

# Geen uitstrijkje? In gesprek over seks

Deze Klinische les is onderdeel van een vierluik over gender en geneeskunde. De andere artikelen staan op pagina 452 (Toine Lagro-Janssen), pagina 478 (Miriam de Kleijn et al.) en op pagina 486 (Sylvie Lo Fo Wong).

## INLEIDING

In Nederland worden vrouwen van 30-60 jaar elke 5 jaar uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (BVO).<sup>1,2</sup> Sinds de start van het BVO in 1988 is het aantal sterfgevallen aan baarmoederhalskanker fors gedaald. Jaarlijks wordt de diagnose baarmoederhalskanker bij ongeveer 700 vrouwen gesteld en overlijden ruim 200 vrouwen aan de ziekte. Eenderde tot de helft van de vrouwen met baarmoederhalskanker heeft zich niet of onregelmatig laten screenen.<sup>3-5</sup> Onder de groep vrouwen die niet deelneemt aan het bevolkingsonderzoek, komt vaker baarmoederhalskanker voor.<sup>6</sup>

Vragen naar de motieven van vrouwen om niet deel te nemen kan niet alleen de opkomst verbeteren maar ook verborgen seksuele problemen of trauma's aan het licht brengen. In dit artikel bespreken we aan de hand van drie casussen de problemen rondom seksualiteit bij vrouwen als reden om geen uitstrijkje te laten maken.

In de regel is het niet één reden, maar een combinatie van lichamelijke, psychische, sociaal-culturele en cognitieve factoren die vrouwen belet mee te doen met het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker [tabel 1].<sup>7-13</sup> Van een aantal

## Samenvatting

Giesen A, Lagro-Janssen ALM, Dielissen PW. Niet gekomen voor het uitstrijkje? In gesprek over seks. *Huisarts Wet* 2014;57(9):490-3.

Eenderde tot de helft van de vrouwen met baarmoederhalskanker laat zich niet of onregelmatig screenen. Vaak is het een combinatie van lichamelijke, psychische, sociaal-culturele en cognitieve factoren die ervoor zorgt dat vrouwen niet meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Vrouwen met een voorgeschiedenis van seksueel geweld of die besneden zijn, nemen minder vaak deel aan het onderzoek. Dat geldt ook voor vrouwen die seks hebben met vrouwen, want zij denken dat ze minder risico lopen. Angst en afkeer van het gynaecologisch onderzoek zijn eveneens belangrijke redenen om weg te blijven.

Actief vragen naar de motieven om niet mee te doen kan niet alleen de opkomst verbeteren maar ook verborgen seksuele problemen of trauma's aan het licht brengen. Hier kan de huisarts proactief en in een open gesprek met de vrouw nagaan of er sprake is van een seksueel probleem, zoals pijn bij het vrijen, vaginisme of (een verleden van) seksueel geweld. Bovendien is er een hrHPV-thuistest die mogelijke bezwaren bij deze vrouwen kan wegnemen.

## Mevrouw Van Zon (1)

Mevrouw Van Zon, 36 jaar, is secretaresse, is gehuwd en heeft twee zoons. Haar voorgeschiedenis is blanco. Ze maakt een angstige en emotionele indruk als ze binnenkomt. Ze vertelt dat ze een uitnodiging heeft ontvangen voor een thuistest op het humaan papillomavirus (HPV). Zij heeft nooit gehoor gegeven aan de oproepen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, maar ze heeft dit keer wel meegedaan met de thuistest. Per post heeft ze de uitslag gekregen en ze is HPV-positief. Ze is erg geschrokken over wat zij heeft gelezen op internet over het hoge risico op baarmoederhalskanker bij een infectie met HPV. Mevrouw Van Zon komt nu toch voor een uitstrijkje.

## Mevrouw Eikboom (1)

Mevrouw Eikboom, 50 jaar, is onderwijzeres en woont samen met een vriendin. Ze is al jaren onder behandeling voor een angststoornis. Ze bezoekt uw spreekuur voor een uitstrijkje omdat ze bang is voor kanker. Haar partner kreeg recent het bericht dat ze een afwijkend uitstrijkje had.

Voor mevrouw Eikboom is dit haar eerste uitstrijkje ooit. Ze gaf eerder geen gehoor aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker omdat ze als lesbienne haar risico laag inschatte, maar nu is ze toch ongerust geworden. Er zijn geen andere gynaecologische klachten.

