

# Huisarts en cervixscreening: meer te bereiken met minder uitstrijken

**Bijna overal in Nederland is in 1989 het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hervat. Als regel verzorgen de gemeenten met de GGD'en het uitnodigingssysteem, terwijl de huisarts de uitstrijk verricht en de follow-up van belangrijk afwijkende uitstrijken bewaakt. Een hoog bereik, vooral van de oudere vrouwen uit de doelgroep, is verreweg de belangrijkste voorwaarde voor een doeltreffend bevolkingsonderzoek.<sup>1</sup> Wat zijn de ervaringen tot dusver met dit bevolkingsonderzoek? Geven deze al aanleiding tot de keuze voor een bepaald uitnodigingssysteem?**

## Eerste resultaten: lage deelnamegraad

Gedurende de eerste driejaars-cyclus (1989-1991) heeft naar schatting 63 procent van de vrouwen in de doelgroep – thans nog de leeftijdscategorie 35-54 jaar – één of meer uitstrijken laten maken. In ongeveer de helft van de gevallen had dit plaats in het kader van het bevolkingsonderzoek. Verder heeft ongeveer 14 procent van de leeftijdscategorie 35-54 jaar ooit een uterusextirpatie ondergaan waarbij ook de cervix werd verwijderd.<sup>2</sup> Daarmee komt de 'beschermingsgraad' uit op circa 77 procent. De beschermingsgraad was in de periode 1976-1985 in de drie proefregio's steeds ruim 80 procent.<sup>3</sup>

De deelnamecijfers voor het bevolkingsonderzoek zijn opmerkelijk laag: in de orde van 30 à 40 procent, soms wat hoger. Een voor de hand liggende verklaring is, dat er sprake was van een starteffect.<sup>4</sup> Het aantal vrouwen uit de doelgroep met een recente uitstrijk (binnen een termijn van drie jaar) bedroeg in 1989 gemiddeld ongeveer 30 procent,<sup>5</sup> oplopend tot ongeveer 60 procent in enkele huisartspraktijken.<sup>4,6</sup>

Het lag in de lijn der verwachting dat de deelname aan het bevolkingsonderzoek zou toenemen, en dat het aantal tussentijdse uitstrijken zou dalen.<sup>4</sup> Hiervoor zijn (nog) geen aanwijzingen. Nog steeds wordt gemeld dat rond 30 procent van de vrouwen die in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek – een derde van de deelneemsters en een derde van de niet-deelneemsters – recent is uitgestreken, en dat het aantal tussentijdse uitstrijken niet is verminderd.<sup>7-9</sup>

Het grote aantal tussentijdse uitstrijken kan maar zeer ten dele worden verklaard door herhalingsuitstrijken naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek. Die worden wel vaak geadviseerd, bijvoorbeeld bij Pap II, maar lang niet altijd uitgevoerd. Andere medische indicaties, niet naar aanleiding van het bevolkingsonderzoek, zijn zelden hard,

al worden ze vaak aangevoerd. Doorgaans gaat het bij tussentijdse uitstrijken in feite om opportunistische screening.<sup>17</sup>

## Opportunistische screening: het monteursmodel

Huisartsen zijn zelden op de hoogte van het oproepschema (welke geboortejaren, spreiding over het kalenderjaar).<sup>10,11</sup> Uit enquête-onderzoek komt verder naar voren dat circa 70 procent van de huisartsen zonder meer gehoor geeft aan een verzoek om een uitstrijk door vrouwen uit de doelgroep die geen medische klachten hebben.<sup>10</sup> De meeste tussentijdse uitstrijken worden verricht op initiatief van (vooral jongere) vrouwen, die evenmin op de hoogte zijn van het oproepschema.<sup>12</sup> Circa 70 procent van de tussentijdse uitstrijken wordt verricht in het kalenderjaar vóór het jaar waarin de vrouw volgens het oproepschema in aanmerking zou komen voor screening.<sup>12</sup> Dat is des te opmerkelijker omdat slechts weinig huisartsen een korter screeningsinterval dan drie jaar voorstaan.<sup>10</sup>

