

Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: De praktijkassistente aan het werk

In de serie over preventie in de huisartsenpraktijk dit keer aandacht voor het uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Huisartsen hebben zelf steeds minder te maken met deze preventieactiviteit, nu de praktijkassistente de taken grotendeels - en met succes! - heeft overgenomen. Voor de praktijk vormt het gehele uitnodigingstraject een forse belasting, maar er is alle reden om dit toch zelf te verzorgen.

Effecten van uitnodiging

Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (BMHK) is vanaf 1997 onderdeel van het programma van Preventie: Maatwerk. Patiënten kunnen worden uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek BMHK door de regionale screeningsorganisatie, al dan niet in samenwerking met de GGD, door de zogenoemde 'zelfopropende huisartsen', of door een combinatie van bovenstaande, waarbij de huisarts alleen de herinneringsoproepen verzorgt.

Regionaal functioneren de verschillende oproepsystemen naast elkaar. Het staat echter vast dat bij een grotere betrokkenheid van de huisarts het beschermingspercentage toeneemt, namelijk van 67 procent als de screeningsorganisatie/GGD het volledige uitnodigingstraject verzorgt tot 81 procent als de huisarts dit doet.¹ Uit onderzoek in Zuidwest-Nederland bleek dat effect nog groter bij vrouwen die moeilijk bereikt worden voor het bevolkingsonderzoek BMHK, zoals allochtone vrouwen in een verstedelijkt gebied, namelijk wel tot 20 procent.² De huisartsenpraktijk is wettelijk aangewezen om het uitstrijkje te verrichten.

Verskillende belangen

Om bovengenoemde redenen stimuleert Preventie: Maatwerk de huisartsen om zelf op te roepen. Regionaal zijn er grote verschillen: in Twente roept ruim 90 procent van de huisartsen zelf op, maar in Zeeland en Friesland ligt het percentage erg laag. De oorzaken zijn vaak van financiële en organisatorische aard. Screeningsorganisaties krijgen geld voor het oproepen en voor de gemaakte uitstrijkjes. Als huisartsen het volledige uitnodigingstraject verzorgen, blijft voor de screeningsorganisaties vrijwel geen geld over, terwijl ze wel de gegevens uit het bevolkingsregister moeten opvragen en doorgeven. Zelf oproepen levert de huisarts extra inkomsten op, maar vraagt ook meer inzet van de assistente: controleren van de adresgegevens, oproepen van de vrouwen, uitstrijken, eventuele herhalingsoproepen en de administratie. Dat gaat vaak niet samen met reguliere taken, want de telefoon aannemen en een uitstrijkje maken is niet verenigbaar. Maar de ervaring leert dat assistentes na een training het hele traject van het bevolkingsonderzoek BMHK goed kunnen uitvoeren en daar veel plezier in hebben. Bovendien geven met name allochtonen er de voorkeur aan dat een vrouw het uitstrijkje maakt.

Voorwaarden voor delegeren

De assistente heeft geen BIG-registratie, wat betekent dat de huisarts verantwoordelijk blijft voor de uitvoering van aan haar gedelegeerde taken en haar daarvoor voldoende bekwaam moet achten. In alle regio's worden regelmatig cursussen gegeven voor de administratieve onderdelen van het bevolkingsonderzoek en het maken van uitstrijkjes. Meestal oefent de assistente op een fantoom en ziet ze dia's van verschillende portioafwijkingen. Dat is niet voldoende om zelf een uitstrijkje te kunnen maken. Soms is het mogelijk te oefenen op vrouwen die daartoe een speciale training hebben gehad. Vaak moet de huisarts - eventueel met behulp van een preventieconsulente - de assistente in de praktijk scholen door een aantal keren mee te kijken. Belangrijk bij delegeren is dat de huisarts beschikbaar is voor overleg of interventie. In het begin is dat nog regelmatig nodig, maar gaandeweg wordt dat steeds minder. De assistente moet wel kritisch blijven op haar eigen werk: als de portio niet goed à vue is te krijgen en het uitstrijkje geen endocervicale cellen bevat, speelt de macroscopische beoordeling van de portio een belangrijke rol bij de beslissing voor herhaling van het uitstrijkje. Afgezien van de vaardigheden vraagt taakdelegatie ook om een schriftelijk protocol over de procedures, oproepbaarheid van de huisarts, overlegmomenten en dergelijke (zie de NHG-PraktijkWijzer Preventie, hoofdstuk Bevolkingsonderzoek BMHK). Onderdeel daarvan is ook de sterilisatieprocedure, die niet altijd adequaat is bij specula. Huishoudelijk schoonmaken is namelijk onvoldoende wegens resistentie van het Humaan Papilloma Virus (zie de Richtlijn Infectiepreventie in de huisartsenpraktijk - www.wip.nl).

Recente en toekomstige ontwikkelingen

Regelmatig staat het bevolkingsonderzoek BMHK ter discussie omdat de effectiviteit niet bewezen is. Toch behoort de sterfte aan BMHK in Nederland tot de laagste van Europa.

Op korte termijn komt er meer aandacht voor groepen met een lage beschermingsgraad zoals allochtone en jonge vrouwen (vanaf 30 jaar) die door zwangerschap en borstvoeding minder goed worden bereikt.

Het uitstrijkje is effectiever dan een screeningsmethode op maligne typen van het Humaan Papilloma Virus, maar onderzoek daarop heeft wel meerwaarde voor de prognose als het uitstrijkje afwijkingen vertoont. Dit onderzoek is echter vooralnog toekomstmuziek. (LB)

1. Boomsma LJ, Drenth AJM, Van den Hombergh P, In 't Veld CJ. De strijd tegen gezondheidsrisico's. Geïntegreerde preventieprogramma's vanuit de huisartsenpraktijk. *Med Contact* 2004;59:1429-32.
2. De Nooijer DP, De Waart FG, Van Leeuwen AWFM, Spijker WWJ. Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:2339-43.