

# Het speelt niet bij ons...

Baarmoederhalskankerscreening en  
meisjesbesnijdenis in Nederland

Erick Vloeberghs & Sandra Zoetelief



# Rapport Quicksan

## Baarmoederhalskankerscreening bij geïnfibuleerde vrouwen in Nederland

### Samenvatting

Dit rapport betreft een quickscan naar in hoever een klein segment Afrikaanse migranten vrouwen, met name vrouwen die meest ernstige vorm van meisjesbesnijdenis ondergingen, deelnemen aan de screening naar baarmoederhalskanker. Elke in Nederland als woonachtig geregistreerde vrouw tussen de 30 en 60 jaar krijgt om de vijf jaar een uitnodiging voor deelname. Deze uitnodiging wordt verstuurd door de screeningsorganisatie verantwoordelijk voor de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker en baarmoederkanker, of de huisarts. De arts of zijn/haar assistent doet de test, het uitstrijkje, tenzij de vrouw aangeeft het in een andere praktijk te willen laten maken.

De categorie vrouwen waar deze quickscan zich op richt is beperkt tot slechts een deel van de migrantenvrouwen die een besnijdenis ondergingen. Alleen vrouwen die een infibulatie (type3) ondergingen - waarbij de vagina gesloten wordt en het afnemen van het uitstrijkje door middel van een speculum voor problemen of twijfels kan zorgen - gold als onderzoeksgroep. De infibulatie vindt traditioneel in grote aantallen plaats in herkomstlanden als Somalië, Soedan en Djibouti, en in mindere mate in andere herkomstlanden. In totaal leven mogelijk ongeveer 4000 vrouwen in de leeftijd van 30 tot 60 jaar in Nederland, die in het herkomstland een infibulatie hebben ondergaan.

Dit kleinschalige inventarisatieonderzoek werd uitgevoerd naar aanleiding van signalen en vragen die bij Pharos advieslijn binnenkwamen en vond plaats in de periode van oktober 2011 tot januari 2012.

De quickscan omvatte:

- 1) Literatuursearch van Nederlands- en Engelstalige artikelen, onderzoek en beleidsstukken
- 2) Telefonische benadering van de screeningsorganisaties, waarbij informatie werd gevraagd over hun ervaringen met besneden vrouwen
- 3) Telefonische benadering van vijftig huisartsen en tien gynaecologen. Na eerst telefonisch contact gezocht te hebben, werd een korte vragenlijst digitaal voorgelegd die door 12 onder hen beantwoord werd.
- 4) Een kort gesprek met zes geïnfibuleerde vrouwen over hun ervaring (of gebrek aan) met baarmoederhalskankeronderzoek.

De antwoorden op de vragen en de achterliggende literatuur en beleidsvoornemens geven aanleiding tot een aantal aanbevelingen voor alle benaderde groepen en personen, dus voor de huisartsen en hun assistentes, de screeningsorganisaties, de migranten vrouwenorganisaties en wellicht ook Pharos.

### *Bevindingen en aanbevelingen*

Onze belangrijkste bevindingen met daar aan gekoppeld de aanbevelingen zijn:

1. Opvallend weinig huisartsen geven aan met meisjesbesnijdenis te maken te hebben; het 'speelt niet bij hen'. Dat de huisarts bij allochtone vrouwen het uitstrijkje afneemt wordt door zowel de Gezondheidsraad als de LHV geadviseerd en is onderdeel van de NHG-richtlijn. Uit onze quickscan blijkt dit in slechts beperkte mate te gebeuren en zijn de vrouwen zelf er niet erg positief over. Uit ervaringen in binnen- en buitenland blijkt dat met name bij migranten vrouwen de screening meer succesvol is indien de huisarts (liefst vrouwelijk) de uitnodiging stuurt en het uitstrijkje afneemt en niet een onbekende. Het is de vraag of dit inderdaad gebeurt en ook of er met deze vrouwen gesproken wordt over de screening en de keuzemogelijkheden die er zijn. Zo is het mogelijk om thuis

een zelftest te doen (de hrHPV-test) – hetgeen slechts door een respondent, een gynaecoloog, genoemd wordt. Een meer pro-actieve houding van de huisartsen in deze is dan ook zeer aan te bevelen naast het feit dat de mogelijke alternatieven (desnoods andere praktijk, de thuisstest) met deze vrouwen besproken zouden moeten worden.

Een andere aanbeveling is dat de huisarts en de assistentes het onderwerp onderling bespreken, en dat monitoring plaatsvindt. Ook lijkt het zinvol dat deze categorie vrouwen in aanmerking komt voor de hrHPV-thuisstest omdat uit onderzoek blijkt dat vooral geïnfibuleerde vrouwen veel schaamte zeggen te ondervinden van de indringende blik van de arts bij dit soort onderzoek. Zie verder Conclusies en aanbevelingen.

2. Met name gynaecologen geven aan mogelijkheden te zien om het uitstrijkje af te nemen zonder gebruik te maken van een speculum (blind uitstrijkje, alleen de HPV-test doen, een klein speculum gebruiken indien de opening dat mogelijk maakt). Wellicht kunnen zij cursussen opzetten voor huisartsen over hoe om te gaan met deze categorie vrouwen.

3. De screeningsorganisaties geven aan niet met het probleem geconfronteerd te worden, maar ook dat ze weinig kennis hebben over het fenomeen meisjesbesnijdenis. Informatieoverdracht over wat meisjesbesnijdenis inhoudt (types, herkomst, beleid in Nederland), de klachten en gevolgen die het kan hebben alsook de gevoeligheden die rond het fenomeen liggen, is naar hun en onze mening zeer gewenst. Zulke informatie is relevant aangezien er mogelijk een verhoogde kans op kankervorming zou zijn bij vrouwen die een type 3 besnijdenis ondergingen. Daarnaast kan gerichte informatie een zekere alertheid teweegbrengen die nuttig is wanneer men te maken krijgt met een vrouw die een besnijdenis onderging. Wellicht kan Pharos hier iets betekenen. Zie verder Conclusies en aanbevelingen.

4. Een aantal artsen wijst op het feit dat geïnfibuleerde vrouwen in Nederland post-partum geopend worden, en dat het gebruik van een speculum in dat geval wel mogelijk is. Mogelijk zijn een groot aantal geïnfibuleerde vrouwen in Nederland inmiddels blijvend 'geopend' hetgeen inhoudt dat het segment migranten vrouwen waarbij de 'technische' problematiek speelt, aanzienlijk kleiner is dan de geschatte 4000 personen.

5. Wat de betrokken categorie vrouwen betreft lijkt het raadzaam om hen beter voor te lichten over het nut van de baarmoederhalscreening. Ook vgv sleutelpersonen en de regionale vgv nazorgteams kunnen betrokken worden bij het verspreiden van informatie over de baarmoederhalscreening - zie verder Conclusies en aanbevelingen.

We hopen dat de gesignaleerde uitdagingen en de aanbevelingen die daaruit voortkomen leiden tot een hogere participatiegraad door geïnfibuleerde migrantenvrouwen in Nederland bij het baarmoederhalskankeronderzoek en danken iedereen die aan de quickscan bijgedragen heeft.

