

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25715>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Een nieuw uitnodigingssysteem voor het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker

Een regionaal implementatieproject

B.T.H.M. PALM
A.C. KANT
E. WENTINK
ET AL.

Palm BTHM, Kant AC, Wentink E, Hulscher MEJL, Van Weel C. Een nieuw uitnodigingssysteem voor het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Een regionaal implementatieproject. *Huisarts Wet* 1997; 40(3): 98-101.

Samenvatting Na de positieve ervaringen met het uitnodigen door huisartsen voor het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker is in de GGD-regio Nijmegen onderzocht of een huisartsuitnodigingssysteem ook op grote schaal werkt. Alle huisartspraktijken uit de regio werden uitgenodigd tot deelname. Na een jaar werd door middel van een schriftelijke vragenlijst de uitvoerbaarheid van het systeem onderzocht. Het huisartsuitnodigingssysteem (inclusief reminder) leidde tot een opkomst van 58 procent en een beschermingsgraad van 84 procent. Een ruime meerderheid van de huisartspraktijken bleek te willen deelnemen aan een dergelijk systeem. De belangrijkste reden van niet-deelname was het nog niet geautomatiseerd zijn van de praktijk. De invoering van het uitnodigingssysteem gaf in weinig praktijken problemen. De diverse huisartsinformatiesystemen bleken goed bruikbaar of aan te passen voor het gebruik ten behoeve van bevolkingsonderzoek.

Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuis-geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen. Drs. B.T.H.M. Palm, epidemioloog; drs. A.C. Kant, epidemioloog; drs. E. Wentink, coördinator; prof.dr. C. van Weel, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Werkgroep Onderzoek Kwaliteit. Drs. M.E.J.L. Hulscher, gezondheidswetenschapper. Correspondentie: drs. B.T.H.M. Palm.

Inleiding

Baarmoederhalskanker is een in omvang beperkt, maar ernstig gezondheidsprobleem. Ziekte en sterfte ten gevolge van baarmoederhalskanker kunnen in sterke mate worden beperkt door bevolkingsonderzoek. Screening heeft echter alleen effect bij een hoog bereik van de doelgroep en een adequate follow-up.¹⁻³

In het huidige bevolkingsonderzoek is het bereik van de doelgroep laag: de opkomst, hoewel regionaal verschillend, komt over het algemeen niet boven de 40 procent uit. Bij een zo geringe opkomst zullen de meest risicovolle groepen nauwelijks worden bereikt. Bovendien worden veel uitstrijkjes gemaakt buiten het bevolkingsonderzoek om, terwijl er geen medische indicatie voor is.⁴

De kern van het probleem is gelegen in de scheiding van organisatie en uitvoering. De organisatie van het onderzoek is in feite beperkt tot het uitnodigen van vrouwen door de gemeenten of basisgezondheidsdiensten; de uitvoering gebeurt door de huisartsen. Dezen weten echter niet welke vrouwen zijn uitgenodigd, en het verzenden van herhalingsoproepen is daardoor niet goed mogelijk. Ook vindt geen selectie van het uitnodigingsbestand plaats: alle vrouwen krijgen een uitnodiging, ook vrouwen die pas een uitstrijkje hebben gehad of vrouwen zonder baarmoeder. Dit kan voor onnodige verwarring en irritatie zorgen.

Een mogelijk alternatief is het concentreren van organisatie en uitvoering bij één instantie. In een proefonderzoek waarbij huisartsen ook de uitnodigingen verzorgden, leidde dit tot uitstekende resultaten.⁵⁻⁷ Uit een schriftelijke enquête in de GGD-regio Nijmegen bleek vervolgens dat ruim 90 procent van de huisartsen bereid zou zijn mee te werken aan een dergelijke aanpak.⁸

Deze uitkomsten waren aanleiding tot het opzetten van een regionaal implementatieproject in de periode 1994-1995 (*kader*). Na een jaar onderzochten wij de uitvoerbaarheid en effectiviteit van het uitnodigingssysteem.

Methoden

De mening van de huisartsen over de uitvoerbaarheid van het uitnodigingssysteem werd onderzocht met behulp van een schriftelijke vragenlijst.