## Mevrouw Alayew (1)

Mevrouw Alayew, 40 jaar, ongehuwd, geen kinderen, geboren in Sierra Leone, en sinds 10 jaar wonend in Nederland, komt op uw spreekuur met klachten van somberheid en overal pijn. Vooral haar buikpijn is ernstig en tijdens de menstruatie, die hevig is, voelt ze zich uitgeput. Ze heeft vaker last van infecties van onderen, zegt ze. Ze lost dat zelf op door in een bad met zout te gaan zitten en dan gaat het meestal wel over.

U ziet dat uw assistente in mevrouw Alayews dossier een aantekening heeft gemaakt dat ze niet op het BVO-spreekuur is verschenen. U vraagt waarom. Mevrouw geeft aan dat ze als jong meisje besneden is (infibulatie). Ze voelt zich geen normale vrouw. Ze schaamt zich heel erg en vermijdt doktersbezoek.

groepen, zoals jonge vrouwen, niet-westerse vrouwen en vrouwen met een lage sociaal-economische status, is bekend dat zij minder vaak deelnemen aan het bevolkingsonderzoek.<sup>14</sup>

## De kern

- Van de vrouwen bij wie baarmoederhalskanker wordt gediagnosticeerd, is eenderde tot de helft onvoldoende of nooit gescreend.
- Er zijn meestal verschillende redenen waarom een vrouw wegblijft bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.
- Problemen met seksualiteit of seksgerelateerde factoren kunnen een rol spelen.
- Het is raadzaam om vrouwen die niet reageren op een oproep actief naar hun redenen te vragen en het gesprek over seksualiteit open aan te gaan.
- In dit gesprek kunnen verborgen seksuele problemen aan het licht komen en besproken worden.

Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde (huispost 117), Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen; dr. P.W. Dielissen, huisarts en lid NHG-expertgroep Seksuele Gezondheid. Huisartspraktijk Kesteren: A. Giesen, huisarts en kaderarts uro-gynaecologie. • Correspondentie: patrick.dielissen@radboudumc.nl. • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

**Tabel 1** Belemmerende factoren voor deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Organisatorische factoren	Psychische factoren	Cognitieve factoren	Sociaal-culturele factoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>oproep door de GGD</li> <li>verhindert tijdens de afname</li> <li>beschikbaarheid van het spreekuur</li> <li>administratieve fouten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>angst voor pijn</li> <li>niet eerder uitstrijkje gemaakt</li> <li>afkeer van gynaecologisch onderzoek</li> <li>seksueel geweld in de voor- geschiedenis/vrouwenbesnijdenis</li> <li>schaamte</li> <li>onvrede en afkeer met betrekking tot het eigen lichaam</li> <li>psychiatrisch ziektebeeld</li> <li>angst voor kanker</li> <li>negatieve ervaring zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>onvoldoende kennis over doel</li> <li>onvoldoende kennis van risico- factoren</li> <li>angst en onzekerheid over de uitkomst</li> <li>te lage inschatting van het eigen risico/homoseksualiteit</li> <li>'kankertest' in plaats van screening</li> <li>geen klachten ervaren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>lage leeftijd</li> <li>lage sociaal-economische status</li> <li>geen of juist diverse sekspartners</li> <li>geen partner</li> <li>stedelijk gebied</li> <li>behorend tot een minderheidsgroep</li> <li>niet-westerse afkomst</li> </ul>

Zoals de casussen in dit artikel laten zien, kunnen problemen rond seksualiteit daarbij een rol spelen. Het kan dan gaan om seksueel geweld, ondergaan als volwassene of als kind, om een besnijdenis of om pijn bij het vrijen. In opvallend veel onderzoeken naar de motieven om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker wordt niet of nauwelijks naar de rol van seksualiteit gevraagd.<sup>7,9-12</sup> De vrouwen zelf zijn vaak erg terughoudend om over seksualiteit te praten, zeker in de gevallen dat het onderwerp pijn of schaamte bij hen oproept door seksueel misbruik of een besnijdenis. De huisarts zal er dus proactief naar moeten vragen.

**Mevrouw Van Zon (2)**

Mevrouw Van Zon ziet erg op tegen het gynaecologisch onderzoek. Op uw vraag waarom vertelt ze dat ze vindt dat haar genitaliën er abnormaal uitzien. Haar echtgenoot ontkent dit overigens. Op doorvragen van uw kant vertelt ze uiteindelijk dat ze dit voelt sinds ze op haar 17e is verkracht door een oudere buurjongen. Behalve met haar echtgenoot heeft zij hier nog nooit met iemand over gesproken.