Er worden verschillen in bereik gemeld, naar kenmerken als leeftijd, sociaal-economische status, samenlevingsvorm en urbanisatiegraad.<sup>2,9</sup> Dat geldt in sterkere mate voor tussentijdse uitstrijken dan voor uitstrijken in het kader van het bevolkingsonderzoek.<sup>2</sup> De bevindingen zijn niet erg consistent. Dat wordt deels verklaard door de moeilijk vermijdbare selectieve non-respons bij participatie-onderzoek, deels doordat vaak niet wordt gecorrigeerd voor andere belangrijke kenmerken, zoals het ondergaan hebben van een totale hysterectomie. De beschermingsgraad schijnt weinig beïnvloed te worden door achtergrondkenmerken, met uitzondering van het land van herkomst.<sup>2,8,9</sup> Het lijkt erop dat met het bevolkingsonderzoek (deels) andere vrouwen worden bereikt dan met opportunistische screening.<sup>2,13</sup>

Opportunistische screening heeft dus een zeker complementair effect op het bevolkingsonderzoek. Daar staan ongunstige effecten tegenover. Veel tussentijdse uitstrijken leiden enerzijds tot een geringere deelname aan het bevolkingsonderzoek<sup>9</sup> en anderzijds tot overlap daarmee. Uit verschillende publikaties is af te leiden dat bij ten minste eenderde van de (vooral jongere) deelneemsters aan het bevolkingsonderzoek korter dan drie jaar tevoren al een uitstrijk was verricht.<sup>4,8</sup> De continue Gezondheidsenquête van het CBS laat zien dat 20 procent van de vrouwen uit de doelgroep die in de afgelopen vijf jaar een uitstrijk heeft gehad, in deze periode drie keer of vaker is uitgestreken.<sup>2</sup>

## Uitnodiging door de huisarts zelf

Op verschillende plaatsen is nagegaan of een uitnodigingssysteem vanuit de huisartspraktijk tot betere resultaten leidt.

**Van Veen WA. Huisarts en cervixscreening: meer te bereiken met minder uitstrijken [Commentaar]. Huisarts Wet 1994; 37(6): 226-9.**

In Nijmegen en omgeving werd in de periode 1990-1992 – op initiatief van het NHG en met steun van WVC – een interventie-onderzoek verricht in tien van de destijds dertien geautomatiseerde huisartspraktijken. De controlegroep werd gevormd door alle overige vrouwen in Nijmegen en omgeving, die op de gebruikelijke wijze via de GGD werden uitgenodigd. In de interventiegroep (n=5.173) was de deelnamegraad 12 procent hoger dan in de controlegroep. Dat verschil liep op tot 21 procent indien schriftelijk of telefonisch werd gerappelleerd bij non-respons. Daarmee kwam de deelnamegraad uit op 64 procent en de beschermingsgraad op 91 procent, inclusief de vrouwen met een recente uitstrijk (korter dan drie jaar tevoren) of een uterusextirpatie. Werd als ‘recent’ alleen een uitstrijk in het afgelopen jaar beschouwd, dan bedroeg de beschermingsgraad 82 procent.<sup>14</sup>

*Verberk* bereikte in zijn praktijk in Wezep in 1988/1989 (n=720) met schriftelijke uitnodigingen (zonder rappel) een beschermingsgraad van 67 procent.<sup>15</sup> In Krimpen aan den IJssel werd de doelgroep (n=4.623) schriftelijk en/of telefonisch benaderd, aangevuld met case-finding. In de periode 1988-1991 werd een beschermingsgraad bereikt van 88 procent. Dat percentage varieerde tussen de vijf praktijken van 81 tot 94 procent.<sup>6,16</sup>

*Ponsioen* bereikte in 1989 in zijn praktijk in Brielle met een telefonische uitnodiging 85 procent van alle 89 vrouwen die langer dan vijf jaar geen uitstrijk hadden laten maken. Daarmee kwam de beschermingsgraad voor de totale doelgroep (n=545) uit op 98 procent. De laatste ronde van het (proef)bevolkingsonderzoek had daar plaatsgehad in 1984.<sup>17</sup>

In het gewest Midden-IJssel (n=20.527) bedroeg in 1990 en 1991 de deelnamegraad 67 procent en de beschermingsgraad 86 procent (variërend per gemeente van 78 tot 99 procent).<sup>18</sup> Hier was de GGD betrokken bij de opzet van het huisartsen-uitnodigingssysteem. In de eerste helft van 1993 werd in Zaanstad in zes huisartspraktijken (n=380) een deelnamegraad bereikt van 56 procent en een beschermingsgraad van 91 procent.<sup>19</sup>