De effectiviteit van het uitnodigingssysteem is gemeten in termen van opkomst en beschermingsgraad. De opkomst is berekend over 1994. Daarbij was het niet mogelijk te beschikken over de opgaven van alle laboratoria in de regio. Informatie over de opkomst is daarom ontleend aan de opgaven van de praktijken. In het proefonderzoek stemden deze cijfers overeen met de uitkomsten van de laboratoriumgegevens.⁷

Resultaten

Uitvoerbaarheid

De vragenlijst werd teruggestuurd door alle 35 praktijken.

De praktijken waren over het algemeen positief over de uitvoerbaarheid van het uitnodigingssysteem: zeer goed (8×), goed (20×) of redelijk (6×). Geen van de praktijken gaf aan de uitvoerbaarheid matig of slecht te vinden; in één geval werd de vraag niet beantwoord.

Het verzorgen van de uitnodigingen gaf in weinig praktijken problemen. Voor zover er problemen waren, hadden deze vooral te maken met onervarenheid met de vereiste HIS-functie (*tabel 1*).

De praktijkassistentes zorgden voor het grootste deel van de administratie en automatisering (*tabel 2*); in 15 praktijken waren de assistentes betrokken bij het maken van de uitstrijkjes, in 5 praktijken gingen zij dit op korte termijn doen. De cursus uitstrijkjes maken was gevolgd door assistentes uit 16 van deze 20 praktijken en door assistentes uit 8 praktijken die niet deelnamen aan het implementatieproject (*tabel 3*). In negen praktijken waren aparte uitstrijkuren georganiseerd.

Het aantal uitstrijkjes per uitgenodigde groep lag gemiddeld op 20. Dat komt overeen met ongeveer 180 minuten (*tabel 4*); dat is – bij zeven groepen – 21 uur per jaar. Het uitnodigen kostte gemiddeld 100 minuten per groep, dat is 12 uur per jaar.

Tabel 1 Problemen bij het verzorgen van de uitnodigingen voor het bevolkingsonderzoek

Taak	Aantal problemen	Omschrijving problemen
Computeruitdraaien	3	onervarenheid met deze HIS-functie
Etiketten uitdraaien	9	onervarenheid met deze HIS-functie
Bestand op diskette	10	onervarenheid met deze HIS-functie
Nakijken statussen (wel/geen uitnodiging)	6	gegevens niet volledig
Verzorgen uitnodigingen	9	samenwerking met gemeenten foutieve postcode

Tabel 2 Betrokkenheid huisartsen en assistentes bij de uitvoering van het bevolkingsonderzoek. Aantallen

Taak	Huisarts	Assistente	Beiden	Anders*
Computeruitdraaien	8	24	3	–
Etiketten uitdraaien	7	21	1	6
Bestand op diskette	9	23	2	1
Nakijken statussen	5	22	8	–
Verzorgen uitnodigingen	–	35	–	–
Maken uitstrijk	20†	–	15‡	–
Registratie opkomst	3	24	7	1
Verzorgen reminder	1	29	–	5

* Door administrateur of op het coördinatiecentrum, of niet.

† Assistentes uit 7 van deze 20 praktijken hebben deelgenomen aan de cursus uitstrijken; in 5 van deze praktijken zouden assistentes in de toekomst gaan uitstrijken.

‡ Assistentes uit 9 van deze 15 praktijken hebben deelgenomen aan de cursus uitstrijken.

Tabel 3 Het inschakelen van de assistentes bij het maken van uitstrijkjes in praktijken waarin zij een cursus uitstrijken hadden gevolgd

Deelname aan project	Nu	Later	Onbekend	Niet	Totaal
Ja	9	5	–	2	16
Nee	5	1	1	1	8
Totaal	14	6	1	3	24

Tabel 4 Tijdsinvestering (minuten) per uitgenodigde groep

Taak	Gemiddeld	Range
Uitnodigingen		
– computeruitdraaien	18	5- 60
– etiketten uitdraaien	12	5- 60
– bestand op diskette	10	1- 30
– nakijken statussen	30	5-160
– verzorgen uitnodigen	30	8-120
Totale tijd uitnodigingen	100	30-265
Reminders	20	5-180
Uitstrijkjes	180	100-280