**Seksueel geweld en vrouwenbesnijdenis**

Bijna twee op de vijf vrouwen (39%) zijn ooit slachtoffer geweest van seksueel geweld; 10% heeft ooit een verkrachting meegemaakt.<sup>15</sup> Er zijn aanwijzingen dat baarmoederhalskanker en voorstadia daarvan bij slachtoffers van seksueel misbruik hoger zijn dan bij vrouwen die geen seksueel misbruik hebben meegemaakt.<sup>16,17</sup> Voor HPV zijn bij deze vrouwen prevalentiecijfers gevonden die tot 4,5 keer hoger zijn dan bij vergelijkbare vrouwen die geen seksueel geweld hebben meegemaakt.<sup>18,19</sup> Vrouwen die seksueel misbruikt zijn, vertonen bovendien vaak risicovol gedrag, zoals roken, drugs- en alcoholgebruik en seksueel risicogedrag. Een voorgeschiedenis van seksueel misbruik is daardoor een risicofactor voor baarmoederhalskanker. Een mogelijk mechanisme is blootstelling op jonge leeftijd aan hoogrisico humaan papillomavirussen (hrHPV), de belangrijkste risicofactor voor baarmoederhalskanker.

Vrouwen die besneden zijn of een voorgeschiedenis hebben van seksueel geweld, nemen minder vaak deel aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.<sup>8,20-22</sup> De belangrijkste redenen lijken angst voor herbelevingen tijdens het gynaecologisch onderzoek, en schaamte voor bijvoorbeeld de besnijdenis.<sup>20,23</sup> Maar ook een afwijkend lichaamsbeeld, tekenen van manifest seksueel misbruik en pijn spelen een rol in de keus

om niet deel te nemen.<sup>20</sup> In Nederland hebben naar schatting 30.000 vrouwen een genitale besnijdenis ondergaan. Het vermijden van onderzoek is dan een manier om de controle over het lichaam te behouden, of een uitlokkend moment te voorkomen.

**Mevrouw Eikboom (2)**

Mevrouw Eikboom ziet erg op tegen het gynaecologisch onderzoek. Ook dat was voor haar reden niet eerder te komen. Ze is gespannen en heeft vóór de afspraak al een oxazepam genomen. Bij het voorzichtig uitgevoerd vaginaal toucher zijn de bekkenbodemspieren duidelijk aangespannen. Het maken van een uitstrijkje met een maagdenspeculum lukt niet; het is te pijnlijk.

**Vrouwen die seks hebben met vrouwen**

Ook vrouwen die seks hebben met vrouwen doen minder vaak mee met het bevolkingsonderzoek.<sup>24</sup> Dat kan zijn omdat ze denken een lager risico te lopen op een cervixcarcinoom. De prevalentie van HPV bij vrouwen die seks hebben met vrouwen kan echter oplopen tot 19%, en daarmee stijgt ook de aanwezigheid van persisterende infecties met hrHPV-typen.<sup>18,25</sup> Bovendien heeft ongeveer 80% van de vrouwen die een seksuele relatie heeft met een vrouw, ooit in haar leven seks gehad met een man.<sup>24</sup>

Naast een te lage risico-inschatting kan echter ook pijn bij het vrijen, zoals in heteroseksuele contacten, een reden zijn om geen uitstrijkje te laten maken.

**Summary**

Giesen A, Lagro-Janssen ALM, Dielissen PW. Failure to attend for cervical screening: talking about sex. *Huisarts Wet* 2014;57(9):490-3.

Up to half of the women with invasive carcinoma of the cervix have not or irregularly undergone cervical screening. This failure to take part in population screening programmes is often due to a combination of physical, psychological, socio-cultural, and cognitive factors. Women with a history of sexual abuse or who have undergone female genital mutilation have lower rates of attendance in cervical screening programmes. This is also true for women who have sex with women, because they think that they are at lower risk. Fear and aversion to a gynaecological investigation are also reasons not to come for screening. Actively asking women why they do not come for screening may not only improve attendance in the future but also uncover sexual problems or trauma. With sensitivity and respect, the general practitioner can ask women whether there are sexual problems, such as pain during intercourse, vaginismus, or past experience of sexual violence. Nowadays, there is a home testing kit for human papillomavirus, which might remove some of the barriers to cervical screening.