Februari 2012

Erick Vloeberghs & Sandra Zoetelief

## Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Achtergrondinformatie	3
3. De quickscan	7
1. Doel	7
2. Werkwijze	8
4. Resultaten	8
5. Conclusies en aanbevelingen	11
6. Bijlagen	13
1. De screeningsprocedure	13
2. De vragenlijsten	16

### 1. Inleiding

Door migratie van vrouwen uit landen waar vrouwelijke genitale verminking (VGV of meisjesbesnijdenis) een gangbaar gebruik is, worden ook zorgverleners sinds de begin jaren 90 geconfronteerd met het verschijnsel. Pharos zet zich als kennis en adviescentrum sinds 1993 in voor de strijd tegen meisjesbesnijdenis. Immers zowel nationaal als internationaal bestaat er al heel lang overeenstemming over het feit dat het moet worden beschouwd als een schending van vrouwen- en kinderrechten. Daarnaast ijvert Pharos voor een betere afstemming van zorgvraag en –aanbod op het terrein van medische, psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis, voert het onderzoek uit en fungeert als centrale kennisplek en vraagbaak voor zowel het grote publiek als voor ministeries, beleidsmakers en medische professionals.

Pharos, vanuit haar functie als landelijk Focal Point, kreeg de afgelopen jaren signalen en vragen binnen bij de advieslijn over op welke manier vrouwen die een besnijdenis ondergingen benaderd dienen te worden zodat ze zich laten onderzoeken op baarmoederhalskanker. Andere vragen betroffen de manier waarop een uitstrijkje afgenomen dient te worden bij deze vrouwen en of we iets konden zeggen over of de besnijdenis van invloed is op de incidentie van baarmoederkanker.

Pharos heeft daarom een quickscan gedaan onder huisartsen en de betrokken instanties, om na te gaan of deze vrouwen zich al of niet melden voor het uitstrijkje

### 2. Achtergrondinformatie

#### Meisjesbesnijdenis algemeen

In Nederland wonen ongeveer 64.000 meisjes en vrouwen die het risico lopen besneden te worden of die reeds besneden zijn, waarvan 23.000 in de leeftijd van 30 tot 60 jaar (CBS 2011)<sup>1</sup>. Sinds begin jaren negentig is veel onderzoek gedaan naar de somatische gevolgen van meisjesbesnijdenis. De laatste tien jaar verschenen ook publicaties over meisjesbesnijdenis in de context van migratie. Veel van deze publicaties gaan over de somatische gevolgen van besnijdenis bij gemigreerde vrouwen, met name over complicaties bij de bevalling. Hevige bloedingen, shock en ernstige infecties kunnen direct na de besnijdenis voorkomen terwijl chronische pijn, plasklachten, cysten, fistelvorming en onvruchtbaarheid mogelijke latere gevolgen zijn (Morison e a 2004)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> CBS (2011). CBS-gegevens via <http://statline.cbs.nl/StatWeb>

<sup>2</sup> Morison L., Dirir A., Elmi S., Warsame J., & Dirir S. (2004). How experiences and attitudes relating to female circumcision vary according to age on arrival in Britain: A study among young Somalis in London. In: *Ethnicity and Health*, 9, 75-100.

De Wereldgezondheidsorganisatie onderscheidt vier vormen van besnijdenis (WHO 2009)<sup>3</sup>:

Type I: Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris en/of de voorhuid – clitoridectomie

Type II: Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen – excisie

Type III: Vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van de kleine en/of de grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris – infibulatie

Type IV: Alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercing, etc.

De meest ernstige vorm (type III – infibulatie) brengt niet alleen de meeste medische complicaties met zich mee maar verhoogt ook de kans op het ontwikkelen van psychische, sociale en relationele klachten (Lockhat, 2004; Vloeberghs et al., 2010)<sup>4 5</sup>. Tevens blijkt uit bovenstaand en ander onderzoek dat het belangrijk is om meer inzicht te verwerven in de ervaringen van vrouwen met de hulpverlening. Nare ervaringen met hulpverleners maakt soms dat deze vrouwen de hulpverlening mijden. Als vrouwen die een besnijdenis ondergingen naar Nederland komen, kunnen ze geconfronteerd worden met hulpverleners die weinig begrip tonen voor hun situatie.

Meisjesbesnijdenis wordt immers hier gezien als moreel verwerpelijk en is bovendien wettelijk verboden. Vrouwen die kennisnemen van deze opvattingen, kunnen met schaamte en schuldgevoelens kampen. Maar ook onbegrip voor de gevoeligheden, of weerzin die spreekt uit het gezicht van een hulpverlener, geeft deze vrouwen het gevoel niet begrepen te worden (Berggren et al., 2006; Vloeberghs et al., 2010)<sup>6</sup>.

#### Baarmoederhalskanker in Nederland

Baarmoederhalskanker is een kwaadaardige afwijking van het oppervlakteweefsel op de grens van de baarmoederhals en de baarmoedermond. Een aanhoudende, chronische infectie met het humaan papilloma virus (HPV) is de oorzaak. Het humaan papillomavirus (HPV) is een DNA-virus, waarvan meer dan 100 genotypen bekend zijn (Heineman et al, 2007)<sup>7</sup>. De verschillende typen van het HPV virus kunnen verschillende ziekten veroorzaken. Zo veroorzaken de typen 6 en 11 genitale wratten, maar kunnen de typen 16 en 18 baarmoederhalskanker veroorzaken. Overdracht van het HPV virus vindt plaats door seksueel contact. Baarmoederhalskanker wordt voorafgegaan door een voorstadium van kanker. Middels screening kan dit voorstadium herkend worden en kan er op een eerder moment actie worden ondernomen om zo baarmoederhalskanker te voorkomen.

Het aantal vrouwen waarbij baarmoederhalskanker gediagnosticeerd wordt (incidentie), ligt jaarlijks tussen de 600 en 750 (RIVM, 2010; Achterberg et al., 2011)<sup>8 9</sup>. Terwijl het aantal vrouwen dat baarmoederhalskanker heeft (prevalentie) geschat wordt op 5400. De meest voorkomende klachten – die zich overigens pas in een laat stadium presenteren - zijn bloedingen, overmatige afscheiding en pijn tijdens de geslachtsgemeenschap. Wanneer de kanker in een vroeg stadium opgespoord en behandeld wordt, kan sterfte aan baarmoederhalskanker worden voorkomen. Jaarlijks sterven tussen de 200 en 250 vrouwen aan de ziekte (NHG, 2012; Gezondheidsraad, 2011)<sup>10 11</sup>.

<sup>3</sup> WHO (2009). Female Genital Mutilation. Information. [www.who.int](http://www.who.int) (visited on 22 april 2009).

<sup>4</sup> Lockhat H. (2004). *Female genital mutilation: treating the tears*. Middlesex: Middlesex University Press.

<sup>5</sup> Vloeberghs E., Knipscheer J., Kwaak van der A., Naleie Z. & Muijsenbergh van den M. (2010). *Versluisde Pijn. Een onderzoek in Nederland naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis*. Utrecht, Pharos.

<sup>6</sup> Berggren V., Bergstrom S., & Edberg A-K. (2006). Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternal care in Sweden. In: *Journal of Transcultural Nursing*, 17 (1), 50-57.

<sup>7</sup> Heineman, M., Evers, J., Massuger, L., Steegers, E. (2007). *Obstetrie en Gynaecologie: De voortplanting van de mens. Elsevier gezondheidszorg*.

<sup>8</sup> RIVM (2011). Onderzoek baarmoederhalskanker (diverse webpages). Beschikbaar vanaf [www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeknaarbaarmoederhalskanker/](http://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeknaarbaarmoederhalskanker/) [gedownload op 10 oktober 2011]

<sup>9</sup> Achterberg P., Kranen van, H., Conyn M., Lock A. & Berg van den M. (2011). *Effecten van vaccinatie en screening in Nederland. Achtergrondrapportage bij VTV2010 deelrapport 'Effecten van preventie'*. Bilthoven: RIVM.

