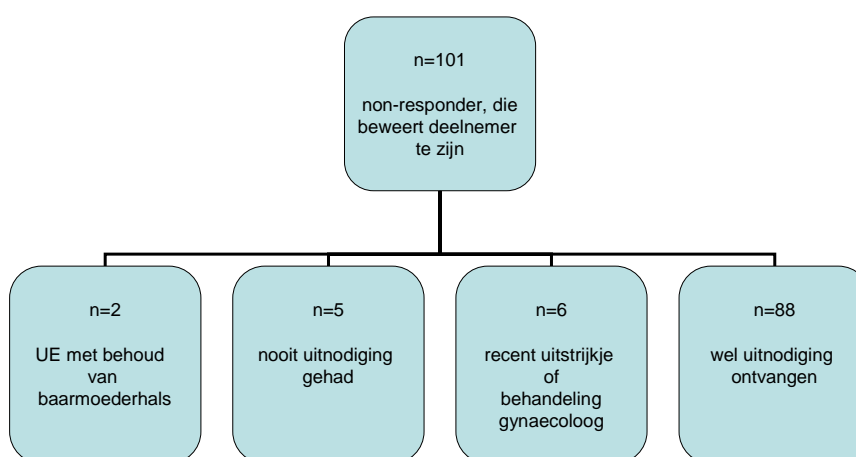
TABEL 6 ANTWOORDFREQUENTIES STELLING A VAN VRAAG 30

	n	%
ja	101	19.2
nee	373	70.9
missing	52	9.9
Totaal	526	100.0

373 vrouwen hebben ‘nee’ geantwoord. Dit is 70% van de bruikbare vragenlijsten. De overige 30% reageerde bevestigend of helemaal niet op de stelling. Er vanuit gaande dat vrouwen eerlijke informatie verstrekken in de vragenlijst, is besloten diegenen die niet (=missing) of bevestigend hebben gereageerd op stelling a van vraag 30 van verdere analyse uit te sluiten, omdat op grond van hun antwoorden moet worden getwijfeld aan het feit of ze tot de ‘ware non-responders’ behoren.

In het licht van opkomstbevorderende maatregelen is het echter wel interessant een verklaring te vinden voor de discrepantie tussen wat de vrouwen zelf beweren (“ik ben deelnemer”) en wat er over hen bekend is bij BCNN (“zij is non-responder en dus niet-deelnemer”). Daarom wordt in het hiernavolgende met behulp van twee stroomdiagrammen beschreven wat er – op grond van informatie uit de vragenlijst – bekend is van deze (101 + 52=) 153 vrouwen.

FIGUUR 2 STROOMDIAGRAM VAN 101 VROUWEN DIE BEWEREN EEN DEELNEMER BVO/BMHK TE ZIJN



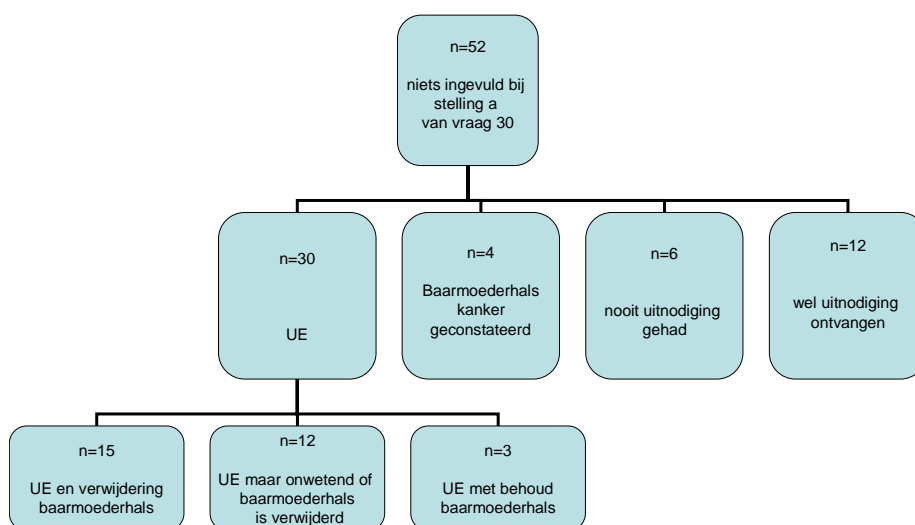
Twee vrouwen geven aan dat zij een uterusextirpatie (UE) hebben ondergaan, maar dat hierbij de baarmoederhals is behouden. Zij zijn dus niet beschermd tegen BMHK en krijgen een uitnodiging van BCNN voor het BVO/BMHK. Van deze twee vrouwen is bij BCNN geen uitslag van een uitstrijkje bekend in de uitnodigingsronde van 2003/2004 en geen reden voor niet deelname, maar er is op hun naam wel een uitnodiging verstuurd.

Vijf vrouwen zeggen nooit een uitnodiging te hebben gehad. De kans dat een uitnodiging verdwijnt in het logistieke proces is aanwezig, maar gering. Er kan geen sprake zijn van foutieve adressering, want dan was de vragenlijst van het onderhavige onderzoek ook niet op het juiste adres aangekomen. Het feit ligt er wel dat als de vrouwen nooit een uitnodiging hebben gehad, zij ook het laboratoriumformulier – dat ingesloten is bij de uitnodigingsbrief – niet hebben meegenomen naar het screeningsonderzoek. Als zij – zoals ze zelf beweren – wel een uitstrijkje hebben laten maken, dan zijn de kosten voor deze verrichting op een andere wijze gedeclareerd dan via de systematiek van de screeningsorganisatie.

Zes vrouwen geven aan recent een uitstrijkje te hebben laten maken of dat zij onder behandeling van een gynaecoloog staan. Dit zijn beide in de HIS geregistreerde redenen om niet deel te nemen aan het BVO-BMHK. Omdat zij verzuimd hebben de 'verklaring van niet-deelname' behorende bij de uitnodiging te retourneren, staan zij echter bij BCNN als non-responder geregistreerd.

Van de resterende 88 vrouwen is bekend dat er bij hen geen baarmoederhalskanker is geconstateerd, geen UE (inclusief baarmoederhals) heeft plaatsgevonden en dat zij allemaal een uitnodiging voor het BVO-BMHK hebben ontvangen. Ook hier geldt dat als het waar is dat zij een uitstrijkje hebben laten maken, dat dit dan op een andere wijze is gebeurd dan via de bekostigingsystematiek van de screeningsorganisatie. Samenvattend kan worden geconcludeerd dat – wanneer de door de vrouwen verstrekte informatie juist is – er in 101 van de 526 cases sprake is van een uitstrijkje buiten het kader van het BVO-BMHK om. Dit is een percentage 'medische of opportunistische uitstrijkjes' van 19%.

FIGUUR 3 STROOMDIAGRAM 52 VROUWEN DIE NIETS HEBBEN INGEVULD BIJ STELLING A VAN VRAAG 30



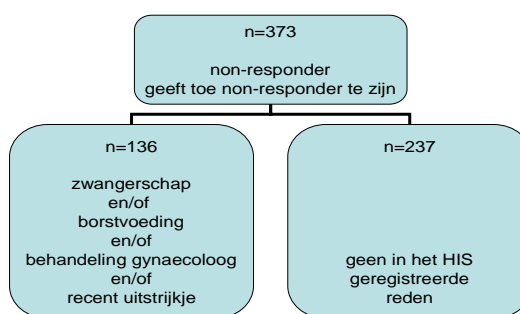
Nadere analyse van de reden waarom vrouwen geen antwoord hebben gegeven op stelling a van vraag 30 wijst uit dat 30 van de 52 vrouwen een uterusextirpatie hebben ondergaan. Dit is een in het HIS geregistreerde reden om niet deel te nemen aan het BVO-BMHK. Van deze 30 vrouwen is echter de helft beschermd tegen BMHK, omdat bij hen ook de baarmoederhals is verwijderd. Bij de andere 15 vrouwen is de baarmoederhals behouden gebleven of is de vrouw onwetend of de baarmoederhals

wel of niet verwijderd is. Bij vier van de 52 vrouwen is baarmoederhalskanker geconstateerd. Zes vrouwen geven aan nooit een uitnodiging te hebben ontvangen. De resterende 12 vrouwen bevestigen dat zij een uitnodiging hebben ontvangen.

Belangrijk is dat van deze 52 vrouwen geen uitslag bekend is in de uitnodigingsronde 2003/2004 van BCNN en dat op grond van de verstrekte informatie slechts 15 vrouwen beschermd blijken tegen baarmoederhalskanker. Omdat zij geen 'verklaring van niet-deelname' hebben geretourneerd staan zij als non-responder bij BCNN bekend.

Het doel van deze paragraaf was de 'ware non-responder' te identificeren. Dit zijn in ieder geval de vrouwen die 'nee' hebben geantwoord op stelling a van vraag 30. Dit zijn 373 vrouwen. Echter, er bestaan ook nog een aantal tijdelijke in het HIS geregistreerde redenen om niet deel te nemen aan het BVO-BMHK. In Figuur 4 wordt weergegeven hoeveel van de 373 vrouwen één of meerdere tijdelijke in het HIS geregistreerde redenen hebben om niet deel te nemen.

FIGUUR 4 STROOMDIAGRAM 373 NON-RESPONDERS WAARVAN EEN DEEL EEN TIJDELIJKE IN HIS GEREgistREERDE REDEN HEEFT



In de beschrijving van de resultaten op vraagstelling 4 tot en met 7 zal uitgegaan worden van de 237 vrouwen, welke de 'ware non-responders' zijn.

5.4 Kenmerken 'ware non-responders'

In dit onderzoek is de 'ware non-responder' gedefinieerd als een vrouw:

- waarvan bij BCNN geen laboratoriumuitslag bekend is en,
- die geen 'verklaring van niet-deelname' heeft ingezonden en,
- die in de vragenlijst erkent niet te hebben deelgenomen aan het BVO-BMHK en,
- die geen tijdelijke 'geldige' reden heeft (zwangerschap, borstvoeding, behandeling gynaecoloog, recent uitstrijkje) voor niet-deelname aan het BVO-BMHK.

In Tabel 7 wordt de verdeling van de 'ware non-responders' over de zeven leeftijdscategorieën van het BVO-BMHK gegeven.

TABEL 7 LEEFTIJDVERDELING NON-RESPONDERS (MISSING N=4)

	n	%
60 jarigen	14	6.0
55 jarigen	24	10.3
50 jarigen	30	12.9
45 jarigen	40	17.2
40 jarigen	27	11.6
35 jarigen	49	21.0
30 jarigen	49	21.0
Totaal	233	100.0

Uit Tabel 7 blijkt dat 42% van de 'ware non-responders' de 30 of 35-jarige leeftijd heeft. In de discussie (§ 6.2) wordt ingegaan op de representativiteit van deze aantallen voor de doelpopulatie (dit zijn alle vrouwen in het werkgebied van BCNN die niet gereageerd hebben op de uitnodigingsronde 2003/2004).

Achttenvijftig procent van de vrouwen is gehuwd. Negentien procent heeft een partner, waar het merendeel mee samenwoont. De overige 22% is alleenstaand, gescheiden of weduwe. Tweederde van de vrouwen heeft kinderen. Het gemiddelde aantal kinderen bedraagt 2.3 (SD 1.0).

In Tabel 8 wordt weergegeven wat het hoogst genoten opleidingsniveau van de non-responders is.

TABEL 8 WAT IS DE HOOGSTE OPLEIDING DIE U HEEFT AFGEROND MET EEN DIPLOMA? (MISSING =2)

	n	%
Lagere school	11	4.7
LBO	46	19.6
alg. middelbaar onderwijs	26	11.1
MBO	59	25.1
alg. voortgezet onderwijs	14	6.0
HBO	58	24.7
WO	9	3.8
Anders	12	5.1
Totaal	235	100.0

Zestig procent van de vrouwen heeft betaald werk en ontvangt salaris. Vierentwintig procent van de vrouwen geeft aan (ook) huisvrouw te zijn. Drieëntwintig procent van de vrouwen is zelfstandig ondernemer, werkzoekend, met (vervroegd) pensioen, vrijwilliger of geeft aan een opleiding of cursus te volgen. Dertien procent van de vrouwen is arbeidsongeschikt. Eventuele partners van de vrouwen hebben in 71% van de gevallen 'betaald werk'. Deze percentages zijn overeenkomstig de cijfers in het Statistisch Jaarboek 2005 (CBS, 2005) en er is dus geen sprake van een selecte groep.

Zesentachtig procent van de vrouwen is in Nederland geboren en wonen daar al hun hele leven. De overige 14% komt verspreid van over de hele wereld (zie Tabel C, Bijlage 9) en woont gemiddeld al 20.6 jaar in Nederland (SD 16.9 jaar).

De helft van de vrouwen (51%) ervaart haar gezondheid als goed, 16% zelfs als uitstekend en de overige 33% als redelijk, niet zo goed of slecht.

5.5 Mening over huisarts

Bijna alle vrouwen (99%) hebben een vaste huisarts, die in 79% van de gevallen een man is, in 15% van de gevallen een vrouw. In 6% van de gevallen kan de vrouw kiezen voor een consult bij een mannelijke of vrouwelijke huisarts.

Zevenenzestig procent van de vrouwen bezoekt de huisarts jaarlijks met een minimale frequentie van één keer per jaar en een maximale frequentie van vier keer per jaar. Veertien procent gaat vaker dan vier keer per jaar en 19% gaat nooit naar de huisarts.

In Tabel 9 worden de resultaten weergegeven op de vraag: *"Hoe tevreden bent u over uw huisarts?"*

TABEL 9

HOE TEVREDEN BENT U OVER UW HUISARTS? (MISSING = 6)

	n	%
zeer tevreden	68	29.4
tevreden	112	48.5
niet tevreden, niet ontevreden	37	16.0
ontevreden	12	5.2
zeer ontevreden	2	0.9
Totaal	231	100.0

Achtenzeventig procent van de vrouwen is tevreden over hun huisarts. De 6% die ontevreden of zeer ontevreden is, heeft vooral het gevoel niet serieus genomen te worden door hem of haar. Voor een volledig overzicht van de redenen, wordt verwezen naar Tabel D in Bijlage 9.

Driekwart van de vrouwen is tevreden over de bereikbaarheid van de huisarts. Acht procent geeft aan ontevreden of zeer ontevreden te zijn over de bereikbaarheid van de huisarts en 16% procent van de vrouwen heeft hier geen mening over.

5.6 Mening over gangbare uitnodiging voor bevolkingsonderzoek

Alvorens de vrouwen te bevragen over de kwaliteit van de uitnodigingsbrief en folder is gevraagd of zij überhaupt ooit een uitnodiging hebben gekregen voor het BVO-BMHK. Negenentachtig procent van de vrouwen antwoordt bevestigend op deze vraag. Vier procent geeft aan dit niet zeker te weten en 7% beweert nooit een uitnodiging te hebben gehad.

Zevenenzeventig procent van de vrouwen – die aangeven een uitnodiging te hebben ontvangen – vond de informatie in de brief duidelijk. Tweeëntwintig procent van de vrouwen kan zich niet herinneren wat zij van de informatie vonden en één procent vond de informatie onduidelijk.

Veertig procent van de vrouwen kan zich niet herinneren of er een folder bij de uitnodigingsbrief zat. Van de vrouwen die zich de folder kunnen herinneren, vond drieëntachtig procent de informatie duidelijk.

5.7 Voorkeur voor manier van uitnodigen

Het merendeel van de vrouwen wil via de gangbare wijze – per brief – worden uitgenodigd voor het BVO-BMHK. De percentages voor de overige voorkeuren staan vermeld in Tabel 10.

TABEL 10 WAT VINDT U DE PRETTIGSTE MANIER OM UITGENODIGD TE WORDEN VOOR HET MAKEN VAN EEN UITSTRIJKJE? (MISSING =1)

	n	%
per brief	199	84.3
per telefoon	12	5.1
per e-mail	11	4.7
ik wil geen uitnodiging	14	5.9
Totaal	236	100.0

De redenen waarom vrouwen geen uitnodiging willen ontvangen staan vermeld in Tabel 11.

TABEL 11 IK WIL GEEN UITNODIGING ONTVANGEN , OMDAT

	n
ik er niet aan mee doe (o.a. door scan van natuurgenezer)	3
ik urineverlies heb	1
ik het een beetje zinloos vind	1
ik een mannelijke arts heb en dat vind ik niet prettig	1
ik wil het niet weten als er wat mis is	1
ik word zeer nerveus als ik herhaaldelijk op kanker onderzocht word	1
ik gezond ben	1
de huisarts al een uitstrijkje heeft gedaan toen ik hier kwam wonen	1
de laatste keer het inwendig onderzoek zeer pijnlijk was	1
missing = geen vermelding van reden	3
Totaal	14

Tevens is het gedrag van vrouwen onderzocht op het moment dat de uitnodigingsbrief 'op de mat' valt. In Tabel 12 worden de resultaten weergegeven.

