

Twaalf jaar cervixcytologie in drie Amsterdamse huisartspraktijken

Een retrospectief onderzoek naar de doeltreffendheid van een actief en een passief opsporingsbeleid

FRANS MEIJMAN

In drie huisartspraktijken werd onderzocht, welke invloed de – actieve dan wel passieve – benadering van de huisarts heeft op de doeltreffendheid van de opsporing van cervixcarcinoom. Daartoe werd het bereik en het vervolg van de in de jaren 1972-1983 bij in totaal 2357 vrouwen verrichte cervixcytologie retrospectief geanalyseerd. De belangrijkste conclusie van het onderzoek luidt, dat de doeltreffendheid van de opsporing door een actief beleid geoptimaliseerd kan worden, maar dat zo'n beleid op zichzelf daar nog geen garantie voor vormt. Daarnaast blijkt de incidentie van afwijkende cervixcytologie per praktijk sterk te variëren.

Inleiding

De screening op (voorstadia van) baarmoederhalskanker blijft een controversieel onderwerp, ondanks een toenemend aantal onderzoeksresultaten uit binnen- en buitenland.¹⁻³ De plaats waar de screening het best zou kunnen plaatsvinden, vormt daarbij in Nederland een heet (politiek) hangijzer. Zo wordt er gewezen op de voordelen van een anticiperende benadering door de huisarts;⁴ anderen wijzen een verschuiving van dit soort preventieve maatregelen naar de huisarts echter nadrukkelijk af.⁵ Het is daarbij opmerkelijk dat er slechts betrekkelijk weinig feiten bekend zijn over de screeningsresultaten van huisartsen in Nederland.⁴⁻⁶⁻¹⁰ Bovendien werd het meest recent gepubliceerde huisartsgeneeskundig onderzoek op dit gebied bemoeilijkt door interferentie van het bevolkingsonderzoek in Rotterdam.⁴

Teneinde meer informatie te krijgen over de doeltreffendheid van de opsporing van cervixcarcinoom door huisartsen, werd een retrospectief onderzoek uitgevoerd in drie huisartspraktijken in Amsterdam (waar tot dusver geen bevolkingsonderzoek bestaat). Bovendien werd beoogd gegevens te verkrijgen over het verschil in doeltreffendheid van een actieve en een passieve opsporingsstrategie. Met andere woorden: maakt het, voorbijgaand aan de vraag of de huisarts de meest geschikte functionaris is voor het verrichten van

cervixcytologiescreening, iets uit of de huisarts een actief dan wel een afwachtend beleid voert?

Een ondergeschikte doelstelling was het verkrijgen van gegevens over de resultaten van de opsporing in de drie praktijken.

De vraagstelling van het onderzoek luidt als volgt:

- Hoe doeltreffend zijn beide strategieën?
- Hoe doeltreffend was de vervolgscreening?
- Welke verbanden zijn er tussen enerzijds de bekendheid bij de huisarts van het eventuele anticonceptiegebruik, de leeftijd van de vrouwen en de duur van hun inschrijving in de praktijk, en anderzijds het bereik van de toegepaste strategie c.q. de vervolgscreening?
- Wat was de opbrengst van beide strategieën en welke leeftijd hadden de betreffende vrouwen ten tijde van de ontdekking?

Methoden

De begrippen die in de vraagstelling gebruikt worden, zijn als volgt omschreven:

- *Actieve opsporingsstrategie.* Volgens een vaststaand beleid worden vrouwen uit de doelgroep in de huisartspraktijk door de huisarts tijdens consulten actief benaderd om hen te motiveren voor daadwerkelijke cervixcytologiescreening, onafhankelijk van het bestaan van klachten op gynaecologisch gebied.

- *Passieve opsporingsstrategie.* De huisarts verricht cervixcytologie (of laat deze verrichten) alleen op verzoek van de patiënte of indien klachten daartoe aanleiding geven.

- *Onderzoeksgroep en doelgroep.* De onderzoeksgroep bestond uit alle vrouwen met de geboortejaren 1915-1960 die op de peildatum tot een van de deelnemende praktijken behoorden en de huisarts in de onderzoeksperiode ten minste eenmaal hadden bezocht. De doelgroep is beperkt tot de vrouwen in de onderzoeksgroep die in de onderzoeksperiode minstens drie jaar deel hadden uitgemaakt van de leeftijdsgroep 20-60 jaar.

- *Onderzoekperiode:* 1 januari 1972-31 december 1983.

- *Consequente vervolgscreening.* Na minimaal twee uitstrijkjes, afgenomen met een interval van maximaal twee jaar – beide met negatief resultaat – wordt de screening bij een vrouw gecontinueerd met een interval van maximaal vijf jaar. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen een formeel onvoldoende consequent vervolg en een feitelijk onvoldoende consequent vervolg.

De onderzoeksgroep is geselecteerd uit de patiëntenkaarten van de drie praktijken (*kader* op pagina 377, *tabel 1*). Vrouwen die sinds kort aan de toelatingscriteria voldeden, zijn daarbij niet uitgesloten. Van alle vrouwen zijn de relevante gegevens vanaf 1 januari 1972 overgenomen uit het medisch dossier, ook als de betreffende patiënte pas na die datum is ingeschreven; bij de bewerking is met die laatste mogelijkheid natuurlijk wel rekening gehouden.

Naast een constante (1972) konden vier variabelen de onderzoekstermijn van een individuele patiënte bepalen:

- het jaar van het eerste geregistreerde bezoek aan de huisarts, indien dit later dan 1972 had plaatsgevonden;
- het jaar van het laatste bezoek;
- het jaar waarin de vrouw 20 jaar werd;
- het jaar waarin de vrouw 61 jaar werd.