<sup>10</sup> NHG-Standaard (2012). Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom (Tweede herziening). Beschikbaar vanaf [http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/k\\_nhgstandaarden/NHGStandaard/M06\\_std.htm](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M06_std.htm) [Gedownload op 12 januari 2012]

Voor de procedure bij de screening op baarmoederhalskanker zie Appendix 1.

### Baarmoederhalskankerscreening en allochtone vrouwen

Sinds in 1996 de screening grondig geherstructureerd werd – resulterend in de richtlijn dat vrouwen tussen de 30 en 60 jaar 5-jaarlijks opgeroepen en uitgenodigd worden – zijn positieve resultaten behaald. Zo nam de dekkingsgraad<sup>12</sup> toe van 69% in 1994 tot 77% in 2003 (Berkers et al., 2007)<sup>13</sup>. En namen de geschatte kosten per gewonnen levensjaar af van € 15.000 in 1994 tot € 9000 in 2004 (Van Ballegooijen et al., 2006)<sup>14</sup>. Het succes heeft tevens te maken met het feit dat het uitstrijkje tegenwoordig ook door de eigen huisarts gedaan kan worden, en niet perse bij de regionale screeningsorganisatie of GGD.

Uit onderzoek van De Nooijer en anderen (2005)<sup>15</sup> naar het verschil in opkomst onder groepen met een ‘doorgaans lage participatiegraad’, waarbij de uitnodiging door de eigen huisarts plaatsvond, blijkt echter dat niet-Westerse vrouwen het minst vaak reageren op de oproep. Terwijl ander onderzoek wijst op de significante correlatie tussen deelname aan de baarmoederhalscreening en opsporing en daarmee afname van mortaliteit. En, anderzijds, dat de helft van de vrouwen die met baarmoederhalskanker gediagnosticeerd werd zich nooit heeft laten screenen (Achterberg, 2011; van Ballegooijen et al., 2000)<sup>16</sup>. Volgens Achterberg (2011) betekent dit dat ‘de effectiviteit en daarmee de gezondheidswinst vooral afhangt van het bereiken van de doelgroep (waarbij..) bekend is dat lage opkomst met name wordt gezien bij vrouwen met een lage SES, ongehuwde vrouwen... en sommige allochtone groepen’<sup>17</sup>. Ook Bekkers en collegae (2005)<sup>18</sup> over HPV-detectie en het screeningsprogramma in Nederland noemt de opkomst de belangrijkste factor voor de effectiviteit van de screening.

Als alternatieven voor de huidige methode propageren bovengenoemde auteurs en de NHG de mogelijkheid dat vrouwen met een lage participatiegraad door de eigen huisarts opgeroepen en geholpen worden - en dat men het desgewenst door een vrouwelijke arts kan laten doen. En ook het gebruik van ‘self-sampling methods’ lijkt veelbelovend. Uit recent onderzoek blijkt de zelftest die men thuis kan doen (= de hrHPV-test), de drempel aanzienlijk te verlagen bij vrouwen die voorheen niet reageerden op de oproep<sup>19 20</sup>. VU Medisch Centrum doet sinds oktober 2011 een

---

<sup>11</sup> Gezondheidsraad (2011). *Leidraad voor identificatie en bescherming van hoogrisicogroepen*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2011; publicatienr. 2011/39. Beschikbaar vanaf [www.gr.nl](http://www.gr.nl) [Gedownload op 14 januari 2012]

<sup>12</sup> De proportie vrouwen tussen 30 en 64 jaar die tenminste eenmaal een uitstrijkje kregen in een periode van 5 jaar

<sup>13</sup> Berkers L., Ballegooijen van M., Kemenade van F., Rebolj M., Essink-Bot M., Helmerhorst T. (2007). Herziening bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker 1996: hogere dekkingsgraad, minder herhalingsuitstrijkjes en minder opportunistische screening. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151: 1288-94.

<sup>14</sup> Ballegooijen van, M., Rebolj, M., Essink-Bot, M., Meerdling, W., Berkers, L & Habbema, F. (2006). *De effecten en kosten van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Nederland na herstructurering*. Rapport in het kader van LEBA, deel 4. Rotterdam, Erasmus MC, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg.

<sup>15</sup> Nooijer de D., Waart de F., Leeuwen van A & Spijker W. (2005). Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149: 2339-2343.

<sup>16</sup> Ballegooijen van M., Akker-van Marle van den E., Patnick J., Lyng E., Arbyn M., Anttila A., Ronco G., Dik J. & Habbema F. (2000). Overview of important cervical cancer screening process values in European Union (EU) countries, and tentative predictions of the corresponding effectiveness and cost-effectiveness. In: *European Journal of Cancer*, 36, 2177-2188.

<sup>17</sup> Achterberg P., Kranen van H., Conyn M., Lock A. & Berg van den M. (2011). *Effecten van vaccinatie en screening in Nederland. Achtergrondrapportage bij VTV2010 deelrapport 'Effecten van preventie'*. Bilthoven: RIVM. (Pagina 48)

<sup>18</sup> Bekkers R., Meijer C., Massuger L., Snijders P & Melchers W. (2005). Effects of HPV detection in population-based screening programmes for cervical cancer; a Dutch moment. In: *Gynecologic Oncology*, 100, 451-454. Beschikbaar vanaf [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825805009029](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825805009029) [gedownload op 12 januari 2012].

<sup>19</sup> Gök M., Heidemann D., Kemenade van, F., Berkhof J., Rozendaal L., Spruyt J., Voorhorst F., Beliën A., Babović M., Snijders P. & Meijer C. (2010). HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. In: *BMJ* 2010;340:c1040. Beschikbaar vanaf [www.bmj.com/highwire/filestream/342113/field\\_highwire\\_article\\_pdf/0.pdf](http://www.bmj.com/highwire/filestream/342113/field_highwire_article_pdf/0.pdf) [Gedownload op 9 januari 2012].

<sup>20</sup> Bais A., Kemenade van F., Berkhof J., Verheijen R., Snijders P., Voorhorst F., Babović M., Ballegooijen van M., Helmerhorst T. & Meijer C. (2007). Self-sampling using HPV testing for non-responders in cervical screening HrHPV testing on self-sampled vaginal specimens: an attractive alternative to improve the participation rate and detection of high-grade CIN lesions in non-responders of regular cervical screening. In: *International Journal of Cancer*, 120(7): 1505-10

gerandomiseerd onderzoek met controlegroep naar deze zelftest, het 'thuisestonderzoek voor hrHPV' - zie [www.hpvthuisest.nl/index.php?id=22](http://www.hpvthuisest.nl/index.php?id=22)

Ook indien de huisarts de vrouw zelf benaderde was het resultaat gunstiger dan gemiddeld. Met name bij niet-westerse vrouwen die tevens tot een andere beperkt deelnemende groep behoorden, viel door het inzetten van de huisarts winst te behalen. In lijn met bovengenoemde onderzoeken en voorstellen heeft de Gezondheidsraad in mei 2011 de minister van VWS in algemene zin geadviseerd om 'de opkomst te verhogen en de follow-up te verbeteren' (zie [www.gr.nl/nl/adviezen/screening-op-baarmoederhalskanker](http://www.gr.nl/nl/adviezen/screening-op-baarmoederhalskanker)). Daarnaast pleit onder meer de Gezondheidsraad ervoor om het kennisniveau over het belang van het uitstrijkje en de (aanvullende) HPV-test onder de moeilijk bereikbare groepen vrouwen, en dan met name onder jonge nog kinderloze allochtone vrouwen, op te krikken.

