

# Wel of niet centraal oproepen voor screening op baarmoederhalskanker?

De opbrengst van huisartsenuitstrijkjes in Den Haag en Rotterdam, 1991-1994

MYRTHE R. KOK  
MATHILDE E. BOON

**Kok MR, Boon ME. Wel of niet centraal oproepen voor screening op baarmoederhalskanker? De opbrengst van huisartsenuitstrijkjes in Den Haag en Rotterdam, 1991-1994. Huisarts Wet 1996; 39(3): 120-2.**

**Samenvatting** In de periode 1991-1994 heeft in Rotterdam een bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker plaatsgevonden, waarbij gebruik werd gemaakt van een centraal oproepsysteem, terwijl dat in dezelfde jaren in Den Haag niet het geval was. In dit onderzoek is nagegaan of er een verschil bestond in het percentage positieve uitslagen. De scores voor Den Haag bleken in de leeftijdsgroep 35-54 jaar significant hoger dan in Rotterdam, ondanks het feit dat het percentage vrouwen met een lage sociaal-economische status daar beïnvloedend hoger was.

Leids Cytologisch en Pathologisch  
Laboratorium, Postbus 16084, 2301 GB  
Leiden.

Drs. M.R. Kok, beleidsmedewerker;  
Dr. M.E. Boon, patholoog-anatoom.  
Correspondentie: Dr. M.E. Boon.

## Inleiding

Centrale screening op baarmoederhalskanker wordt in Nederland gepropageerd sinds *Hakama* heeft aangetoond dat in Scandinavië een centraal georganiseerd systeem het best functioneert.<sup>1</sup> In Nederland hebben de huisartsen echter, dankzij hun jarenlange betrokkenheid bij de screening, waardevolle ervaring opgedaan met het herkennen en bereiken van de *high risk*-populatie.<sup>2</sup> De vraag dient zich aan hoe belangrijk een centraal oproepsysteem hierbij is.

## Methoden

Het onderzoek heeft betrekking op de uitstrijkjes die het Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium in de periode 1991-1994 heeft ontvangen van de huisartsen uit Rotterdam en Den Haag en – als referentiegroep – uit de ‘schilgemeenten’ van deze twee steden. In de betreffende periode werd in Rotterdam gewerkt met een oproepsysteem (bevolkingsonderzoek, BO). In Den Haag daarentegen werden geen vrouwen opgeroepen (niet-bevolkingsonderzoek, NBO), behalve in het kader van een kleinschalig bevolkingsonderzoek dat door het ziekenfonds AZIVO werd georganiseerd ten behoeve van de eigen cliënten van 25-59 jaar.<sup>3</sup> In de schilgemeenten – Leidschendam, Voorburg, Rijswijk en Scheveningen, respectievelijk Capelle aan den IJssel, Nieuw-Lekkerland, Streefkerk, Bleskensgraaf, Ridderkerk, Barendrecht, Rhooen, Hoogvliet, Schiedam en Vlaardingen – werd wél een centraal oproepsysteem gehanteerd.

Het is bekend dat de incidentie van (de voorstadia van) cervixcarcinoom invers gecorreleerd is met de sociaal-economische status van de vrouwen. Om hiermee rekening te kunnen houden, zijn alle uitstrijkjes op basis van de postcodes van de vrouwen ingedeeld in drie sociaal-economische groepen: laag, gemiddeld en hoog inkomen (respectievelijk <NLG 19.000, NLG 19.000 – NLG 32.600 en >NLG 32.600 per jaar.<sup>4</sup> Daarnaast zijn de vrouwen ingedeeld in drie leeftijdsklassen:

≤34, 35-54 en ≥55 jaar. De vrouwen van 35-54 jaar vormen de groep waarom het gaat: degenen die een uitnodiging krijgen voor het bevolkingsonderzoek.

De percentages positieve cytologische uitslagen zijn weergegeven voor twee categorieën: PAP-klassen ≥IIIA en PAP-klassen ≥IIIB. Voor deze grove indeling is gekozen, omdat de afzonderlijke subgroepen te klein zijn voor statistische analyse.

Het verschil in procentuele verdeling van de ontvangen uitstrijkjes over de onderscheiden leeftijdsgroepen is getoetst met de Kolmogorov-Smirnovtoets.<sup>5</sup> De percentages positieve uitslagen per leeftijdsklasse zijn vergeleken tussen Rotterdam en Den Haag, en tussen de Rotterdamse en de Haagse schil. De significantie van de verschillen is bepaald met behulp van de Z-toets (bij  $\alpha = 5$  procent).

