

Een rol voor de huisartspraktijk bij screening op borstkanker?

G.A. VAN ESSEN
S.M. COLLARD
M.M. KUYVENHOVEN

Van Essen GA, Collard SM, Kuyvenhoven MM. Een rol voor de huisartspraktijk bij screening op borstkanker? Huisarts Wet 1998;41(13):610-2.
Inleiding Vrouwen van 50-70 jaar worden in Nederland elke twee jaar mammografisch gescreend op borstkanker. De opkomst is gemiddeld 79%; in de grote steden ligt zij lager.

Doel Nagaan of telefonische interventie vanuit de huisartspraktijk leidt tot een hogere opkomst, welke factoren daarbij een rol kunnen spelen, en of een dergelijke interventie zinvol is.

Methoden De coördinerende instantie voor borstkankerscreening, Preventicon, zond alle Amersfoortse vrouwen uit elf geboortejaren een eerste uitnodiging en, bij non-respons, een herinnering. De interventie vond plaats in een huisartsengroep in Amersfoort met 937 vrouwen uit de geselecteerde geboortejaren. Alle vrouwen die niet hadden gereageerd op de eerste uitnodiging en niet anderszins waren 'beschermd', werden opgebeld door de praktijk-assistente.

Resultaten Na de eerste uitnodiging was de opkomst 75%. Er was geen samenhang met leeftijd, sociaal-economische klasse, etnische achtergrond of soort verzekering. De vrouwen die niet hadden gereageerd, noemden vooral praktische bezwaren. Na de herinneringsuitnodiging en de telefonische benadering door de assistente kwam nog eens 6%.

Conclusie De uiteindelijke opkomst week niet af van de opkomst in de rest van Amersfoort. Het telefonisch benaderen van de vrouwen bleek arbeidsintensief en wog niet op tegen de mogelijke effectiviteit.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht.

dr. G.A. van Essen, huisarts, drs. S.M. Collard, basisarts, destijds coassistent, mw.dr. M.M. Kuyvenhoven, socioloog.
Correspondentie: dr. G.A. van Essen;
e-mail: GAvEssen@knmg.nl.

Inleiding

In 1988 is in Nederland begonnen met een landelijk, tweejaarlijks bevolkingsonderzoek naar borstkanker bij vrouwen van 50-70 jaar. Een dergelijke vorm van regelmatige screening is alleen effectief, als de deelname van de doelpopulatie minimaal 70 procent bedraagt.¹ Uit gegevens van Preventicon blijkt dat de gemiddelde opkomst in de regio Midden-Nederland thans 81 procent bedraagt; in de grote steden is de opkomst wat lager.

In verschillende landen blijken naar verhouding meer jongere, goed opgeleide vrouwen en vrouwen uit de hogere sociaal-economische klasse deel te nemen aan de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker;²⁻⁴ mogelijke barrières zouden de kosten zijn, de angst voor straling of een positieve uitslag, de opvatting dat een mammogram alleen nuttig is bij klachten van de borst, en een moeilijke bereikbaarheid van het onderzoekscentrum.⁵⁻⁷ In Nederland hangt deelname vooral samen met de organisatorische aspecten van de screening.⁸

Bij de opsporing van cervixcarcinoom bleek een uitnodiging door de huisarts te leiden tot een hogere opkomst.⁹ Angst voor het uitstrijke buiten de vertrouwde omgeving van de eigen huisartspraktijk speelt daarbij mogelijk een rol.

In het hier beschreven explorerend onderzoek werd nagegaan of de opkomst bij borstkankerscreening eveneens te beïnvloeden is door interventie vanuit de huisartspraktijk; daarnaast probeerden wij zicht te krijgen op de 'lasten' die dat voor de praktijk met zich meebrengt.

Daartoe zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Welke kenmerken van de vrouwen die zijn uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, hangen samen met de opkomst?
- Levert een telefonische benadering door praktijkassistentes van de vrouwen die niet reageren op de eerste uitnodiging, een hogere opkomst op?
- Hoeveel tijd kost deze interventie?

Methoden

Tussen februari en juni 1997 verzond de coördinerende regionale instantie, Preventicon, een eerste uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek aan alle Amersfoortse vrouwen uit elf geboortejaren. In augustus 1997 werd een herinneringsuitnodiging gezonden aan alle niet-opgekomen vrouwen.

Het interventieonderzoek vond plaats in vijf praktijken uit één huisartsengroep. Deze praktijken telden in totaal 937 vrouwen uit de elf geselecteerde geboortejaren. Bekend waren de volgende gegevens: leeftijd, soort verzekering, postcode en etnische achtergrond. De vrouwen werden op basis van hun postcode ingedeeld in twee sociaal-economische klassen, 'hoog' en 'laag'.