Buitenlandse onderzoeken geven hetzelfde beeld. Cooper (2011)<sup>21</sup> noemt etniciteit als belangrijkste factor waarom vrouwen zich in de UK niet laten screenen. Deels uit onzekerheid over de afloop, deels vanwege taalproblemen en/of omdat ze onzeker zijn hoe hierover te communiceren met de partner/familie. Een Canadees onderzoek naar de sociaal-demografische en gezondheid-gerelateerde kenmerken van bijna een half miljoen migrant vrouwen die zich niet lieten screenen voor baarmoederhalskanker noemt daarvoor de volgende factoren: leven in 'lowest-income neighbourhoods' (achterstandswijken), niet tot de leeftijdsgroep 35 – 49 jaar behorend, niet persoonlijk benaderd zijn en het hebben van een mannelijke huisarts of een huisarts die uit de eigen regio komt als de vrouw zelf (Lofters et al., 2011)<sup>22</sup>. Volgens deze auteurs kunnen deze factoren: 'negatively affect screening for immigrant women regardless of their culture or ethnicity' (pag. 5).

#### Baarmoederhalskanker(screening) en meisjesbesnijdenis

Sinds een aantal jaren heeft het RIVM folders over het uitstrijkje beschikbaar in diverse talen, waaronder het Arabisch; een taal die vaak begrepen en gelezen kan worden door geletterden onder migrant vrouwen die een besnijdenis ondergingen. Door zulk een aanbod aan informatiemateriaal wordt getracht vrouwen over te halen zich inderdaad te laten screenen. Vroegtijdige screening kan immers verergering van de situatie voorkomen.

Dat er middelen gezocht worden om migrantenvrouwen in het algemeen en vrouwen die een besnijdenis ondergingen meer in het bijzonder te faciliteren bij de vijfjaarlijkse screening lijkt terecht. Zeker nu recentelijk kennis voorhanden komt over de relatie VGV – baarmoederhalskanker. Zo blijkt uit een onderzoek (N=100) door een Deense *Unit for Health Promotion Research* in samenwerking met de screeningsorganisatie van Khartoem (Soedan) dat er een statistisch significante correlatie is tussen meisjesbesnijdenis en een positief resultaat op de VIA-test (*visual inspection with acetic acid*) - aangezien infibulatie de meest gangbare vorm van besnijdenis is in Soedan, kan ervan uitgegaan worden dat het hier dit type betreft. Het onderzoek maakt verder duidelijk dat – indien veel aandacht besteed wordt aan de werving – screening inderdaad mogelijk is, en dat: 'About 98% of screened women were satisfied with their decision to be screened' (Ibrahim et al., 2011, pagina 119)<sup>23</sup>.

Tot slot blijkt uit een casuïstiekbespreking van twee besneden vrouwen uit Saoedi-Arabië die geïnfibuleerd zijn en waarbij cervixkanker gediagnosticeerd werd, dat de behandeling van deze vrouwen mogelijk is mits ze vooraf opengemaakt worden, een de-infibulatie plaatsvindt (Manji et al., 2006)<sup>24</sup>.

<sup>21</sup> Cooper M. (2011) Reasons for non-attendance at cervical screening. In: *Nursing Standard*, 25/26.

<sup>22</sup> Lofters A., Moineddin R., Hwang S. & Glazier R. (2011). Predictors of low cervix cancer screening among immigrant women in Ontario, Canada. In: *BMC Womens' Health*, 11: 20. Beschikbaar vanaf [www.biomedcentral.com/1472-6874/11/20](http://www.biomedcentral.com/1472-6874/11/20) [Gedownload op 21 oktober 2011]

<sup>23</sup> Ibrahim A., Rasch V., Pukkala E. & Aro A. (2011). Cervical cancer risk factors and feasibility of visual inspection with acetic acid screening in Sudan. In: *International Journal of Women's Health*, 3: 117-122..

<sup>24</sup> Manji M., Al Badawi I., El Enbaby A. & Al Bareedy N. (2006). Female circumcision (female genital mutilation): a problem for brachytherapy in cervical cancer. In: *International Journal Gynecology Cancer*, 16, 675-680.

Conclusie: ondanks dat de screening in Nederland over het algemeen een succes is en opsporing van baarmoederhalskanker goede resultaten blijkt te hebben (zie Mackenbach et al., 2011)<sup>25</sup>, blijft onduidelijk of en in hoever vrouwen die een besnijdenis ondergingen zich daadwerkelijk melden. Met name bij vrouwen die geïnfibuleerd zijn lijkt vroege opsporing van belang

### 3. De quickscan

Het doel van de quickscan (oktober 2011 – januari 2012) was:

- a) Nagaan in hoeverre vrouwen die besnijdenis ondergingen zich, nadat ze een oproep kregen via de reguliere kanalen, inderdaad bij de huisarts of screeningsorganisatie (Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker) melden voor een uitstrijkje.
- b) Bij een klein aantal huisartsen en gynaecologen navragen
  - of deze vrouwen met vragen over de melding en/of voor het uitstrijkje bij hen langskomen
  - en/of zij problemen tegenkomen, en van welke aard deze zijn (technisch, psychisch...)

Naar aanleiding van gesprekken met collegae en Zahra Naleie (FSAN) is besloten de quickscan uitsluitend te richten op vrouwen die een type 3 besnijdenis (infibulatie) hebben. De belangrijkste reden daarvoor is het feit dat het zelfs voor medici moeilijk te achterhalen is of een vrouw besneden is, tenzij ze geïnfibuleerd is. In tegenstelling tot de andere typen is de infibulatie zeer goed te herkennen. Bovendien is de vaginaopening dan zo nauw dat het gebruik van een speculum niet mogelijk zou zijn.

Daarop is eerst nagegaan om hoeveel vrouwen het gaat. De landen waar infibulatie vrij gangbaar is zijn Somalië, Soedan en Djibouti - zie onderstaande tabel. Maar ook in herkomstlanden als Eritrea (% infibulatie = 38,6%), Senegal (11,9%) en Mali (10,2%) worden vrouwen uit bepaalde etnische groepen 'gesloten'. Niet alle cijfers zijn in onderstaande tabel opgenomen. Bij elkaar samen wonen ongeveer 4000 mogelijk geïnfibuleerde vrouwen uit die landen in de leeftijd van 30 - 60 jaar in Nederland.

	Aantal vrouwen in leeftijdsgroep 30 - 60 jaar in NL op 1 jan 2011 naar herkomst ©	Prevalentie in land van herkomst (b)	Type besnijdenis (Dichtgenaaid/ gesloten) in land van herkomst (b)
Djibouti	40	93%	67%
Soedan	829	90%(*)	74%(*)
Somalië	4.055	98%	79%

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 24-1-2012  
 (b) Population Reference Bureau, Fgm/c: Data and trends, update 2010  
 (\*) Population Reference Bureau, Fgm/c: Data and Trends 2008

(b) zie: <http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2010/fgm2010.aspx>  
 (\*) zie: <http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2008/fgm2008.aspx>

<sup>25</sup> Mackenbach J. (red) (2011). *Successen van preventie 1970-2010*. Rotterdam, Erasmus Publishing.