TABEL 12 WAT DOET U OF ZOU U DOEN MET EEN UITNODIGINGSBRIEF VOOR HET LATEN MAKEN VAN EEN UITSTRIJKJE? (MISSING = 3)

	n	%
ik onderneem direct actie en bel voor een afspraak	25	10.7
ik leg de brief daar waar ik hem niet vergeet	91	38.9
de brief komt op de stapel binnengekomen post	78	33.3
ik gooi de brief bij het oud papier	13	5.6
anders, namelijk	27	11.5
Totaal	234	100.0

Zes procent van de vrouwen gooit de brief direct weg. Dit resultaat komt overeen met de eerder vermelde 6% van de vrouwen die helemaal geen uitnodiging willen ontvangen (zie Tabel 10). Elf procent van de vrouwen beweert direct actie te ondernemen en de huisartspraktijk voor een afspraak te bellen. Het merendeel van de vrouwen legt de brief daar waar ze hem niet vergeet of op de stapel binnengekomen post, respectievelijk 39% en 33%. Voor inzicht in andere gedragswijzen wordt verwezen naar Tabel E in Bijlage 9.

In Tabel 13 staat wat de 'ware non-responders' gemiddeld de prettigste manier vinden om benaderd te worden voor het BVO-BMHK.

TABEL 13 WAT ZOU U DE PRETTIGSTE MANIER VINDEN OM EEN CONCRETE AFSpraak TE MAKEN VOOR HET LATEN MAKEN VAN EEN UITSTRIJKJE (MISSING = 3)

	n	%
ik neem zelf het initiatief	104	44.4
de assistente stuurt mij een datumvoorstel	63	26.9
de assistente belt mij	48	20.5
via internet	9	3.8
anders	10	4.3
Totaal	234	100.0

Opvallend is dat 44% van de 'ware non-responders' graag zelf het initiatief houdt in het maken van een concrete afspraak voor het uitstrijkje. Zevenenveertig procent delegeert het initiatief graag naar de assistente van de huisarts.

Het percentage vrouwen dat graag gebruik zou maken van internet om een afspraak te maken is laag en bedraagt 4%.

5.8 Drempels voor deelname aan bevolkingsonderzoek

Door middel van vijf vragen is getracht te inventariseren of er voor vrouwen drempels bestaan voor deelname aan het BVO-BMHK en zo ja, welke. In Tabel 14 wordt een overzicht gegeven van de antwoorden op deze vragen.

TABEL 14 DREMPELS VOOR DEELNAME AAN HET BVO-BMHK

	moeilijk		niet moeilijk, niet gemakkelijk		gemakkelijk	
	n	%	n	%	n	%
het begrijpen van de uitnodigingsbrief is voor mij	7	3.0	24	10.3	202	86.7
onthouden om de huisarts te bellen voor een afspraak is voor mij	39	16.7	70	30.0	124	53.2
via de telefoon zeggen dat ik een afspraak voor een uitstrijkje wil, is voor mij	25	10.9	44	19.2	160	69.9
naar de huisartspraktijk toegaan, is voor mij	32	13.9	50	21.7	148	64.3
tijd vrijmaken voor het bvo-bmhk is voor mij	34	14.7	73	31.6	124	53.7

Minimaal 3% en maximaal 17% van de 'ware non-responderende' vrouwen ervaart één of meerdere drempels in het nemen van stappen die nodig zijn om deel te nemen aan het BVO-BMHK. Bij twee vragen konden de vrouwen ook open informatie verstrekken:

1. waarom zij het als moeilijk ervaren om via de telefoon te zeggen dat zij een afspraak voor een uitstrijkje willen en
 2. waarom zij het als moeilijk ervaren om naar de huisartspraktijk toe te gaan.
- Zoals verwacht blijken de ervaren drempels zowel van praktische als emotionele aard te zijn. Het merendeel van de vrouwen die het moeilijk vinden om de huisartspraktijk telefonisch te benaderen en/of er daadwerkelijk naar toe te gaan voor het BVO-BMHK geeft aan dat dit verband houdt met gevoelens van angst, schaamte en/of verlegenheid. Twee vrouwen benoemen het zelfs als traumatisch, omdat zij slachtoffer zijn van seksueel misbruik: *“wanneer ik de huisarts bel, vraag ik zelf om lichamelijk contact en dat is traumatisch”*. De overige vrouwen ervaren drempels van meer praktische aard: niet de beschikking over een telefoon (n=1), onvoldoende beheersing Nederlandse taal (n=3), moeilijk om tijd vrij te maken voor afspraak in verband met werk(tijden) of verzorging van kinderen (n=7), lange reistijd naar praktijk (n=1).

5.9 Visies op preventie baarmoederhalskanker

Aan de vrouwen zijn vijf stellingen voorgelegd die hun visie op ziekte in het algemeen en baarmoederhalskanker in het bijzonder inventariseren. In Tabel 15a tot met 15d wordt een overzicht gegeven van hun reacties.

TABEL 15A ZIEKTE HOORT BIJ EEN MENSENLEVEN. DAT MOET JE NIET WILLEN VOORKOMEN, DAAR MOET JE JE BIJ NEERLEGGEN (MISSING = 5)

	n	%
helemaal eens	21	9.1
beetje eens	17	7.3
niet eens, niet oneens	19	8.2
beetje oneens	12	5.2
helemaal oneens	163	70.3
Totaal	232	100.0

Zestien procent van de ‘ware non-responders’ van het BVO-BMHK is het eens met de visie dat ziekte bij een mensenleven hoort. Deze visie is moeilijk verenigbaar met de preventieve grondgedachte van het BVO-BMHK.

TABEL 15B HET IS DE VERANTWOORDELIJKHEID VAN DE VROUW OM ZICH TE LATEN ONDERZOEKEN OP (VOORSTADIA VAN) BAARMOEDERHALSKANKER (MISSING = 4)

	n	%
helemaal eens	122	52.4
beetje eens	54	23.2
niet eens, niet oneens	33	14.2
beetje oneens	12	5.2
helemaal oneens	12	5.2
Totaal	233	100.0

Driekwart van de vrouwen is het eens met de stelling dat het de verantwoordelijkheid van de vrouw is om zich te laten onderzoeken op (voorstadia van) baarmoederhalskanker. Een kwart van de vrouwen twijfelt of legt de verantwoordelijkheid in ieder geval niet bij zichzelf.

TABEL 15C HET IS GOED DAT HET BEVOLKINGSONDERZOEK BAARMOEDERHALSKANKER VROUWEN ER AAN HERINNERT OM ZICH TE LATEN ONDERZOEKEN OP (VOORSTADIA VAN) BAARMOEDERHALSKANKER (MISSING = 4)

	n	%
helemaal eens	201	86.3
beetje eens	21	9.0
niet eens, niet oneens	4	1.7
beetje oneens	1	0.4
helemaal oneens	6	2.6
Totaal	233	100.0

Op 11 vrouwen na vinden alle 'ware non-responders' het prettig dat zij er aan herinnerd worden om zich te laten onderzoeken op baarmoederhalskanker.

TABEL 15D HET IS DE VERANTWOORDELIJKHEID VAN DE OVERHEID OM VROUWEN TE BEHOEDEN VOOR HET KRIJGEN VAN BAARMOEDERHALSKANKER (MISSING = 5)

	n	%
helemaal eens	38	16.4
beetje eens	41	17.7
niet eens, niet oneens	70	30.2
beetje oneens	25	10.8
helemaal oneens	58	25.0
Totaal	232	100.0

Over deze stelling zijn de meningen van de 'ware non-responders' het meest verdeeld. Iets meer dan eenderde van de vrouwen stelt de overheid verantwoordelijk voor de preventie van baarmoederhalskanker, 30% weet niet wiens verantwoordelijkheid het zou moeten zijn en 36% ziet preventie van baarmoederhalskanker meer als haar eigen verantwoordelijkheid.

TABEL 15E BEVOLKINGSONDERZOEK BAARMOEDERHALSKANKER MAAKT VROUWEN ONNODIG ONGERUST (MISSING =4)

	n	%
helemaal eens	20	8.6
beetje eens	39	16.7
niet eens, niet oneens	41	17.6
beetje oneens	18	7.7
helemaal oneens	115	49.4
Totaal	233	100.0

Een kwart van de vrouwen is van mening dat het BVO-BMHK vrouwen onnodig ongerust maakt, 18% twijfelt en 57% is het oneens met deze stelling.

5.10 Redenen voor niet deelname

Aan de vrouwen is gevraagd om bij een veelheid aan mogelijke redenen voor niet-deelname aan het BVO-BMHK aan te geven of deze redenen een rol hebben gespeeld bij hun non-responsgedrag. De resultaten op deze vragen zijn verwerkt in een multiresponse-set, welke in Tabel 16 wordt gepresenteerd.

TABEL 16 REDENEN VOOR NIET-DEELNAME

	n	%
ik ben de uitnodigingsbrief kwijtgeraakt	42	17.7
ik ben vergeten een afspraak te maken	93	39.2
het maken van een afspraak bij de huisartspraktijk kost mij te veel tijd	25	10.5
het laten maken van een uitstrijkje kost mij te veel tijd	19	8.0
ik was destijds ongesteld	23	9.7
ik was destijds op vakantie	17	7.2
ik wil niet dat de assistente het uitstrijkje bij mij maakt, dat mag enkel door de huisarts zelf worden gedaan	30	12.7
het laten maken van een uitstrijkje lijkt mij pijnlijk	50	21.1
ik schaam mij als een man het uitstrijkje bij mij maakt	68	28.7
ik schaam mij als een vrouw het uitstrijkje bij mij maakt	16	6.8
ik vind het niet nodig om een uitstrijkje te laten maken als ik geen klachten heb	38	16.0
ik heb geen mensen in mijn omgeving die mij stimuleren om mee te doen aan het onderzoek	35	14.8
ik ben bang voor de uitslag van het uitstrijkje	46	19.4
ik ben bang om ontmaagd te worden	2	0.8
ik heb eerder een vervelende ervaring gehad met het maken van een uitstrijkje	27	11.4
ik ben slachtoffer van seksueel misbruik	18	7.6
ik heb problemen die belangrijker zijn dan het laten maken van een uitstrijkje	27	11.4
ik heb geen seksuele relatie dus dan is het laten maken van een uitstrijkje niet nodig	14	5.9
ik mag van mijn geloof geen uitstrijkje laten maken	6	2.5
ik heb een andere reden	90	38.0
Totaal	237	

De percentages tellen niet op tot 100% omdat vrouwen op meerdere vragen 'ja' konden antwoorden. Ook zijn er geen ontbrekende waarden omdat alle 'ware non-responders' minimaal één reden hebben gegeven waarom zij niet altijd gereageerd hebben op een uitnodiging en in ieder geval niet op de uitnodiging van de ronde 2003/2004.

Vijf redenen zijn het meest frequent aangekruist door de 'ware non-responders':

1. ik ben vergeten een afspraak te maken (39.2%);
2. ik heb een andere reden (38.0%);
3. ik schaam mij als een man het uitstrijkje bij mij maakt (28.7%);
4. het laten maken van een uitstrijkje lijkt mij pijnlijk (21.1%);
5. ik ben bang voor de uitslag van het uitstrijkje (19.4%).

Bijna 40% van de non-respons wordt verklaard door vergeetachtigheid van de vrouwen. Achtendertig procent geeft aan een andere reden te hebben dan in de multiresponse-set wordt genoemd, te weten: ziekte of een ziekenhuisopname (n=12), verhuizing (n=6) en het feit dat zij nooit een uitnodiging hebben ontvangen (n=6). Een gedetailleerd overzicht van alle andere redenen staat in Tabel F van Bijlage 9.

5.11 Factoren die deelname faciliteren

Met het oog op de tweede doelstelling van het onderzoek – het formuleren van concrete aanbevelingen om te komen tot een participatieverhogend beleid – is aan de vrouwen ook een set van mogelijke situaties of randvoorwaarden voorgelegd die hen zouden kunnen overhalen om in de toekomst wel deel te nemen aan het BVO-BMHK. In Tabel 17 staat een overzicht van deze factoren en de bijbehorende antwoordpercentages van de 'ware non-responders'.

TABEL 17 FACTOREN DIE DEELNAME IN DE TOEKOMST FACILITEREN (MISSING =10)

	n	%
de zekerheid dat het uitstrijkje gemaakt wordt door een vrouw	81	35.7
de zekerheid dat het uitstrijkje gemaakt wordt door de huisarts zelf	56	24.7
de zekerheid dat het uitstrijkje gemaakt wordt door een assistente	48	21.1
wanneer ik zelf de datum en het tijdstip van het laten maken van het uitstrijkje kan bepalen	103	45.4
wanneer ik door mensen in mijn omgeving gestimuleerd word om mee te doen aan het onderzoek	45	19.8
wanneer ik ten tijde van de uitnodiging klachten heb	70	30.8
de wetenschap dat 1 op de 140 vrouwen tijdens haar leven baarmoederhalskanker krijgt	127	55.9
de wetenschap dat als baarmoederhalskanker in een vroeg stadium wordt opgespoord, het voor vrijwel 100% is te genezen	161	70.9
wanneer het laten maken van een uitstrijkje verplicht wordt gesteld	81	35.7
wanneer ik 's avonds terecht kan bij de huisartspraktijk i.v.m. oppas voor de kinderen	49	21.6
wanneer een vertrouwenspersoon bij het laten maken van een uitstrijkje aanwezig kan zijn	16	7.0

	n	%
het feit dat het laten maken van een uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek gratis is	94	41.4
wanneer de (telefonische) bereikbaarheid van mijn huisarts sterk wordt verbeterd	28	12.3
ik heb een andere reden die me zou overhalen	33	14.5
Totaal	227	

De top drie van opkomstbevorderende factoren zijn achtereenvolgens:

1. de wetenschap dat als baarmoederhalskanker in een vroeg stadium wordt opgespoord, het voor vrijwel 100% is te genezen (70.9%);
2. de wetenschap dat 1 op de 140 vrouwen tijdens haar leven baarmoederhalskanker krijgt (55.9%);
3. wanneer de vrouw zelf de datum en het tijdstip van het laten maken van het uitstrijkje kan bepalen (45.4%).

Het is opvallend dat twee factoren die het meest frequent zijn aangekruist beide met kennis betreffende de ziekte baarmoederhalskanker te maken hebben.

Vijftien procent van de 'ware non-responders' geeft aan nog een andere reden te hebben die hen zou overhalen wel te reageren op een uitnodiging voor het BVO-BMHK in de toekomst. Echter, nadere analyse wijst uit dat veel vrouwen reeds eerder genoemde factoren herhalen. Negen vrouwen komen met een 'nieuwe' reden, namelijk:

- als het gedaan wordt door een onafhankelijke onpersoonlijke organisatie;
- wanneer ik de steun van mijn ouders zou hebben;
- als het risico op BMHK ook groot is voor mensen zonder seksuele relatie;
- als het in de familie wordt geconstateerd;
- als het in het ziekenhuis gebeurt en niet door een man;
- wanneer het gecombineerd kan worden met het open spreekuur;
- als ik het uitstrijkje zelf kon maken;
- wanneer je niet zo lang hoeft te wachten;
- wanneer het uitstrijkje onder narcose zou kunnen worden gedaan.

5.12 Aanvullende analyses

In het voorgaande zijn frequentietabellen gepresenteerd voor de gehele groep 'ware non-responders'. Echter, binnen deze groep verschillen vrouwen op een aantal demografische kenmerken (leeftijd, burgerlijke staat, etniciteit) en persoonskenmerken

(opleidingsniveau, wel of geen kinderen en wel of geen betaald werk). Het is interessant te onderzoeken of er relaties bestaan tussen deze kenmerken en de afhankelijke variabelen in dit onderzoek (mening over en voorkeur voor een bepaalde manier van uitnodigen voor het BVO-BMHK, drempels voor deelname, visies op preventie baarmoederhalskanker, redenen om niet deel te nemen en factoren die deelname faciliteren). Dit is gedaan door de Pearson Chi-Square te bepalen voor alle bovengenoemde variabelen.

Tot slot worden de demografische en persoonskenmerken van één speciaal type 'ware non-responder' bekeken: de 'aperte weigeraar'.