In juli 1997 maakte de assistente aan de hand van het elektronisch medisch dossier een overzicht van de 'non-compliance' groep, op basis van de volgende kenmerken:

- geen uitslag van Preventicon ontvangen;
- niet onder controle bij een specialist voor borstkanker;
- geen mammogram in het afgelopen jaar.

In de twee weken tussen de verzending van de tweede uitnodiging en de datum van de afspraak werden de aldus geselecteerde 'non-compliance' vrouwen tijdens praktijken telefonisch benaderd door de praktijkassistentes, die daartoe een korte interviewtraining hadden ontvangen. Allereerst werd gevraagd naar de achtergronden en overwegingen om geen gehoor te geven aan de eerste uitnodiging. Vervolgens benadrukten de assistentes het belang van deelname en stimuleerden zij de vrouwen om alsnog deel te nemen aan het onderzoek.

De assistentes hielden bij hoeveel tijd (in minuten) de verschillende werkzaamheden in beslag namen: selecteren van het cohort in het HIS, de controle op de opkomst, het doorlopen van het elektronisch dossier bij niet-opkomst en het opbellen.

Preventicon leverde de opkomstgegevens over 1997 voor geheel Amersfoort.

De samenhang tussen de opkomst in de interventiepraktijken en de verschillende achtergrondgegevens werd nagegaan door middel van logistische regressieanalyse (SPSS).

Resultaten

In de interventiepraktijken maakte 75 procent van de vrouwen gebruik van de eerste uitnodiging; in de rest van Amersfoort was dat 78 procent. Leeftijd, sociaal-economische klasse, etnische achtergrond, praktijk of soort verzekering hingen niet samen met de opkomst in de interventiepraktijken.

Van de 235 vrouwen die na de eerste uitnodiging geen onderzoek hadden laten verrichten, kwamen er 52 niet in aanmerking voor de interventie (onder specialistische controle of mammogram in het afgelopen jaar); de overige 183 vrouwen werden telefonisch benaderd (figuur). Een aanzienlijk deel van deze vrouwen (44 procent) kon echter niet worden bereikt; per praktijk varieerde dit van 23 tot 65 procent. Oudere vrouwen werden vaker (66%) bereikt dan jongere (48%; verschil 18%; 95%-betrouwbaarheidsinterval 4-32); vrouwen uit de hogere sociaal-economische klasse werden bereikt in 49 procent van de gevallen, vrouwen uit lagere

klasse in 65 procent van de gevallen (verschil 16%; 95%-betrouwbaarheidsinterval 2-30).

Op de vraag waarom geen gehoor was gegeven aan de eerste uitnodiging, gaven 19 vrouwen als reden op dat zij wél een foto hadden laten maken, dan wel onder controle waren van de specialist (tabel). De overige 84 vrouwen gaven vooral praktische bezwaren aan, zoals 'vergeten', ziekte of familieomstandigheden. Een minderheid zag de noodzaak van het onderzoek niet in, noemde angst voor de uitslag of voor straling, of vond het onderzoekscentrum moeilijk bereikbaar. Oudere vrouwen gaven vaker aan angst te hebben dan jongere vrouwen (verschil 14%; 95%-betrouwbaarheidsinterval 1-27).

Vrouwen die het nut van een mammo-

Tabel Redenen om geen gehoor te geven aan de eerste uitnodiging voor de borstkankerscreening. Aantallen.

Al deelgenomen of onder controle	19
Praktische redenen	47
- vergeten	17
- ziekte patiënt	13
- familieomstandigheden	11
- geen tijd	6
Ziet de noodzaak niet in	18
Angst voor de uitslag of straling	11
Pijnlijk onderzoek en bereikbaarheid	8

gram niet inzagen, waren vaker particulier verzekerd dan vrouwen die deze reden niet noemden (verschil 23%; 95%-betrouwbaarheidsinterval 0-47).