### WAT KAN DE HUISARTS DOEN?

Op organisatorisch niveau is het duidelijk dat een oproep van de huisarts tot een (10-15%) hogere opkomst leidt dan een uitnodiging door de GGD.<sup>11,14,26</sup> De uitnodiging door de huisarts lijkt de deelname met name te verhogen binnen groepen met een lage participatiegraad, zoals niet-westerse vrouwen.<sup>14</sup>

Een andere organisatorische mogelijkheid is dat de praktijkassistente in het HIS een aantekening maakt bij patiënten die niet aan het bevolkingsonderzoek deelnemen, zodat de huisarts de vrouw bij een volgend contact een vraag kan stellen naar de reden om niet deel te nemen. Praktische drempels lijken soms echter van groter belang om niet te komen dan psychosociale belemmeringen.<sup>12,27</sup>

Achter schaamte, angst, vermijding, negatief lichaamsbeeld, laag zelfvertrouwen en pijn kunnen seksuele problemen of seksueel geweld schuilgaan. De huisarts kan zich hier proactief opstellen en een open, niet-moraliserend gesprek aangaan om te exploreren of deze gevoelens en gedachten bij de vrouw in kwestie een rol spelen en of ze te maken hebben met seksuele problemen, zoals pijn bij het vrijen, vaginisme of (een verleden van) seksueel geweld. Een enkele vraag, op basis van algemene kennis, kan de aandacht hiervoor tot uitdrukking brengen: 'We weten uit onderzoek dat seksuele problemen of negatieve ervaringen voor vrouwen redenen waren om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Is dat voor u ook zo?'

In gesprekken over het bevolkingsonderzoek zal de huisarts rekening moeten houden met het feit dat het vaak gaat om vrouwen die hun kans op baarmoederhalskanker onderschatten (bagatelliseren, ontkennen) of overschatten (fatalisme, negatieve cognities), of die het gynaecologisch onderzoek vermijden (angst, pijn).<sup>9</sup> Goede uitleg en voorlichting (risicocommunicatie) kunnen helpen om vrouwen te motiveren alsnog deel te nemen. Psycho-educatie en counseling staan centraal in het gesprek: kennis vergroten, angst bespreken en bestaande misvattingen en veronderstellingen corrigeren. Angst voor en afkeer van het gynaecologisch onderzoek zijn

#### Mevrouw Alayew (2)

Mevrouw Alayew heeft bij eerder gynaecologisch onderzoek erg pijnlijke ervaringen gehad. Ze wil nooit meer een gynaecologisch onderzoek met een speculum. Ondanks uw uitleg en begrip gaat ze niet in op uw verzoek om een uitstrijkje te laten maken. U informeert haar over de HPV-thuistest en u verwijst haar naar het consultatie- en adviescentrum voor besneden vrouwen, dat recent in Nijmegen is opgericht.

voor vrouwen belangrijke redenen om niet deel te nemen.<sup>28</sup> Deze gevoelens spelen sterker bij vrouwen met een voorgeschiedenis van seksueel geweld en/of besnijdenis. Goede communicatie, begrip voor de traumatische gebeurtenis en er rekening mee houden tijdens het onderzoek is belangrijk voor vrouwen.<sup>20</sup> De mogelijkheid dat het uitstrijkje kan worden gemaakt door een vrouwelijke huisarts of praktijkassistente wordt door vrouwen als belangrijk ervaren.<sup>28</sup> In de Nederlandse setting, waar praktijkassistenten vaak ook uitstrijkjes maken, is dit een goede mogelijkheid.

De kennis over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is zowel bij vrouwen die wel deelnemen als bij vrouwen die niet deelnemen vaak onvoldoende.<sup>8,9,28</sup> Uitleg, mondeling en schriftelijk, kan helpen ambivalentie ten aanzien van het bevolkingsonderzoek tegen te gaan.

#### Mevrouw Eikboom (3)

Mevrouw Eikboom geeft aan dat de seks met haar vriendin vanwege de pijn minder prettig is, en ook minder frequent dan ze zouden willen. U bespreekt met haar de risico's op een cervixcarcinoom en informeert haar over de HPV-thuistest.