Ter vereenvoudiging van de analyse werd bij de geautomatiseerde verwerking voor iedere vrouw berekend hoeveel jaar zij tot de doelgroep had behoord (de „feitelijke onderzoeksjaren”). Dat kon variëren van 0-1 jaar tot 11-12 jaar.

Resultaten

Bij 2357 vrouwen uit de onderzoeksgroep werden in de periode 1972-1983

Tabel 1 - Table 1. Basisgegevens van drie Amsterdamse huisartspraktijken. Peildatum 31 december 1983 - Basic data on three Amsterdam general practices as per 31st December 1983.

	Practice A	Practice B	Practice C
<i>Practices</i>			
Practice organization	Solo practice	Dual practice ^a	Solo practice
Practice transfer	1981	1974/1978	1982
Practice area	Osdorp	City/Old West/South	Slotervaart
Number of patients (national insurance)	2725 (2375)	2722 (1792)	1290 (890)
(private insurance)	(350)	(930)	(400)
<i>Group studied</i>			
Number of women	871	1066	420
Median age	45.0	33.7	50.2
Mean age	44.3	37.7	47.4
Number of years in practice:			
- median	11.2	4.2	14.7
- mean	11.8	9.0	13.9
Actual research years:			
- median	8.3	5.3	10.0
- mean	7.8	6.1	8.4

^a home team.

Tabel 2 - Table 2. In 1972 t/m 1983 bij de huisarts geregistreerd aantal cervixuitstrijkjes naar plaats van verrichting. Aantallen (N = aantal vrouwen in de onderzoeksgroep) - Number of cervical smears over the period 1972 through 1983 according to the general practitioner's records, by performing agent. Numbers (N = number of women in group studied).

Performing agent	Practice A (N=871)	Practice B (N=1066)	Practice C (N=420)	Total (N=2357)
General practitioner (except cytological indication)	545 (533)	1373 (1303)	1069 (1039)	2987 (2875)
(cytological indication)	(12)	(70)	(30)	(112)
Gynaecologist	537	296	83	916
Previous general practitioner	37	48	32	117
Midwife	1	-	-	1
Mass screening	1	-	-	1
Total	1121	1717	1184	4022

Tabel 3 - Table 3. Effectiviteit van cervixcytologie-screening: vrouwen bij wie, blijkens de registratie van de huisarts, in de periode 1972-1983 tenminste eenmaal cervixcytologie is verricht, naar plaats van verrichting - Effectiveness of cervical cytology screening: women in whom, according to the general practitioner's records, the cervical cytology was examined at least once during the period 1972-1983, by performing agent.

	Practice A		Practice B		Practice C	
	n	%	n	%	n	%
<i>Cytology</i>						
Only by general practitioner	287	33.0	545	51.1	286	68.1
By GP and elsewhere	34	3.9	106	9.9	29	6.9
Only elsewhere (gynaecologist)	204 (193)	23.4	63 (51)	5.9	17 (8)	4.0
(others)	(11)		(12)		(9)	
Total reached for cytology	525	60.3	714	66.9	332	79.0
<i>No cytology</i>						
With reason (hysterectomy)	86 (85)	9.9	50 (49)	4.7	67 (43)	16.0
(refusal)	(1)		(-)		(2)	
(by agreement)	(-)		(1)		(22)	
Without reason	260	29.8	302	28.6	21	5.0

tenminste 4022 cytologische uitstrijkjes van de baarmoedermond gemaakt (tabel 2). Dit betreft alleen het aantal dat in de registratiegegevens van de huidige huisarts achterhaald kon worden.

Het is opvallend dat vroedvrouw en bevolkingsonderzoek geen bijdrage hebben geleverd. Voorts blijkt het afnemen van uitstrijkjes op louter cytologische indicatie in de onderzochte praktijken geen omvangrijke aangelegenheid te zijn. In praktijk A werd 0,5 procent van de vrouwen ooit naar de gynaecoloog verwezen in verband met afwijkende cervixcytologie, in praktijk B 3,2 procent en in praktijk C 1,7 procent.

Doeltreffendheid van beide strategieën

Tabel 3 laat zien dat praktijk A (met een passief beleid) in doeltreffendheid nauwelijks verschilt van praktijk B (met een actief beleid). In beide praktijken is bijna 30 procent van de vrouwen zonder reden nooit bereikt voor cervixcytologie. Het resultaat in praktijk A is mede bereikt door bijdragen van gynaecologen.

In praktijk C blijkt slechts 5 procent van de vrouwen zonder reden nooit bereikt te zijn. Dit lage cijfer is enigszins geflatteerd, doordat in deze praktijk jonge vrouwen tot 25 jaar bewust niet worden uitgestreken, tenzij er een indicatie voor is.

Verschillen in praktijksamenstelling blijken geen verklaring te vormen voor het relatief teleurstellende resultaat in praktijk B. In de praktijken A en B blijken namelijk zowel de jongste als de oudste leeftijdsgroep het slechtst bereikt te zijn (tabel 4). Wel steekt in praktijk B het bereik bij vrouwen van 55-59 jaar gunstig af ten opzichte van praktijk A. In praktijk C is er geen significant verschil tussen het bereik van de leeftijdsgroepen.

In de drie praktijken blijken twee feitelijke onderzoeksjaren noodzakelijk voordat het gemiddelde bereik wordt gehaald (tabel 5). Dit is eveneens het geval, indien alleen de invloed van de inschrijvingsduur in de praktijk wordt beoordeeld.