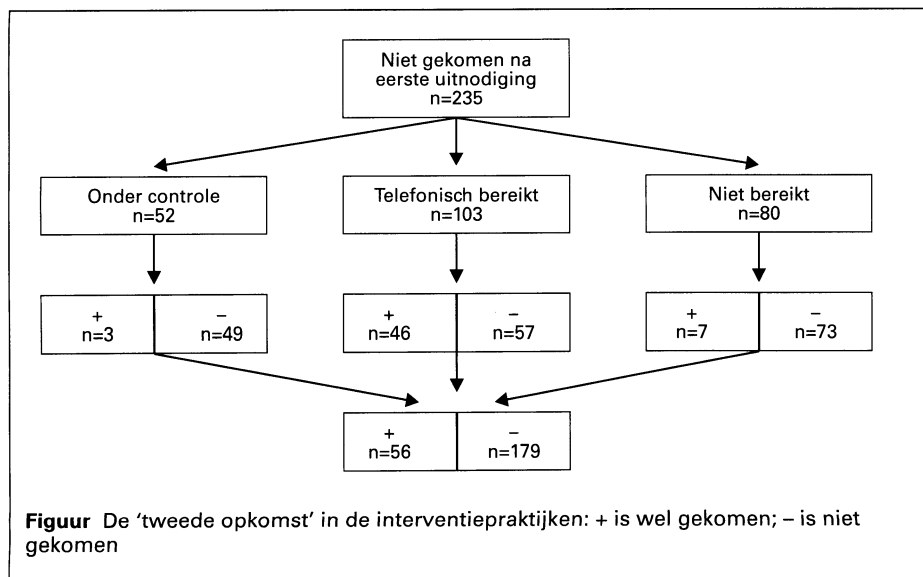
Op de vraag of men nog van plan was gehoor te geven aan de uitnodiging, antwoordde 60 procent met ja; dit waren vooral de vrouwen die de praktische bezwaren hadden genoemd. De vrouwen die de noodzaak van het onderzoek niet inzagen of pijnlijke ervaringen met het onderzoek hadden, gaven aan geen gehoor te zullen geven aan de herinneringsuitnodiging.

Na de herinneringsuitnodiging liet 6 procent van de vrouwen alsnog een mammogram maken; in de rest van Amersfoort was dat 4 procent (verschil 2%; 95%-betrouwbaarheidsinterval 0-4). In totaal was er vrijwel geen verschil tussen de opkomst van de vrouwen in de interventiegroep en in de rest van Amersfoort (81% en 82%; verschil 1%; 95%-betrouwbaarheidsinterval: -1-4).

Van de telefonisch bereikte vrouwen liet 45 procent alsnog een mammogram maken, tegen 9 procent van de vrouwen die niet waren bereikt (verschil 36%; 95%-betrouwbaarheidsinterval 25-47). Bij de tweede opkomst was er evenmin een samenhang met leeftijd, sociaal-economische klasse, etnische achtergrond, praktijk en soort verzekering.

In de logistische regressieanalyse bleek de opkomst na de herinnering slechts samen te hangen met het opbellen door de assistente en niet met andere factoren. De vrouwen met de praktische bezwaren kwamen de tweede keer vaker (verschil 41%; 95%-betrouwbaarheidsinterval 21-60) en de vrouwen die de noodzaak van het onderzoek niet inzagen minder vaak (verschil 53%; 95%-betrouwbaarheidsinterval 38-79). Driekwart van de vrouwen die hadden geantwoord alsnog gebruik te zullen maken van de uitnodiging, deden dit ook.

De totale tijd die de praktijkassistenten besteedden aan controleren en opbellen was 27 uur; dit liep per praktijk uiteen van 1,5 tot 8 uur. Deze verschillen hingen samen



Figuur De 'tweede opkomst' in de interventiepraktijken: + is wel gekomen; - is niet gekomen

met ziekte van een van de assistentes en met vakantie in een andere praktijk.

In de rest van Amersfoort was de opkomst na de herinnering 4 procent. De op grond hiervan geschatte eventuele meeropbrengst van 20 vrouwen kostte dus per vrouw gemiddeld bijna 80 minuten.

Beschouwing

In dit oriënterend onderzoek is nagegaan of de praktijkassistente een bijdrage zou kunnen leveren aan de opkomst voor borstkankerscreening. De opkomst na een telefonische herinnering was weliswaar significant hoger, maar de totale opkomst was in beide groepen gelijk. Mogelijk was er slechts sprake van regressie naar het gemiddelde. De opzet van dit onderzoek staat ook niet toe om van een causaal verband te spreken. Het is mogelijk dat juist die vrouwen werden bereikt die toch al van plan waren om bij de tweede oproep te verschijnen, en dat slechts een inhaaleffect is vastgelegd. Daarnaast is onduidelijk of de vrouwen die zijn bereikt met deze interventie, alleen voor deze keer een foto hebben laten maken, of dat zij voortaan bij elke ronde zullen meedoen.