De werkwijze. De te doorlopen stappen waren als volgt:

1. Nagaan hoe de procedure van de screening werkt (welke personen / instanties zijn op de hoogte van en/of betrokken bij het onderzoek naar baarmoederhalskanker);
2. Literatuuronderzoek. Recente Nederlands- en Engelstalige artikelen, onderzoeken en beleidsstukken met betrekking tot het onderwerp zijn verzameld en gelezen;
3. Maken van een korte vragenlijst met toebehoren (inleidende brief en mailtekst). De beide vragenlijsten (zie ook stap 7) zijn opgenomen in Appendix 2
4. Identificeren en contact leggen met huisartsen en gynaecologen in Nederland die mogelijk in hun praktijk te maken hebben met geïnfibuleerde migranten vrouwen. Hierbij is gebruik gemaakt van de bij Pharos aanwezige Sociale kaart VGV; een lijst van namen en instanties die mogelijk kennis en/of ervaring hebben over het fenomeen meisjesbesnijdenis. In totaal zijn 50 personen uit deze lijst gekozen (40 huisartsen en 10 gynaecologen).. Daarbij is gekeken naar de woonplaats; we wilden deelnemers uit elke provincie maar tegelijk verhoudingsgewijs meer uit Rotterdam, Amsterdam, Eindhoven en Tilburg omdat in die steden de meeste migranten vrouwen wonen die een besnijdenis ondergingen;
5. Telefonisch contact opnemen met deze vijftig artsen. Meestal was er eerst contact met de doktersassistente. Daarna werd de bovengenoemde vragenlijst en informatie over (het belang van) de quickscan naar bovengenoemde professionals gemaaild met de vraag de ingevulde vragenlijst op korte termijn terug te sturen. Een maand later werd een herinneringsmail gestuurd naar die artsen die nog niet reageerden.
6. De medewerkers van de screeningsorganisaties zijn telefonisch benaderd en hebben de vragenlijst mondeling voorgelegd gekregen;
7. Een aparte korte vragenlijst werd gemaakt (zie appendix 2) waarmee tijdens Zero Tolerance Day (6 februari 2012; Den Haag) een klein aantal vrouwen die in het land van herkomst geïnfibuleerd werden, benaderd werden;
8. Verslaglegging.

#### **4. Resultaten van de quickscan**

Zoals eerder vermeld is een korte vragenlijst (6 vragen) opgestuurd naar vijftig artsen, waaronder huisartsen en gynaecologen. Van zes huisartsen en zes gynaecologen is een ingevulde vragenlijst ontvangen. Daarnaast is contact opgenomen met de screeningsorganisaties die zorgen voor de regionale uitvoering van het bevolkingsonderzoek. Ten slotte zijn er op *Zero Tolerance Day 2012* (6 februari) te Den Haag zes vrouwen die in hun herkomstland geïnfibuleerd zijn gevraagd naar hun persoonlijke ervaringen met het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Nederland.

##### Resultaten onder huisartsen en gynaecologen (per vraag).

In totaal reageerden 12 artsen (24%); van de tien gynaecologen die benaderd zijn ontvingen we zes reacties (60%) terwijl slechts zes huisartsen reageerden op een totaal van veertig (15%). We hebben *de facto* heel weinig data om op terug te vallen en de resultaten laten dan ook niet toe onze conclusies te generaliseren. Anderzijds versterkt het kleine aantal reacties van met name de huisartsen het beeld wat uit de resultaten naar voor komt, namelijk dat de vraag in hoever een geïnfibuleerde vrouw zich laat screenen, in de praktijkkamer van de huisarts 'niet speelt'.

1. *Heeft u als huisarts of gynaecoloog in uw praktijk te maken met patiënten die een type 3 besnijdenis (infibulatie) ondergingen, en om hoeveel patiënten gaat het?*

Van de groep van zes huisartsen die de ingevulde vragenlijst terug hebben gestuurd: vier huisartsen zien nooit geïnfibuleerde vrouwen, twee van de huisartsen wel. Respectievelijk heeft de ene huisarts

eerder een aantal gehad, maar dat aantal is duidelijk afgenomen, de andere huisarts gaf aan drie tot vier patiënten per jaar te zien - die overigens illegaal in Nederland zijn.

Groep van zes gynaecologen: De meeste gynaecologen zien weinig besneden vrouwen in de praktijk, variërend van 2-20 per jaar, en als ze deze zien is dat vaak in verband met zwangerschap of voor het opheffen van de besnijdenis.

Ten slotte is er nog een groep van zo'n zes benaderde huisartsen waar al in het voorafgaand telefoongesprek met de assistente is aangegeven dat ze helemaal geen vrouwen zien die een besnijdenis ondergingen. Ze zagen de zin niet in van het invullen van de vragenlijst.

2. *Stuurt u de oproepkaart voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker naar uw patiënten, of in het bijzonder naar bovengenoemde groep?*

Eén van de huisartsen die geïnfibuleerde patiënten ziet stuurt zelf geen oproepkaart naar de patiënten. De andere vijf doen dat wel. Gynaecologen sturen de oproepkaarten niet, omdat zij geen uitstrijkjes maken voor screening bij het bevolkingsonderzoek. Illegale patiënten krijgen geen oproep, omdat zij niet staan geregistreerd. Eén van de huisartsen bespreekt in voorkomende gevallen met illegaal in Nederland verblijvende vrouwen of zij een uitstrijkje willen indien zij in die leeftijdsgroep vallen. In twee gevallen nam deze huisarts bij hen een uitstrijkje af.

3. *Kunt u aangeven hoeveel van/welk deel van deze patiënten daadwerkelijk een uitstrijkje laten afnemen en door wie (de eigen huisarts / de doktersassistente / op verzoek een andere, vrouwelijke huisarts)?*

Zeker de huisartsen lijken geen zicht te hebben op hoeveel uitgenodigde, besneden patiënten zich daadwerkelijk laten screenen. Volgens twee artsen zou een derde van deze patiënten na een uitnodiging komen voor een uitstrijkje.

4. *Indien de patiënten zich niet laten screenen, wat zijn volgens u de mogelijke oorzaken van de no show?*

Volgens vier van de twaalf artsen zouden patiënten die een besnijdenis ondergingen zich niet bewust zijn van het nut van screening naar baarmoederhalskanker. Problemen met de Nederlandse taal is voor drie artsen ook een factor van belang. Daarnaast noemen een aantal artsen dat er angst is voor of schaamte bij gynaecologisch onderzoek. Verder wordt aangegeven dat er een technische barrière kan zijn; volgens een van de gynaecologen kan geen 'goed' uitstrijkje worden gemaakt uit de cervix mond en het inwendig deel van de cervix zonder speculum.

5. *Gebruikt u bij het maken van een uitstrijkje een speculum bij een vrouw die type 3 besneden is?*

Drie artsen geven aan dat het gebruik van een standaard speculum niet mogelijk is bij een geïnfibuleerde vrouw. Twee onder hen voegen daar aan toe dat er een voldoende grote opening moet zijn om met een virgo speculum een uitstrijkje te kunnen afnemen.