Doeltreffendheid vervolgscreening

De praktijken A en B blijken, ondanks een ander beleid, ook nauwelijks te verschillen in doeltreffendheid van de vervolgscreening. In beide praktijken is bijna een kwart van de vrouwen bij wie een- of meermalen een uitstrijkje is gemaakt, onvoldoende consequent vervolgd (tabel 6). Indien een overschrij-

ding van de (arbitraire) criteria is „goed-gemaakt” door een uitstrijkje op een later tijdstip, is de vervolgscreening als formeel niet, maar feitelijk wel voldoende beschouwd. Vooral in praktijk A vormt dit een belangrijke gang van zaken. In praktijk C blijkt 12 procent van de vrouwen onvoldoende consequent te zijn vervolgd.

Uit tabel 8 blijkt overigens dat dit percentage voor de leeftijdsgroepen vanaf 30 jaar steeds onder de 10 procent ligt. De praktijken A en B laten voor de oudere leeftijdsgroepen hogere percentages zien voor onvoldoende consequente vervolgscreening. Daarbij blijkt het in deze praktijken niet veel uit te maken of de vrouwen middellang dan wel lang tot de feitelijke onderzoeks-groep hebben behoord.

Verband met bekendheid anticonceptiegebruik

In de praktijken A en B bestaat een positieve relatie tussen de kennis van de huisarts van het anticonceptiegebruik van zijn patiëntes en het opsporingsbereik; in praktijk C is het bereik in beide gevallen even groot (tabel 7). Sterker nog dan uit tabel 4 blijkt uit tabel 7 dat in de praktijken A en B de postmenopauzale vrouwen relatief slecht worden bereikt.

Ook ten aanzien van de vervolgscreening blijkt dat bekendheid met het anticonceptiegebruik in de praktijken A en B een gunstige invloed heeft (tabel 9). Opvallend daarbij is, dat deze relatie niet geldt, als de vrouw of haar partner is gesteriliseerd.

Zowel uit tabel 7 als uit tabel 9 blijkt dat zwangeren en vrouwen die zwanger willen worden in praktijk A relatief slecht worden bereikt. Hetzelfde geldt voor praktijk B met betrekking tot de vervolgscreening.

Opbrengst

Gedurende de onderzoeksperiode werd in praktijk B het grootste aantal afwijkende cervixuitstrijkjes genoteerd. In deze praktijk waren de afwijkende cytologische bevindingen ook het ernstigst van aard (tabel 10). De jongere leeftijdsgroepen blijken in aard en omvang van de afwijkende bevindingen het meest op de voorgrond te treden.

Uiteindelijk resulteerden deze 130 afwijkende uitstrijkjes in 43 histologische diagnosen (tabel 11). De periode tussen een eerste afwijkend uitstrijkje en een ernstig afwijkend histologisch preparaat was nogal eens lang. Elders in dit nummer wordt aandacht besteed aan het beloop van afwijkende cervixcytologie.

Tabel 4 - Table 4. Aantallen vrouwen naar leeftijdsgroep en percentages waarbij in 1972-1983 zonder reden nooit cervixcytologie is verricht - Numbers of women by age group and percentages in which, for no specified reason, cervical cytology was never examined during the period 1972-1983.

Ages in years	Practice A		Practice B		Practice C	
	number (n)	never cytology % of n	number (n)	never cytology % of n	number (n)	never cytology % of n
60-68	114	48.3	107	49.8	106	4.3
55-59	107	37.4	48	25.0	58	8.6
45-54	228	24.1	118	27.3	93	3.2
35-44	184	20.7	226	18.4	55	1.5
30-34	93	20.4	217	23.5	37	8.1
23-29	145	39.2	350	35.2	71	4.6
Total	871	29.8	1066	28.6	420	5.1

Tabel 5 - Table 5. Aantallen vrouwen naar feitelijke onderzoeksjaren en percentages waarbij in 1972-1983 zonder reden nooit cervixcytologie is verricht - Numbers of women by actual research years and percentages in which, for no specified reason, cervical cytology was never examined during the period 1972-1983.

Number of actual research years	Practice A		Practice B		Practice C	
	number n	never cytology % of n	number n	never cytology % of n	number n	never cytology % of n
0- 1	68	57.4	140	57.1	26	23.1
1- 2	51	37.3	124	33.9	24	25.0
2- 3	39	28.2	95	27.4	19	0.0
3- 6	156	34.7	259	27.1	77	4.2
6- 9	193	28.5	174	21.1	55	5.6
9-10	39	28.2	37	29.7	18	5.6
10-11	68	29.4	54	22.2	39	2.6
11-12	257	19.5	183	14.2	162	0.6
Total	871	29.8	1066	28.6	420	5.0

Tabel 6 - Table 6. Vervolgscreening van vrouwen bij wie in 1972-1983 een of meermalen cervixcytologie is verricht (exclusief vrouwen met uterusextirpatie) - Follow-up screening of women whose cervical cytology was examined once or several times during the period 1972-1983 (excluding hysterectomized women).

Follow-up screening sufficient?	Practice A		Practice B		Practice C	
	n	%	n	%	n	%
Formally and actually	238	45.3	319	44.7	245	73.8
Actually but not formally	81	15.4	68	9.5	27	8.2
Insufficient	123	23.4	160	22.4	40	12.0
Unknown	83	15.9	165	23.4	20	6.0
Total	525	100.0	714	100.0	332	100.0

Tabel 7 - Table 7. Bekendheid huisarts met anticonceptiegebruik: aantallen vrouwen (uitgezonderd vrouwen met een uterusextirpatie) en percentages waarbij in 1972-1983 zonder reden nooit cervixcytologie is verricht - General practitioner's awareness of the use of contraceptives: numbers of women (except hysterectomized women) and percentages in which, for no specified reason, the cervical cytology was never examined during the period 1972-1983.

Contraception	Practice A		Practice B		Practice C	
	number	never cytology (%)	number	never cytology (%)	number	never cytology (%)
Unknown	160	43.1	278	46.4	80	8.8
Known (excluding sterilization)	181	18.8	438	19.2	62	3.2
Sterilization ♀ or ♂	129	11.6	70	4.3	49	2.0
Pregnancy (wish)	35	34.3	56	16.1	7	0.0
Postmenopause	281	46.3	175	44.0	179	6.1
Total	786	33.1	1017	29.7	377	5.6

Tabel 8 - Table 8. Aantallen vrouwen naar leeftijdsgroep, aantallen vrouwen bij wie in 1972-1983 een of meermalen cervixcytologie is verricht (exclusief vrouwen met uterusextirpatie) en percentages van deze vrouwen bij wie het cytologisch vervolg onvoldoende is geweest - Numbers of women by age group, numbers of women whose cervical cytology was examined once or several times during the period 1972-1983 (excluding hysterectomized women) and percentages of these women in which the cytological follow-up was insufficient.

Age in years	Practice A			Practice B			Practice C		
	Total number of women	Women given cytol. exam.	Percentage with insufficient follow-up	Total number of women	Women given cytol. exam.	Percentage with insufficient follow-up	Total number of women	Women given cytol. exam.	Percentage with insufficient follow-up
60-68	114	37	56.8	107	40	47.5	106	79	8.9
55-59	107	52	28.8	48	32	34.4	58	45	8.9
45-54	228	141	27.7	118	70	30.0	93	79	8.9
35-44	184	130	17.7	226	176	25.0	55	50	8.0
30-34	93	74	10.8	217	162	17.3	37	32	9.4
23-29	145	91	18.7	350	232	15.5	71	47	31.9
Total	871	525	23.4	1066	714	22.4	420	332	12.0

Synopsis

Meijman F. Twelve years of cervical cytology in three Amsterdam general practices. A retrospective study of the effectiveness of active and passive screening strategies. *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27: 372-8, 391.

Introduction. To what extent is the effectiveness of screening for cervical carcinoma in general practice influenced by an active or a passive approach? In an attempt to answer this question a retrospective study was performed in three Amsterdam general practices. A mass screening program is not performed in this city.

Methods. The group studied was selected from the patient records of practices A, B and C (table 1) and consisted of all women born in 1915 through 1960 who were registered in one of the practices as per ultimo 1983 and had attended surgery hours at least once during the period considered (1972-1983).

In practices B and C an active screening strategy was adopted throughout the period studied: during surgery hours the practitioner in principle approached all women in the target group with the suggestion of having the cervical cytology examined, regardless of the presence or absence of gynaecological complaints. In practice A a passive strategy was constantly adopted: the practitioner did not resort to cervical cytology unless the patient requested it or certain complaints prompted it.

Consistent follow-up screening is defined here as follows: after at least two smears taken at an interval of no more than two years, both with a negative outcome, screening is continued at intervals of maximally five years.

Results. During the period 1972-1983 at least 4022 cervical smears were obtained from 2357 women (table 2). In practices A, B and C, 0.5, 3.2 and 1.7 percent of the women, respectively, were ever referred to the gynaecologist in connection with abnormal cervical cytology.

The difference in effectiveness between practices A and B is minimal: in both practices almost 30 percent of the women were never reached, with the accent on the older women (tables 3 and 4). In practice C, however, only 5 percent of the women were never reached, age proving to be irrelevant in this practice. In the three practices the average reach was not attained until the woman had been in the target group for two years (table 5).

Table 7 shows, moreover, that a correlation exists between the effectiveness of screening and the practitioner's awareness of the use of contraceptives by his patients.

In practices A and B nearly 25 percent of the women ever reached were not consistently followed up (table 6). In practice C this percentage is always less than 10 percent for the age groups over 30. In practices A and B the follow-up on older women is relatively poor (table 8). The practitioner's awareness of the use of contraceptives by his patients has a favourable effect on follow-up screening (table 9); this does not apply, however, in the case of sterilization. Throughout the period studied, 130 abnormal cervical smears were recorded in the three practices (table 10). The younger age groups prove to be most prominent as to nature and extent of abnormal findings. In the end, these 130 abnormal cervical smears resulted in 43 histological diagnoses within the period studied (table 11).

Discussion. The methodological limitations of this study mostly concern representativeness, completeness of the material, comparability of the three practices and selection bias during the period studied. This is why the following conclusions should be regarded as merely indicative:

- The results in practice C show that an active screening strategy in a general practice makes it possible to reach virtually all women in the target group and follow them up consistently.

- The results in practice B show that an active screening strategy does not necessarily ensure an optimal reach and follow-up of the screening; instability of the practice

population in particular is an unfavourable factor.

- The results in practice A show that a passive screening strategy does not necessarily lead to a less adequate reach and follow-up screening than an active approach. In the case of practice A this is caused, possibly by coincidence, by the large proportion of smears taken by gynaecologists. This, by the way, has not led to a large percentage of superfluous double screening.