Leeftijd

Tussen de zeven leeftijdscategorieën (30-, 35-, 40-, 45-, 50-, 55-, 60-jarigen) van het BVO-BMHK bestaan geen significante verschillen in de wijze waarop de vrouwen uitgenodigd wensen te worden voor het BVO-BMHK. De gangbare schriftelijke uitnodiging voldoet voor allen. Ook wat betreft de visies op preventie van baarmoederhalskanker zijn er geen significante verschillen tussen de verschillende leeftijdscategorieën gevonden. Alleen voor de 60-jarigen is er ten opzichte van de overige leeftijdscategorieën een verschil. De 60-jarigen vinden het significant moeilijker om naar de huisartspraktijk toe te komen voor het laten maken van een uitstrijkje ($p = .04$) en zij zien de noodzaak van het laten maken van een uitstrijkje als ze geen klachten hebben minder in ($p = .03$).

Burgerlijke staat

De variabele burgerlijke staat is gehercodeerd in twee categorieën, te weten: wel of geen partner. Er zijn op drie redenen voor niet-deelname significante verschillen gevonden tussen vrouwen die wel en vrouwen die geen partner hebben.

Vrouwen die geen partner hebben, geven significant vaker aan:

1. dat het laten maken van een uitstrijkje hen pijnlijk lijkt ($p = .03$);
2. dat zij het niet nodig vinden een uitstrijkje te laten maken als zij geen klachten hebben ($p = .02$);
3. dat het laten maken van een uitstrijkje niet nodig is, omdat zij geen seksuele relatie hebben ($p = .04$).

Met betrekking tot de overige afhankelijke variabelen zijn geen significante verschillen gevonden tussen vrouwen die wel en vrouwen die geen partner hebben.

Etniciteit

Voor het berekenen van de Pearson Chi-Square zijn de vrouwen uit Tabel C van Bijlage 9 samengevoegd tot één categorie: de allochtonen ($n=32$). Alle overige vrouwen zijn in Nederland geboren en vormen derhalve de autochtonen ($n=203$). Er

zijn significante verschillen gevonden tussen autochtone- en allochtone vrouwen met betrekking tot het begrijpen van de uitnodigingsbrief en hun drijfveren voor wel of niet deelname.

Significant meer allochtone- dan autochtone vrouwen geven aan dat het voor hen moeilijk is de uitnodigingsbrief te begrijpen ($p = .00$). Zij vinden hierdoor tevens de informatie in de uitnodigingsbrief en de bijbehorende folder onduidelijker of kunnen zich de informatie niet herinneren ($p = .00$).

Wat betreft hun redenen om niet deel te nemen aan het BVO-BMHK geven allochtone vrouwen significant vaker dan autochtone vrouwen aan dat het laten maken van een uitstrijkje hen pijnlijk lijkt ($p = .03$). Twee factoren zouden deelname aan het onderzoek voor allochtone vrouwen meer vergemakkelijken dan voor autochtone vrouwen, te weten: wanneer zij 's avonds terecht kunnen bij de huisartspraktijken voor het BVO-BMHK in verband met oppas voor de kinderen ($p = .05$) en wanneer een vertrouwenspersoon bij het onderzoek aanwezig kan zijn ($p = .01$).

Opleidingsniveau

De persoonsvariabele 'hoogst genoten opleiding' is gehercodeerd tot drie categorieën van opleidingsniveau, te weten: laag, middel of hoog.

Lager opgeleide vrouwen blijken significant vaker naar het spreekuur van de huisarts te gaan dan middel- of hoger opgeleide vrouwen ($p = .02$). Wat betreft de redenen voor niet deelname aan het BVO-BMHK zijn de volgende verschillen gevonden;

- significant meer lager opgeleide vrouwen schamen zich wanneer een man het uitstrijkje bij hen maakt ($p = .02$);
- significant meer lager opgeleide vrouwen geven aan bang te zijn voor de uitslag van het uitstrijkje ($p = .01$);
- significant meer hoger opgeleide vrouwen geven aan dat het hen teveel tijd kost om mee te doen aan het BVO-BMHK; zowel het maken van een afspraak ($p = .02$) als het naar de feitelijke afspraak toegaan ($p = .02$) ervaren zij als tijdrovend.

Tevens is gekeken of er verschillen bestaan tussen de opleidingsniveau's wat betreft de factoren die de vrouwen eventueel kunnen overhalen om deel te nemen aan BVO-BMHK. De lager opgeleide vrouwen geven significant vaker aan dat 'de zekerheid dat het uitstrijkje wordt gemaakt door de huisarts zelf', hen zou stimuleren mee te doen ($p = .03$). Echter, ook 'de zekerheid dat het uitstrijkje gemaakt wordt door een assistente' scoort bij hen significant hoger dan bij middel- of hoger opgeleide vrouwen ($p = .02$).

Meer dan de helft (53%) van de lager opgeleide vrouwen zou overgehaald worden om mee te doen aan het BVO-BMHK, wanneer het laten maken van een uitstrijkje verplicht zou worden gesteld ($p = .01$), terwijl dit bij 35% van de middel en 28% van de

hoger opgeleide vrouwen het geval is. Deze uitkomst is consistent met de bevinding dat significant meer lager opgeleide vrouwen het 'helemaal eens' zijn met de stelling dat 'het de verantwoordelijkheid van de overheid is om vrouwen te behoeden voor BMHK' ($p = .04$).

Tot slot geven de hoger opgeleiden – evenals de allochtone vrouwen – significant vaker dan de middel of lager opgeleiden aan dat 'wanneer zij 's avonds terecht zouden kunnen bij de huisartspraktijk voor het laten maken van een uitstrijkje' dit hun deelname aan het BVO-BMHK zou bevorderen ($p = .04$).

Wel of geen kinderen

Op twee factoren na, bestaan er geen significante verschillen tussen vrouwen die wel en vrouwen die geen kinderen hebben gekregen: vrouwen die (nog) geen kinderen hebben gekregen, geven significant vaker aan dat het laten maken van een uitstrijkje hen pijnlijk lijkt ($p = .01$) en geven tevens significant vaker aan dat zij eerder een vervelende ervaring hebben gehad bij het laten maken van een uitstrijkje ($p = .00$).

Wel of geen betaald werk

Er is een significant verband tussen opleidingsniveau en het hebben van wel of geen betaald werk ($p = .00$). Dit heeft tot gevolg dat er een grote mate van overeenkomst is tussen de aanvullende analyses op de variabelen 'opleidingsniveau' en 'wel of geen betaald werk'.

- vrouwen zonder betaald werk gaan vaker naar het spreekuur van de huisarts dan vrouwen met betaald werk ($p = .00$);
- meer vrouwen zonder betaald werk – dan vrouwen met betaald werk – schamen zich als een man het uitstrijkje maakt ($p = .03$);
- zowel de 'zekerheid dat het uitstrijkje wordt gemaakt door de huisarts' ($p = .01$) als de 'zekerheid dat het uitstrijkje wordt gemaakt door een assistente' ($p = .02$) is voor vrouwen zonder betaald werk belangrijker dan voor vrouwen met betaald werk;
- vrouwen met betaald werk geven – evenals hoger opgeleide vrouwen en allochtone vrouwen aan – dat 'wanneer zij 's avonds terecht zouden kunnen bij de huisartspraktijk voor het laten maken van een uitstrijkje' dit hun deelname aan het BVO-BMHK zou bevorderen ($p = .03$).

Alle bovengenoemde uitkomsten waren overeenkomstig de analyses voor het opleidingsniveau van vrouwen. Nieuwe verbanden die significant bleken als gevolg van het verschil 'wel of geen betaald werk' waren:

- significant meer vrouwen zonder betaald werk ervaren hun gezondheid als 'niet zo goed' of 'slecht' ($p = .00$);

- significant meer vrouwen zonder betaald werk vinden het niet nodig een uitstrijkje te laten maken als zij geen klachten hebben ($p = .01$);
- voor significant meer vrouwen zonder betaald werk is het feit dat het laten maken van een uitstrijkje in het kader van het BVO-BMHK gratis is, een reden om zich te laten overhalen ($p = .02$).

Aperte weigeraars

Tot slot zijn op grond van twee antwoordmogelijkheden in de vragenlijst (vraag27_4: ik wil geen uitnodiging ontvangen voor het laten maken van een uitstrijkje en vraag 28_4: ik gooi de brief bij het oud papier) 20 vrouwen gevonden die als 'aperte weigeraar' getypeerd kunnen worden. Hieronder volgt een ideaaltypische beschrijving.

De ideaaltypische weigeraar (n=20) heeft niet een bepaalde leeftijd, burgerlijke staat of opleidingsniveau. Zij gaat echter wel weinig of nooit naar de huisarts. Haar visie op preventie van baarmoederhalskanker is er één van zelfverantwoordelijkheid. Zij vindt het wel goed dat het BVO-BMHK vrouwen er aan herinnert om zich te laten onderzoeken, maar zij houdt graag zelf het initiatief wanneer en bij wie zij een uitstrijkje laat maken. Zij geeft alleen dan gehoor aan de uitnodiging van het BVO-BMHK wanneer zij ten tijde van de uitnodiging klachten heeft.

Samenvattend kan de 'aperte weigeraar' het best beschreven worden aan de hand van het citaat van één van de 20 vrouwen:

"Ik vind preventie prima, maar geef me de vrijheid om het op mijn manier te doen!"

6 Conclusies, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt allereerst antwoord gegeven op de vraagstellingen van het onderzoek. Vervolgens wordt de geldigheid van de bevindingen bediscussieerd. Besloten wordt met aanbevelingen om te komen tot een participatieverhogend beleid voor het BVO-BMHK.

6.1 Beantwoording vraagstellingen

Vraagstelling 1

Zijn er opkomstbevorderende factoren aan te wijzen in de uitnodigingsprocedure van zelfuitnodigende huisartsen en zo ja, welke?

Zowel uit de telefonische interviews als de focusgroepbijeenkomsten is gebleken dat de combinatie van een actief en gedifferentieerd uitnodigings- en herinneringsbeleid de deelname van vrouwen aan het BVO-BMHK positief beïnvloedt.

Een actief beleid kenmerkt zich in de eerste plaats door het vermelden van datum en tijdstip voor het laten maken van een uitstrijkje in de eerste uitnodigingsbrief. Qua initiatief kan de vrouw volstaan met gehoor geven aan de vermelde afspraak. Mocht de vrouw geen gehoor geven aan de afspraak, dan is een telefonische herinnering de meest effectieve volgende stap en bij 'geen gehoor' het versturen van een herinneringsbrief met een nieuwe datum en tijd.

Een gedifferentieerd uitnodigingsbeleid kenmerkt zich door het feit dat de assistentes en huisartsen alert zijn op het registreren van tijdelijke bijzonderheden bij vrouwelijke patiënten – variërend van zwangerschap tot relatieproblemen en/of rouwverwerking – en hiermee rekening houden bij de beslissing een eerste uitnodiging volgens schema of later te versturen.

Vooraf uit de focusgroepbijeenkomsten kwam het beeld naar voren dat het voor de praktijkassistentes – aan wie zowel organisatorische als uitvoerende taken van het BVO-BMHK zijn gedelegeerd – veel uitmaakt welke attitude de huisarts(en) hebben ten aanzien van primaire preventie. Wanneer de huisarts preventie van baarmoederhalskanker grotendeels beschouwt als de eigen verantwoordelijkheid van de vrouw, dan zal hij zichzelf en zijn (team van) assistente(s) niet aansporen meer te doen dan strikt noodzakelijk is volgens de richtlijnen van het 'draaiboek uitnodigen bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker'. Hierin is als minimumeis beschreven dat een (voorbeeld)uitnodigingsbrief en folder verstuurd dient te worden en een eenmalig schriftelijk rappel (ook volgens voorbeeld) indien de vrouw niet reageert. Echter, wanneer de huisarts actieve betrokkenheid toont ten aanzien van het BVO-BMHK – en dus ten aanzien van primaire preventie – dan kan hij de assistente(s)

concreet ondersteunen door ook tijdens consulten van niet-gynaecologische aard informatie te registreren die verband houdt met het BVO-BMHK en eventueel tijd te investeren in het overhalen van non-responders welke in zijn HIS met een memo staan geregistreerd. Tijdens de focusgroepbijeenkomsten beschreven praktijkassistentes een dergelijke pro-primaire-preventie (ppp-)attitude bij de huisarts als 'prettig, motiverend en dus opkomstbevorderend'.

Vraagstelling 2

Welke knelpunten ervaren de assistenten van zelfuitnodigende huisartsen bij de screening op baarmoederhalskanker?

Twee belangrijke knelpunten in de organisatie van het bevolkingsonderzoek binnen de zelfuitnodigende huisartspraktijk zijn de gebruiksonvriendelijkheid van de Huisarts Informatie Systemen (HIS) voor het BVO-BMHK en het gebrek aan ruimte en tijd voor het uitvoeren van de uitstrijkjes.

Vraagstelling 3

Welke redenen voor non-respons signaleren assistenten van zelfuitnodigende huisartsen en wat is hun mening over het optimaliseren van de condities voor opkomst?

De volgende redenen voor non-respons werden – in willekeurige volgorde – door de assistentes van zelfuitnodigende huisartsen genoemd: vrouwen

- vergeten een afspraak te maken;
- hebben eerder een vervelende ervaring gehad met het laten maken van uitstrijkje;
- hebben seksueel misbruik meegemaakt;
- zijn bang voor pijn bij het laten maken van uitstrijkje;
- zijn bang voor de uitslag van het uitstrijkje;
- schamen zich;
- hebben privé-problemen (relatieproblemen, rouwverwerking);
- zien het nut van onderzoek niet in wanneer zij geen klachten hebben;
- komen zelden of nooit op het spreekuur van de huisarts;
- zitten met vragen over het laten maken van een uitstrijkje en laten het daardoor afweten.

De houding van de assistentes ten aanzien van het optimaliseren van de condities voor deelname wordt gekleurd door de eerder genoemde ppp-attitude van de huisarts. Wanneer de huisarts tevreden is over het opkomstpercentage van het BVO-BMHK

dan zijn de assistentes ook tevreden. Wel geven de assistentes voordelen aan van hun professionele inbreng ten opzichte van die van de huisarts: de assistente kan meer tijd nemen voor het maken van een uitstrijkje (*“de sfeer tijdens het onderzoek is bepalend voor het terugkomen van de vrouw tijdens de volgende ronde”*) en de vrouw ervaart naar hun mening minder schaamte wanneer het onderzoek door de assistente – in plaats van de (mannelijke) huisarts – wordt gedaan.

Vraagstelling 4

Wat zijn de kenmerken van de vrouwen die niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (demografische en persoonskenmerken) in het werkgebied van BCNN?

In dit onderzoek konden drie typen niet-deelnemers worden geïdentificeerd:

- vrouwen met een in het HIS geregistreerde reden om niet deel te nemen;
- vrouwen met een tijdelijke in het HIS geregistreerde reden om niet deel te nemen;
- en de ‘ware non-responders’, waaronder de ‘aperte weigeraars’.

In de aanvullende analyses (§ 5.12) bleek dat er significante samenhangen bestaan tussen een aantal demografische- of persoonskenmerken en de afhankelijke variabelen in dit onderzoek (mening over en voorkeur voor een bepaalde manier van uitnodigen voor het BVO-BMHK, drempels voor deelname, visies op preventie baarmoederhalskanker, redenen om niet deel te nemen en factoren die deelname faciliteren). Daarom worden de kenmerken van de vrouwen die niet deelnemen aan het BVO-BMHK en die geen (tijdelijke) in het HIS geregistreerde reden daarvoor hebben, besproken bij de antwoorden op vraagstelling 5, 6 en 7.

Vraagstelling 5

Welke redenen geven deze vrouwen aan om geen gehoor te geven aan de oproep voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker?

Voor de gehele groep ‘ware non-responders’ is de top 5 van redenen voor niet-deelname:

1. vergeten een afspraak te maken;
2. een andere reden (namelijk: ziekte, ziekenhuisopname, verhuizing of nooit een uitnodiging ontvangen);
3. schaamte als een man het uitstrijkje maakt;
4. angst voor pijn;
5. angst voor de uitslag.

Echter, er is een aantal subgroepen 'ware non-responders' die significant minder dan anderen de noodzaak van het laten maken van een uitstrijkje inzien als zij op het moment van de uitnodiging geen klachten hebben. Dit zijn achtereenvolgens: vrouwen van 60 jaar, vrouwen die geen partner hebben, vrouwen zonder betaald werk en de 'aperte weigeraar' (zie § 6.12).

Schaamte en angst als redenen voor niet-deelname spelen een grotere rol bij vrouwen die geen partner hebben, allochtone vrouwen, lager opgeleide vrouwen, vrouwen die (nog) geen kinderen hebben gekregen en vrouwen zonder betaald werk.

Uitsluitend bij de hoger opgeleide is het feit dat het tijd kost om deel te nemen aan het BVO-BMHK een reden voor niet-deelname.

Vraagstelling 6

Kunnen vrouwen die niet deelnemen aan BVO-BMHK condities of voorwaarden noemen waaronder zij wel bereid zijn om aan het bevolkingsonderzoek deel te nemen?

Voor de gehele groep 'ware non-responders' is de top drie van opkomstbevorderende factoren achtereenvolgens:

1. de wetenschap dat als baarmoederhalskanker in een vroeg stadium wordt opgespoord, het voor vrijwel 100% is te genezen;
2. de wetenschap dat 1 op de 140 vrouwen tijdens haar leven baarmoederhalskanker krijgt;
3. wanneer vrouwen zelf de datum en het tijdstip van het laten maken van het uitstrijkje kunnen bepalen.

Echter, voor bepaalde subgroepen vrouwen geldt een ander beeld. Zo geven significant meer lager opgeleide vrouwen aan dat het verplicht stellen van deelname aan het BVO-BMHK hen zou overhalen om mee te doen. Daarentegen, zou de maatregel van een avondspreekuur voor het BVO-BMHK hoger opgeleide vrouwen weer meer stimuleren. Vrouwen zonder betaald werk geven aan dat het feit dat het BVO-BMHK gratis is, voor hen de deelname vergemakkelijkt. Tot slot laat de 'aperte weigeraar' zich door niets anders overhalen dan wanneer zij op het moment van de uitnodiging klachten heeft.

Vraagstelling 7

Is er een verschil in redenen voor non-respons tussen autochtonen en allochtonen?

Deze vraag kan bevestigend beantwoord worden. Significant meer allochtone dan autochtone vrouwen geven aan dat het voor hen moeilijk is de uitnodigingsbrief te begrijpen. Zij vinden hierdoor tevens de informatie in de uitnodigingsbrief en de bijbehorende folder onduidelijker of kunnen zich de informatie niet herinneren.

Wat betreft hun redenen om niet deel te nemen aan het BVO-BMHK geven allochtone vrouwen significant vaker dan autochtone vrouwen aan dat het laten maken van een uitstrijkje hen pijnlijk lijkt. Twee voorwaarden kunnen deelname aan het BVO-BMHK voor allochtone vrouwen meer vergemakkelijken dan voor autochtone vrouwen, te weten: wanneer zij 's avonds terecht kunnen bij de huisartspraktijken voor het BVO-BMHK en wanneer een vertrouwenspersoon bij het onderzoek aanwezig kan zijn.

6.2 Discussie

Voordat overgegaan wordt tot het formuleren van conclusies en aanbevelingen dient de geldigheid van de bevindingen van dit onderzoek te worden belicht. In deze discussie staan daarom twee zaken centraal: een bespreking van de (hoge) non-respons van dit vragenlijstonderzoek en de gevolgen van deze non-respons voor de zeggingskracht van de resultaten.

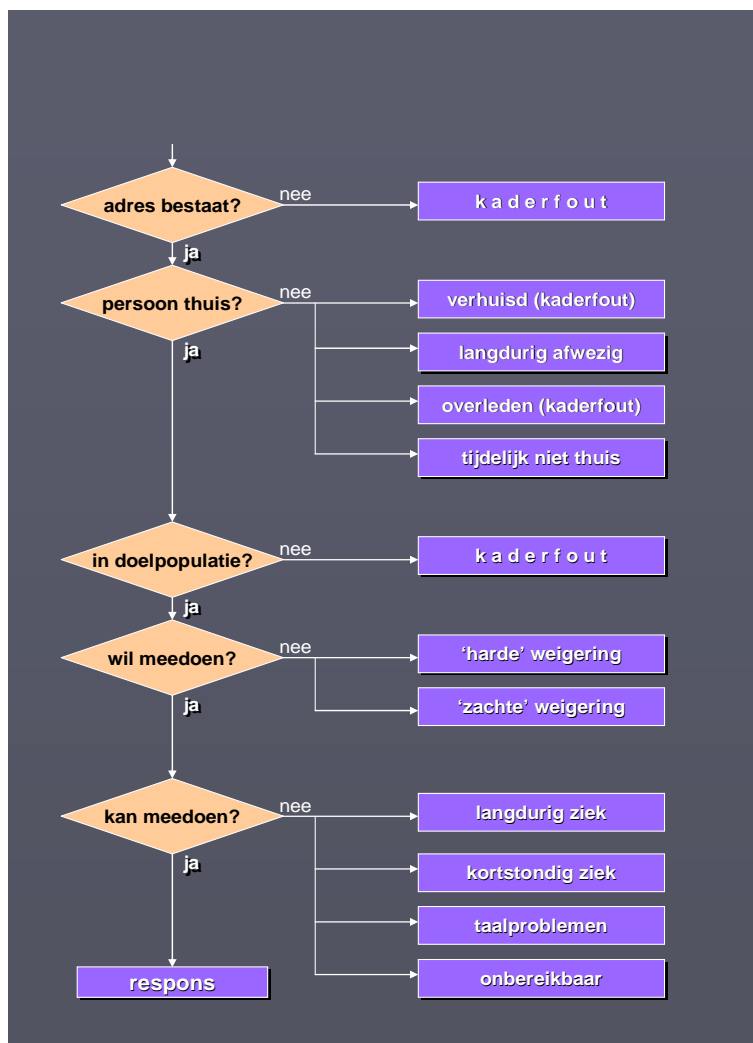
Non-respons vragenlijstonderzoek

Binnen Europa staat Nederland bekend om zijn lage responspercentages bij steekproefonderzoek. Een non-respons van 50% is in Nederland geen uitzondering (Stoop, 2005). Non-respons heeft potentieel grote gevolgen voor de kwaliteit van de uitkomsten van steekproefonderzoek. Het gaat daarbij zowel om selectievertekening als om een reductie van de nauwkeurigheid (Mokken, 1986).

In Figuur 5 wordt een schematisch overzicht gegeven van de verschillende factoren die een rol kunnen hebben gespeeld bij het tot stand komen van de non-respons in dit onderzoek (overgenomen uit Mokken, 1986).

FIGUUR 5

SCHEMATISCH OVERZICHT VAN DE VERSCHILLENDE NON-RESPNSMOGELIJKHEDEN



In dit onderzoek is een respons van 23% gehaald. De non-respons bedroeg 76%. Eén procent van de vragenlijsten had betrekking op kaderfouten omdat 25 vragenlijsten ongeopend zijn geretourneerd (zie Figuur 1). Welke kaderfouten (overlijden, fouten in de GBA of verhuizing) het betrof, kan niet exact worden achterhaald. Onbekend blijft hoeveel procent van de vragenlijsten niet geretourneerd is omdat zij verkeerd geadresseerd waren.

Honderd en één vrouwen zijn van de analyses uitgesloten, omdat zij aangeven dat zij tot nu toe altijd een uitstrijkje hebben laten maken, wanneer zij daar een uitnodiging voor kregen. Omdat van deze vrouwen geen uitslag bekend is in de uitnodigingsronde 2003/2004 van BCNN, lijkt hier sprake te zijn van een uitstrijkje op medische indicatie of een opportunistisch uitstrijkje buiten het kader van het BVO-BMHK om.

Samengevat zijn er drie verklaringen denkbaar waarom de uitslagen van deze 101 vrouwen niet bekend zijn bij BCNN:

1. vrouwen hebben de vraag niet naar waarheid beantwoord of vrouwen onderschatten hoe lang het al weer geleden is sinds zij hun laatste uitstrijkje hebben laten maken (Eaker et al, 2001).
2. vrouwen zijn vergeten het BVO-formulier mee te nemen naar het onderzoek en het uitstrijkje is vervolgens met een medische indicatie ingestuurd;
3. administratieve fouten bij de huisartsenpraktijk, laboratorium of BCNN zijn verantwoordelijk voor de discrepantie tussen wat de vrouwen zelf beweren (“ik ben deelnemer”) en wat er over hen bekend is bij BCNN (“zij is non-responder en dus niet-deelnemer”).

De overige 188 (136 + 52) vrouwen zijn van de analyses uitgesloten omdat zij een legitieme (tijdelijke) in het HIS geregistreerde reden hadden om niet aan het BVO-BMHK deel te nemen of omdat zij niets hebben ingevuld bij de redenen voor niet-deelname.

Het deel van de steekproef waar uiteindelijk uitspraken over is gedaan, bedraagt 10% van de steekproef; namelijk 237 ‘ware non-responders’.

Generaliseerbaarheid naar de doelpopulatie

Volgens de klassieke steekproeftheorie kunnen de uitkomsten van een ‘random’ steekproef gegeneraliseerd worden naar de doelpopulatie (Stoop, 2005). Echter, non-respons is bij steekproefonderzoek een complicerende factor. Het grootste probleem treedt op als non-respons samenhangt met het onderwerp van onderzoek. In het onderhavige onderzoek is dat het geval. Het is aannemelijk dat vrouwen die terughoudend zijn ten aanzien van deelname aan een BVO-BMHK, ook terughoudend zijn ten aanzien van het invullen van een vragenlijst die gaat over diezelfde deelname. Het is daarom eveneens aannemelijk dat de vrouwen die aan dit vragenlijstonderzoek hebben deelgenomen, andere kenmerken hebben dan vrouwen die aan geen van beide onderzoeken (BVO-BMHK en vragenlijstonderzoek) deelnemen.

Kortom, de centrale vraag is: hoe representatief zijn de uitkomsten van de 237 ‘ware non-responders’ voor alle vrouwen in het werkgebied van BCNN die in de uitnodigingsronde 2003/2004 niet hebben gereageerd. Immers, de mate waarin aannemelijk kan worden gemaakt dat de steekproef van ‘ware non-responders’ uit dit onderzoek een goede afspiegeling is van de doelpopulatie, bepaalt de zeggingskracht van de gevonden resultaten. Twee variabelen zijn voor deze vergelijking beschikbaar: de leeftijd van de vrouwen en hun postcode.

In Tabel 18 wordt zowel voor de doelpopulatie als voor de ‘ware non-responders’ de procentuele omvang van de verschillende leeftijdscategorieën gepresenteerd.

TABEL 18

PROCENTUELE OMVANG LEEFTIJDSCATEGORIEËN IN DOELPOPULATIE EN STEEKPROEF

	% doelpopulatie	% ware non-responders
60-jarigen	10.8	6.0
55-jarigen	11.7	10.3
50-jarigen	12.3	12.9
45-jarigen	13.3	17.2
40-jarigen	15.8	11.6
35-jarigen	17.7	21.0
30-jarigen	18.3	21.0
Totaal	6554	233

Per leeftijdscategorie is getoetst of de proportie 'ware non-responders' significant afweek van de proportie in de doelpopulatie. Met uitzondering van de 60-jarigen bleken er geen significante verschillen te bestaan.

Ook ten aanzien van de postcodegebieden bestaat er nauwelijks verschil tussen de 'ware non-responders' en de doelpopulatie (zie Tabel G in Bijlage 9) en is de conclusie gerechtvaardigd dat generalisatie naar de doelpopulatie legitiem is.

Nu wat betreft leeftijd en woonplek aannemelijk is gemaakt dat de 'ware non-responders' een goede afspiegeling vormen van de doelpopulatie, rest ons alleen het gezonde verstand om te bedenken in hoeverre de conclusies die gelden voor de 'ware non-responders' uit dit vragenlijstonderzoek ook geldig zijn voor vrouwen die aan geen van beide onderzoeken deelnemen (vragenlijstonderzoek en BVO-BMHK).

Vergeetachtigheid is voor bijna veertig procent van de 'ware non-responders' de reden voor niet-deelname aan het BVO-BMHK. Gezien de lage respons van het vragenlijst onderzoek lijkt het echter aannemelijk dat dit een *onderschatting* is van de werkelijkheid, omdat vergeetachtigheid waarschijnlijk (nog) meer voorkomt bij vrouwen die aan beide onderzoeken niet hebben deelgenomen.

Wat betreft de gevoelens van schaamte en angst voor het BVO-BMHK bestaat er geen logische redenering waarom vrouwen die de vragenlijst niet hebben ingevuld deze gevoelens in meerdere of mindere mate zouden hebben. De vragenlijst was immers anoniem. Het lijkt dus zeer aannemelijk dat de gevonden percentages voor deze twee redenen voor niet-deelname in de werkelijkheid niet veel zullen afwijken.

6.3 Conclusies

Op grond van voorgaande discussie is gebleken dat de resultaten van dit onderzoek generaliseerbaar zijn naar de doelpopulatie; alle vrouwen in de regio Drente/IJssel-Vecht die in de uitnodigingsronde 2003 of 2004 niet gereageerd hebben op de uitnodiging van BCNN voor het BVO-BMHK. Rekening houdend met de lage respons

van dit onderzoek kan met een betrouwbaarheid van 95% geconcludeerd worden dat, in de werkelijkheid:

- tussen de 33% en 46% van de vrouwen vergeet een afspraak te maken voor het uitstrijkje;
- tussen de 23% en 35% van de vrouwen zich schaamt als een man het uitstrijkje maakt;
- tussen de 16% en 27% van de vrouwen het uitstrijkje pijnlijk lijkt.

Wat betreft de voorwaarden en condities voor deelname kan met een betrouwbaarheid van 95% geconcludeerd worden dat, in de werkelijkheid:

- tussen de 65% en 76% van de vrouwen zich laat overhalen tot deelname door de wetenschap dat baarmoederhalskanker voor vrijwel 100% is te genezen wanneer het in een vroeg stadium wordt ontdekt;
- tussen de 49% en 62% van de vrouwen zich laat overhalen tot deelname door de wetenschap dat 1 op de 140 vrouwen tijdens haar leven baarmoederhalskanker krijgt;
- tussen de 39% en 52% van de vrouwen zich laat overhalen tot deelname wanneer zij zelf de datum en het tijdstip van het uitstrijkje kunnen bepalen.

6.4 Aanbevelingen

Alle feiten en conclusies in het voorgaande in ogenschouw genomen, kunnen de volgende aanbevelingen aan de screeningsorganisatie BCNN worden gedaan met betrekking tot het voeren van een participatieverhogend beleid:

1. Verricht vervolgonderzoek naar de mogelijke verklaringen voor het hoge percentage vrouwen (19%) dat aangeeft *deelnemer* in plaats van *non-responder* te zijn. Wanneer een structurele verklaring voor dit gegeven kan worden gevonden (bijvoorbeeld administratieve fouten in huisartspraktijk, laboratorium of screeningsorganisatie), dan is de opkomst van het BVO-BMHK aanzienlijk hoger dan nu jaarlijks wordt gemeten.
2. Schakel zo veel mogelijk (zelfuitnodigende) huisartsen in bij de organisatie van het BVO-BMHK. De professionaliteit van zowel de huisarts als de assistente kan een belangrijk sturingsinstrument zijn in het geruststellen van vrouwen die met gevoelens van schaamte en angst worstelen en daardoor van deelname aan BVO-BMHK afzien. Tevens zijn huisarts en assistente – in verband met privacy-overwegingen – de enige aangewezen personen die vrouwen persoonlijk kunnen aanspreken op hun vergeetachtigheid.

3. Wijzig de uitnodigingsbrief en folder op een aantal aspecten:
 - noem concrete feiten die verband houden met baarmoederhalskanker (bijvoorbeeld: 1 op 140 vrouwen krijgt baarmoederhalskanker);
 - benoem gevoelens van angst en schaamte en geef aan dat er binnen vrijwel iedere huisartsenpraktijk mogelijkheden zijn om hier adequaat op in te spelen
 - vermeldt een (gratis) telefoonnummer in de herinneringsbrief voor alle mogelijke vragen rond het BVO-BMHK. De bereikbaarheid van dit telefoonnummer is bij voorkeur 24-uur per dag en de – zowel praktische als theoretische – deskundigheid van de personen die de telefoon bemensen is groot.
4. Wijzig de instructies voor (assistenten van) zelfuitnodigende huisartsen:
 - adviseer ZUHA-praktijken een actief uitnodigingsbeleid te voeren: (wekelijks) BVO-BMHK spreekuur met planning van afspraken die vermeld worden in uitnodigingsbrief, telefonisch contact indien vrouw niet verschijnt, herinneringsbrief met nieuwe afspraak bij geen gehoor.
 - adviseer ZUHA-praktijken een gedifferentieerd uitnodigingsbeleid te voeren: geen uitnodiging sturen wanneer bekend is dat vrouw kampt met privé-problemen, bij persoonlijk contact inspelen op redenen van de vrouw voor niet-deelname en mogelijke oplossingen bieden (o.a. avondspreekuur, vertrouwenspersoon meenemen, thuis-test-set).

Referenties

Bogt, N.C.W. ter (2005). Onderzoek naar de opkomst van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker Twente. GGD Regio Twente, Afdeling O&O, epidemiologie.

Braspenning, J.C.C., Schellevis, F.G., Grol R.P.T.M. (red) (2004). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartszorg belicht. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK.

Côté-Arsenault, D., Morrison-Beedy, D. (1999). Practical Advice for Planning and Conducting Focus Groups. *Nursing Research*, 48 (5).

Eaker, S., Adami, H-O, Sparén, P. (2001). Reasons women do not attend Screening for cervical cancer: a population-based study in Sweden. *Preventive Medicine*, 32, 482-491.

Jaarverslag 2004, Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Noord-Nederland (BCNN), Groningen.

Jong, E. de. (2005). Deelname van Turkse vrouwen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in de regio Twente. Afstudeerscriptie voor de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap, Universiteit Twente, Enschede. Uitgevoerd in opdracht van de GGD Regio Twente en de Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Twente.

Knops-Dullens, R. (2004). Bevordering opkomst bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker middels uitnodiging op maat. Presentatie gehouden op onderzoeksinstituutsdag van CAPHRI.

Lale, N., Öry, F., Detmar, S. (2003). Factoren die geassocieerd zijn met het niet deelnemen van Turkse vrouwen aan screening op baarmoederhalskanker. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (tsg)*, 81, nummer 4.

Mokken, R.J. (1986). Hoofdstuk 2. De vragenlijst in processie. Uit: J de Jong-Gierveld en J van der Zouwen-de Bock (ed). *De vragenlijst in het sociaal onderzoek: een confrontatie van onderzoeksmethodiek*. Van Loghum Slaterus.

Nederlandse Kankerbestrijding/Koningin Wilhelminafonds (2003).
Baarmoederhalskanker [brochure], Amsterdam: Nederlandse
Kankerbestrijding/Koningin Wilhelminafonds.

Olde Reuver of Briel, A. (2004). De opkomst bij cervixscreening: de twijfelaars over de
streep. *Huisarts en Wetenschap*, 47 (13).

PaceMaker in global health (2004). Knelpunten en kansen om de opkomst van
allochtone vrouwen voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker te
verhogen.

Powell, R.A., Single, H.M. (1996), Focus Groups. *International Journal for Quality in
Health Care*, 8 (5).

Statistisch Jaarboek 2005 (2005). Centraal Bureau voor de Statistiek.
Voorburg/Heerlen.

Stoop, I.A.L. (2005). De jacht op de laatste respondent. Non-respons in
steekproefonderzoek. Proefschrift universiteit van Utrecht.

Tacken, M. Hoogen, H. van den, Braspenning, J. (WOK) (2004). Hoofdstuk 10 in de
Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.
Preventie: influenzavaccinatie en bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

Tacken, M. (2002). Opkomst baarmoederhalskankerscreening: huisartsen organiseren
het goed. *Huisarts en Wetenschap*, 45 (03).

Velzen, A. van (2000). Determinanten van non-respons bij het bevolkingsonderzoek
baarmoederhalskanker in de regio IJssel Vecht. GGD regio IJssel Vecht.

Lijst met afkortingen

BCNN	stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Noord-Nederland
NCG	Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken
BVO-BMHK	bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker
GGD-RIJV	Gemeentelijke Gezondheidsdienst Regio IJssel-Vecht
TO	sectie Toegepast Onderzoek
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
ZUHA	Zelfuitnodigende huisarts
IKN	Integraal Kankercentrum Noord-Nederland
GBA	Gemeentelijke basisadministratie
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
HIS	Huisarts Informatie Systeem
UE	Uterusextirpatie

Bijlagen

Bijlage 1 Verzoek medewerking telefonisch interview

Datum	Telefoon
12 oktober 2004	050 3638410/2847
Betreft	Fax
non-respons BMHK-screening	050 3636251
	E-mail
	d.kuiper@med.rug.nl

Aan zelfuitnodigende huisartsen Drenthe/IJssel-Vecht

Geachte heer, mevrouw,

Medio september heeft u een brief ontvangen van de Stichting BCNN waarin de uitvoering van het onderzoek getiteld 'Non-respons bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (BMHK)' werd aangekondigd. Een samenvatting van de onderzoeksopzet werd bijgevoegd.

Middels deze brief willen wij uw medewerking vragen aan de eerste fase van het onderzoek. In deze eerste fase van het onderzoek staan de 'zelfuitnodigende huisartsen' (ZUHA's) en hun assistenten centraal.

In week 43 (18 tot en met 22 oktober) zullen wij uw praktijk benaderen om een geschikt moment af te spreken voor een kort **telefonisch interview**. Doel van het interview zal zijn een gedetailleerd inzicht te verkrijgen in de uitnodigingsprocedure voor het bevolkingsonderzoek BMHK zoals deze in uw praktijk wordt gehanteerd.

Wij zouden het erg op prijs stellen wanneer degene die de taken rond het bevolkingsonderzoek BMHK uitvoert, ons te woord zou willen/kunnen staan.

Tijdens het telefonische interview zal eveneens de bereidheid van u of uw assistente om een **focusgroepbijeenkomst** bij te wonen ter sprake komen. Doel van de focusgroepbijeenkomst zal een gedegen inventarisatie van meningen en ideeën van ervaringsdeskundigen zijn of de deelname aan het bevolkingsonderzoek BMHK kan worden verhoogd en zo ja, hoe. Op de bijeenkomst zal onder leiding van de onderzoekers inhoudelijk worden ingegaan op redenen voor non-respons en het optimaliseren van de condities voor deelname. Na inventarisatie van een voorkeursdag en -tijdspip in november 2004 volgt dan een uitnodiging. Voor het bijwonen van de bijeenkomst is een vergoeding beschikbaar.

Mocht u nog vragen hebben of behoefte hebben aan nadere informatie omtrent het onderzoek, aarzelt u dan niet contact op te nemen met één van ondergetekenden.

Met vriendelijke groeten,

Mw. drs. Daphne Kuiper
Mw. dr. Geke Dijkstra
Sectie Toegepast Onderzoek
Postbus 196
9700 AD Groningen

Bijlage 2 Verzoek deelname focusgroepbijeenkomst

Datum	Telefoon
18 november 2004	050 3638410/2847
Betreft	Fax
Focusgroepbijeenkomst over non-respons bij BMHK-screening	050 3636251
	E-mail
Aan de assistentes van zelfuitnodigende huisartsen Drenthe/IJssel-Vecht	d.kuiper@med.rug.nl

Geachte mevrouw,

Medio oktober heeft u een brief ontvangen, waarin uw medewerking werd gevraagd voor een telefonisch interview en een focusgroepbijeenkomst. De interviews hebben inmiddels plaatsgevonden en een helder beeld opgeleverd van de gehanteerde uitnodigingsprocedures in de verschillende ZUHA-praktijken.

Onafhankelijk van het feit of uw praktijk wel of niet is benaderd voor de telefonische interviewronde willen wij de assistentes van alle reeds aangeschreven ZUHA-praktijken uitnodigen voor deelname aan een focusgroepbijeenkomst op:

**donderdag 9 december of dinsdag 14 december vanaf 17.45 tot 20.00 uur
in de loge van theater/congrescentrum de Tamboer in Hogeveen**

Tijdens de focusgroepbijeenkomst staat uitwisseling van persoonlijke ervaringen, meningen en ideeën van assistentes centraal. De gewenste opbrengst van de focusgroepbijeenkomst is de inventarisatie van een zo breed mogelijke range van knelpunten bij en mogelijke oplossingen voor de non-respons bij BMHK-screening.

De veronderstelling van dit onderzoek is dat de assistentes van ZUHA-praktijken de meeste kennis en inzicht hebben in mogelijke redenen voor non-respons. Onderzoek heeft aangetoond dat vrouwen die geen uitstrijkje laten maken een drie maal zo hoog risico hebben op het krijgen van baarmoederhalskanker dan vrouwen die wel meedoen. Inzicht in de redenen van non-respons is een voorwaarde voor het optimaal toegankelijk maken van de BMHK-screening voor iedere vrouw. Daarom hopen wij van harte dat u tijd en moeite wilt investeren om met collega's en onderzoekers te discussiëren over de (on)mogelijkheden van het optimaliseren van de condities voor deelname aan BMHK-screening.

U kunt uw voorkeur aangeven middels het antwoordstrookje op pagina 2. Tevens treft u daar informatie aan over het programma. Bij de ontvangst wordt voor eten gezorgd.

Voor het bijwonen van de bijeenkomst is voor iedere ZUHA-praktijk een vergoeding van € 40 en een tegemoetkoming in de reiskosten beschikbaar. Het bedrag is bestemd voor de assistente(s) van de praktijk die de vergadering bijwonen en wordt aan het einde van de bijeenkomst uitgereikt. Uitkering van de reiskosten volgt later.

Wij hopen dat u uw kennis en ervaring met ons wilt delen en zien uit naar uw komst.

Met vriendelijke groeten,

Mw. Anja Holwerda
Mw. Drs. Daphne Kuiper
Sectie Toegepast Onderzoek/NCG/RUG

Programma Focusgroepbijeenkomst non-respons BMHK-screening

Locatie:	de loge van theater/congrescentrum de Tamboer in Hoogeveen	
Datum:	donderdag 9 december 2004 of dinsdag 14 december 2004	
Deelnemers:	assistentes van 20 ZUHA-praktijken regio Drenthe/IJssel-Vecht	
Tijdpad:	vanaf 17.45 uur:	ontvangst met soep en broodjes
	18.30:	start focusgroepbijeenkomst
	19.30:	korte koffie/theepauze
	20.00:	einde bijeenkomst
	tot 20.30 uur:	gelegenheid tot napraten

Wij hopen van harte op uw komst!

NB

Wilt u een kopie van de uitnodigingsbrief voor BMHK-screening, de herinneringsbrief en de informatiefolder over BMHK-screening meenemen naar de bijeenkomst als voorbeeld voor de onderzoekers. Deze willen de onderzoekers graag houden. Dit verzoek geldt niet voor de assistentes die deze informatie al tijdens de interviewronde hebben verstrekt.

Antwoordstrook-----

Naam:

ZUHApraktijk:.....tel.nr.....

- Ik kom met ... perso(n)en op donderdag 9 dec 2004 naar de focusgroepbijeenkomst
- Ik kom met ... perso(n)en op dinsdag 14 dec 2004 naar de focusgroepbijeenkomst
- Ik ben verhinderd op beide data
- Ik zou eventueel op beide data kunnen en ik ben zo nodig bereid te wisselen

Deze antwoordstrook graag vóór 27 november retourneren middels bijgevoegde antwoordvelop. Een postzegel is niet nodig.

Bijlage 3 Discussieleidraad focusgroepbijeenkomst

Discussie leidraad focusgroepbijeenkomst non-respons BMHK

1. Introductie

- doel bijeenkomst uitleggen (laptop)¹
- de 'focus' van de bijeenkomst (laptop)²
- korte voorstelronde van iedereen (aantal jaren werkervaring!) en noteren namen op naambordjes
- facilitator legt 'discussieregels' uit

2. Discussievragen 1 tot en met 5 (van algemeen/neutraal naar specifiek/sensitief)

1. Hoeveel vrouwen reageren naar jullie schatting niet op de (herhaalde) uitnodiging(en) om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker
2. Waarom reageren vrouwen niet op de (herhaalde) uitnodiging(en) om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker?
 - 'Kennen' jullie de vrouwen die niet reageren?
 - Hoe vaak is foutieve adressering een reden?
 - Zo ja, welke kenmerken hebben ze zoal (jong/oud, wel/geen werk, allochtoon/autochtoon)?
3. Wat kan er in de organisatorische sfeer worden veranderd zodat de drempel voor deelname zo laag mogelijk is voor vrouwen?
 - Wie voert het uitstrijkje uit? Mannelijke huisarts, vrouwelijke huisarts, assistente?
 - Datum, tijdstip uitstrijkje al bekend?
 - Bellen in plaats van brieven, want geeft mogelijkheid van persoonlijke benadering/beantwoorden vragen
4. Wat kan er in de voorlichtingssfeer worden veranderd zodat vrouwen zo optimaal mogelijk geïnformeerd zijn over het belang van een periodiek uitstrijkje en de handelingen tijdens het maken van een uitstrijkje?
 - Gebruik van meertalige informatiefolder?
 - Uitnodigingsbrief voor dertigers anders dan voor 35+
 - Brieven in de taal van de vrouw (= 'tailoren' van voorlichtingsinformatie)?
 - Mediatoren uit specifieke gemeenschappen inzetten?

- 1 Doel van de focusgroepbijeenkomst is het inventariseren en bediscussiëren van een zo breed mogelijke range aan ervaringen, meningen en ideeën van assistentes over non-respons bij cervixscreening.
- 2 De 'focus' van de bijeenkomst is: non-respons bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

5. Welke knelpunten ervaren jullie (de assistentes) bij de screening op baarmoederhalskanker en welke ideeën heb je voor het optimaliseren van de organisatie?
- Welke prioriteit heeft de organisatie rondom het bevolkingsonderzoek in de alledaagse gang van de huisartspraktijk?
 - Welke rol heeft de huisarts in het proces?
 - Hoe is de samenwerking met collega's ten aanzien van het maken van uitstrijkjes?
 - Hoe worden de organisatorische en praktische taken rondom de cervixscreening ervaren? (leuk/vervelend werk?)
 - Zijn assistentes over het algemeen voldoende opgeleid om non-reponders te overtuigen van het belang van het onderzoek en tijdens het onderzoek te begeleiden?

3. Samenvatting door facilitator

4. Afsluiting

- assistentes bedanken
- formulieren 'ontvangst vergoeding' en 'declaratie reiskosten' laten invullen.
- vergoeding uitdelen.

Bijlage 4 Nauwkeurighedsanalyse omvang steekproef

Uitkomst nauwkeurighedsanalyse

Op de eerste plaats is er geen 'power'analyse, maar een nauwkeurighedsanalyse uitgevoerd omdat we te maken hebben met het beschrijven van één populatie (de vrouwen die niet reageren) en niet met het toetsen van verschillen tussen twee populaties (bv. tussen vrouwen die wel en niet reageren op de uitnodiging voor het laten maken van een uitstrijkje).

De nauwkeurighedsanalyse leverde het volgende op:

Uitgaande van een respons van 12% op de vragenlijst (R.Knops, promovendus universiteit Maastricht) is een steekproef van 2316 vrouwen nodig om te kunnen zeggen dat de antwoorden die de vrouwen geven met een betrouwbaarheid van 95% een maximale range van 10% geeft (5% onder en 5% boven).

Bijvoorbeeld

Wanneer 45% van de vrouwen die de vragenlijst terugstuurt, bevestigend antwoord op de vraag of ze simpelweg vergeten zijn een afspraak te maken voor het uitstrijkje (vraag 30c in de vragenlijst), dan weten we dat het percentage in de werkelijkheid varieert tussen $(45\% - 5\%) = 40\%$ en $(45\% + 5\%) = 50\%$.



Bevolkingsonderzoek
voor Baarmoederhalskanker
Noord-Nederland

Waarom nemen vrouwen wel of niet deel aan het bevolkingsonderzoek?

Vragenlijst 2005

Geachte mevrouw,

Voor u ligt een korte vragenlijst die gaat over deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

Alle vrouwen in Nederland van 30 tot en met 60 jaar krijgen eens in de vijf jaar een uitnodiging voor het laten maken van een uitstrijkje. Het doel daarvan is om (voorstadia van) baarmoederhalskanker in een vroeg stadium op te sporen.

De stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker Noord Nederland (BCNN) wil in samenwerking met het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG) onderzoeken òf en zo ja hoe de deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker kan worden verhoogd.

Wij hopen daarom van harte dat u via deze vragenlijst uw mening wilt geven over het laten maken van een uitstrijkje. Ook zijn wij benieuwd waarom u besluit/besloten heeft wel of niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.

Uw adresgegevens zijn afkomstig uit de Gemeentelijke Basis Administratie waar de stichting BCNN jaarlijks inzage in heeft. Uw antwoorden worden anoniem verwerkt. De vragenlijst is niet genummerd. Er kan dus niet achteraf gekeken worden wie welke vragenlijst heeft ingevuld. Het invullen van de vragenlijst duurt (inclusief het lezen van de invulinstructie) ongeveer 10 minuten.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Mw. Drs. D. Kuiper, onderzoeker
Drs. J.H. Sangers, manager BCNN

Invulinstructie

Leest u eerst het onderstaande voordat u begint met het invullen van de vragenlijst.

Wilt u zo vriendelijk zijn om **alle** vragen in deze vragenlijst te beantwoorden die op u van toepassing zijn? Wij vragen u het cijfer voor het meest geschikte antwoord te **omcirkelen**.

Voorbeeld

Welke kleur trui heeft u aan?

1. blauw

2. rood

3. zwart

4. anders, namelijk

Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Dit wordt dan bij de vraag aangegeven.

U kunt gebruik maken van de laatste bladzijden van dit formulier, indien u bij de antwoord-mogelijkheid “anders, namelijk” meer ruimte nodig heeft. Vermeld dan wel het vragennummer.

- Vul de vragenlijst op uw gemak in;
- Vul de vragenlijst naar waarheid in;
- In de meeste gevallen gaat het om uw **mening**; dit betekent dat er geen goede of foute antwoorden bestaan.

Na het invullen kunt u de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoord-enveloppe. Een postzegel is niet nodig.

Mocht u vragen hebben of nadere informatie wensen over deze vragenlijst, dan kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met mw. Daphne Kuiper, tel 050-3638410.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Achtergrondvragen

1. In welk jaar bent u geboren?

in 19

2. Wat is uw postcode?
(alleen de cijfers vermelden)

Bijv. :

9	7	1	7

2. Wat is uw huidige burgerlijke staat?

1. gehuwd
2. samenwonend
3. partner, maar niet samenwonend
4. alleenstaand
5. gescheiden
6. weduwe

3. Heeft u kinderen?

1. nee
2. ja,(kind)eren

4. Uit hoeveel personen bestaat uw
huishouding, uzelf meegerekend?

uit perso(o)n(en)

5. Wat is de hoogste opleiding die u heeft
afgerond met een diploma?

1. lagere school/basisonderwijs
2. lager beroepsonderwijs LBO (bijv. huishoudschool, LHNO, LTS, LEAO, detailhandel, lagere landbouw- en tuinbouwschool)
3. algemeen middelbaar onderwijs (LAVO, VGLO, (M)ULO, MAVO-3/4, middenschool, 3 jaar HAVO/VWO)
4. middelbaar beroepsonderwijs MBO (bijv. MTS, MEAO, UTS, MBA, praktijkdiploma boekhouden, SPD-1, ULHNO, MHNO, MSPO, NIMA-A, kleuterkwweekschool, horecaschool, opleiding tot verpleegkundige)
5. algemeen voortgezet onderwijs (MMS, gymnasium, lyceum, atheneum/VWO, HAVO)
6. hoger beroepsonderwijs HBO (HTS, HEAO, Sociale Academie, HBO-V, Politie Academie, Kweekschool, Hogere Zeevaartschool, SPD-2/3, LO- of N-acten, , MO-A/C, NIMA-B/C, Nijenrode, AMBI)
7. wetenschappelijk onderwijs WO (doctoraalexamen, ingenieur, promotie (dr.), postdoctorale opleiding, NIVRA (slotfase), actuaris, MO-B)
8. anders, namelijk

.....

7. Mijn maatschappelijke situatie op dit moment is als volgt:
(meerdere antwoorden mogelijk)

1. ik volg een opleiding of beroepsgerichte cursus
2. ik heb betaald werk en ontvang salaris
3. ik ben werkloos of werkzoekend
4. ik ben arbeidsongeschikt
5. ik ben huisvrouw
6. ik ben met (vervroegd) pensioen
7. anders, namelijk

.....

8. De maatschappelijke situatie van mijn partner is als volgt:
(meerdere antwoorden mogelijk)

1. ik heb geen partner waar ik het huishouden mee deel
2. hij/zij volgt een opleiding of beroepsgerichte cursus
3. hij/zij heeft betaald werk en ontvangt salaris
4. hij/zij is werkloos of werkzoekend
5. hij/zij is arbeidsongeschikt
6. hij/zij is huisman/vrouw
7. hij/zij is met (vervroegd) pensioen
8. anders, namelijk

.....

9. In welk land/werelddeel bent u geboren?

1. Nederland
2. Turkije
3. Marokko
4. Suriname
5. Antillen/Aruba
6. Indonesië
7. Oost-Europa
8. Zuid-Europa
9. overig Europa
10. anders, namelijk

.....

10. Hoe lang woont u al in Nederland?

1. mijn hele leven
2. niet mijn hele leven, namelijk in totaal jaar.

11. In welk land/werelddeel is uw vader geboren?

1. Nederland
2. Turkije
3. Marokko
4. Suriname
5. Antillen/Aruba
6. Indonesië
7. Oost-Europa
8. Zuid-Europa
9. overig Europa
10. anders, namelijk

.....

12. In welk land/werelddeel is uw moeder geboren?

1. Nederland
2. Turkije
3. Marokko
4. Suriname
5. Antillen/Aruba
6. Indonesië
7. Oost-Europa
8. Zuid-Europa
9. overig Europa
10. anders, namelijk

.....

13. Heeft u een vaste huisarts?

1. ja (ga door naar vraag 14)
2. nee (ga door naar vraag 17)

14. Is uw huisarts een man of een vrouw?

1. een man
2. een vrouw

15. Hoe tevreden bent u over uw huisarts?

1. zeer tevreden
2. tevreden
3. geen mening
4. ontevreden
5. zeer ontevreden

16. Hoe tevreden bent u over de bereikbaarheid van uw huisarts?

1. zeer tevreden
2. tevreden
3. geen mening
4. ontevreden
5. zeer ontevreden

17. Hoe vaak gaat u naar het spreekuur van een huisarts (voor uzelf, niet voor uw eventuele kinderen)?

1. meer dan 4 keer per jaar
2. 3 of 4 keer per jaar
3. 1 of 2 keer per jaar
4. nooit

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. Hoe omschrijft u uw gezondheid? | <ol style="list-style-type: none">1. uitstekend2. goed3. redelijk4. niet zo goed5. slecht |
| 19. Heeft u thuis toegang tot het internet ? | <ol style="list-style-type: none">1. ja2. nee |
| 20. Hoe vaak verstuurt en ontvangt u e-mail? | <ol style="list-style-type: none">1. nooit2. maandelijks3. wekelijks4. dagelijks |
| 21. Heeft u wel eens gehoord van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker voordat u deze vragenlijst kreeg? | <ol style="list-style-type: none">1. ja2. nee |
| 22. Is er bij u ooit baarmoederhalskanker geconstateerd? | <ol style="list-style-type: none">1. ja2. nee |
| 23. Is uw baarmoeder verwijderd? | <ol style="list-style-type: none">1. ja2. nee |
| 24. Is uw baarmoederhals/-mond ook verwijderd? | <ol style="list-style-type: none">1. ja2. nee3. weet ik niet |

Indien er bij u ooit baarmoederhalskanker is geconstateerd en/of uw baarmoeder (incl. baarmoederhals/mond) is verwijderd, dan hoeft u de vragenlijst niet verder in te vullen.

**Wilt u wel de vragenlijst terug sturen in de bijgevoegde antwoordenvolpette.
Een postzegel is niet nodig!**

**Voor alle anderen geldt:
ga door naar vraag 25**

Vragen over de uitnodiging voor het uitstrijkje

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25. Heeft u ooit een uitnodiging gekregen om een uitstrijkje te laten maken voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker? | <ol style="list-style-type: none">1. ja (ga door naar vraag 26)2. nee (ga door naar vraag 30)3. weet ik niet (ga door naar vraag 30) |
| 26. Wat vond u van de informatie in de uitnodigingsbrief? | <ol style="list-style-type: none">1. duidelijk2. onduidelijk3. kan ik mij niet herinneren |
| 27. Zat er ook een folder bij de brief? | <ol style="list-style-type: none">1. ja2. nee3. kan ik mij niet herinneren |
| 28. In welke taal was de folder geschreven? | <ol style="list-style-type: none">1. Nederlands2. anders, namelijk <p>.....</p> |
| 29. Wat vond u van de informatie in de folder? | <ol style="list-style-type: none">1. duidelijk2. onduidelijk3. kan ik mij niet herinneren |

Uw mening: een uitnodigingsbrief of liever anders?

De gebruikelijke gang van zaken is dat vrouwen van 30 jaar en ouder elke vijf jaar **een brief** ontvangen waarin zij uitgenodigd worden om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Maar er zijn ook andere mogelijkheden. Wilt u daarover uw mening geven via onderstaande vragen?

30. Wat vindt u de prettigste manier om uitgenodigd te worden voor het maken van een uitstrijkje?
(slechts 1 antwoord omcirkelen)

1. per brief
2. per telefoon
3. per e-mail
4. ik wil geen uitnodiging ontvangen voor het laten maken van een uitstrijkje, omdat

.....

.....

31. Wat doet u of zou u doen met een uitnodigingsbrief voor het laten maken van een uitstrijkje?
(slechts 1 antwoord omcirkelen)

1. ik onderneem direct actie door te bellen voor een afspraak
2. ik leg de brief daar waar ik hem niet vergeet
3. de brief komt op de stapel binnengekomen post
4. ik gooi de brief bij het oudpapier
5. anders, namelijk

.....

.....

32. Wat zou u de prettigste manier vinden om een concrete afspraak te maken voor het laten maken van een uitstrijkje?
(slechts 1 antwoord omcirkelen)

1. ik neem zelf het initiatief en bel de assistente van de huisarts voor een afspraak
2. de assistente van de huisarts stuurt mij een datumvoorstel; als dat voorstel mij niet schikt bel ik zelf voor een andere afspraak
3. de assistente van de huisarts belt mij voor het maken van afspraak
4. ik geef mijn voorkeur voor een datum en tijdstip aan via de internetsite van de huisartspraktijk en krijg een bevestiging via e-mail.
5. anders, namelijk

.....

.....

Vragen over uw beweegredenen om wel/niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

33. Wellicht hebt u in het verleden een keer of vaker niet gereageerd op de uitnodiging voor het laten maken van een uitstrijkje. Wat was daarvoor de reden? (Wilt u bij elke hieronder genoemde reden aangeven of uw antwoord 'ja' of 'nee' is)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| a. ik heb tot nu toe altijd een uitstrijkje laten maken, wanneer ik daar een uitnodiging voor kreeg | 1. ja (ga door naar vraag 34)
2. nee (ga door naar vraag 33b.) |
| b. ik ben de uitnodigingsbrief kwijtgeraakt | 1. ja
2. nee |
| c. ik ben vergeten een afspraak te maken | 1. ja
2. nee |
| d. het maken van een afspraak bij de huisartspraktijk kost mij te veel tijd | 1. ja
2. nee |
| e. het laten maken van een uitstrijkje kost mij te veel tijd | 1. ja
2. nee |
| f. ik was destijds ongesteld | 1. ja
2. nee |
| g. ik was destijds zwanger | 1. ja
2. nee |
| h. ik gaf destijds borstvoeding | 1. ja
2. nee |
| i. ik was destijds onder controle van een gynaecoloog | 1. ja
2. nee |
| j. ik was destijds op vakantie | 1. ja
2. nee |
| k. ik had al recentelijk een uitstrijkje laten maken | 1. ja
2. nee |

l. ik wil niet dat de assistente het uitstrijkje bij mij maakt, dat mag enkel door de huisarts zelf worden gedaan	1. ja 2. nee
m. het laten maken van een uitstrijkje lijkt mij pijnlijk	1. ja 2. nee
n. ik schaam mij als een man het uitstrijkje bij mij maakt	1. ja 2. nee
o. ik schaam mij als een vrouw het uitstrijkje bij mij maakt	1. ja 2. nee
p. ik vind het niet nodig om een uitstrijkje te laten maken als ik geen klachten heb	1. ja 2. nee
q. ik heb geen mensen in mijn omgeving die mij stimuleren om mee te doen aan het onderzoek	1. ja 2. nee
r. ik ben bang voor de uitslag van het uitstrijkje	1. ja 2. nee
s. ik ben bang om ontmaagd te worden	1. ja 2. nee
t. ik heb eerder een vervelende ervaring gehad met het maken van een uitstrijkje	1. ja 2. nee
u. ik ben slachtoffer van seksueel misbruik	1. ja 2. nee
v. ik heb problemen die belangrijker zijn dan het laten maken van een uitstrijkje	1. ja 2. nee
w. ik heb geen seksuele relatie dus dan is het laten maken van een uitstrijkje niet nodig	1. ja 2. nee
x. ik mag van mijn geloof geen uitstrijkje laten maken	1. ja 2. nee
y. Ik heb een andere reden om niet te reageren op de uitnodiging voor het laten maken van een uitstrijkje, namelijk

34. Wat zou voor u een goede reden zijn om **wel** te reageren op de uitnodiging voor het laten maken van een uitstrijkje? (Wilt u bij elke hieronder genoemde reden aangeven of uw antwoord 'ja' of 'nee' is)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| a. de zekerheid dat het uitstrijkje gemaakt wordt door een vrouw | 1. ja
2. nee |
| b. de zekerheid dat het uitstrijkje gemaakt wordt door de huisarts zelf | 1. ja
2. nee |
| c. de zekerheid dat het uitstrijkje gemaakt wordt door een assistente | 1. ja
2. nee |
| d. wanneer ik zelf de datum en het tijdstip van het laten maken van het uitstrijkje kan bepalen | 1. ja
2. nee |
| e. wanneer ik door mensen in mijn omgeving gestimuleerd word om mee te doen aan het onderzoek | 1. ja
2. nee |
| f. wanneer ik ten tijde van de uitnodiging klachten heb | 1. ja
2. nee |
| g. omdat ik mij verantwoordelijk voel voor mijn eigen gezondheid | 1. ja
2. nee |
| h. de wetenschap dat 1 op de 140 vrouwen tijdens haar leven baarmoederhalskanker krijgt | 1. ja
2. nee |
| i. de wetenschap dat als baarmoederhalskanker in een vroeg stadium wordt opgespoord, het voor vrijwel 100% is te genezen | 1. ja
2. nee |
| j. wanneer het laten maken van een uitstrijkje verplicht wordt gesteld | 1. ja
2. nee |
| k. wanneer ik 's avonds terecht kan bij de huisartspraktijk i.v.m. oppas voor de kinderen | 1. ja
2. nee |
| l. wanneer een vertrouwenspersoon bij het laten maken van een uitstrijkje aanwezig kan zijn | 1. ja
2. nee |

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| m. het feit dat het laten maken van een uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek gratis is | 1. ja
2. nee |
| n. wanneer de (telefonische) bereikbaarheid van mijn huisarts sterk werd verbeterd | 1. ja
2. nee |
| o. ik heb een andere reden die me zou overhalen om wel te reageren op de uitnodiging voor het laten maken van een uitstrijkje, namelijk |
.....
.....
..... |

Hieronder volgen een aantal stellingen. Wilt u bij iedere stelling aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent?

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 35. Ziekte hoort bij een mensenleven. Dat moet je niet willen voorkomen, daar moet je je bij neerleggen. | 1. helemaal mee eens
2. een beetje mee eens
3. niet eens, niet oneens
4. een beetje mee oneens
5. helemaal mee oneens |
| 36. Het is de verantwoordelijkheid van de vrouw om zich te laten onderzoeken op (voorstadia van) baarmoederhalskanker. | 1. helemaal mee eens
2. een beetje mee eens
3. niet eens, niet oneens
4. een beetje mee oneens
5. helemaal mee oneens |
| 37. Het is goed dat het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker vrouwen er aan herinnert om zich te laten onderzoeken op (voorstadia van) baarmoederhalskanker. | 1. helemaal mee eens
2. een beetje mee eens
3. niet eens, niet oneens
4. een beetje mee oneens
5. helemaal mee oneens |
| 38. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om vrouwen te behoeden voor het krijgen van baarmoederhalskanker. | 1. helemaal mee eens
2. een beetje mee eens
3. niet eens, niet oneens
4. een beetje mee oneens
5. helemaal mee oneens |
| 39. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker maakt vrouwen onnodig ongerust. | 1. helemaal mee eens
2. een beetje mee eens
3. niet eens, niet oneens
4. een beetje mee oneens
5. helemaal mee oneens |

De volgende vragen gaan over hoe moeilijk u het vindt of zou vinden om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

40. Het begrijpen van de uitnodigingsbrief is voor mij	1. moeilijk 2. niet moeilijk, niet gemakkelijk 3. gemakkelijk
41. Onthouden om de huisarts te bellen voor een afspraak om een uitstrijkje te laten maken is voor mij	1. moeilijk 2. niet moeilijk, niet gemakkelijk 3. gemakkelijk
42. De huisartspraktijk vragen om een afspraak voor het laten maken van een uitstrijkje is voor mij	1. moeilijk 2. niet moeilijk, niet gemakkelijk 3. gemakkelijk
43. Naar de huisartspraktijk toe komen is voor mij	1. moeilijk 2. niet moeilijk, niet gemakkelijk 3. gemakkelijk
44. Tijd vrijmaken voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is voor mij	1. moeilijk 2. niet moeilijk, niet gemakkelijk 3. gemakkelijk

Heeft u nog vragen, opmerkingen of aanvullingen op de vragenlijst, dan kunt u deze hiernaast of op de laatste pagina's noteren.

Tevens zijn uw suggesties en ideeën ter verbetering van de deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker van harte welkom.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bent u bereid om mee te werken aan een telefonisch interview over deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, vul dan hiernaast uw gegevens in.

Naam

.....
.....

Voornaam

.....
.....

Leeftijd

.....

Ik ben bereid mee te werken aan een kort telefonisch interview over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

Ik ben bereikbaar op telefoonnummer

.....
.....

Bij voorkeur op

.....
.....

(dag van de week) rond

..... uur.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

A series of 25 horizontal dotted lines for writing.

Bijlage 6 Stappen steekproeftrekking

Berekenen steekproef voor het non-respons onderzoek

Gebjr	Stap 1	Stap 2	totaal opgekomen	totaal uitgenodigd	Stap 3	Stap 4	Stap 5	Stap 6
	Aantal	%			%	%	%	aantal brieven
1944	711	10,8	2364	3908	60,5		11,9	274
1949	767	11,7	3105	4625	67,1		11,6	266
1954	807	12,3	3445	4927	69,9		11,7	269
1958	872	13,3	3703	5191	71,3		12,4	285
1964	1035	15,8	3948	5519	71,5		14,7	337
1969	1162	17,7	3583	5615	63,8		18,5	425
1973	1200	18,3	2712	4446	61,0		19,9	459
Totaal	6554	100,0	22860	34231		66,5		

		check:	
		som=	totaal
		100,7	2316
Stap 1	aantallen komen uit bestand		
Stap 2	percentage berekenen, aandeel geboortejaar tov alle non-responders =aantal per geboortejaar / totaal aantal non-responders * 100%		
Stap 3	opkomst% : nodig : daadwerkelijk gekomen vrouwen en totaal uitgenodigd = het aantal dat daadwerkelijk geweest is / totaal uitgenodigd *100% vrouwen die afzeggen bv ivm zwangerschap zitten hier niet bij in		
Stap 4	het gemiddelde van de 7 opkomst%. = som alle gemiddelden / 7		
Stap 5	% worden berekend, dit zijn gewogen % = % stap 2 * % stap 4 / % stap 3		
Stap 6	bepaal het aantal brieven wat je verstuurd.(=2300) Bereken het aantal brieven per jaargroep = 2300 / 100 * % stap 5		
Stap 7	Neem de steekproef. In spss wordt dit dan een random sample van aantal van de 1e zoveel regels, geen % = Exactly 'aantal stap 6' cases from the first 'aantal stap 1' cases Je neemt de steekproef per geboortejaar		

Bijlage 7 Overzicht zelfuitnodigende huisartspraktijken

TABEL A OVERZICHT ZELFUITNODIGENDE HUISARTSPRAKTIJKEN (N=20 VAN DE 42)

Huisarts praktijk	(bruto) Opkomst- percentage 2003	Urbanisatiegraad *	Regio	Aantal uitgenodigde vrouwen in 2003	Interviewer
1	59.8	platteland	Drenthe	244	B
2	63.6	middelgrote stad	IJssel-Vecht	129	A
3	64.2	middelgrote stad	Drenthe	279	B
4	64.4	middelgrote stad	Drenthe	132	A
5	65.8	middelgrote stad	Drenthe	158	
6	66.1	verstedelijkt platteland	Drenthe	542	
7	68.4	middelgrote stad	Drenthe	133	
8	68.4	middelgrote stad	Drenthe	320	B
9	68.6	middelgrote stad	Drenthe	118	
10	68.8	middelgrote stad	Drenthe	346	
↑				Totaal: 2401	
↓					
33	78.3	verstedelijkt platteland	IJssel-Vecht	419	
34	78.3	kleine stad	IJssel-Vecht	618	A
35	80.1	middelgrote stad	IJssel-Vecht	186	
36	80.3	kleine stad	IJssel-Vecht	137	
37	80.5	kleine stad	IJssel-Vecht	128	
38	80.6	platteland	IJssel-Vecht	103	
39	81.4	middelgrote stad	IJssel-Vecht	247	B
40	83.1	middelgrote stad	IJssel-Vecht	112	A
41	84.3	platteland	IJssel-Vecht	197	B
42	86.9	platteland	IJssel-Vecht	176	A
				Totaal: 2323	

- *) Urbanisatiegraad:
1. platteland (<5000)
 2. verstedelijkt platteland (5.000-10.000 inwoners)
 3. kleine steden(10.000 - 30.000 inwoners)
 4. middelgrote steden (30.000-100.000 inwoners)
 5. steden (> 100.000 inwoners)

Bron: www.cbs.nl

TABEL B OVERZICHT DEELNAME ZUHA-PRAKTIJKEN AAN FOCUSGROEPBIJeenKOMST (N=20)

Huisarts praktijk	(bruto) Opkomst-percentage 2003	Deelname focusgroep bijeenkomst	Aantal personen	Reden niet deelname
1	59.8	neen		assistente verhinderd op beide data
2	63.6	neen		assistentes zien geen voordeel in bijwonen bijeenkomst
3	64.2	ja (09-12-04)	2	
4	64.4	ja (09-12-04)	1	
5	65.8	neen		huisarts opgenomen in ziekenhuis
6	66.1	ja (14-12-04)	1	
7	68.4	ja (09-12-04)	1	
8	68.4	ja (09-12-04)	2	
9	68.6	ja (09-12-04)	1	
10	68.8	neen		assistentes zien geen belang voor zichzelf
↑		Totaal = 6	Totaal= 8	
↓				
33	78.3	neen		assistentes hebben – volgens eigen zeggen – nooit non-respons
34	78.3	neen		assistentes hebben andere verplichtingen
35	80.1	neen		assistentes hebben andere prioriteiten in de praktijk (praktijkondersteuning longziekten)
36	80.3	neen		assistentes hebben andere verplichtingen
37	80.5	ja (14-12-04)	1	
38	80.6	ja (14-12-04)	2	
39	81.4	neen		assistentes willen niet
40	83.1	neen		assistente op beide data verhinderd
41	84.3	neen		assistente is op vakantie
42	86.9	neen		assistente op beide data verhinderd
		Totaal = 2	Totaal = 3	

Bijlage 8 Verslagen focusgroepbijeenkomsten

Verslag Focusgroepbijeenkomst Procedure Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

Datum: donderdag 9 december 2004

Gesproken met: assistentes ZUHA's die met de uitnodigingsprocedure t.b.v. bevolkingsonderzoek BMHK zijn belast

Naam assistente	Praktijknummer	Kenmerken praktijk / ervaring assistentes	Computer-systeem
A	4	3 huisartsen, 5600 patiënten, 7 jaar werkervaring Sinds 1998 ervaring met uitnodigingsprocedure BCNN, 3 jaar ervaring met uitstrijkjes doen	
B	8	3 huisartsen, 7259 patiënten, 8 jaar werkervaring sinds 1998 ervaring met uitnodigingsprocedure BCNN (met draaiboek DHV) samen met huisarts cursus gedaan, er zijn verschillende computersystemen	Promedico
C	8	3 huisartsen, 7259 patiënten, 12 jaar werkervaring, lange ervaring met uitstrijkjes doen geen ervaring met uitnodigingsprocedure	Promedico
D	3	4 huisartsen, 6500 patiënten 4 jaar ervaring in uitstrijkjes doen geen ervaring met uitnodigingsprocedure	
E	3	4 huisartsen, 6500 patiënten 2 jaar ervaring in uitnodigingsprocedure BCNN geen ervaring in uitstrijkjes doen	
F	9	Solopraktijk, sinds 1 februari 2004 belast met uitnodigingsprocedure BCNN en zelf uitstrijkjes doen	Medicon
G	7	Solopraktijk, 2300 patiënten, 1 jaar ervaring in uitnodigingsprocedure BCNN 5 jaar ervaring in uitstrijkjes doen	Medicon
H	* (geen)	3 huisartsen, 5000 patiënten, huisarts hecht groot belang aan onderzoek altijd uitnodigingsprocedure BCNN gedaan, maar op dit moment wordt door andere assistente uitgevoerd (rouleert onder assistentes)	

1) Respons:

- Met uitzondering van geboortecohort 1974 zijn van de andere cohorten samen in totaal 12 vrouwen niet gekomen (4)
- 16 vrouwen zijn niet gekomen, maar de huisarts is heel tevreden over de opkomst (7)
- Ongeveer 6 vrouwen per cohort reageren niet op de eerste oproep. Deze worden 4 weken later gebeld. Als zij niet worden bereikt, ontvangen zij een schriftelijke herinneringsoproep. Als een reden wordt aangegeven door een vrouw voor niet willen participeren (bijv. seksueel misbruik), wordt deze vrouw 5 jaar later wel opnieuw opgeroepen.(4)
- Sommige vrouwen willen echt niet of durven niet (8)
- Jongere vrouwen komen over het algemeen wel, maar voornamelijk oudere vrouwen van 45 - 55+ komen minder snel, alleen als zij klachten hebben gaan zij naar de huisarts. Vrouwen van 60+ zijn wel weer eerder geneigd om te komen.
- Het gaat ieder jaar beter en de huisarts is tevreden (4)

2) Redenen non-respons die door de assistentes worden genoemd:

- Vergeten
- Vervelende ervaring met onderzoek
- Niet tijdens de ramadan (wel later)
- Niet willen
- Angst
- Preutsheid

- Vrouwen zien het nut van het onderzoek niet, hebben geen klachten, hebben gevoel dat het goed gaat
 - Het gaat vaak om onzichtbare patiënten, patiënten die niet op de praktijk komen
 - Soms gaat het om foutieve adressering, waarbij de uitnodigingsbrieven niet terugkomen. Een goede administratie vanuit de ziektekostenverzekering is wenselijk.
- 3) **Uitnodigingsprocedure:**
- Uitnodigingsbrief zonder datum afspraak met verzoek binnen twee weken reageren, dames niet dwingen door afspraak in uitnodiging op te nemen (7)
 - Assistentes kunnen folders in verschillende talen aanvragen voor allochtone vrouwen, er komen ook steeds meer allochtone vrouwen voor het onderzoek
 - Vrijwillig onderzoek, eigenverantwoordelijkheid van de vrouwen, kost veel energie, assistente heeft reeds veel taken in haar pakket (*)
 - Assistentie is van mening dat het versturen van herinneringsoproepen al heel wat is (7)
 - Non-respons wordt in het computersysteem opgenomen (3)
 - Voor de verzending van de eerste uitnodigingsbrief wordt geen selectie gemaakt. Het is te arbeidsintensief om alle patiënten na te kijken. Bij de oproep zit wel een extra brief, waarin patiënten wordt gevraagd deze ingevuld te retourneren aan de praktijk als vrouwen niet willen participeren in het bevolkingsonderzoek. Bij de herhalingsoproep wordt wel een selectie gemaakt op UE, zwangerschap, e.d. (3)
 - De assistente maakt wel een selectie voor het verzenden van de eerste uitnodigingsbrief, maar geeft aan, dat het wel veel werk is. Het computerprogramma Medicon werkt wel handig. Zwangerschap staat echter (niet altijd) in de computer. (9)
 - De assistente maakt een handmatige selectie en haalt met name de UE patiënten uit de selectie. Voor vrouwen met UE is het vervelend om wel een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek te ontvangen. Huisartsen kunnen hun assistentes veel werk besparen, door de elektronische dossiers goed te 'ruiteren' (=coderen) omdat het computerprogramma hierop kan selecteren. Het is van belang deze elektronische aantekeningen goed bij te houden. Goede samenwerking met de huisarts is essentieel. Als een huisarts meedenkt en meewerkt, scheelt dat behoorlijk in de werklust. (7)
 - Tweede en latere zwangerschappen worden niet meer via de huisarts geregistreerd, dus dan is de huisarts niet altijd op de hoogte.
- 4) **Belang onderzoek**
- De assistente acht het onderzoek belangrijk, maar vindt één herhalingsoproep voldoende (4)
 - De assistente acht het onderzoek ook belangrijk, maar vindt het de eigen verantwoordelijkheid van de betreffende vrouw (*)
- 5) **Voorlichting onderzoek**
- Folders CWZ beschikbaar, ook in Arabisch en gecombineerd Nederlands/Engels/Arabisch, kunnen telefonisch of per fax worden aangevraagd.
 - Er is een poster van BCNN m.b.t. het bevolkingsonderzoek beschikbaar.
- 6) **Uitvoering onderzoek:**
- Het is belangrijk met vrouwen te praten tijdens het onderzoek, de vrouwen op hun gemak te stellen, precies te vertellen wat de assistente doet (uitleggen en instrumenten laten zien), de vrouwen te laten ontspannen en tijd te nemen voor het onderzoek
 - Vrouwen wordt altijd gevraagd of zij eerder uitstrijkje hebben laten maken of eerder inwendig onderzoek heeft plaatsgevonden. Ook wordt gevraagd of een vrouw kinderen heeft of een seksuele relatie.
 - Uitvoering uitstrijkjes hoort in veel gevallen bij de taak van de assistente
 - Uitvoering onderzoek door assistente is klantvriendelijk voor patiënten
 - Uitvoering onderzoek is niet moeilijk en niet vervelend (volgens de meeste assistentes)
 - Uitvoering onderzoek bij verstandelijk gehandicapte vrouwen vraagt speciale aandacht.
 - Verschil in Uterus Extirpatie met of zonder baarmoederhals
- 7) **Drempelverlagende maatregelen**
- Poster BCNN in wachtkamer ophangen, zodat vrouwen op de hoogte zijn. Dit gebeurt niet in alle praktijken.
 - Afspraak in uitnodigingsbrief opnemen, daardoor hoeven vrouwen niet zelf contact op te nemen, alleen als zij niet kunnen. Het vooraf plannen van afspraken kost echter veel tijd.
 - Het bellen van non-responders, als zij niet op de uitnodiging reageren. Het gaat in de meeste gevallen om een paar vrouwen per cohort.

Verslag Focusgroepbijeenkomst Procedure Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

Datum: dinsdag 14 december 2004

Gesproken met: assistentes ZUHA's die met de uitnodigingsprocedure t.b.v. bevolkingsonderzoek BMHK zijn belast

Naam assistente	Praktijknummer	Kenmerken praktijk / ervaring assistentes	Computer-systeem
I	37	Solopraktijk, 2500 patiënten Huisarts doet het onderzoek Assistente verzorgt de uitnodigingen Van plan om praktijkspecifiek draaiboek te maken voor uitnodigingsprocedure	Promedico
J	6	4 huisartsen, ongeveer 6000 patiënten Bestaat een schema voor de procedure	Elias
K	38	3 huisartsen, ongeveer 4000 patiënten	Medicon
L	38	3 huisartsen, ongeveer 4000 patiënten Gebruikt DHV-draaiboek voor de procedure	Medicon

1) (Non-)Respons:

- non-respons: 4 vrouwen per jaar (38)
- non-respons: heel weinig (6)
- non-respons is ontzettend beperkt: nog geen non-respons tot nog toe, op twee cohorten na die nog niet bekend zijn (37)
- Als vrouwen kinderen hebben gekregen of gewend zijn aan de pilcontrole, komen ze gemakkelijker. Vroeger werden vrouwen standaard aan de pilcontrole onderworpen, bloeddruk meten, urine testen, uitstrijkje laten maken en inwendig onderzoek. (38)
- Vroeger was de apparatuur/instrumenten veel minder vrouwvriendelijk en het onderzoek daarom vervelender, dus onderzoek valt nu voor oudere vrouwen mee. (38)
- Het gaat om een plattelandspraktijk die geen allochtone vrouwen onder de patiënten heeft. (38)
- Wel allochtone vrouwen in praktijk en komen ook voor onderzoek, maar het is de vraag of zij vrijwillig komen. Moslim vrouwen komen wel met partner. Soms ook het gevoel dat het om prostituees gaat. Vroeger ook asielzoekers, maar nu niet meer. Alleen als asielzoekers een verblijfsvergunning hebben, worden ze uitgenodigd. (6)
- Voor verstandelijk gehandicapte vrouwen is het soms lastig. De assistente heeft het eens geprobeerd, maar het lukte niet, en dan wordt gestopt. Meestal komen deze vrouwen wel (met begeleiding). (6)
- Het opkomstpercentage onder jongeren is lager, daaronder valt ook een groot deel zwangeren en vrouwen die borstvoeding geven. Bij het geven van borstvoeding is de uitslag van het uitstrijkje niet betrouwbaar.
- Bij sommige praktijken moeten zwangeren zelf in de gaten houden of ze alsnog voor een uitstrijkje moeten gaan. In andere praktijken worden ze na verloop van tijd door de assistente gebeld om alsnog een afspraak te maken.