### DE HPV-THUISTEST

Sommige bezwaren die een vrouw kan hebben tegen het bevolkingsonderzoek, bijvoorbeeld pijn of schaamte bij het uitstrijkje, kunnen worden weggenomen door een hrHPV-thuistest. De Gezondheidsraad adviseert vrouwen die niet op de herinnering reageren, zo'n thuistest aan te bieden.<sup>2</sup> De gevoeligheid van de thuistest op zelf afgenomen materiaal is, voorzover op dit moment bekend, vergelijkbaar met die van een test op materiaal afgenomen door een arts. De vrouw krijgt het advies om bij een positieve uitslag van de thuistest een uitstrijkje te laten maken bij de huisarts. Eerder uitgevoerde onderzoeken in Nederland toonden aan dat 30% van de niet-participanten alsnog aan het bevolkingsonderzoek deelneemt, wanneer men hen een thuistest aanbiedt.<sup>29</sup>

De thuistest biedt op de eerste plaats een vangnet. Mogelijk wordt de hrHPV-thuistest in de toekomst breder ingezet, maar hij is nog niet bedoeld voor iedere vrouw en ook niet voor vrouwen die wel van plan zijn om mee te doen. Op dit moment is de test in elk geval een optie voor vrouwen met seksuele problemen. Het gynaecologisch onderzoek is van alle lichamelijke onderzoeken datgene waartegen vrouwen het meest opzien.<sup>28</sup> Ook voor vrouwen met vaginisme of met een vagi-

**Tabel 2** Bevorderende factoren voor deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Organisatorische factoren	Psychische factoren	Cognitieve factoren	Sociaal-culturele factoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>oproep door de huisarts zelf</li> <li>niet verhinderd voor afname</li> <li>voldoende tijd</li> <li>uitstrijkje door een vrouw</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ervaren steun huisarts</li> <li>vertrouwen in de gezondheidszorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>voordelen wegen zwaarder</li> <li>positieve houding ten opzichte van screening</li> <li>goede uitleg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hoge sociaal-economische status</li> <li>één sekspartner</li> <li>gehuwd of met partner</li> <li>arbeidsparticipatie</li> <li>deelname aan borstkankerscreening</li> <li>ervaren steun omgeving</li> <li>hogere opleiding</li> </ul>

nistische reactie op het speculum, zoals mevrouw Eikboom, biedt de thuïstest mogelijk uitkomst.

Het materiaal voor de thuïstest wordt verkregen met een dun kwastje, met een wattenstokje of door lavage. Voor de meeste vrouwen, ook voor maagden of vrouwen met vaginisme, is dit hoogstwaarschijnlijk haalbaar. Voor hen, en ook voor een deel van de vrouwen die om andere redenen niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek, kan een thuïstest in de nabije toekomst een goed alternatief zijn.<sup>29</sup>

### Mevrouw Van Zon (3)

Bij het lichamelijk onderzoek vindt u geen afwijkingen aan de geslachtsorganen en het uitstrijkje wordt zonder problemen gemaakt. Na een vervolgesprek maakt mevrouw Van Zon een afspraak bij een deskundige eerstelijnspsycholoog om het seksueel misbruik te bespreken. Tijdens een consult een jaar later geeft zij aan blij te zijn dat zij ruimte heeft gekregen om over het misbruik te praten.

### CONCLUSIE

Van de vrouwen bij wie baarmoederhalskanker wordt gediagnosticeerd, is eenderde tot de helft onvoldoende of nooit gescreend. Daar is meestal meer dan één reden voor. Bij een deel van de vrouwen die wegblijven, spelen problemen met seksualiteit of seksgerelateerde factoren een rol. Wij raden huisartsen aan om seksualiteit ter sprake te brengen bij vrouwen die niet reageren op een oproep voor het bevolkingsonderzoek. Niet alleen kan dit de opkomst verhogen, maar ook kunnen eventuele verborgen seksuele trauma's of seksuele problemen aandacht krijgen. Voor vrouwen bij wie het niet lukt een uitstrijkje te maken, is een hrHPV-thuïstest een goede oplossing. ■