- In this study, the practitioner's unawareness of his patients' use of contraceptives and a higher average age of the women exerts an unfavourable influence on reach and follow-up screening in two practices. This also applies to follow-up screening after sterilization of the woman or her husband. Reduced or discontinued gynaecological intervention is probably the common denominator explaining these findings.

- The differences in traced cytological abnormalities between the three practices demonstrate that the actual screening strategy is only one factor among many determinants of the hit probability for (preliminary stages of) cervical carcinoma in a general practice. Moreover, this hit probability may be minimal.

- The findings of this study do not show that screening for (preliminary stages of) cervical carcinoma can be done better by general practitioners than via mass screening. They do show, however, that in general practice such screening is feasible with a high degree of effectiveness in terms of reach and follow-up screening, provided certain requirements are met. Factors to be considered in this respect include an agency for coordination and registration, and conditional financing of screening activities in general practice.

Keywords. Cervix neoplasms, prevention and control; Vaginal smears; Family practice; Evaluation studies; Mass screening; Netherlands.

Author's address: Oude Turfmarkt 125, 1012 GC Amsterdam, The Netherlands.

Tabel 9 - Table 9. Aantallen vrouwen naar bekendheid bij de huisarts van anticonceptie (exclusief vrouwen met uterusextirpatie), aantallen vrouwen bij wie een of meermalen in 1972-1983 cervixcytologie is verricht en percentages van deze vrouwen bij wie het cytologisch vervolg onvoldoende is geweest - Numbers of women by general practitioner's awareness of contraception (excluding hysterectomized women), numbers of women whose cervical cytology was examined once or several times during the period 1972-1983 (excluding hysterectomized women) and percentages of these women in which the cytological follow-up was insufficient.

Contraception	Practice A			Practice B			Practice C		
	Total number of women	Women given cytol. exam.	% with insufficient follow-up	Total number of women	Women given cytol. exam.	% with insufficient follow-up	Total number of women	Women given cytol. exam.	% with insufficient follow-up
Unknown	160	91	24.2	278	148	38.5	80	60	18.3
Known (excluding sterilization)	181	146	13.7	438	353	12.5	62	52	19.2
Sterilization ♀ or ♂	129	114	18.4	70	67	22.4	49	48	12.5
Pregnancy (wish)	35	23	21.7	56	46	19.6	7	7	0.0
Postmenopause	281	151	36.4	175	98	35.7	179	165	7.9
Total	786	525	23.4	1017	714	22.4	377	332	12.0

Tabel 10 - Table 10. Aard van afwijkende cervixcytologie, voor de eerste maal vastgesteld in de periode 1972-1983, naar de plaats waar de bevinding werd vastgesteld. Aantallen - Type of abnormal cervical cytology first diagnosed during the period 1972-1983, by diagnostician. Numbers.

Abnormal cervical cytology	Practice A		Practice B		Practice C		Total
	GP ^b	Gyn.	GP ^b	Gyn.	GP ^b	Gyn.	
Atypia NOS ^a	6	1	4	1	5		17
Slight atypia	9		6		3		18
Moderate atypia			16		1		17
Severe atypia			13	1			14
Slight dysplasia							
+ IIIA NOS	7	4	15	1	5	1	33
Moderate dysplasia	1		1		1		3
Severe dysplasia	1	4	5	2			12
Carcinoma in situ		3	3	3			9
Suspected carcinoma		1	6				7
Carcinoma			1				1
Total	24	13	70	7	15	1	130

^a NOS = not otherwise specified. ^b Or previous GP.

Beschouwing

Methodologische beperkingen. Om te beginnen moet hier worden stilgestaan bij enkele methodologische beperkingen.

Retrospectief onderzoek over een lange periode op basis van het kaartstelsel van de huisarts brengt belangrijke problemen met zich mee. Deze kunnen zo omvangrijk, divers en complex zijn, dat menig onderzoeker concludeert dat dit soort materiaal ongeschikt is voor epidemiologisch onderzoek.¹¹ Een dergelijke conclusie lijkt echter te somber en is bovendien voorbarig ten aanzien van de evaluatie van een „harde” procedure als het maken van uitstrijkjes. Bovendien heeft dit onderzoek een exploratief en geen toetsend karakter. Tenslotte is de onderzoeker een buitenstaander ten opzichte van de onderzochte praktijken.

Enkele van de beperkingen die Roscam Abbing noemt voor retrospectief statusonderzoek¹¹, spelen dan ook geen rol. Dit geldt met betrekking tot *Berkson's*

fallacy, de onafhankelijke hypothesevorming, de eenduidigheid van het materiaal, de inter-observer variation en de intra-observer bias. Dat neemt niet weg dat er problemen kleven aan dit onderzoek met betrekking tot de representativiteit, de volledigheid van het materiaal, de vergelijkbaarheid van de drie praktijken en de selectie die zich gedurende de onderzoeksperiode binnen de onderzoeksgroep heeft voorgedaan.* Deze beperkingen nopen tot voorzichtigheid. De conclusies uit dit onderzoek hebben dan ook slechts indicatieve betekenis.

1. Actieve opsporing in de huisartspraktijk is mogelijk. De resultaten in praktijk C laten zien dat het in een huisartspraktijk door een actieve opsporingsstrategie mogelijk is om vrijwel alle vrouwen uit de doelgroep te bereiken en

* In de meeste Nederlandse huisartspraktijken is het helaas gebruikelijk om alle gegevens over vertrokken patiënten aan de nieuwe huisarts te zenden. Onder meer uit onderzoeksoverwegingen zou het de voorkeur verdienen als iedere huisarts een archief achterhoudt van zijn eigen activiteiten.