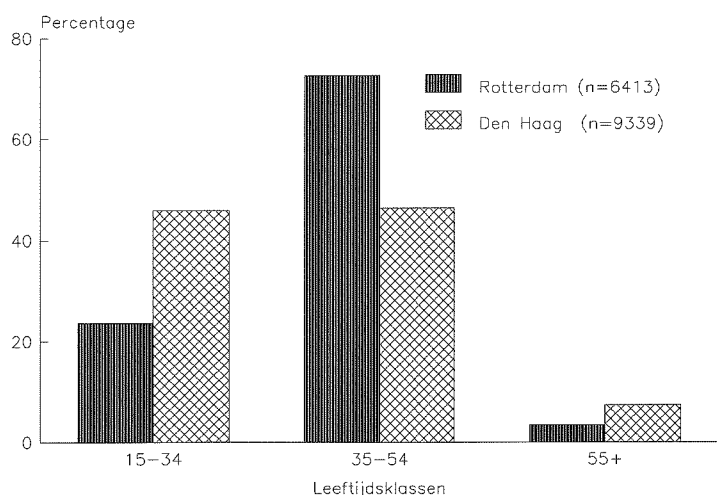
## Resultaten

De analyse heeft betrekking op in totaal 34.599 uitstrijkjes (tabel 1).

De leeftijdsverdeling van de totale groepen vrouwen uit Rotterdam en Den Haag is weergegeven in de *figuur*. In Rotterdam zien we een aanzienlijk grotere proportie uitstrijkjes in de leeftijdsklasse 35-54 jaar dan in Den Haag; het verschil is significant.

Het percentage vrouwen in de laagste sociaal-economische categorie was veruit het hoogst in de twee grote steden, waarbij Rotterdam er nog eens extra uitspringt (tabel 2).

Het percentage uitstrijkjes met de PAP-klassen ≥IIIA varieerde van 0,8 procent in de leeftijdsgroep ≥55 jaar in de Haagse schil tot 3,8 procent in de leeftijdsgroep ≤34 jaar in Rotterdam (tabel 3). Het verschil in opbrengst tussen Den Haag en Rotterdam was significant in de leeftijdsgroep 35-54 jaar; alle andere onderzochte verschillen waren niet significant. Het percentage positieve uitstrijkjes met PAP-klassen ≥IIIB varieerde van 0,2 procent in de leeftijdsgroep ≥55 jaar in de Rotterdamse schil tot 0,9 procent in de leeftijdsgroep ≤34 jaar in Rotterdam. Er werden geen significante verschillen gevonden.



**Figuur 1** Ingezonden materiaal naar leeftijdsgroep

**Tabel 1** Uitstrijkjes naar populatie en oproepstrategie

| Gemeente          | NBO  | BO   |
|-------------------|------|------|
| Den Haag          | 8778 | 561  |
| Rotterdam         | 2172 | 4241 |
| Haagse schil      | 5239 | 1814 |
| Rotterdamse schil | 4784 | 7010 |

**Tabel 2** Indeling van materiaal naar sociaal-economische status. Afgeronde percentages per populatie

| Inkomen*  | Den Haag<br>n=9339 | Rotterdam<br>n=6413 | Haagse schil<br>n=7053 | Rotterdamse schil<br>n=11794 |
|-----------|--------------------|---------------------|------------------------|------------------------------|
| Laag      | 48                 | 54                  | 16                     | 17                           |
| Gemiddeld | 32                 | 26                  | 54                     | 60                           |
| Hoog      | 21                 | 17                  | 30                     | 23                           |

\* Laag <NLG 19.000; gemiddeld NLG 19.000 - NLG 32.600; hoog >NLG 32.600.

**Tabel 3** Scores positieven voor naar leeftijdsgroep. Percentages

| Leeftijdsgroep (jaren)   | n    | PAP-klassen ≥IIIA | PAP-klassen ≥IIIB |
|--------------------------|------|-------------------|-------------------|
| <b>Den Haag</b>          |      |                   |                   |
| 0 - 34                   | 4291 | 3,5               | 0,8               |
| 35 - 54                  | 4326 | 3,0               | 0,8               |
| ≥55                      | 694  | 1,9               | 0,8               |
| <b>Rotterdam</b>         |      |                   |                   |
| 0 - 34                   | 1517 | 3,8               | 0,9               |
| 35 - 54                  | 4664 | 2,0               | 0,6               |
| ≥55                      | 226  | 1,3               | 0,9               |
| <b>Haagse schil</b>      |      |                   |                   |
| 0 - 34                   | 2501 | 3,2               | 0,7               |
| 35 - 54                  | 4017 | 1,7               | 0,6               |
| ≥55                      | 508  | 0,8               | 0,4               |
| <b>Rotterdamse schil</b> |      |                   |                   |
| 0 - 34                   | 2960 | 2,5               | 0,4               |
| 35 - 54                  | 8338 | 1,7               | 0,5               |
| ≥55                      | 447  | 1,1               | 0,2               |

## Beschouwing

In Rotterdam – met een centraal oproepsysteem – werden relatief meer vrouwen in de leeftijdsgroep 35-54 jaar uitgestreken dan in Den Haag, waar een bevolkingsonderzoek bijna geheel ontbrak. Dit had echter *niet* tot gevolg dat in Den Haag de opbrengst van de uitstrijken – het percentage PAP-klassen ≥IIIA – lager was; de positieve scores waren in Den Haag in de BO-leeftijdsgroep zelfs significant hoger. Deze hogere scores kunnen niet liggen aan een overrepresentatie van de laagste inkomensgroep; daarvan was, in vergelijking met Rotterdam, juist geen sprake.

Daarnaast zagen wij dat er in de twee referentiegroepen – de Haagse en Rotterdamse schilgemeenten, waar centraal werd opgeroepen – geen significante verschillen in de BO-leeftijdsgroep waren ten aanzien van de positieve scores. Wel zagen wij dat in beide controlegroepen de scores lager waren dan in de steden. Gezien de relatief lage percentages 'laag inkomen' in de schilgemeenten ligt dit in de lijn der verwachtingen. Onze cijfers voor de Haagse schilgemeenten liggen zeer dichtbij de cijfers die gepubliceerd zijn door het IKW van deze gemeenten.<sup>6</sup>

Dit onderzoek heeft aangetoond dat het ontbreken van een centraal oproepsysteem de opbrengst niet negatief beïnvloedt. Huisartsen blijken ook goed te functioneren zonder centraal georganiseerd oproepsysteem.

Recent onderzoek heeft aangetoond dat in onze praktijk het merendeel van de huisartsen voldoende geautomatiseerd is (81 procent) om zelf te kunnen evalueren welke vrouwen al dan niet uitgestreken zijn. In 1992 stelden wij vast dat de inschakeling van de huisarts voor het maken van uitstrijkjes tot een grotere opbrengst van het BO leidde;<sup>2</sup> thans is het wellicht efficiënter de huisartsen helemaal het heft in handen te geven.

## Literatuur

- 1 Hakama M. Trends in the incidence of cervical cancer in the Nordic countries. In:

- Magnus K, ed. Trends in cancer incidence. Washington, New York, London: Hemisphere Publishing Corporation, 1982: 279-92.
- 2 Boon ME, Beck S, Wijsman-Grootendorst A, Kerkhof AHM. De opbrengst van het nieuwe bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. *Huisarts Wet* 1992; 35: 498-9.
  - 3 CBS. Gebiedsindelingenregister 1995. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1995.
  - 4 Afstemmingsgroep Cervixscreening AZI-VO. Onderzoek op baarmoederhalskanker: voordelen van centraal verzenden van uitnodigingen. *Med Contact* 1995; 50: 25-6.
  - 5 Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. 3rd ed. Oxford: Blackwell, 1994.
  - 6 IKW. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Procevaluatie van de eerste cyclus jaren 1989-1992. Leiden: Integraal Kankercentrum West, 1994. ■

#### **Abstract**

#### **Kok MR, Boon ME. Towards a centrally organized canvassing system for cervical cancer screening? *Huisarts Wet* 1996; 39(3): 112-4.**

In the period 1991-1994 a centrally organized canvassing system for cervical cancer screening was utilised in Rotterdam, while this was not the case in The Hague. We examined whether there was a difference regarding positive scores in the age group 35-54 between the two systems. In order to find out whether the groups

of screened women in Rotterdam and The Hague could be compared, we examined the socio-economic status of both patient samples. The positive scores for The Hague were significantly higher than those in Rotterdam, in spite of the fact that amongst the women from Rotterdam there was a higher percentage of women with a low socio-economic status. Thus in this sample higher scores were to be expected. This study provided us with insight in the functioning of general practitioners, when a central screening program for cervical cancer is lacking.

**Key words** Cervical cancer; Family practice; Screening.

**Correspondence** Ms.Dr. M.E. Boon, Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium, PO Box 16084, 2301 GB Leiden, The Netherlands.