6. *Indien het speculum niet gebruikt kan worden, hoe neemt u het uitstrijkje dan af? Heeft u er een andere manier voor gevonden en kunt u kort aangeven welke?*

Twee artsen schrijven dat er zijn geen problemen zijn met het uitvoeren van een speculumonderzoek of uitstrijkje bij eerder geïnfibuleerde vrouwen indien de vrouwen na de bevalling zijn geopend. Echter, zoals eerder aangegeven kan er geen uitstrijkje worden gemaakt als de besneden vrouw nog niet 'geopend' is - of na de bevalling weer gesloten werd (zie resultaten/antwoorden van de zes geïnfibuleerde vrouwen). Volgens bijna alle gynaecologen is een 'blinde uitstrijk' dan een mogelijke noodoplossing. Bij een kleine opening kan eventueel een smal (virgo) speculum gebruikt worden. In dat geval wordt alleen gescreend op HPV. Een van de gynaecologen maar geen van de huisartsen noemt de mogelijkheid van een HPV thuistest (HrHPV).

## Resultaten screeningsorganisaties

Met de regionale uitvoerders van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, de screeningsorganisaties, is ook contact opgenomen. Echter bij geen van de negen organisaties – in een aantal gevallen zijn er twee regionale organisaties binnen een regio - was iets bekend over besneden vrouwen of een probleem bij het uitvoeren van het uitstrijkje. Ze zouden geen van allen ooit te maken gehad hebben met vrouwen die een besnijdenis ondergingen noch werden ze ooit benaderd door een huisarts met vragen omtrent de screening bij deze categorie vrouwen. Daarnaast gaf een derde van de organisaties aan dat het niets zegt over de aan- of afwezigheid van problematiek bij deze vrouwen, maar de screeningsorganisaties zijn er in ieder geval niet van op de hoogte.

## Resultaten / antwoorden van zes geïnfibuleerde vrouwen (per persoon )

A: Geopend na bevalling. Weet van de screening en ziet het belang ervan in. Ze krijgt van de huisarts bericht en is al een paar keer door hem gescreend. Vind het telkens wel vervelend, ook omdat ze een mannelijke huisarts heeft. Het is reden voor haar om zich niet elke vijf jaar te laten onderzoeken.

B: Geopend na bevalling. Weet van de screening en ziet het belang ervan in. Krijgt een oproep van de huisarts en laat het uitstrijkje door haar afnemen. Deze vrouw geeft aan geïnfibuleerde vrouwen te kennen die zich na een bevalling weer hebben laten dichtnaaien in het land van herkomst. Ze beweert dat deze vrouwen daarna niet naar de huisarts durven te gaan, bijvoorbeeld wanneer ze last hebben van infecties. Ze schamen zich ervoor dat ze weer dicht zijn en/of zouden bang zijn dat hij/zij dan juridische stappen onderneemt.

C: Geopend na bevalling. Ziet het belang in van screening. Krijgt de oproep via de huisarts. Heeft er een keer met hem over gepraat waarna de huisarts het uitstrijkje afnam. Het uitstrijkje is slechts een keer door hem afgenomen, daarna niet meer. Ze zegt het niet prettig te vinden als de eigen huisarts het doet: 'hij weet alles over mij en mijn familie'. Ze zegt het prettiger te vinden indien het uitstrijkje door een onbekende arts of instantie zou worden afgenomen.

D: Heeft kinderen en is gesloten op een kleine opening na (waarschijnlijk na bezoek thuisland). Ze weet van de screening en ziet het belang ervan in. Ze krijgt de uitnodiging via de huisarts en laat zich elke vijf jaar screenen, maar niet door de huisarts. De huisarts belt de screeningsorganisatie en overlegt met hen. De screeningsorganisatie gebruikt een maagden speculum (virgo) bij het uitstrijkje.

E: Is geopend op eigen verzoek (heeft geen kinderen). Ziet het belang van screening in en heeft één keer een uitstrijkje laten afnemen. Dat gebeurde door de gynaecoloog. Ze zegt weinig vertrouwen te hebben in de deskundigheid van een gewone huisarts bij vaginaal onderzoek en/of gynaecologische problemen. Ze gaat in die gevallen altijd naar een gynaecoloog die haar nu al langer kent.

F: Heeft kinderen en is gesloten op een kleine opening na. Ze laat altijd een uitstrijkje afnemen. Echter niet door de huisarts maar op verzoek van de vrouw zelf, door een bevriende gynaecoloog. Deze vrouw geeft aan de deskundigheid van de huisarts als het gaat om vaginaal onderzoek niet te vertrouwen.

## 5. Conclusies en aanbevelingen

1. Dat de huisarts bij allochtone vrouwen het uitstrijkje afneemt wordt door zowel de Gezondheidsraad als de LHV geadviseerd en is onderdeel van het NHG-protocol. Uit onze quickscan blijkt dit echter in slechts zeer beperkte mate te gebeuren en zijn de vrouwen zelf er niet erg positief over. Wat vooral opvalt is dat weinig huisartsen aangeven met meisjesbesnijdenis te maken te hebben; het 'speelt niet bij hen'. Ondanks dat uit ervaringen in binnen- en buitenland blijkt dat met name bij migranten vrouwen baarmoederhalskankerscreening meer succesvol is indien de huisarts (liefst vrouwelijk) de uitnodiging stuurt en het uitstrijkje afneemt en niet een onbekende, is het de vraag of dit gebeurt en ook of er met deze vrouwen gesproken wordt over de screening en de keuzemogelijkheden die er zijn.

Onze aanbevelingen zijn dan ook:

- Dat huisartsen op de hoogte zijn van of een patiënt een besnijdenis onderging. Huisartsen dienen hierover in gesprek gaan alsook over het belang van vroegsignalering en regelmatige controles op baarmoederhalskanker. Conform de NHG richtlijnen worden daarbij ook de keuzemogelijkheden (andere arts, de thuistest) genoemd.
- Daarnaast kan, indien de huisarts op de hoogte is van een bezoek aan het thuisland, met de vrouw in kwestie gesproken worden over of een re-infibulatie heeft plaatsgevonden. Waarbij aangegeven dient te worden dat het besneden zijn op zich in het geval men meerderjarig is, geen juridische problemen oplevert maar de noodzaak van screening wel vergroot - de infibulatie versterkt immers mogelijk de kans op kankervorming.
- Verder is van belang dat de huisarts en de assistentes het onderwerp onderling bespreken, en dat in overleg met de screeningsorganisatie monitoring plaatsvindt.
- Uit een eerder Pharos onderzoek blijkt dat met name geïnfibuleerde vrouwen veel schaamte zeggen te ondervinden van de *medical gaze*, de indringende blik van de arts. (Vloeberghs et al., 2010) Gezien de aard van het onderzoek lijkt het ons aanbevelenswaardig dat deze categorie vrouwen in aanmerking komt voor de hrHPV-thuistest.

2. Met name gynaecologen geven aan mogelijkheden te zien om het uitstrijkje af te nemen zonder gebruik te maken van een speculum (blind uitstrijkje, alleen de HPV-test doen, een klein speculum indien de opening dat mogelijk maakt). Wellicht kunnen zij cursussen opzetten voor huisartsen over hoe om te gaan (technisch) met deze categorie vrouwen.

3. De screeningsorganisaties geven aan niet met het probleem geconfronteerd te worden, maar ook dat ze weinig kennis hebben over het fenomeen meisjesbesnijdenis. Informatie over wat meisjesbesnijdenis inhoudt (types, herkomst, beleid in Nederland), alsook over de klachten en gevolgen die het kan hebben en de gevoeligheden die rond het fenomeen liggen, zijn naar hun en onze mening thema's die aan de orde moeten komen. Wellicht kan Pharos hierin iets betekenen. Bovendien lijkt er een relatie te zijn tussen het ge-infibuleerd zijn en de vorming van kwaadaardig weefsel. Het ligt dan ook voor de hand dat de medewerkers van de screeningsorganisaties meer kennis hebben over meisjesbesnijdenis zodat ze daadwerkelijk kunnen monitoren.