Tabel 11 - Table 11. Meest afwijkende histologische bevindingen bij vrouwen bij wie in 1972-1983 afwijkende cervixcytologie werd vastgesteld. Aantallen - Most abnormal histological findings in women whose cervical cytology was found to be abnormal during the period 1972-1983. Numbers.

Histology	Practice		
	A	B	C
Not abnormal			2
Slight dysplasia			2
Moderate dysplasia			3
Severe dysplasia	3	5	2
Carcinoma in situ	4	15	2
Micro-invasive ca.			1
More than micro-inv. ca.			4

consequent te vervolgen voor cervixcytologiescreening, zodra deze vrouwen ten minste twee jaar tot de betreffende praktijk en leeftijdsgroep hebben behoord.

Sceptici zullen wellicht opmerken dat de geringe praktijkgrootte van praktijk C en de individuele taakopvattingen van de beide opeenvolgende huisartsen zullen hebben bijgedragen aan het resultaat. Dit moge zo zijn; de kern van de conclusie wordt daarmee niet ondermijnd. Kennelijk moet aan bepaalde voorwaarden voldaan zijn, wil een huisarts gedurende een lange periode preventieve activiteiten verweven in zijn huisartsgeneeskundig handelen. Het feit dat de huisartsen in praktijk C dit beleid, ondanks een laag rendement, hebben volgehouden, vormt een extra ondersteuning voor de strekking van deze conclusie. Wel mag verwacht worden dat minder enthousiaste en minder nauwgezette huisartsen pas in een hoger rendement de prikkel zullen vinden om hun beleid vol te houden. Een probleem daarbij kan zijn dat zo'n prikkel afwezig

De drie praktijken

Praktijk A is een normpraktijk in een naoorlogse tuinstad met een vrijwel normale leeftijdsopbouw van de onderzoeksgroep. Bijna de helft van deze groep was al voor 1972 patiënt.

Praktijk B is een normpraktijk verspreid over een vrij groot praktijkgebied aan de zuidwestelijke rand van het centrum van de stad. De jongere leeftijdsgroepen zijn sterk oververtegenwoordigd. Bovendien kent deze praktijk een grote doorstroming van patiënten. Hierdoor liggen de mediaan en het gemiddelde voor de inschrijvingsduur ver uit elkaar en is er van een

grote groep vrouwen slechts een gering aantal feitelijke onderzoeksjaren beschikbaar. Praktijk C heeft, afgezien van de kleinere omvang, wat betreft de ligging en praktijksamenstelling veel met praktijk A gemeen.

In praktijk A bestond tot eind 1983 een passieve opsporingsstrategie. In praktijk B wordt sinds het eind van de zestiger jaren op gedocumenteerde wijze systematisch cervixcytologie afgenomen.⁶⁻⁸ In praktijk C werd daarmee eveneens vóór 1972 begonnen. De keuze van de drie praktijken berust verder louter op gelegenheidsargumenten.

is (en blijft), doordat de aard van de praktijkpopulatie met zich meebrengt dat de incidentie van cervixpathologie laag is. In dat geval zullen andere – vooral financieel-organisatorische – prikkels gecreëerd moeten worden. Terzijde zij vermeld dat de in praktijk C toegepaste organisatie van de controle uitmunt door eenvoud. Via kleurmerking van de patiëntenkaart wordt de huisarts erop geattendeerd, dat de betreffende patiënte in principe voor cervixcytologie in aanmerking komt. Met potloodnotities bij dit gekleurde strookje wordt het jaartal van de eerstvolgende uitstrijk vermeld of wordt duidelijk gemaakt dat cytologie niet meer nodig is.

2. Actieve opsporingsstrategie is geen garantie. De resultaten in praktijk B laten zien, dat een actieve opsporingsstrategie geen garantie is voor een optimaal bereik en vervolg van de screening.

Indien het onderzoek beperkt zou zijn tot de praktijken A en B, zou men geneigd zijn te concluderen dat het weinig uitmaakt of de huisarts zich actief dan wel afwachtend opstelt. Nu dit niet het geval is, drukken de bevindingen in praktijk B ons op de kwetsbare kanten van een actieve opsporingsstrategie. In deze praktijk bestaat immers sinds lang een enthousiaste cervixcytologietraditie, die door wijlen K. G. Brühl is geïnitieerd en door zijn opvolgers is voortgezet, mede gestimuleerd door een betrekkelijk hoog rendement in de zin van gevonden cervixpathologie. Toch blijken de resultaten uit het oogpunt van doeltreffendheid van de screening niet veel verbeterd ten opzichte van de laatste publikatie van Brühl in 1970.⁷ In 1964-1969 bleek 63 procent van de vrouwen van 20-60 jaar ooit cytologisch onderzocht. Eind 1983 blijkt van de leeftijdsgroep 23-60 jaar 74 procent van de

vrouwen ooit bereikt voor cervixcytologie (tabel 4), maar is het cytologisch vervolg met name in de oudere leeftijdsgroepen niet optimaal (tabel 8). De resultaten in praktijk B steken overigens niet ongunstig af ten opzichte van onderzoeken in het gezondheidscentrum Ommoord en in huisartspraktijken in België.^{4 12-14}

Keren we terug naar de kwetsbare kanten van het beleid in praktijk B, dan zijn er dienaangaande wel enige veronderstellingen te opperen. Het feit dat een groot deel van de gevonden afwijkende cervixcytologie in deze praktijk wordt aangetroffen bij de jongere leeftijdsgroepen, zal remmend werken op een daadwerkelijk actief beleid ten aanzien van perimenopauzale vrouwen. De grote doorstroming in praktijk B en ook het in andere (hier niet-gedocumenteerde) opzichten „onrustige” karakter van de praktijkpopulatie maken het voor de huisarts extra moeilijk om een actieve benadering consequent vol te houden. De gunstige resultaten in praktijk C zullen bijvoorbeeld zeker mede voortkomen uit het stabiele karakter van die praktijk. Het is echter waarschijnlijk dat in praktijk B al een verbetering valt te bewerkstelligen door een aanpassing van het registratie- en documentatiesysteem, dat in deze praktijk nogal wat te wensen overlaat.