Wanneer de vrouwen die onder controle stonden of onlangs een mammografie hadden laten maken, worden meegeteld, was in totaal ongeveer 86 procent beschermd. De opkomst was wat hoger dan in 1995, toen dezelfde jaargroepen werden opgeroepen. Vrouwen die gebruik wilden maken van de herinneringsuitnodiging, konden in 1997 voor het eerst in Amersfoort zelf terecht; in de voorgaande jaren moesten zij daarvoor naar Utrecht. Dit heeft mogelijk een rol gespeeld.

Het bleek moeilijk de niet-opgekomen vrouwen telefonisch te bereiken. Het moment van bellen – tijdens praktijkuren – speelde hierbij waarschijnlijk een rol. Tijdens etenstijd zijn meer mensen telefonisch te bereiken, maar bellen op dat tijdstip past weer slecht in een normale praktijkvoering, en betekent ook een grotere

inbreuk op de privacy. Eenvoudiger en doeltreffender is wellicht een schriftelijke herinnering van de huisarts of een memo in het huisartsinformatiesysteem om het onderwerp bij het eerstvolgende consult aan de orde te stellen. Elektronisch matching van de bestanden van de uitnodigende instantie met die van de huisarts zouden daarbij arbeidsbesparend kunnen zijn, zoals is gebleken bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Het privacy-probleem dient dan echter opgelost te worden: de uitnodigende instelling zal niet zonder toestemming gegevens over niet-opkomen mogen doorgeven. Het inschakelen van de praktijkassistente bij de screening voor borstkanker lijkt echter bij de huidige hoge opkomstcijfers, de twijfel over de effectiviteit en de belasting voor de praktijk, weinig zinvol.

Dankbetuiging

Met dank aan de assistentes van de vijf praktijken voor hun inzet bij dit onderzoek. Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van de Stichting Kankerpreventie Midden-Nederland en de medewerking van Els Kurver, Josette Wolters en Jan Hogervorst (Preventicon) en Henk Schenk (GGD Eemland).

Literatuur

- 1 Peeters PHM. Borstkankerscreening voor vrouwen boven de 50 jaar. *Huisarts Wet* 1991;34:209-14.
- 2 Fulton JP, Buechner JS, Scott HD, et al. A study guided by the Health Belief Model of the predictors of breast cancer screening of women ages 40 and older. *Public Health Rep* 1991;106:410-20.
- 3 Reynolds HE, Jackson VP. Self-referred mammography patients: Analysis of patients' characteristics. *AJR Am J Roentgenol* 1991;157:481-4.
- 4 Vogel VG, Bondy M, Halabi S, et al. The Texas breast screening project: Part II. Demographics, risk profiles and health practices of participants. *South Med J* 1993;86:391-6.
- 5 Bastani R, Marcus AC, Maxwell AE, et al. Evaluation of an intervention to increase mammography screening in Los Angeles. *Prev Med* 1994;23:83-90.
- 6 Richardson A. Factors likely to affect participations in mammographic screening. *N Z Med J* 1990;103:155-6.
- 7 Schofield PE, Cockburn J, Hill DJ, Reading D. Encouraging attendance at a screening mammography programme: Determinants of response to different recruitment strategies. *J Med Screening* 1994;1:144-9.
- 8 Scaf-Klomp W, Van Sonderen FLP, Van den Heuvel JWA. Compliance after 17 years of breast cancer screening. Factors associated with reattendance for periodic breast screening. *Eur J Public Health* 1997;7:182-7.
- 9 Palm BTHM, Kant AC, Wentink E. Een nieuw uitnodigingssysteem voor het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. *Huisarts Wet* 1997;40:98-101. ■

Abstract

Van Essen GA, Collard SM, Kuyvenhoven MM. Reminding for breast cancer screening: a role for general practice? *Huisarts Wet* 1998;41(13):

Introduction In the Netherlands every two year all women aged 50 to 70 are being screened for breastcancer by mammography. In average 79 per cent of the women are covered.

Aim To assess the effectivity of reminding women by telephone by the practice assistant and the factors that relate to this.

Methods In Amersfoort 937 women in 5 practices in a group were invited by the regional health authority for mammography. The non-compliers were sent a reminder and were called by the practice assistant.

Results: In the telephone interviews the non-compliers mainly mentioned practical reasons for their non-attendance. After the first invitation 75 per cent of the woman presented themselves. There was no relation with age, socioeconomic situation, ethnical background or medical insurance. After the reminder by mail and by telephone by the practice assistant, another 6 per cent of the women were screened. The overall attendance was the same in the rest of Amersfoort.

Conclusion Reminding patients by telephone was timeconsuming and hardly costeffective.

Correspondence dr. G.A. van Essen, Department of General Practice, University Utrecht, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht, The Netherlands; e-mail: GAvEssen@knmg.nl.