2) Redenen non-respons die door de assistentes worden genoemd:

- Seksueel misbruik (38)
- Angst (6)
- Privé-omstandigheden (scheiding, relatieproblemen, overlijden in de familie) (38, 6)
- Als geen seksuele relatie, niet nodig. (38, 6)
- Het lijkt erop dat jongeren het sneller af laten weten, zien het meer als een ver van m'n bed show. (6)
- Het is een beladen onderzoek, jongere meiden willen niet, omdat ze geen klachten hebben en het is een vervelend onderzoek.
- Sociale status speelt ook een rol in de non-respons. Hoger opgeleide vrouwen komen wel, terwijl lager opgeleide vrouwen met meer vragen zitten en het sneller laten afweten. (6)
- In de praktijk zijn wel sociaal-economische verschillen aanwezig, maar kan geen effect op de participatie aan het bevolkingsonderzoek worden aangegeven (38)

3) Uitnodigingsprocedure:

- De eerste uitnodiging wordt verzonden inclusief datum voor afspraak. Alleen de eerste oproep gebeurt schriftelijk. Daarna belt de assistente 2-3 keer naar de vrouwen die niet komen/reageren. Bellen kost minder tijd dan schriftelijk uitnodigen. Daarnaast wil ze vermijden dat vrouwen die niet reageren toch BMHK blijken te hebben (wil ze niet op haar geweten hebben). Ze wil dat vrouwen een goed geïnformeerde keuze maken over wel of niet participeren. (37)

- In de uitnodigingsbrief wordt geen datum voor afspraak opgenomen. De voorbeeld brief van de DHV is aangepast, omdat deze te complex was opgesteld. Twee maanden later kijkt de assistente welke vrouwen zijn geweest voor onderzoek en welke niet. Als vrouwen niet hebben gereageerd volgt een herinneringsoproep. Op deze herinneringsbrief komen altijd veel reacties. Er volgt geen tweede herinnering. De assistente houdt de zwangeren handmatig bij en nodigt ze later uit. (6)
 - De uitnodigingsbrief wordt inclusief datum voor afspraak verzonden. Twee keer per week is er spreekuur voor uitstrijkjes. Er wordt weinig afgebeld. Een bestaande afspraak is een stimulans om te komen. Afspraken worden per cohort gepland en de brieven worden ongeveer twee weken voor de afspraak verzonden. Het plannen van afspraken kost relatief veel tijd, maar het voordeel is dat de assistente de afspraken zelf kan inplannen. De assistente houdt handmatig een overzicht bij met de namen + of uitnodiging verzonden + datum uitstrijkje als de betreffende vrouw is geweest. Als vrouwen niet hebben gereageerd en niet zijn gekomen, ontvangen ze een herinneringsoproep met ook daarin een datum voor een afspraak. Vroeger werden vrouwen die niet kwamen gebeld, maar dit bleek niet effectief. De meeste vrouwen blijven weg uit overtuiging. (38)
 - Vroeger werd door de assistente ook gebeld naar vrouwen die niet hadden gereageerd. Sommige gebelde vrouwen komen alsnog. Sommige vrouwen zijn echte weigeraars, soms wordt ook geen reden aangegeven. (6)
 - Alle uitnodigingen voor het hele jaar (alle cohorten) worden ineens uitgedraaid, maar per cohort verzonden. (37)
 - De BCNN lijst komt niet altijd overeen met de door de huisarts uitgedraaide lijst. Het gaat echter maar om een paar verschillen. Bijv. nieuwe patiënten, of patiënten die in de grensstreek wonen. Vrouwen die niet zijn gematched worden door BCNN/GGD uitgenodigd. (37)
 - Soms kloppen de adresgegevens niet. Als de GGD uitnodigt, ontvangt de vrouw het labformulier zelf. De formulieren van BCNN hebben een speciale barcode. (38)
 - Na 5 jaar ontvangen alle betrokken vrouwen opnieuw een uitnodiging. Alleen als een vrouw een schriftelijke verklaring heeft getekend niet deel te willen nemen, dan is het niet verplicht om de vrouwen opnieuw een oproep te zenden. Het is echter een moreel dilemma, wellicht heeft een vrouw zich bedacht. Dus kiest de praktijk ervoor alle vrouwen opnieuw uit te nodigen. Daarnaast kost het meer tijd en energie om een vrouw uit het computersysteem te halen. (38)
 - In de eerste cyclus van de BCNN-uitnodigingsprocedure was alles nieuw, zowel voor de praktijk als voor de patiënten. Toen is met alle patiënten gesproken, dus iedereen is bekend met de procedure. (38)
 - In het begin waren de assistentes onzeker: hebben de betrokken vrouwen de brieven goed ontvangen, is de post juist bezorgd, etc. In de loop der jaren zijn de assistentes veranderd in hun houding, nu overheerst het gevoel, dat het participeren in het bevolkingsonderzoek meer de eigen verantwoordelijkheid van de vrouw is. (38)
 - Zwangeren zouden wel gebeld kunnen worden, of apart worden benaderd met een speciale brief.
- 4) **Belang onderzoek**
- Assistente heeft een verantwoordelijkheidsgevoel t.o.v. patiënten (6)
 - Assistentes met meer levenservaring hebben wellicht meer verantwoordelijkheidsgevoel en meer feeling voor het vak (37)
- 5) **Voorlichting onderzoek**
- Er wordt meer voorlichting gegeven over andere SOA's dan over BMHK.
 - Voor vrouwen van 30 jaar is meer voorlichting nodig, het onderzoek is voor hen meer confronterend. (6)
 - Er zijn speciale folders Turks/Marokkaans en Engels/Arabisch. Deze speciale folders kunnen door de assistentes worden opgevraagd.
- 6) **Uitvoering onderzoek:**
- Door assistentes (6, 38)
 - Door huisarts (37)
 - Leeftijd assistente speelt een rol. Oudere assistentes wekken meer vertrouwen. Het is lastig dit soort dingen met een 20-jarige te bespreken (37)
 - Sommige vrouwen willen liever door een vrouwelijke arts worden onderzocht. Sommige vrouwen geven de voorkeur aan een vrouw, maar vinden assistente of arts allebei oké
 - Vaak positieve reacties van patiënten als ze ontdekken dat het uitstrijkje door de assistente wordt uitgevoerd. De patiënt ervaart minder schaamte en de assistente kan meer tijd nemen voor het onderzoek. De assistente neemt standaard 15 minuten voor een uitstrijkje. (6)
 - Het is van belang dat assistentes zelf kiezen of ze de uitstrijkjes willen uitvoeren of niet. Niet alle assistentes zijn hiervoor geschikt. Je moet er feeling voor hebben, niet iedereen kan het leren. In het AZG wordt een selectieprocedure gehanteerd voor de cursus om uitstrijkjes te leren doen. Als assistentes niet gemotiveerd zijn, worden ze niet aangenomen. (6)
 - In Zwolle wordt door de DHV een cursus georganiseerd, waarin theorie aan bod komt en geoefend wordt op fantomen. (38)
 - De huisarts heeft de eerste keren meegekeken of het de assistente lukte om het onderzoek uit te voeren. (38)

- Het is van belang dat de assistente haar eigen gevoel opzij zet en de patiënten gerust stelt. De assistente is er niet op uit om de vrouw pijn te doen. De sfeer tijdens het onderzoek is bepalend voor het terugkomen van de vrouwen tijdens de volgende ronde, vijf jaar later. (6)
 - De huisarts helpt met lastige zaken, zoals een gekantelde baarmoederhals. Daarnaast is het van belang goede apparatuur/instrumenten te hebben in alle maten. (38)
- 7) Drempelverlagende maatregelen**
- Het lijkt erop dat het verzenden van uitnodigingen met een datum voor een afspraak een hogere respons oplevert.
 - Het lijkt erop dat het beter is als uitnodigingen door de huisarts worden verzonden, dan door de GGD. De patiënten voelen zich wellicht meer aangesproken door een brief van de huisarts.
- 8) Knelpunten**
- Medicon is een zeer tijdrovend computerprogramma. Ieder jaar moeten de oude selecties eerst voor alle geboortecohorten worden verwijderd, waarna een nieuwe selectie kan worden aangemaakt. De selecties moeten per huisarts worden uitgedraaid i.v.m. het declaratiesysteem. Ieder huisarts heeft bij BCNN een aparte LISZ-code (streepjescode + nummer). (38)
 - BCNN verzoekt de huisartspraktijken de gegevens per huisarts aan te leveren.
 - Een praktijk levert de overzichten van geboortecohorten niet per huisarts aan, maar alle formulieren komen op naam van één van de huisartsen. (6)
 - Werkdruk is te hoog voor assistentes, geen gelegenheid om te bellen. (6)
 - De uitnodigingsprocedure is een sluitpost en komt aan de beurt als het andere werk klaar is. Promedico codes zijn lastig te verwijderen en het is veel werk om de cohorten uit te draaien. (37)
 - De assistente zou graag meer kennis willen hebben en een cursus willen volgen. Er is een goede samenwerking met de huisarts, maar de assistente moet overal om vragen. De huisarts geeft niet uit zichzelf informatie. De assistente kan desgevraagd wel medewerking van de huisarts krijgen. (37)
 - Eén huisarts spreekt patiënten die niet hebben gereageerd op de oproep aan tijdens het spreekuur. Twee andere huisartsen doen dit niet. (6)
 - De assistente spreekt patiënten die niet hebben gereageerd zelf aan als het zo uitkomt. Het gaat om een klein percentage. In het elektronisch dossier staat aangegeven of de patiënt wel of niet is geweest en als de assistente de patiënt spreekt, wordt het ter sprake gebracht. De assistente heeft net zo veel overtuigingskracht als de huisarts, dus de assistente kan dit zelf doen. Het is niet nodig dat de huisarts dat doet. (38)
- 9) Diverse opmerkingen:**
- HAGRO = huisartsengroep met gezamenlijke waarneming e.d.
 - Hoed: artsen onder één dak, maar met eigen praktijkverantwoordelijkheden
 - BMHK is eigenlijk een SOA, voortvloeiend uit het HPV-virus. Als vrouwen geen gemeenschap hebben, is het onderzoek eigenlijk niet nodig. Bij HPV-hoog risico worden vrouwen gevraagd ieder jaar een uitstrijkje te laten maken. Het HPV virus komt meer voor bij meisjes die op jonge leeftijd wisselende contacten hebben gehad. BMHK kan ontstaan op basis van HPV, maar ook zonder HPV virus kan een vrouw BMHK krijgen.
 - Assistentes kunnen elektronische dossiers coderen op basis van binnenkomende correspondentie.
 - Het lijkt erop dat ZUHA's een hoge respons halen. De non-respons bij deze ZUHA's is minimaal.
 - Hoe zit het met de respons op GGD-uitnodigingen: GGD verzenden niet altijd een antwoordkaartje mee en/of patiënten retourneren het antwoordkaartje niet. Daarnaast worden brieven over het algemeen slecht gelezen. (37)
 - De aanwezige assistentes ervaren de hele procedure en administratie van het bevolkingsonderzoek wel als een leuke klus.
- 10) Knelpunten**
- Computer systeem (3, 4, 8) Promedico is een struikelblok (8)
 - Het vrijmaken van ruimte en tijd voor de onderzoeken is lastig (8)
 - Er worden 16 herhaaloproepen per maand verzonden, de non-respons wordt wel in het computersysteem opgenomen. De huisarts heeft enige tijd persoonlijk contact opgenomen (telefonisch) met de niet reagerende vrouwen, maar dit kost veel tijd en energie en levert relatief weinig op. (8)
 - De aanwezige assistentes ervaren geen knelpunten met collega's in de samenwerking
- 11) Diverse opmerkingen:**
- Vrouwen appreciëren dat de assistentes de uitstrijkjes maken, dit wordt als meer laagdrempelig ervaren.
 - Sommige vrouwen geven de voorkeur aan een arts, dit is een minderheid
 - Allochtone vrouwen komen over het algemeen ook (met een vertaler: vaak kind/man)
 - BMHK is een virus, dat vaak begint als een SOA. Vrouwen met wisselende contacten hebben meer kans op besmetting met BMHK.

Bijlage 9 Open informatie vragenlijsten

TABEL C IN WELK LAND/WERELDDEEL BENT U GEBOREN?

	n
Afghanistan	2
Canada/VS	3
Zuid-Amerika	2
Azie	1
Afrika	1
Turkije	4
Suriname	2
Antillen	2
Indonesië	4
Oost-Europa	2
Zuid-Europa	2
overig Europa	7
Totaal	32

TABEL D REDENEN 'ONTEVREDENHEID' HUISARTS

	n
heb gevoel niet serieus genomen te worden door hem/haar	6
kan niet goed met hem/haar communiceren	2
kan niet goed met hem/haar omgaan	2
hij/zij is vaak niet aanwezig (→ te maken met vervanger)	2
lange wachttijden	1
hij/zij geen aandacht heeft en te weinig tijd	1
Totaal	14

TABEL E IK DOE WAT ANDERS MET DE UITNODIGINGSBRIEF, NAMELIJK

	n
ik bewaar de brief, maar durf er geen gehoor aan te geven	4
ik lees de brief direct, leg hem dan weg om te laten bezinken en te beslissen of ik mee doe	2
de brief komt bij de rest en dan vergeet ik het	2
ik bewaar de brief, maar vergeet een afspraak te maken	1
ik zou bellen, want ik weet niet of mijn baarmoederhals verwijderd is	1
ik verstop de brief	1
ik noteer in mijn agenda wanneer ik een afspraak wil maken	1
ik leg de brief aan de kant, omdat ik bang ben en telefonisch kan ik uitleg vragen	1
ik lig er wakker van en gooi brief na verloop van tijd weg	1
ik stel het steeds uit	1
ik vergeet het, omdat ik schaamtegevoel heb	1
ik zit weer een tijd in de stress	1
ik heb direct een afspraak gemaakt, maar ik ben het vervolgens vergeten	1
via medische dienst asielzoekerscentrum	1
geen direct antwoord op deze vraag, zoals bijvoorbeeld: "ik zou wel willen, maar niet bij mijn eigenhuisarts"	8
Totaal	27

TABEL F. ANDERE REDEN VOOR NIET DEELNAME, NAMELIJK

	n
ziekte of ziekenhuisopname (o.a. operatie, hernia, MS, darmkanker, revalidatie na ernstig ongeluk, borstamputatie, hartinfarct).	12
ik heb nooit een uitnodiging ontvangen	6
verhuizing(en)	6
angst	6
- ik durf niet	
- ik ben panisch	
- ik ben bang dat ik urine verlies	
- ik ben gewoon heel bang	
- ik ben nog nooit onderzocht	
- ik vind het eng	
ik heb privé-problemen/andere belangrijkere zaken aan mijn hoofd	5
onderzoek is extreem pijnlijk (vaginistische reactie)	4
puur gemakzucht, slordigheid, luiheid	3
huisarts zei dat het niet nodig was/raadde het af	3
- ik durfde niet meer verder te 'zeuren',	
- omdat ik geen seksuele relatie had	
- ik bezig was zwanger te worden	
familieomstandigheden (o.a. sterfgeval)	2
ik weet niet of mijn baarmoederhals er nog zit	2
er komt veel kanker voor in de familie	2
IVF-behandeling	2
verblijf in het buitenland	1
ik heb moeite met ouder worden en erger mij wanneer ik de uitnodiging krijg voordat ik de screeningsleeftijd heb bereikt	1
jconflese (?) scan door natuurgenezer	1
Citaten	11
- "van uitstel komt afstel"	
- "ik vind het heel erg dat mannelijke arts het doet"	
- "ik had een afspraak, maar brief niet bij me"	
- "ik had een afspraak, maar moest twee uur wachten"	
- "tot twee keer toe op verkeerde tijdstip gebeld/langsgekomen"	
- "ik heb een stok achter de deur nodig, het is nu te vrijblijvend"	
- "ik vind het zinloos"	
- "lijkt me niets"	
- "ziekte hoort bij een mensenleven"	
- "ik ga er van uit geen kanker te krijgen. zou ik het wel krijgen, dan laat ik mij niet behandelen"	
- "ik ben nu 56 en vond het genoeg, ik ben nu kerngezond"	
Antwoorden die een verdubbeling zijn in vraag 30 a t/m x gegeven antwoorden	23
Totaal	90

TABEL G POSTCODES VOORKOMEND IN DOELPOPULATIE EN STEEKPROEF 'WARE NON-RESPONDERS'

Postcode (eerste twee cijfers):	doelpopulatie		ware non-responders	
	n	%	n	%
29	1	0.0	1	0.4
37	4	0.1	1	0.4
38	15	0.2	1	0.4
51	2	0.0	1	0.4
74	15	0.2	1	0.4
77	476	7.5	17	7.3
78	1183	18.5	44	19.1
79	644	10.1	25	11.0
80	1236	19.4	54	23.0
81	242	3.8	4	1.7
82	479	7.5	15	6.5
83	315	4.9	13	5.6
93	242	3.8	10	4.3
94	1197	18.8	33	14.3
95	188	2.9	4	1.7
96	30	0.5	1	0.4
97	115	1.8	5	2.2
Totaal	6384	100%	230	100%