3. Een passieve strategie leidt niet per se tot een slechter bereik. De resultaten in praktijk A laten zien, dat een passieve strategie niet per se tot een slechter bereik en vervolg van cervixcytologiescreening behoeft te leiden dan een actieve opsporingsstrategie.

De bevindingen in praktijk A, met een passief beleid, zijn ten opzichte van de resultaten in praktijk B niet ongunstig. Dit wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door het grote aandeel van de uitstrijkjes die door gynaecologen zijn

gemaakt: in praktijk A worden relatief veel vrouwen langdurig door de gynaecoloog gecontroleerd. Een hoog percentage verwijzingen naar de gynaecoloog is echter niet inherent aan een passief cervixcytologiebeleid. Het is voorstelbaar dat er huisartsen zijn die een relatief laag verwijscijfer naar de gynaecoloog hebben, en zelf niet of nauwelijks cervixcytologie verrichten. Niettemin tonen de resultaten van praktijk A aan, dat een gecombineerde aanpak door huisarts en gynaecoloog redelijke screeningscijfers kan bewerkstelligen, zonder dat er sprake is van een hoog percentage overbodige dubbelscreening. Het financiële aspect van een dergelijke benadering kan wel een bezwaar vormen.

4. Sommige categorieën vrouwen worden slecht bereikt. Enkele categorieën vrouwen kunnen slechter worden bereikt voor cervixcytologie: postmenopauzale vrouwen, vrouwen van wie het (eventuele) anticonceptiegebruik niet bekend is bij de huisarts en mogelijk ook zwangeren en vrouwen in afwachting van een zwangerschap. Deze categorieën hebben bovendien een grotere kans, dat een gestarte screening onvoldoende consequent wordt vervolgd. Dit geldt waarschijnlijk ook voor vrouwen bij wie de anticonceptie via sterilisatie van de man of vrouw is geregeld.

De gevonden relaties tussen enerzijds bereik en vervolg van de cervixcytologie en anderzijds de leeftijd van de vrouwen en de bekendheid bij de huisarts van het anticonceptiegebruik liggen in de lijn der verwachting en stemmen overeen met de literatuur. De relatief ongunstige cijfers bij zwangeren en vrouwen met zwangerschapswens in praktijk A zijn op zichzelf niet verrassend. De aandacht voor de zwangerschap doet de belangstelling voor andere gynaecologische zaken wellicht verminderen. Deze

waarneming kan echter op toeval berusten en vraagt om nadere bevestiging. Er zijn voorts aanwijzingen dat na sterilisatie van man of vrouw de herhalingsuitstrijkjes sneller vergeten dreigen te worden. De verdwenen medische bemoeienis bij de anticonceptie zal hier debet aan zijn. Een dergelijk fenomeen doet zich ook voor bij vrouwen in de postmenopauze.

5. De aard van de opsporingsstrategie is slechts één factor temidden van andere.

De verschillen tussen de drie praktijken in opgespoorde afwijkende cervixcytologie maken duidelijk dat de feitelijke aard van de opsporingsstrategie slechts één factor is te midden van vele andere, die de trefkans van (voorstadia van) baarmoederhalskanker in een huisartspraktijk bepalen. Bovendien kan deze trefkans minimaal zijn.

De vastgestelde discrepantie tussen de drie praktijken is in overeenstemming met de literatuur.¹⁰ Reeds eerder werd aangetoond dat de incidenties van (voorstadia van) cervixcarcinoom sterk verschillen tussen 34 Amsterdamse huisartspraktijken.⁸ Dit berust op een niet evenredige verdeling van de risicogroepen over de stadswijken.* De relatief jonge leeftijd van nogal wat vrouwen met ernstige cervixpathologie vraagt om nadere aandacht. Reeds eerder werd er op gewezen dat carcinoma in situ en invasief cervixcarcinoom niet alleen voorkomen bij vrouwen boven de leeftijdsgrens van het bevolkingsonderzoek (35 jaar)¹⁷⁻¹⁸, al werden deze waarschuwingen weer getemperd door conclusies op grond van materiaal van Nederlandse huisartsen op een centraal aggregatieniveau.¹⁹ Dat neemt niet weg dat de bevindingen in praktijk B, ondanks het incidentele karakter ervan, aansluiten bij ook elders geconstateerde tendensen in de richting van een verschuiving – of beter gezegd uitbreiding – van de risicoleeftijd voor ernstige cervixpathologie naar jongere leeftijdsgroepen.³

Conclusies voor het beleid. Gezien de methodologische beperkingen van dit onderzoek zijn vergaande conclusies een hachelijke zaak. Bovendien heeft de discussie over het cervixcytologiebe-

leid een complex en controversieel karakter. Zo kan de principiële vraag of screening of cervixcarcinoom überhaupt zinvol is (afgezien van het aantoonbare nut in individuele gevallen), nog steeds niet eenduidig positief worden beantwoord²⁰.