4. Een aantal artsen wijst op het feit dat geïnfibuleerde vrouwen in Nederland post-partum geopend worden, en dat het gebruik van een speculum in dat geval wel mogelijk is. Mogelijk zijn een groot aantal geïnfibuleerde vrouwen inmiddels blijvend 'geopend' hetgeen inhoudt dat het segment migranten vrouwen waarbij de 'technische' problematiek speelt, aanzienlijk kleiner is dan 4000 personen.

5. Wat de betrokken categorie vrouwen betreft lijkt het raadzaam om hen beter voor te lichten over het nut van de baarmoederhalsscreening. Met name omdat:

- recent onderzoek lijkt uit wijzen dat er een relatie is tussen het geïnfibuleerd zijn en het hebben van cervixkanker, en
- omdat door screening de kanker vroegtijdig opgespoord kan worden, waarmee voorkomen kan worden dat het onbehandelbaar geworden is wanneer het uiteindelijk ontdekt wordt.
- Daarnaast dient verkeerde beeldvorming tegengegaan te worden; uit onderzoek in buitenland blijkt bijvoorbeeld dat de HPV-test geassocieerd wordt met ontrouw en zelfs promiscuïteit van de vrouw (McCaffery et al., 2003). Daarnaast blijkt uit de quickscan dat geïnfibuleerde vrouwen soms professionele medische instanties mijden wanneer ze last hebben van vaginale infecties en -klachten. Dit is ongewenst. De betrokken vrouwen dienen door de eigen organisaties en hun sleutelpersonen voorgelicht te worden over dat het 'gesloten' zijn op zich geen juridische problemen veroorzaakt.

6. Via de lokale GGD-en kunnen voor sleutelpersonen uit de gemeenschappen voorlichtingen georganiseerd worden over het nut van het uitstrijkje en de keuzemogelijkheden die er zijn. Ook de regionale vgv-nazorgteams die momenteel opgezet worden in Nederland dienen op de hoogte te zijn van (het belang van) baarmoederhalscreening zodat ze in gesprek kunnen gaan over de voor de vrouw die zich aanmeldt meest geschikte of aan te bevelen screeningsmethode.

## 6. Appendix

### 1. Procedure screening baarmoederhalskanker

#### Screening

Jaarlijks worden 800.000 vrouwen *tussen de 30 en 60 jaar* uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Daarvan doet zo'n 66% mee met het onderzoek, dat komt neer op 528.000 vrouwen.

Vrouwen krijgen *één keer per 5 jaar* een uitnodiging. Op respectievelijk 30-, 35-, 40-, 45-, 50-, 55-, 60-jarige leeftijd. Het moment waarop de uitnodiging wordt verzonden verschilt per regio. De uitnodiging is beschikbaar in het Nederlands, Arabisch, Engels en Turks. Evenals de folders en uitslagbrieven.

De uitnodigingen worden *per post* verzonden door de screeningsorganisatie uit de regio of de huisarts. De uitnodigingen van de screeningsorganisatie worden verzonden samen met een folder, laboratoriumformulier en een antwoordkaart. De uitnodiging van de huisarts wordt soms verzonden zonder laboratoriumformulier, die dan bij de huisarts ligt.

Het screeningsonderzoek naar baarmoederhalskanker is vrijblijvend en dus niet verplicht. Als iemand niet wil mee doen, kan dat middels de antwoordkaart worden aangegeven (die ingevuld moet worden teruggestuurd). Daarnaast zijn er nog een aantal redenen waardoor deelname aan het onderzoek niet nodig of niet mogelijk is:

- Als de genodigde minder dan een jaar geleden een uitstrijkje heeft laten maken
  - Dit kan gemeld worden op de antwoordkaart
  - Binnen 5 jaar wordt een nieuwe uitnodiging verzonden
- Na een operatie aan de baarmoeder is een uitstrijkje niet altijd nodig. De huisarts kan informatie geven of het wel of niet nodig is om mee te doen
  - Als het niet meer nodig is, kan dit worden aangegeven op de afmeldkaart, waarna geen nieuwe uitnodigingen worden verstuurd.
- Bij zwangerschap of kort na een bevalling kan niet worden deelgenomen aan het onderzoek
  - Op de afmeldkaart dient de (verwachte) bevallingsdatum ingevuld te worden.
  - 6 maanden na de bevalling wordt een nieuwe uitnodiging verzonden.

Er worden alleen uitnodigingen verzonden naar mensen die bij de gemeente staan ingeschreven. De gemeente geeft de gegevens aan de screeningsorganisatie door.

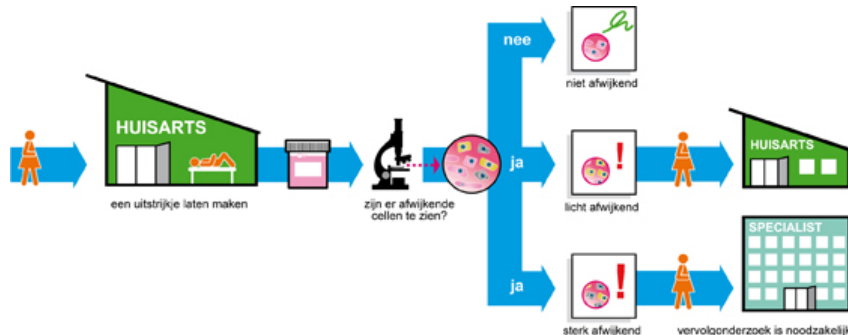
Als iemand geen uitnodiging heeft ontvangen kan deze contact opnemen met de screeningsorganisatie uit de regio, die gevonden kan worden via de website:

<http://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeknaarbaarmoederhalskanker>

- Bij verlies van de uitnodiging, kan met het laboratoriumformulier worden deelgenomen aan het onderzoek.
- Bij verlies van laboratoriumformulier, moet contact worden opgenomen met de screeningsorganisatie in eigen regio die een nieuwe uitnodiging en laboratoriumformulier toesturen.
- Daarnaast wordt een herinneringsuitnodiging gestuurd als geen onderzoek is gedaan. Daar kan ook op gewacht worden.

Als de uitnodiging is ontvangen en de genodigde wil deelnemen aan het onderzoek, dient deze zelf een afspraak te maken bij de huisarts. Soms is al een afspraak gepland in de uitnodiging, die dient verzet te worden als de genodigde op het moment van de afspraak ongesteld is.

### Procedure



- De huisarts of assistente maakt het uitstrijkje
  - Indien vrouwelijke arts of assistente gewenst is, kan dit geregeld worden door de screeningsorganisatie in eigen regio, waarvan het telefoonnummer vermeld in de uitnodiging. Of via de website:  
<http://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeknaarbaarmoederhalskanker>
  - Het laboratoriumformulier dient meegenomen te worden naar de huisarts.
- De assistente zorgt dat het formulier en potje, verpakt in een plastic zakje, wordt verstuurd naar het laboratorium (of op andere wijze terecht komt bij het laboratorium).
- De assistente bespreekt op welke manier de uitslag zal worden gegeven.