Effectiviteit

In totaal 24 praktijken konden gegevens over de opkomst leveren. De opkomst bedroeg zonder reminder 48 procent, en mét reminder 58 procent. Per praktijk liepen de opkomstcijfers (met reminder) uiteen van 40 tot 78 procent. De beschermingsgraad (opkomst en niet uitgenodigd vanwege uterusextirpatie of uitstrijkje ≤ 1 jaar geleden) bedroeg 72 procent zonder reminder en 82 procent mét reminder.⁵⁻⁷ Per praktijk varieerde het beschermingspercentage van 62 tot 98 procent.

Beschouwing

De Ziekenfondsraad heeft een aantal nieuwe voorwaarden voor de opzet van het landelijke bevolkingsonderzoek vastgesteld. Voortaan moet in elke regio een samenwerkingsverband tot stand worden gebracht. Dat samenwerkingsverband moet een plan indienen voor de uitvoering van het bevolkingsonderzoek, en dit plan moet voldoen aan een aantal inhoudelijke voorwaarden betreffende screeningsinterval, leeftijdsgrenzen en follow-up. Daarnaast dient te worden voldaan aan een aantal organisatorische voorwaarden, kwaliteitsbewaking, informatisering, procesbewaking, evaluatie, financiële verhoudingen en verantwoording.⁴

Een systeem waarbij de uitnodiging door de huisarts wordt verzorgd, is goed inpasbaar in zo'n regionaal plan. Dit past ook bij de voorziene grotere rol van de huisarts bij screening. De herziene NHC-Standaard Cervixuitstrijken spreekt zich eveneens uit voor een geleidelijke overgang naar uitnodigen door de huisarts.⁹

Het grootste struikelblok bij het implementatieproject was het feit dat een vrij groot aantal praktijken nog niet geautomatiseerd was; de automatiseringsgraad neemt echter snel toe. Van de geautomatiseerde praktijken bleek een ruime meerderheid (80 procent) te willen deelnemen aan een uitnodigingssysteem. Voor een deel van de praktijken vormde echter de vereiste tijd en/of het ontbreken van een financiële vergoeding een onoverkomelijk obstakel. Dit zou kunnen worden opgelost door een extra financiële vergoeding voor

de werkzaamheden van de assistente. Tenslotte waren er praktijk- of systeemgebonden problemen, waardoor sommige praktijken niet (direct) konden deelnemen.

Dat de uitvoerbaarheid binnen de huisartspraktijken als positief werd ervaren, zal mede veroorzaakt zijn door de begeleiding vanuit een coördinatiecentrum. Met name bij de selectie ten behoeve van het bevolkingsonderzoek bleek veel behoefte aan begeleiding.

Een groot deel van de extra activiteiten werd verricht door assistentes. Het is dan ook belangrijk de assistentes vanaf het begin bij de implementatie te betrekken. Het overhevelen van het maken van de uitstrijkjes naar de assistentes wordt door dezen ervaren als een verrijking van hun werk.^{10,11}

De diversiteit van de gebruikte HISsen vormde een oplosbaar probleem. Uiteindelijk bleken zij alle, eventueel met een kleine aanpassing, geschikt voor gebruik ten behoeve van het verzorgen van uitnodigingen. Een zekere mate van uniformiteit zou echter wel wenselijk zijn.

De huisartsregistratie bleek geschikt voor het uitnodigen. Een belangrijk voordeel van de koppeling van bestanden is dat de dekking van de oproepen hiermee kan worden geoptimaliseerd: enerzijds worden via de huisartsen vrouwen bereikt die niet bij de gemeente bekend zijn; anderzijds kunnen eventuele tekortkomingen in de huisartsbestanden worden aangevuld. Belangrijk is verder dat de koppeling plaatsvond in een coördinatiecentrum, waardoor de gemeenten geen inzage kregen in vertrouwelijke gegevens.