Voorbijgaand aan deze kwestie is het duidelijk dat de resultaten van dit onderzoek niet kunnen dienen om aan te tonen dat cervixcytologiescreening beter door de huisarts dan door een andere instantie kan geschieden. Het valt te betreuren dat er indertijd, met de start van de bevolkingsonderzoeken in de proefregio's, niet gelijktijdig een prospectief onderzoek is gestart in huisartspraktijken buiten de proefregio's. Deze omissie valt met name de toezichhouders op de financiële stromen in de gezondheidszorg aan te rekenen, die in de zeventiger jaren een ongebreidelde gebruik van een nieuwe screeningsmethode hebben vrijgegeven, zonder voorwaarden te stellen aan een doeltreffende en betrouwbare evaluatie.

Dit onderzoek toont dus niet aan dat opsporing van (voorstadia van) cervixcarcinoom beter door huisartsen kan plaatsvinden. Wel toont het aan dat deze opsporing, ingebed in huisartsgeneeskundig handelen, mogelijk is met een hoge mate van doeltreffendheid ten aanzien van bereik en vervolg van de screening, mits er aan een aantal voorwaarden is voldaan. Deze betreffen onder meer afstemming van de taakopvattingen van huisartsen, gynaecologen en vroedvrouwen op elkaar en het financieel-organisatorische kader waarbinnen de respectievelijke taakstellingen gerealiseerd (en gecontroleerd) kunnen worden. Een centraal (regionaal) coördinerende en registrerende instantie die tevens de voorwaardelijke financiering van screeningsactiviteiten bewaakt, lijkt daarbij niet gemist te kunnen worden. Daarmee is de discussie over de mogelijkheden van de huisarts bij de opsporing van cervixcarcinoom in feite een onderdeel geworden van de realisering van het takenpakket van de huisarts en het voorwaardenbeleid daartoe.

Louter vertrouwen op individuele invulling van preventieve taakopvattingen van huisartsen zal onder ideale condities, als kleine praktijk en stabiele praktijksamenstelling, geruime tijd fraaie resultaten kunnen opleveren (zie praktijk C). Onder ongunstiger condities zal zelfs een enthousiaste taakuitvoering echter onvoldoende doeltreffend blijken (zie praktijk B) en per saldo niet beter uit de bus komen dan een huisartspraktijk waarin minder specifiek aan-

dacht voor deze deeltaak bestaat of kan bestaan (zie praktijk A). In dit licht bezien lijkt de stelling van Van Weel („Anticiperende opsporing van hypertensie en cervixcarcinoom verdient de voorkeur boven opsporing via een bevolkingsonderzoek”⁴) optimistisch, maar niet onjuist, en lijkt het standpunt van Van der Maas („bij de huidige organisatie en het gebrek aan garanties lijkt een verschuiving van dit soort preventieve maatregelen naar de huisarts ongewenst”⁵) niet onjuist, maar pessimistisch.

Dankbetuiging

Met dank aan de huisartsen H. Hirschfeld, A. M. Reijnierse, G. W. Salemink en H. Wemekamp voor het ter inzage bieden van de patiëntengegevens. Extra dank gaat uit naar Hans Hirschfeld voor zijn medewerking en commentaar.

Dit onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door een bijdrage uit het Fonds Wetenschappelijk Werk van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

¹ Sturmans F, Valkenburg HA, Burema L. Twijfels over de effectiviteit van de huidige strategie bij screening op cervixcarcinoom. Ned Tijdschr Geneesk 1976; 120: 1191-7.

² Sturmans F, Valkenburg HA, Burema L. Is screening op cervixcarcinoom wenselijk en zo ja, via algemeen bevolkingsonderzoek of onderzoek bij high-risk groepen? Ned Tijdschr Geneesk 1976; 120: 1197-1206.

³ Draper GJ, Cook GA. Changing patterns of cervical cancer rates [Editorial]. Br Med J 1983; 287: 510-2.

⁴ Weel C van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.

⁵ Maas PJ van der. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker: huisarts of openbare gezondheidszorg? [Redactioneel]. Tijd Soc Gezondheidszorg 1984; 62: 37.

⁶ Brühl KG, Bourgraaf JE de. Voorlopige ervaringen met de cervicale uitstrijkmethode in een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1968; 11: 382-9.

⁷ Brühl KG, Bourgraaf JE de. Verdere ervaringen met de cervicale uitstrijkmethode in een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1970; 13: 370-3.

⁸ Brühl KG. De werkgroep „cytodiagnostiek van het cervixcarcinoom”. Huisarts en Wetenschap 1972; 15: 198-9.

⁹ Dool CWA van den, Linthorst G, Spoelstra W, Waard F de. Bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom in de groepspraktijk Stolwijk. Huisarts en Wetenschap; 1971; 14: 190-2.

¹⁰ Collette HJA. De betekenis van cytologisch onderzoek ter preventie van cervixcarcinoom. Ned Tijdschr Geneesk 1975; 119: 795-800.

Vervolg literatuur op p. 391.

* In dit onderzoek is bewust geen aandacht besteed aan de risicofactoren voor cervixcarcinoom. Op grond van een pilot-study werd een gebrekkige registratie verwacht van bijvoorbeeld sexarche, promiscuïteitsindicatoren, sociaal-economische status en pariteit. Bovendien blijkt dat men ten aanzien van de gerichte aandacht voor risicogroepen minder verwachtingen moet koesteren dan voorheen verondersteld werd.¹⁵⁻¹⁶