### Laboratorium

Het uitstrijkje gaat naar het laboratorium. In Nederland zijn er ongeveer 50 laboratoria die de uitstrijkjes beoordelen. Alle laboratoria behandelen en beoordelen de uitstrijkjes op dezelfde manier:

- Het uitstrijkje krijgt een nummer. Dit nummer komt ook op het laboratoriumformulier.
- Alle gegevens van het formulier worden in de computer gezet.
- De afgenomen cellen worden gekleurd en bekeken onder de microscoop door een laborant
  - Als eerder een uitstrijkje is gemaakt worden de resultaten vergeleken met de oude resultaten
  - Bij afwijkende cellen wordt door ten minste twee laboranten gekeken
  - Bij erg afwijkende cellen bekijkt de patholoog de cellen
- De cellen van het uitstrijkje wordt 15 jaar bewaard. Zo kunnen de nieuwe uitstrijkjes steeds vergeleken worden met de oudere uitstrijkjes.

### Uitslag

Het laboratorium stuurt de uitslag naar de huisarts. Drie tot vijf weken na het maken van het uitstrijkje heeft uw huisarts de uitslag.

Vervolgonderzoek is nodig bij gevonden afwijkingen:

- 1) bij kleine afwijkingen door de huisarts of
- 2) verder onderzoek bij ernstige afwijkingen door de gynaecoloog.

### Betrokken organisaties en partijen

- 1) Opdrachtgever
- 2) Landelijke regie en coördinatie
- 3) Regionale uitvoering

- 4) Huisartsondersteuning
- 5) Kwaliteitsbewaking
- 6) Monitoring en evaluatie

### **1) Opdrachtgever**

Het ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) is eindverantwoordelijke voor bevolkingsonderzoeken. Het neemt besluiten, na advies van de Gezondheidsraad, over belangrijke veranderingen binnen de bevolkingsonderzoeken. Het ministerie is verantwoordelijk voor de Subsidieregeling publieke gezondheid, waaruit de bevolkingsonderzoeken worden gefinancierd. Daarnaast geeft het ministerie de WBO-vergunningen af. Via ZonMW financiert het ministerie wetenschappelijk onderzoek naar mogelijkheden om de bevolkingsonderzoeken verder te verbeteren.

### **2) Landelijke regie en coördinatie**

Het RIVM voert de landelijke aansturing en begeleiding van de kankerscreeningen uit namens de minister van VWS. Het is gemandateerd om de subsidieregeling uit te voeren, is daarbij verantwoordelijk voor de rechtmatige en doelmatige uitvoering en treedt namens VWS op als kasbeheerder. Het RIVM laat zich in de landelijke aansturing en begeleiding van de kankerscreeningen adviseren door programmacommissies, die als doel hebben de bevolkingsonderzoeken zo goed mogelijk te laten functioneren. Daartoe adviseren ze ook over relevante ontwikkelingen en wenselijke innovaties. Deelnemers nemen op persoonlijke titel zitting en geven advies op basis van hun specifieke kennis en expertise op het terrein van de screening.

### **3) Regionale uitvoering**

Zoals eerder genoemd zijn er speciale organisaties die het bevolkingsonderzoek uitvoeren. Deze organisaties zorgen ervoor dat alle vrouwen die tot de doelgroep horen uitgenodigd worden en voeren ook het bevolkingsonderzoek naar borstkanker uit.

- De screeningsorganisaties coördineren de regionale uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker en baarmoederhalskanker.
- In 2010 zijn de 21 screeningsorganisaties gefuseerd in 5 stichtingen:
  - [bevolkingsonderzoek midden-west](#)
  - [bevolkingsonderzoek zuid](#)
  - [bevolkingsonderzoek zuid-west](#)
  - [bevolkingsonderzoek noord](#)
  - [bevolkingsonderzoek oost](#)

Om het onderzoek goed te kunnen uitvoeren, heeft de screeningsorganisatie gegevens nodig van de uit te nodigen vrouwen. Die krijgt ze van de gemeente. Het gaat om naam, adres en geboortedatum. De screeningsorganisatie bewaart de resultaten van het onderzoek 70 jaar. De screeningsorganisatie gaat zorgvuldig om met de gegevens. Ze houden zich aan de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

### **4) Huisartsondersteuning**

De Regionale Ondersteunings Structuren (ROS) organiseren cursussen voor het maken van uitstrijkjes en ondersteunen huisartsen bij de uitnodigingen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Deze activiteiten worden in opdracht van de screeningsorganisaties uitgevoerd, op basis van richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

### **5) Kwaliteitsbewaking**

De (medisch-technische) kwaliteitsbewaking is in handen van het [Landelijk Referentiecentrum Borstkanker \(LRCB\)](#) te Nijmegen.

### **6) Monitoring en evaluatie**

De jaarlijkse evaluatie van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker wordt op dit moment verricht door het Erasmus MC (iMGZ).

## **Referentielijst**



Heineman, M., Evers, J., Massuger, L., Steegers, E. (2007). Obstetrie en gynaecologie: De voortplanting van de mens. *Elsevier gezondheidszorg*.

<http://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeknaarkanker/onderwerpen/betrokken-partijen/>  
<http://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeknaarbaarmoederhalskanker>

## Appendix 2: de vragenlijsten

### VRAGENLIJST Baarmoederhalskanker onderzoek en meisjesbesnijdenis

1. Heeft u als huisarts of gynaecoloog in uw praktijk te maken met patiënten die een type 3 besnijdenis (infibulatie) ondergingen, en om hoeveel patiënten gaat het?
2. Stuurt u de oproepkaart voor het *bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker* naar uw patiënten, of in het bijzonder naar bovengenoemde groep?
3. Kunt u aangeven *hoeveel van/welk deel van* deze patiënten daadwerkelijk een uitstrijkje laten afnemen en door wie (de eigen huisarts / de doktersassistente / op verzoek een andere, vrouwelijke huisarts)?
4. Indien de patiënten zich niet laten screenen, wat zijn volgens u de mogelijke oorzaken van de *no show*.
5. Gebruikt u bij het maken van een uitstrijkje een speculum bij een vrouw die type 3 besneden is?
6. Indien het speculum niet gebruikt kan worden, hoe neemt u het uitstrijkje dan af? Heeft u er een andere manier voor gevonden en kunt u kort aangeven welke?
7. Kunt u aangeven, met een cijfer van 1 tot 10, welke van de onderstaande zaken van invloed zijn op het al of niet meedoen aan de baarmoederhalskanker screening (10 = van heel grote invloed).

<input type="checkbox"/>	Het nut van de screening wordt niet ingezien
<input type="checkbox"/>	De (ver)taalproblemen
<input type="checkbox"/>	De vrouwen schamen zich zo erg dat ik niet verder aandring
<input type="checkbox"/>	Het speculum kan niet gebruikt worden
<input type="checkbox"/>	..... (ander probleem, vul aan)

### Korte vragenlijst *Zero Tolerance Day* (voor de migranten vrouwen die geïnfibuleerd zijn).

1. Bent u nog gesloten (geïnfibuleerd) of bent u blijvend geopend na een bevalling o.i.d.?
2. Door wie wordt u benaderd met de oproep voor screening naar baarmoederhalskanker (door de huisarts of door de screeningsorganisatie)?
3. Bent u wel eens voor een uitstrijkje bij de huisarts (of screeningsorganisatie) geweest naar aanleiding van die oproep?
4. Ziet u het belang in van screening naar baarmoederhalskanker?
5. Kunt u specifieke redenen noemen waarom u zich wel of niet zou laten screenen?

We danken u voor uw medewerking,  
Erick Vloeberghs & Sandra Zoetelief