*Vons & Dalhuijsen* vonden in een huisartspraktijk in Noordwijk (n=180) een deelnamegraad van 70 procent en een beschermingsgraad van 94 procent.<sup>20</sup>

In feite is al twintig jaar geleden gebleken – in het project Cyt-U-Universitair – dat de beste resultaten worden bereikt met bevolkingsonderzoek door huisartsen die ook zelf de uitnodigingen verzorgen. De 42 deelnemende huisartsen behaalden daarmee in de doelgroep (n=41.681) een beschermingsgraad van gemiddeld 90 procent.<sup>21</sup>

### Huisarts in het voordeel

Een uitnodigingssysteem vanuit de huisartspraktijk maakt het mogelijk van tevoren vast te stellen welke vrouwen om medische redenen geen uitstrijk behoeven, bijvoorbeeld

wegens status na hysterectomie (14 procent), recente uitstrijk (ten minste 10 à 20 procent) of zwangerschap (1 procent). Daardoor kan met minder uitnodigingen worden volstaan.

Veel belangrijker nog dan de bespaarde postzegels en uitstrijken is dat met name vrouwen zonder baarmoederhals niet onnodig geconfronteerd worden met een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek (het gaat hier om een kleine 100.000 vrouwen per jaar). ‘Opschonen’ van het oproepbestand is om redenen van privacy moeilijk uitvoerbaar bij een gemeentelijk uitnodigingssysteem.

Met aanmerkelijk minder uitnodigingen bereikt de huisarts al in eerste instantie meer vrouwen. Met zo nodig een schriftelijke of telefonische herinnering wordt het bereik nog beter. Tot dusver wordt, op een enkele uitzondering na,<sup>15</sup> een beschermingsgraad gehaald van ten minste 86 procent. Dat is belangrijk hoger dan met het gemeentelijke oproepsysteem, en ook nog wat gunstiger dan tijdens het proefbevolkingsonderzoek in de periode 1976-1985. Bovendien zijn de resultaten duidelijk beter dan bij een actieve benadering via case-finding, waarbij ten minste 21 tot 27 procent van de doelgroep niet bereikt wordt.<sup>22-25</sup><sup>1</sup>

Informatie over de vrouwen die om medische redenen geen uitstrijk behoeven, is niet alleen van belang voor een gericht uitnodigingssysteem, maar is ook onmisbaar voor een zinvolle monitoring en evaluatie van het bevolkingsonderzoek.

Het Nijmeegse interventie-onderzoek leidde ook tot een sluitende bewaking van de follow-up bij sterk afwijkende cytologie.<sup>14</sup> Dat is van groot belang, omdat de helft van de huisartsen, althans in de regio Nijmegen, de follow-up niet actief bewaakt. In dat geval volgt in één van de vijf gevallen geen follow-up bij sterke dysplasie of ernstiger cytologische afwijkingen.<sup>14</sup> Dat heeft hetzelfde effect als een minstens 20 procent lagere opkomst.

Een aantal laboratoria ondersteunt de inzendende huisartsen bij de bewaking van de follow-up. Dat laat onverlet dat de (huis)arts die de uitstrijk heeft verricht, verantwoordelijk is voor een adequate follow-up.

### Inpasbaarheid

Berekend is dat een huisarts-uitnodigingssysteem jaarlijks tien uur vergt in een geautomatiseerde praktijk. Deze taak kan desgewenst geheel of gedeeltelijk worden gedelegeerd aan praktijkassistentes.<sup>14</sup> Bij een goede registratie (hysterectomie is een statisch gegeven) of hulp van het laboratorium (uitstrijkverleden)<sup>16</sup> kan eenderde van de tijdsinvestering, voor het ‘opschonen’ van het oproepbestand, bespaard worden.

Blijkens een enquête onder de huisartsen in de regio Nijmegen (respons 90 procent) was 90 procent bereid om op enigerlei wijze deel te nemen aan een huisarts-uitnodi-

gingssysteem. Inmiddels is daarmee daadwerkelijk gestart door 84 huisartsen uit de regio (de vrouwen uit de overige praktijken worden via de GGD uitgenodigd). Ook in andere regio's tekent zich onder huisartsen een grote bereidheid af om zelf de uitnodigingen te verzorgen,<sup>10</sup> of werken Districts Huisartsen Verenigingen al regionale voorstellen uit in samenwerking met het Integrale Kankercentrum en andere betrokken instanties, en op basis van de Nijmeegse ervaringen.<sup>14</sup>