### LITERATUUR

- Boomsma LJ, Buis PAJ, Collette C, Janssen PGH. NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom (tweede herziening). Huisarts Wet 2009;52:10.
- Gezondheidsraad. Screening op baarmoederhalskanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2011. Publicatienr 2011/07.
- Lindqvist PG, Hellsten C, Rippe A. Screening history of women in Malmö with invasive cervical cancer. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008;137:77-83.
- Marquardt K, Buttner HH, Broschewitz U, Barten M, Schneider V. Persistent carcinoma in cervical cancer screening: non-participation is the most significant cause. Acta Cytol 2011;55:433-7.
- Van Kemenade FJ, Casparie MK. Bij een derde van de vrouwen met baarmoederhalskanker is geen uitstrijkje gemaakt. Ned Tijdschr Geneesk 2009;153:A661.
- Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews FE. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. Lancet 2004;364:249-56.
- Blomberg K, Ternstedt BM, Törnberg S, Tishelman C. How do women who choose not to participate in population-based cervical cancer screening reason about their decision? Psychooncology 2008;17:561-9.

- Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. Br J Gen Pract 1998;48:1509-14.
- Knops-Dullens T, De Vries N, De Vries H. Reasons for non-attendance in cervical cancer screening programmes: an application of the Integrated Model for Behavioural Change. Eur J Cancer Prev 2007;16:436-45.
- Oscarsson MG, Benzein EC, Wijma BE. Reasons for non-attendance at cervical screening as reported by non-attendees in Sweden. J Psychosom Obstet Gynaecol 2008;29:23-31.
- Tacken MA, Braspenning JC, Hermens RP, Spreuwenberg PM, Van den Hoogen HJ, De Bakker DH, et al. Uptake of cervical cancer screening in The Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization. Eur J Public Health 2007;17:178-85.
- Waller J, Bartoszek M, Marlow L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. J Med Screen 2009;16:199-204.
- Yoo GJ, Le MN, Vong S, Lagman R, Lam AG. Cervical cancer screening: attitudes and behaviors of young Asian American women. J Cancer Educ 2011;26:740-6.
- De Nooijer DP, De Waart FG, Van Leeuwen AW, Spijker WW. Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:2339-43.
- Bakker F, Vanwesenbeeck I. Seksuele gezondheid in Nederland 2006. Delft: Eburon, 2006.
- Coker AL, Sanderson M, Fadden MK, Pirisi L. Intimate partner violence and cervical neoplasia. J Womens Health Cend Based Med 2000;9:1015-23.
- Coker AL, Hopenhayn C, DeSimone CP, Bush HM, Crofford L. Violence against women raises risk of cervical cancer. J Womens Health (Larchmt) 2009;18:1179-85.
- Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. Am J Public Health 2001;91:947-52.
- Wingood GM, Seth P, DiClemente RJ, Robinson LS. Association of sexual abuse with incident high-risk human papillomavirus infection among young African-American women. Sex Transm Dis 2009;36:784-6.
- Cadman L, Waller J, Ashdown-Barr L, Szarewski A. Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. J Fam Plann Reprod Health Care 2012;38:214-20.
- Gandhi S, Rovi S, Vega M, Johnson MS, Ferrante J, Chen PH. Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. J Am Board Fam Med 2010;23:343-53.
- Vloeberghs E, Knipscheer J, Van der Kwaak A, Naleie Z, Van den Muijsenbergh M. Versluierde pijn. Een onderzoek in Nederland naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis. Utrecht: Stichting Pharos, 2010.
- Abdullahi A, Copping J, Kessel A, Luck M, Bonell C. Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. Public Health 2009;123:680-5.
- Henderson HJ. Why lesbians should be encouraged to have regular cervical screening. J Fam Plann Reprod Health Care 2009;35:49-52.
- Marrazzo JM, Thomas KK, Ringwood K. A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: results of a randomised trial. Sex Transm Infect 2011;87:399-405.
- Stein K, Lewendon G, Jenkins R, Davis C. Improving uptake of cervical cancer screening in women with prolonged history of non-attendance for screening: a randomized trial of enhanced invitation methods. J Med Screen 2005;12:185-9.
- Waller J, Jackowska M, Marlow L, Wardle J. Exploring age differences in reasons for nonattendance for cervical screening: a qualitative study. BJOG 2012;119:26-32.
- Neilson A, Jones RK. Women's lay knowledge of cervical cancer/cervical screening: accounting for non-attendance at cervical screening clinics. J Adv Nurs 1998;28:571-5.
- Gök M, Heideman DA, Van Kemenade FJ, Berkhof J, Rozendaal L, Spruyt JW, et al. HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. BMJ 2010;340:c1040.