In het Nijmeegse proefproject bleek een oproep door de eigen huisarts, eventueel gevolgd door een herhalingsoproep, te leiden tot een verhoging van de opkomst met 25 procent; 18 procent van de vrouwen behoefde niet te worden opgeroepen vanwege een recent uitstrijkje (11 procent) of vanwege totale baarmoederverwijdering (7 procent). De beschermingsgraad bedroeg 91 procent.⁵⁻⁷

De gunstige resultaten uit het proefproject zijn geëvenaard in het regionale im-

Het implementatieproject

Het project werd geleid vanuit een coördinatiecentrum. Tot de taken van dit centrum behoorden onder meer het coördineren van de uitnodigingen aan de vrouwen, het ondersteunen van de deelnemende praktijken en de algemene kwaliteitsbewaking. Daarnaast stimuleerde het centrum de invoering van reminder- en bewakingssystemen voor follow-up in de deelnemende praktijken. Voor de assistentes werd een cursus uitstrijkjes maken ontwikkeld.

In eerste instantie werden alle 99 huisartspraktijken uit de regio uitgenodigd. Na een eerste brief werd tweemaal een herhalingsoproep verstuurd en daarna werden de non-respondenten nog eens telefonisch benaderd. Voor de belangstellende praktijken werden voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. Na deze bijeenkomsten werd schriftelijk gevraagd om een definitieve aanmelding.

In totaal 70 praktijken kwamen in aanmerking voor deelname, aangezien zij geautomatiseerd waren; hiervan waren er 56 ook daadwerkelijk bereid tot deelname. De in deze praktijken gebruikte HISsen waren: Promedico, Microhis, Elias, Arcos, Amice en in één geval een eigen systeem. In niet alle gevallen bleek het direct mogelijk de voor het project essentiële gegevens te selecteren en uit te wisselen; sommige gebruikers van Microhis moesten nog overschakelen op de nieuwe update, en de nieuwe update van Elias moest nog worden aangepast. De acht praktijken met deze systemen konden daardoor niet meteen deelnemen aan het project. In nog eens 13 andere praktijken was men nog niet gereed met de invoering van de automatisering of moesten andere organisatorische problemen worden opgelost.

Uiteindelijk konden slechts 35 praktijken van meet af aan deelnemen aan het project. In deze praktijken bleek grote behoefte aan nadere instructie in het hanteren van het HIS. Voor de Promedico-gebruikers werd een cursus georganiseerd; voor de andere HIS-gebruikers kon worden volstaan met een handleiding.

Het uitnodigen van de vrouwen vond plaats op basis van geboortjaar, conform het landelijke schema. Daarbij werd gestreefd naar een gelijkmatig aanbod aan de laboratoria.

Doordat slechts een minderheid van de praktijken deelnam aan het project, moest een groot deel van de vrouwen via het oude systeem worden uitgenodigd door gemeente of GGD. Om ervoor te zorgen dat alle vrouwen van de doelgroep werden uitgenodigd en vrouwen geen dubbele uitnodigingen zouden krijgen, werden de bestanden van de gemeenten en de huisartsen met elkaar vergeleken door middel van een speciaal hiervoor geschreven programma. Daarbij werden alle vrouwen die door de deelnemende huisartsen zouden worden uitgenodigd, verwijderd uit de gemeentelijke bestanden, waarna de betrokken gemeenten de resterende vrouwen uitnodigden. Het koppelingsprogramma kon op eenvoudige wijze worden aangepast aan de verschillende HISsen. Het koppelen vond plaats per gemeente en huisartssysteem en duurde per koppeling circa 10 minuten. Koppeling vond plaats, indien geboortedatum en de eerste vier letters van de eigenaam met elkaar overeenkwamen.

Voor de stad Nijmegen is nagegaan hoe de koppeling verliep. In 83 procent van de gevallen vond automatisch koppeling plaats, in 8 procent van de gevallen weken de huisartsbestanden af van het bevolkingsregister met betrekking tot postcode en/of adres en moest alsnog worden nagegaan of het om dezelfde vrouw ging. In 9 procent van de gevallen kwam een koppeling niet tot stand, doordat de vrouw niet voorkwam in het gemeentebestand. Hierbij ging het om vrouwen die buiten de betreffende gemeente woonden, vrouwen die inmiddels waren verhuisd of vrouwen van wie het adres bij de gemeente niet bekend was.