### Beschouwing

De belangrijkste redenen om het tot 1985 bestaande bevolkingsonderzoek te integreren in de huisartspraktijk waren de aanmerkelijke overlap met uitstrijken in de curatieve sector en de teruglopende deelname. Wegens de destijds lage automatiseringsgraad van huisartsen kregen vooralsnog de gemeenten de taak om zorg te dragen voor een uitnodigingssysteem.<sup>26</sup> Bij deze onvolledige integratie blijft de overlap, die de aanleiding vormde voor de reorganisatie van het bevolkingsonderzoek, te blijven bestaan. Huisartsen die zelf uitnodigen, zijn bij uitstek in staat grote aantallen onnodige uitstrijken te vermijden en bovendien een hogere deelname te bereiken. De NHG-standaard Cervixuitstrijken eindigt met de verzuchting dat een optimaal bevolkingsonderzoek ondenkbaar is met een uitnodigingssysteem dat de huisarts niet in staat stelt om non-respondentes opnieuw uit te nodigen.<sup>27</sup> De door het Genootschap verlangde oplossing dient zich nu duidelijk aan.

Een huisarts-uitnodigingssysteem sluit ook uitstekend aan op de functionele uitgangspunten voor de herstructurering van het bevolkingsonderzoek, die onlangs zijn geformuleerd door de landelijke coördinatiecommissie baarmoederhalskanker (CoComBa) van de Ziekenfondsraad, en het standpunt daarover van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.<sup>28 29</sup> Ook de uitgangspunten voor de financiering ingevolge de AWBZ zijn door de Ziekenfondsraad vastgesteld. Over de hoogte van de tarieven voor de medische verrichtingen heeft nog overleg plaats.

Op inhoudelijk terrein zijn belangrijke knopen doorgemaakt. Met bestuurlijke instemming van de zijde van de huisartsen, pathologen en gynaecologen is onder meer besloten om de doelgroep van het bevolkingsonderzoek te verruimen tot de leeftijdscategorie 30-60 jaar en het screeningsinterval te verlengen tot vijf jaar.<sup>28</sup> Ook wordt gewerkt aan een oplossing van het voor screeningsdoeleinden onaanvaardbaar hoge aantal herhalingsadviezen wegens geringe afwijkingen (Pap II), dat doorgaans 10 procent bedraagt en soms zelfs 15 tot 25 procent.<sup>8 11 18</sup> Afgesproken is dat percentage herhalingsadviezen terug te dringen door alle reactieve atypieën tengevolge van ontstekingen buiten deze rubriek te laten. In aansluiting op deze afspraken heeft het NHG besloten om de standaard

Cervixuitstrijken op korte termijn te herzien. Daarin zal de nadrukkelijke voorkeur voor het huisarts-uitnodigingssysteem worden uitgesproken.

De Ziekenfondsraad heeft – in lijn met de functionele uitgangspunten – voor geen enkel uitvoeringsaspect het primaat bij een van de betrokken partijen gelegd. Tot dusver werd ook geen voorkeur uitgesproken voor het huisarts-uitnodigingssysteem, met als overweging dat niet alle huisartsen zijn geautomatiseerd en dat regionaal niet een volledige dekking van de doelgroep kan worden gegarandeerd. Intussen is de meerwaarde van het uitnodigen door de huisarts overtuigend gedocumenteerd. Ook is duidelijk gebleken dat automatisering niet per se nodig is en dat een automatiseringsgraad van 100 procent geen noodzakelijke voorwaarde is voor regionale dekking.<sup>11 18</sup>

### Conclusie

De conclusie is glashelder: het huisarts-uitnodigingssysteem past als een looper op het NHG/LHV-beleid gericht op programmatische preventie, op het beleid van WVC en op de functionele uitgangspunten van de Ziekenfondsraad.

W.A. van Veen

- 1 Van Veen WA. Van opportunistische screening naar georganiseerd bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker [Commentaar]. Huisarts Wet 1991; 34: 206-8.
- 2 De Bruin A, De Koning HJ, Van Ballegooijen M. Cervix uitstrijkjes en mammografieën, Gezondheidsenquête 1991. Mndber gezondheid (CBS) 1993 (nr. 5): 4-21.
- 3 EVAC. Eindrapportage van de Evaluatiecommissie inzake de vroege opsporing van cervixcarcinoom (EVAC). Leiden: NIPG-TNO, 1988.
- 4 Busch MCM, Broer J, Tijmstra Tj, et al. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 'nieuwe stijl'. Een onderzoek naar de achtergronden van de lage opkomst in 1989. Huisarts Wet 1991; 34: 215-7.
- 5 Bartelds AIM. Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland 1992. Utrecht: Nivel, 1993.
- 6 De Bruin NJM, Prins A, Bickel BCJ. Cervixscreening in huisartspraktijken. Uitnodigingsvarianten. Med Contact 1990; 45: 1277-8.
- 7 Van Nierop P, Kuijpers J, Vos W, et al. Evaluatie vroege opsporing baarmoederhalskanker regio Eindhoven-Kempenland 1992. Eindhoven: GGD Eindhoven en Geldrop-Valkenswaard, 1994.
- 8 Luidens A, Schouten JSGA. Evaluatie vroege opsporing van baarmoederhalskanker. Tilburg: GGD Midden-Brabant, 1993.
- 9 Van Ede J, Schokker S. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Drachten: GGD 'De Friese Wouden', 1993.
- 10 Faber T, Groen G, Klaver E. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Een attitudemeting onder huisartsen in Friesland. Leeuwarden: Noordelijke Hogeschool, 1993.

- 11 Palm BTHM, Kant AC, Van den Bosch WJHM, et al. Implementation of the national cervical cancer screening in general practice and feasibility of a general practice-based call system: the GP's opinion. *Fam Practice* 1993; 10: 173-7.
- 12 Bol PJN. Evaluatie van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en onderzoek naar kenmerken van de uitstrijkjes die buiten dit bevolkingsonderzoek om, in alle huisartspraktijken in Capelle aan den IJssel in 1990, zijn gemaakt. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1992.
- 13 Spee MHJM, Van Gastel J. Evaluatie van de organisatie van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Noord-Limburg. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1992; 136: 2327-31.
- 14 Palm BTHM, Kant AC. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. De invloed van de huisarts op deelname en follow-up. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1994.
- 15 Verberk H. Screening op cervixcarcinoom. De invloed van de huisarts op het opkomstpercentage. *Med Contact* 1989; 44: 84-6.
- 16 Prins A. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Resultaten na drie jaar uitnodigen tot deelname vanuit de huisartspraktijk. *Med Contact* 1993; 48: 537-8.
- 17 Ponsioen BP. Waarom geen uitstrijkje? Redenen om niet deel te nemen aan screening op cervixcarcinoom in een huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1989; 32: 462-4.
- 18 Mulder HB. Een effectief oproepsysteem. *GGD-nieuws* 1993; (nr. 2): 21-22.
- 19 Van den Berge P. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Evaluatienotitie. Zaanstad: GGD Zaanstreek, 1993.
- 20 Vons NW, Dalhuijsen J. Cervixscreening in een huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1994; 37: ter perse.
- 21 Collette HJA, Linthorst G, De Waard F. Vroege diagnostiek cervixcarcinoom Cyt-U-Universitair 1970-1973. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1974.
- 22 Van Weel C. Screenen door huisartsen op cervixcarcinoom. 2. Het samengaan van anticiperende screening door de huisarts en bevolkingsonderzoek. *Huisarts Wet* 1984; 27: 382-5.
- 23 Meijman F. Cervixcytologie via een actieve benadering. Een prospectief vervolgonderzoek naar doeltreffendheid in een huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1986; 29: 336-8.
- 24 Van Lidth de Jeude CP. Persoonsgerichte preventie door een huisarts [Dissertatie Utrecht]: Lelystad: Meditekst, 1991.
- 25 Van Gerven HPJ, Kant AC, Palm BTHM. Veertien jaar screening op cervixcarcinoom in een huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1992; 136: 23 23-6.
- 26 Van der Reijden JP. Notitie bevolkingsonderzoeken. Tweede Kamer, 1984-1985, 18.833, nr. 1-2.
- 27 Appelman CLM, Boer A, Bruinsma M, et al. NHG-Standaard Cervixuitstrijken. *Huisarts Wet* 1989; 32: 473-7.
- 28 Ziekenfondsraad. Uitgangspunten inzake de herstructurering van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Amstelveen: Ziekenfondsraad (nr. 592), 1993.
- 29 Brief dd. 11 januari 1994 van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Ziekenfondsraad. Rijswijk: WVC (kenmerk PAO/GZ 93-11301), 1994.

