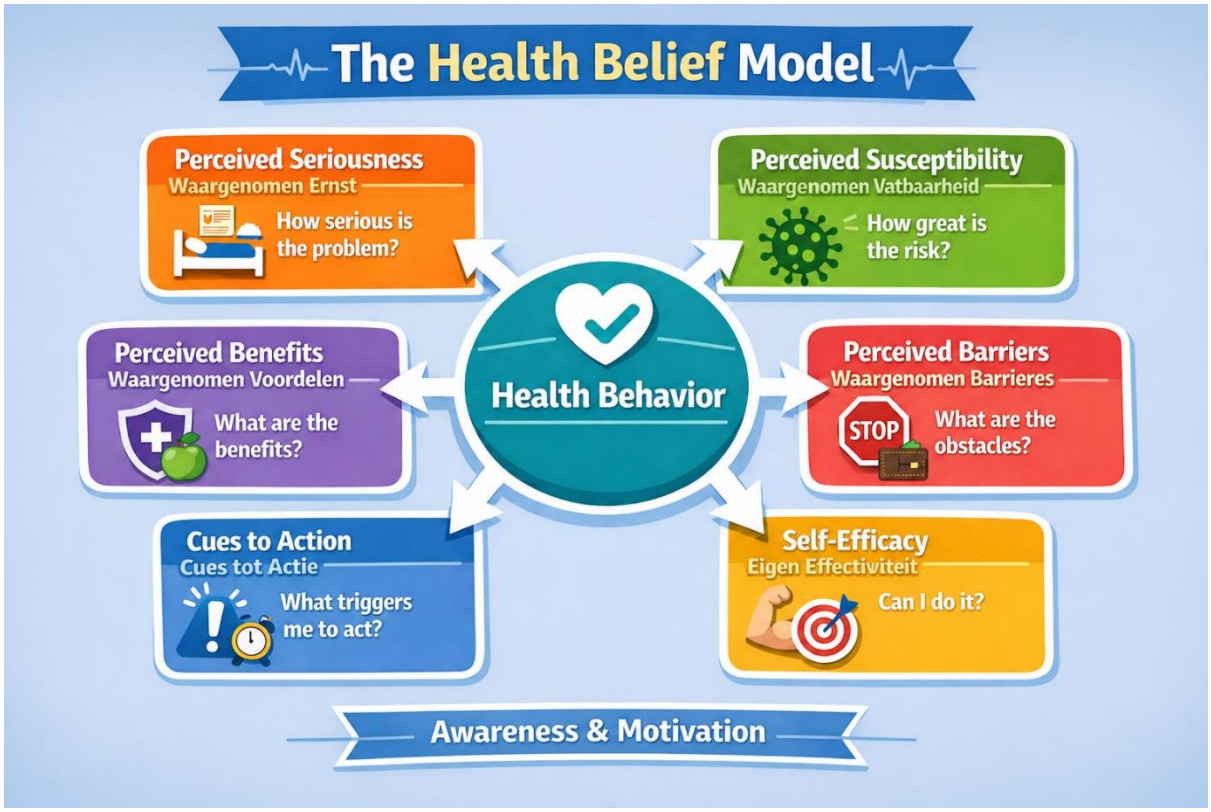
COUNSELINGSPROGRAMMA BVO BAARMOEDERHALSKANKER (HEALTH BELIEF MODEL)

V-CHECK STUDIE

APRIL 2026



INHOUD

1. Inleiding 3
1.1 Informatie 3
1.2 Het Health Belief Model 4
1.3 Voordelen HBM 4
1.4 Nadelen HBM 5
2. De zes onderdelen van het HBM 6
2.1 Perceived Susceptibility — Ervaren vatbaarheid 6
2.2 Perceived Severity — Ervaren ernst 7
2.3 Perceived Benefits — Verwachte voordelen 7
2.4 Perceived Barriers — Verwachte barrières 8
2.5 Cues to Action — Aanleiding tot actie 9
2.6 Self-Efficacy — Vertrouwen in eigen kunnen 10
3. Toepassing van het Health Belief Model in het counselingsgesprek 10
4. Counselingskaart 13
4.1 Counselingskaart (Voorzijde) 13
4.2 Counselingskaart (Achterzijde) 13
4.3 Afronding 14
4.4 Logboek 14
5. Referenties 14

1. INLEIDING

Het counselingsgesprek voor de V-CHECK studie bestaat uit een informatief gedeelte en uit het onderzoeken van de houding ten aanzien van het bevolkingsonderzoek en baarmoederhalskanker met het Health Belief Model. De counselingskaart kan gebruikt worden ter ondersteuning. Als iemand geen Nederlands spreekt (en leest), maar wel Arabisch, Engels, Pools of Turks, kan de kaart in de juiste taal naast de Nederlandse kaart gebruikt worden om ernaast te leggen. Zo worden geen onderdelen overgeslagen.

1.1 INFORMATIE

Het informatieve gedeelte richt zich op de belangrijkste dingen die een vrouw zou moeten weten over HPV, baarmoederhalskanker en het bevolkingsonderzoek. Dit is gebaseerd op informatie van het RIVM BVO Nederland en de taskforce HPV kankervrij.

In de e-learning van BVO Nederland is de nodige theorie voor de verloskundigen die gaan counselen besproken. Via de QR-codes is aanvullende informatie te vinden:

RIVM

BVO Nederland

Taskforce HPV Kankervrij

Het is handig extra tijd in te plannen voor de counseling (15 minuten), zo nodig een tolk te regelen en de juiste materialen (Nederlands, Arabisch, Engels, Turks, Pools) beschikbaar te hebben.

Check voor de counseling of vragenlijst is ingevuld!

De eerste vragenlijst wordt verzonden per mail na het tekenen van het informed consent. Het is belangrijk dat de vragenlijst is ingevuld vóór het counselingsgesprek, om beïnvloeding van de resultaten te minimaliseren. Als de deelnemer de vragenlijst nog niet heeft ingevuld, kan zij dit bijvoorbeeld in de wachtkamer doen voorafgaand aan het gesprek. Een andere mogelijkheid is het counselingsgesprek te verplaatsen naar een later moment.

Bespreek:

- Wanneer en wie wordt uitgenodigd voor het BVO
- Verschillen tussen zelfafnameset (ZAS) en uitstrijkje
- Wat HPV is en wat een HPV positieve of negatieve uitslag betekent.
- Wat het vervolgonderzoek is (uitstrijkje, colposcopie).

1.2 HET HEALTH BELIEF MODEL

Het Health Belief Model (HBM) is een gedragsmodel dat helpt te begrijpen waarom mensen wél of niet deelnemen aan (preventieve) gezondheidsprogramma's, zoals het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

Voor verloskundigen kan het HBM helpen om het informatiegesprek over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker te structureren, barrières te herkennen en cliënten beter te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze.

Het model bestaat uit zes kernonderdelen die samen bepalen of iemand geneigd is om actie te ondernemen.

1. Perceived susceptibility: een inschatting van de kans dat je een ziekte zult krijgen
2. Perceived severity: een inschatting van de ernst van de ziekte en/of het niet behandelen van een ziekte.
3. Perceived benefits: een inschatting van de positieve effecten van ingrijpen om de ziekte te voorkomen
4. Perceived barriers: een inschatting van de negatieve effecten van ingrijpen om de ziekte te voorkomen
5. Cues to action: alles wat aanzet tot actie
6. Self-efficacy: de overtuiging dat je succesvol kan zijn in het gedrag dat nodig is om de gewenste uitkomst te behalen

1.3 VOORDELEN HBM

Het HBM ondersteunt het informatiegesprek op verschillende vlakken:

1. Factoren systematisch in kaart brengen

Het HBM bestaat uit zes vaste onderdelen (vatbaarheid, ernst, voordelen, barrières, cues, self-efficacy).

Deze zorgen ervoor dat je alle belangrijke psychologische en praktische factoren bij de cliënt systematisch uitvraagt. Het model helpt om **stapsgewijs inzicht** te krijgen in wat iemand motiveert of tegenhoudt.

2. Aannames voorkomen

Door elk onderdeel actief te verkennen, wordt (eventuele) eigen invulling van de redenen waarom iemand niet (of juist wel) meedoet geminimaliseerd. Er wordt bijvoorbeeld niet automatisch van angst uitgegaan, maar expliciet gevraagd naar barrières. Het HBM gaat vooral over **informatie verzamelen** in plaats van interpreteren.

3. Counseling gerichter maken

Als duidelijk is wáár de drempels of twijfels zitten, zijn interventies gerichter te kiezen. Als iemand bijvoorbeeld wel wil meedoen aan het bevolkingsonderzoek maar twijfelt over de zelfafnameset kan uitleg de self-efficacy versterken. Een ander voorbeeld is het bespreken van laagdrempelige opties als de drempel 'tijdgebrek' is. Het gesprek **sluit beter aan** bij de cliënt en is efficiënter.

4. Houvast/ Gespreksopbouw ondersteunen.

Het HBM biedt een logische structuur die je in elk gesprek kunt gebruiken. Daardoor is er een vast overzicht van bespreekpunten. Het helpt om te starten met kennis en risicoperceptie, van hieruit over te gaan naar de barrières en voordelen om vervolgens af te sluiten met de 'self-efficacy' en 'cues to action'. Het maakt het gesprek **begrijpelijk en overzichtelijk** voor de verloskundige én de cliënt.

In onderstaand schema staan de stappen van het HMB puntsgewijs samengevat.

- *Start met wat ze al weet → vatbaarheid & ernst*
- *Verken haar motivatie → voordelen*
- *Onderzoek drempels → barrières*
- *Zoek naar oplossingen → self-efficacy*
- *Help bij de vervolgstap → cues to action*

1.4 NADELEN HBM

Behalve voordelen van het gebruik van het HBM, zijn er ook enkele nadelen. Het HBM gaat ervan uit dat mensen vooral rationele afwegingen maken (risico, ernst, voordelen, barrières). In werkelijkheid worden keuzes rond screening vaak beïnvloed door emoties, zoals schaamte, angst, eerdere negatieve ervaringen en culturele overtuigingen. Het model houdt weinig rekening met sociale en culturele factoren en kijkt vooral naar het individu. Externe factoren, zoals de partner of familie, sociale normen en culturele verwachtingen komen niet standaard aan bod bij gebruik van het HBM. Deze onderwerpen kunnen wel door de persoon zelf genoemd worden en een mogelijke drempel vormen.

Het HBM veronderstelt dat iemand bewust een beslissing neemt, maar niet deelnemen aan screening is vaak juist een onbewuste keuze (drukte, vergeten). De onderdelen van het HBM lopen in de praktijk vaak meer door elkaar dan in theorie. Dit hoeft echter zeker geen belemmering te zijn om het model te gebruiken als gespreksleidraad.

Om vanuit het HBM vervolgstappen te zetten naar deelname aan screening zijn eventueel aanvullende technieken nodig, zoals: motiverende gespreksvoering, aandacht voor emoties en cultuur en praktische ondersteuning.

De vragenlijsten die deelnemers aan de V-CHECK studie krijgen zijn ontwikkeld n.a.v. de HBM onderdelen om het geheel zo goed op elkaar aan te laten sluiten.

2. DE ZES ONDERDELEN VAN HET HBM

2.1 Perceived Susceptibility — Ervaren vatbaarheid

Hoe groot acht de persoon de kans dat zij HPV of (een voorstadium van) baarmoederhalskanker krijgt?

Ervaren vatbaarheid gaat over de vraag in hoeverre een vrouw denkt dat zijzelf risico loopt op HPV of baarmoederhalskanker.

Counselinginformatie: Veel jonge vrouwen denken dat het risico voor hen laag is.

Voorbeeldvragen:

- ✓ “Hoe groot denk jij dat jouw risico is op HPV of baarmoederhalskanker?”
- ✓ “Hoe kijk jij zelf aan tegen het risico om dit te krijgen?”
- ✓ “Wist je dat HPV heel vaak voorkomt, ook bij jonge vrouwen?”
- ✓ “Zijn er dingen waardoor jij denkt dat jouw risico hoger of lager is?”



2.2 Perceived Severity — Ervaren ernst

Hoe ernstig vindt iemand de mogelijke gevolgen van baarmoederhalskanker?

Sommige vrouwen weten dat HPV veel voorkomt, maar realiseren zich niet dat het zonder screening kan leiden tot (voorstadia van) kanker. Ook wordt soms de ernst onderschat (“het groeit langzaam”, “ik ben jong”).

Counselinginformatie:

Koppel ernst op een rustige manier aan voordelen van tijdige opsporing. Het doel is niet bang maken, maar realistisch informeren:

“Het bevolkingsonderzoek helpt om voorstadia vroeg te vinden — ruim vóór er klachten zijn.”

Voorbeeldvragen:

- ✓ “Wat weet jij over de gevolgen van baarmoederhalskanker?”
- ✓ “Hoe ernstig lijkt dit jou als je erover nadenkt?”
- ✓ “Hoe belangrijk vind jij het om problemen vroeg te ontdekken?”
- ✓ “Wat doet het met je als je hoort dat baarmoederhalskanker vaak pas laat klachten geeft?”



2.3 Perceived Benefits — Verwachte voordelen

Wat levert deelname op?

Dit onderdeel gaat over de voordelen die iemand ziet van deelname, zoals:

- vroeg ontdekken voorkomt ernstigere behandelingen
- meer zekerheid
- laagdrempelig met zelfafnameset (thuis)

Counselinginformatie: Benadruk voordelen die aansluiten bij de persoonlijke situatie.

Voorbeeldvragen:

- ✓ “Welke voordelen zie jij voor jezelf als je meedoet aan het onderzoek?”
- ✓ “Hoe kijk je aan tegen gebruik van de zelfafnameset, vergeleken met het uitstrijkje?”
- ✓ “Vind je het belangrijk om problemen vroeg te ontdekken, ook als je geen klachten hebt?
- ✓ “Wat zou voor jou het belangrijkste voordeel zijn van meedoen?”



2.4 Perceived Barriers — Verwachte barrières

Wat houdt iemand tegen?

Barrières zijn de belangrijkste voorspeller van niet-deelname. Veelvoorkomende voorbeelden zijn:

- schaamte of angst voor het uitstrijkje
- pijnervaringen
- geen tijd/drukte
- onduidelijkheid over uitnodiging
- negatieve eerdere ervaringen
- angst voor uitslag

Counselinginformatie: Breng barrières in kaart en zoek samen naar oplossingen, zoals een zelfafnameset. Focus ook hier op de persoonlijke situatie.

Voorbeeldvragen:

- ✓ “Wat houdt jou op dit moment tegen om mee te doen?”
- ✓ “Zijn er dingen waar je tegen opziet?”
- ✓ “Maak je je zorgen over de uitslag?”
- ✓ “Zijn er praktische dingen die het moeilijk maken, zoals tijd, drukte of de uitnodiging vinden?”
- ✓ “Heb je twijfels over hoe de zelfafnameset werkt of hoe je het moet gebruiken?”
- ✓ “Vind je het moeilijk om over dit onderwerp te praten?”



2.5 Cues to Action — Aanleiding tot actie

Wat geeft het zetje om mee te doen aan het BVO?

Dit zijn prikkels die iemand helpen om daadwerkelijk een afspraak te maken of de zelfafnameset te gebruiken. Bijvoorbeeld: de herinneringsbrief, het voorlichtingsgesprek, ervaringen van anderen.

Counselinginformatie: Het counselingsmoment is ook een cue to action en de verloskundige is één van de belangrijkste cues!

Voorbeeldvragen:

- ✓ “Wat zou jou kunnen helpen om de stap te zetten?”
- ✓ “Zou je sneller meedoen als het onderzoek eenvoudig thuis kan?”
- ✓ “Wanneer zou voor jou een goed moment zijn om de zelfafnameset te gebruiken?”
- ✓ “Zijn er dingen die je kunnen herinneren of motiveren om eraan te denken?”
- ✓ “Heeft iemand in je omgeving weleens over het onderzoek verteld? Wat deed dat met jou?”



Kan iemand het zelf?

Self-efficacy gaat over de mate waarin iemand denkt: “Ik kan dit (deelnemen)”. Denk hierbij aan vertrouwen in het zelf kunnen uitvoeren van de zelfafnameset of een uitstrijkje kunnen plannen en/of durven laten maken.

Counselinginformatie: Verhoog het vertrouwen door concrete uitleg, normaliseren en praktische tips.

Voorbeeldvragen:

- ✓ “Hoe zeker voel jij je dat je de zelfafnameset goed kunt gebruiken?”
- ✓ “Zou je het prettig vinden als ik kort uitleg hoe het werkt?”
- ✓ “Voel je je zeker over het uitvoeren van de stappen in de instructie?”
- ✓ “Vertrouw je erop dat je een afspraak kunt maken voor een uitstrijkje als dat nodig is?”



3. TOEPASSING VAN HET HEALTH BELIEF MODEL IN HET COUNSELINGSGESPREK

Zoals toegelicht helpt het HBM om structuur aan te brengen.

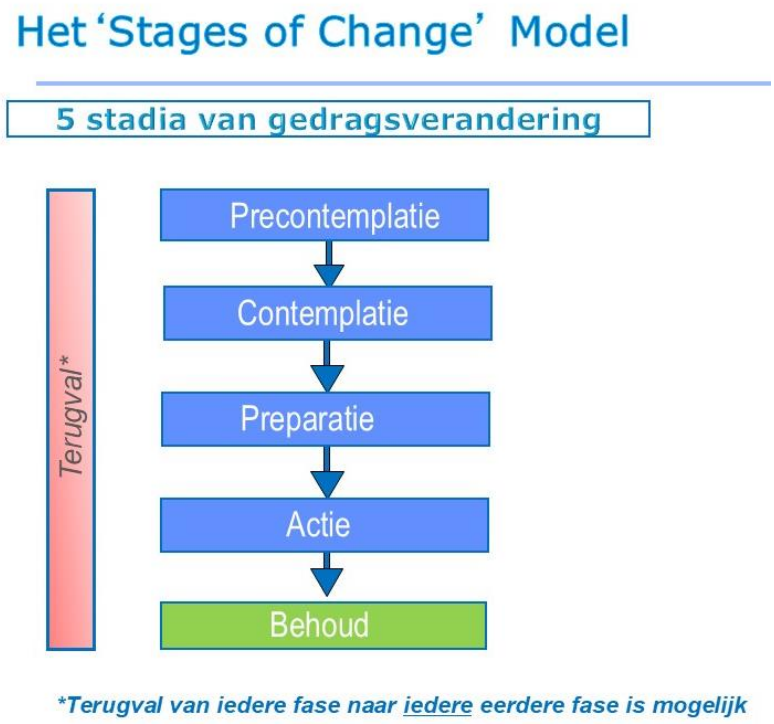
Verdere richtlijnen voor het gesprek:

- Start met open vragen, wat weet iemand al*?
- Verken barrières en probeer deze niet weg te praten
- Geef feitelijke informatie op B1-niveau.
- Normaliseer onzekerheden en ambivalentie.
- Stimuleer zelfvertrouwen.
- **Bespreek dat niet-deelnemen ook een optie is**: het doel is **geïnformeerde keuze**.

Pas ook principes van Motiverende Gespreksvoering toe:

- Reflecteren (“Je twijfelt, maar je ziet ook de voordelen”)
- Ambivalentie benoemen
- Autonomie benadrukken
- Versterken van self-efficacy (vertrouwen)
- Vermijden van de “righting reflex” (de neiging om oplossingen aan te dragen)

*Het Stages of Change model kan hierbij helpend zijn, dit wordt hieronder toegelicht.



Stages of change model

Wanneer je verkent wat iemand al weet, kun je vervolgens aansluiten bij de fase van gedragsverandering waarin iemand zich bevindt volgens het stages of change model.

Sommige vrouwen zitten in de **precontemplatiefase:** zij hebben nog niet nagedacht over deelname aan het BVO of zien geen noodzaak. Hier helpt het om neutrale informatie te geven en nieuwsgierigheid te wekken.

In de **contemplatiefase** twijfelt iemand; erken de ambivalentie en onderzoek samen wat haar zorgen en motivaties zijn.

Bij vrouwen in de **voorbereidingsfase** kun je concreet meedenken over praktische stappen, zoals wanneer en hoe zij de zelfafnameset kunnen gebruiken of hoe zij een afspraak kunnen maken voor een uitstrijkje.

De meeste vrouwen die voor dit onderwerp gecounseld worden zitten waarschijnlijk (nog) niet in de **actiefase**, de fase waarin iemand al een plan heeft gemaakt of dit al uitvoert. In de actiefase kan de counselor bevestigen wat goed gaat en eventuele vragen beantwoorden.

Tot slot is er de **onderhoudsfase**, waarin de uitdaging is om gedrag (in dit geval, deelname aan het BVO) vol te houden. Deze fase is minder van toepassing in het counselingsgesprek door verloskundigen.

Door aan te sluiten bij de fase waarin iemand zich bevindt, past het gesprek bij de behoeften van de zwangere en wordt de kans op een weloverwogen keuze vergroot.

4. COUNSELINGSKAART

4.1 COUNSELINGSKAART (VOORZIJDE)



4.2 COUNSELINGSKAART (ACHTERZIJDE)



4.3 AFRONDING

Ga bij de afronding van het gesprek na waar nog onduidelijkheid over is en of er vragen zijn. Check of iemand een ZAS wil bestellen (als zij deze niet nog thuis heeft liggen) en of ze denkt dat dit haar gaat lukken. Help hier zo nodig bij, door naar de website van BVO Nederland te gaan.

Geef de flyer met QR codes mee, de deelnemer kan hiermee aanvullende informatie opzoeken.



4.4 LOGBOEK

Na elk counselingsgesprek wordt het logboek ingevuld in Castor. Hoe dit werkt staat uitgelegd in de ‘Instructie Castor V-CHECK’.

5. REFERENTIES

1. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2008;4:45-65.