Veertien praktijken hadden geen belangstelling voor deelname. In negen gevallen was dat wegens de vereiste tijdsinvestering en/of het ontbreken van extra honorarium, in vijf gevallen was de reden onbekend.

plementatieproject. De lagere deelname werd gecompenseerd door het grotere aandeel van de vrouwen met een medische reden voor niet-deelname, en de beschermingsgraad was vergelijkbaar met die uit het proefproject. De verschillen in opkomstcijfers tussen de praktijken zijn ten dele te verklaren uit verschillen in eerdere screeningsactiviteiten van de huisartsen. Daarnaast was het vervolgbeleid in sommige praktijken veel intensiever dan in andere: in 13 praktijken werd na een eerste reminder nog eens gebeld of geschreven, en/of werd bij een bezoek aan de huisarts gewezen op het belang van een uitstrijkje.

De ervaringen van het project zijn goed bruikbaar voor het bevolkingsonderzoek nieuwe stijl. Aan vrijwel alle voorwaarden die aan een regionaal plan worden gesteld, is voldaan. In 1996 is het project nog voortgezet met subsidie van de EG (Europe against cancer). Op 1 januari 1997 is in de regio het bevolkingsonderzoek nieuwe stijl van start gegaan.

Literatuur

- 1 Laara E, Day NE, Hakama N. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987; i: 1247-9.
- 2 Day NE. Screening for cancer of the cervix.

- J Epidemiol Community Health 1989; 43: 103-6.
- 3 Austoker J. Cancer Prevention in Primary Care. *BMJ* 1994; 309: 241-8.
- 4 Boer A. Een nieuw bevolkingsonderzoek. *Med Contact* 1995; 50: 1585-6.
- 5 Kant AC, Palm BTHM, Makkus ACF, et al. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. De effectiviteit van verschillende oproepsystemen. *Med Contact* 1991; 46: 469-71.
- 6 Palm BTHM, Kant AC, Van den Bosch WJHM, et al. Preliminary results of a call system for cervical cancer screening in The Netherlands organized on the basis of general practice. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 503-6.
- 7 Palm BTHM, Kant AC. De invloed van de huisarts op de deelname en follow-up. Eindrapportage, januari 1994.
- 8 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 Pract* 1993; 10: 173-7.
- 9 Appelman CLM, Bruinsma M, Collette C, et al. NHG-Standaard Cervixuitstrijken (eerste herziening). *Huisarts Wet* 1996; 39: 134-41.
- 10 Van den Bosch WJHM, Lörx M, Van Sas-Repkes A. Praktijkassistente en preventieve taken. *Huisarts Wet* 1991; 34: 488-90.
- 11 Kant AC, Palm BTHM, Dona D, et al. Cellular composition of cervical smears taken by general practitioners. *Int J Qual Health Care* 1995; 1: 11-6. ■

Abstract

Palm BTHM, Kant AC, Wentink E, Hulscher MEJL, Van Weel C. Effectiveness and feasibility of a general practice-based call system for cervical cancer screening. *Huisarts Wet* 1997; 40(3): 98-101.

After positive results of a general practice-based call system for cervical cancer screening in the region of the Local Health Authority of Nijmegen, the effectiveness and feasibility of the GP-based call system was tested on a larger scale. All GPs in the region were invited to participate. Extensive information and support was provided to try to maximize participation of GPs. At the same time, data were gathered on computerization and applicability of GP information systems. The reasons for non-participation of GPs were inventoried. After one year, the feasibility on the GP-based call system within the practices was evaluated with a mail questionnaire. The GP-based call system, inclusive reminder, led to a attendance rate of 58 per cent and a protection rate of 84 per cent. A vast majority of the GPs are willing to participate in a GP based call system. The most important reason for non-participation was non-computerization. Only a few problems arose at the introduction of the GP-based call system within the practices. The GP information systems appeared to be useful for application for the cervical screening.

Key words Cervix neoplasms; Family practice; Preventive medicine; Screening.

Correspondence B.T.H.M. Palm, Department of General Practice, Nijmegen University, PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands.