



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

**Zorginstituut Nederland**  
Medischspecialistische Zorg

Willem Dudokhof 1  
1112 ZA Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

[www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)  
[info@zinl.nl](mailto:info@zinl.nl)

T +31 (0)20 797 85 55

**Contactpersoon**  
Dr. K.B.E. Böcker  
[kbocker@zinl.nl](mailto:kbocker@zinl.nl)

**Onze referentie**  
20230046548

20230046548

Datum 12 december 2023  
Betreft Aanbieding *Evaluatie Passende zorg verbetertraject*  
*Baarmoederhalsafwijking CIN, deel 1: implementatie van*  
*verbeterafspraken*

Geachte heer Kuipers,

Hierbij ontvangt u het rapport *Evaluatie Passende zorg verbetertraject Baarmoederhalsafwijking CIN, deel 1: implementatie van verbeterafspraken*. Dit betreft de procesevaluatie van de uitvoering van de verbeterafspraken over de verzekerde zorg in dit zorgtraject die wij in 2019 met betrokken partijen maakten binnen het toenmalige programma Zinnige Zorg. Met dit programma doet het Zorginstituut in opdracht van uw ministerie systematisch onderzoek naar de samenstelling en toepassing van het verzekerde pakket. Met de implementatie van deze afspraken dragen partijen bij aan meer passende zorg voor vrouwen met baarmoederhalsafwijking CIN. Vanwege de bijdrage van Zinnige Zorg projecten aan passende zorg duiden wij deze voortaan aan als Passende zorg verbetertrajecten.

Voor veel vrouwen start dit specifieke zorgtraject na doorverwijzing vanuit het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, bij een afwijkend uitstrijkje. Door aanpassingen in het bevolkingsonderzoek is het aantal vrouwen met een doorverwijzing de afgelopen tijd flink toegenomen. Zij kunnen door de verbeterafspraken nu en in de toekomst meer passende zorg verwachten. De evaluatie van de effecten van de verbeterafspraken volgt in 2025 zodra de daarvoor benodigde klinische en declaratiedata beschikbaar zijn.

### **Verbeterafspraken zijn grotendeels uitgevoerd**

Uit deel 1 van de evaluatie, de procesevaluatie, blijkt dat partijen de negen verbeterafspraken uit het verbetersignalement *Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN* grotendeels hebben uitgevoerd. De negen afspraken hadden betrekking op drie onderwerpen. Hoofdstuk 1 t/m 3 in het rapport behandelen ieder een onderwerp. Ze bevatten een tabel met de bijbehorende verbeterafspraken, de mate van uitvoering van de afspraak en hoe de verbeterafspraken bijdragen aan de beweging naar passende zorg.

Hoofdstuk 1 gaat over meer waardegedreven zorg door het beter volgen van de richtlijnen voor de behandeling van baarmoederhalsafwijking CIN. Partijen hebben de haalbaarheid van een landelijke colposcopieregistratie onderzocht en hebben een praktijkspiegel met kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, met medewerking van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik.

Hoofdstuk 2 richt zich eveneens op meer waardegedreven zorg en ook op zorg op de juiste plek. Het gaat om het meer uniform uitvoeren van het vervolgtraject, de nacontroles na een ingreep of bij afwachtend beleid. De praktijkspiegel heeft ook betrekking op het vervolgtraject. Daarnaast hebben partijen de richtlijn verduidelijkt voor behandeling van een matige afwijking (CIN2). Om de zorg op de juiste plek te leveren hebben zij de haalbaarheid van verplaatsing van bepaalde nazorgtrajecten naar de eerste lijn onderzocht om deze zorg meer in de nabije omgeving van vrouwen te leveren waar dat kan.

Hoofdstuk 3 heeft betrekking op patiënteninformatie en Samen beslissen. Dit draagt bij aan het tot stand komen van de zorg samen met en gezamenlijk rondom de patiënt. Betrokken partijen hebben zoals afgesproken patiënteninformatie in tekst en beeld ontwikkeld of verbeterd, daarin stoppen met roken als een bijdrage aan de behandeling van baarmoederhalsafwijking CIN benoemd en een keuzenkaart ontwikkeld. Deze materialen worden op websites van zorgprofessionals, patiëntenorganisaties en thuisarts.nl beschikbaar gesteld. Organisaties van patiënten en zorgprofessionals zijn samen opgetrokken bij het ontwikkelen van deze producten. Zij hebben de indruk dat de producten ook veel in de praktijk gebruikt worden. Hoe en in welke mate dat gebeurt, is in deze evaluatie niet verder onderzocht. De methode van onderzoek beperkte zich tot bronnenonderzoek en het opvragen van aanvullende informatie bij betrokken partijen.

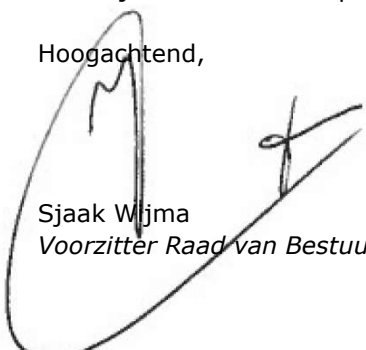
### **Vervolgacties en deel 2 van de evaluatie**

De effecten van de verbeterafspraken op de geleverde zorg zullen blijken uit registratie- en declaratiegegevens. We verwachten in 2025 over de benodigde gegevens te kunnen beschikken. Dan zullen we in deel 2 van de evaluatie van dit verbetertraject onderzoeken of de uitgevoerde afspraken ook een positief effect hebben gehad op de toepassing van de verzekerde zorg en een schatting maken van wat hiervan de financiële consequenties zijn geweest.

Eind 2022 is de ondersteunende rol van het Zorginstituut bij de implementatie van de verbeterafspraken tot een eind gekomen. Wel onderneemt het Zorginstituut de komende tijd nog twee acties in vervolg op de haalbaarheidsstudie naar verplaatsing van bepaalde nazorg naar de eerste lijn. Verder verwachten we dat partijen inspelen op mogelijke ontwikkelingen op het gebied van het inrichten van landelijke registraties. Dit in vervolg op de haalbaarheidsstudie naar een landelijke colposcopie registratie. Van de NVOG verwachten we op dit punt nog een aanvulling van de richtlijn.

Op basis van de uitvoering van de afspraken door de betrokken partijen zien wij hun blijvende inzet voor passende zorg met vertrouwen tegemoet.

Hoogachtend,



Sjaak Wijma  
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Evaluatie verbetertraject

# Passende zorg voor **Baarmoederhals- afwijking CIN**

Deel 1: implementatie van verbeterafspraken  
December 2023

| Van goede zorg verzekerd |

# Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Inleiding	5
<b>1 Evaluatie van afspraken over het volgen van de behandeladviezen uit de richtlijn</b>	<b>7</b>
1.1 De afspraken over het beter volgen van de richtlijn zijn uitgevoerd	8
<b>2 Evaluatie van afspraken over meer uniformiteit in vervolgtraject</b>	<b>11</b>
2.1 De afspraken over meer uniformiteit in het vervolgtraject zijn grotendeels uitgevoerd	12
<b>3 Evaluatie van afspraken over het optimaliseren van informatievoorziening en van Samen Beslissen</b>	<b>16</b>
3.1 De afspraken over het ontwikkelen van informatie- en keuzeproducten zijn (deels) uitgevoerd en partijen geven aan dat deze materialen ook gebruikt worden	18
3.2 De afspraak over het ontwikkelen van patiënteninformatie over het risico van roken is uitgevoerd en partijen geven aan dat deze materialen ook gebruikt worden	20
<b>4 Conclusie en vervolgacties</b>	<b>22</b>
4.1 De meeste verbeterafspraken zijn deels of grotendeels uitgevoerd	22
4.2 Een aantal verbeterafspraken verdient nog een vervolg	22
4.3 Een klein aantal afspraken is met reden niet uitgevoerd	22
4.4 De uitvoering van de verbeterafspraken draagt bij aan meer passende zorg	23
4.5 Vervolgacties	23
<b>Bijlagen</b>	
Bijlage 1: Werkwijze systematische doorlichting	24
Bijlage 2: Overzicht betrokken partijen	26
Bijlage 3: Methode evaluatie deel 1, verbeter-afspraken	27
Bijlage 4: Opzet evaluatie deel 2, verbeterdoelen	28
Bijlage 5: Reacties van partijen	31
Literatuurlijst	34

# Samenvatting

Deel 1 van deze evaluatie door Zorginstituut Nederland van het Passende zorg verbetertraject Baarmoederhalsafwijking CIN (voorheen Zinnige Zorg) gaat in op de uitvoering van de verbeterafspraken in dit traject. Het doel van deze afspraken was om de zorg voor vrouwen met baarmoederhalsafwijking CIN op een aantal punten te verbeteren. Door hun inspanningen in de afgelopen drie jaar zijn de betrokken partijen erin geslaagd de meeste van de verbeterafspraken daadwerkelijk uit te voeren. Daarmee hebben zij een bijdrage geleverd aan de beweging naar meer passende zorg voor vrouwen met baarmoederhalsafwijking CIN.

De verbeterafspraken uit het *Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN* betreffen het beter volgen van de behandeladviezen uit de richtlijn, de uniformering van het vervolgtraject en de patiënteninformatie voor het Samen Beslissen over het zorgtraject.<sup>[1]</sup> Tabel 1 geeft per onderwerp het verbeterdoel weer en de mate waarin de bijbehorende verbeterafspraken zijn uitgevoerd. Dit is het onderwerp van deel 1 van de evaluatie. De mate waarin de doelen zijn bereikt volgt in deel 2 van de evaluatie, die wordt verwacht in 2025.

Tabel 1 | Realisatie van verbeterafspraken per verbeteronderwerp en doel

Verbeterdoelen	Verbeterafspraken*	Verbeterafspraken uitgevoerd?
Beter volgen van behandeladviezen uit richtlijn: Verminderen van over- en onderbehandeling CIN (H1).	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Plan van aanpak en ontwikkelen uitkomst-indicatoren.</li><li>2. Haalbaarheidsonderzoek landelijke colposcopieregistratie.</li></ol>	Ja
Uniformering vervolgtraject: Verminderen van over- en onder-diagnostiek in de vervolgtrajecten van onbehandelde en behandelde CIN (H2).	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Plan van aanpak en ontwikkelen uitkomstindicatoren.</li><li>4. Haalbaarheid verplaatsen bepaalde vervolgtrajecten naar eerste of anderhalve lijn.</li><li>5. Verduidelijking richtlijn onbehandelde CIN 2.</li><li>6. Aanvullen richtlijn voor behandelde CIN1 en onbehandelde CIN 3.</li></ol>	Grotendeels
Vrouwen beter informeren om samen te kunnen beslissen: tijdige beschikbaarheid van duidelijke en op de doelgroep toegespitste informatie en keuze-materialen, inclusief risico van roken (H3).	<ol style="list-style-type: none"><li>7. Ontwikkeling en gebruik patiënteninformatie.</li><li>8. Ontwikkeling en gebruik keuzemateriaal.</li><li>9. Ontwikkeling en gebruik patiënteninformatie over de relatie roken-CIN- baarmoederhalskanker.</li></ol>	Grotendeels

\*De nummering van de verbeterafspraken komt overeen met die in het Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN.

## Verbeterafspraken zijn grotendeels uitgevoerd

De verbeterafspraken over randvoorwaarden voor het toepassen van de adviezen uit de richtlijn en de ontwikkeling van patiënteninformatie zijn uitgevoerd. Betrokken partijen hebben de CIN, AIS en VAIN Landelijke

richtlijn op de meeste van de afgesproken punten aangepast.<sup>[2]</sup> De adviezen voor goede zorg zijn hierdoor eenduidiger beschreven. Dit leidt naar verwachting tot een betere keuze tussen actieve of afwachterende behandeling, en tot minder kans op te veel of te weinig diagnostiek in het vervolgtraject.

Om te monitoren hoe zorgtrajecten in een ziekenhuis of kliniek in de praktijk verlopen hebben partijen een set van kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Met deze set, de praktijkspiegel, hebben partijen ook een eerste meting uitgevoerd.

Ten slotte hebben de betrokken partijen patiënteninformatie en keuzematerialen ontwikkeld en beschikbaar gesteld. Voor vrouwen kunnen deze behulpzaam zijn bij het begrijpen van de mogelijke risico's van de bij hen vastgestelde baarmoederhalsafwijking en samen met hun zorgverlener te beslissen over hun behandeling.

Partijen hebben de resultaten van deze verbeteractiviteiten onder de aandacht gebracht bij hun eigen achterban. Ook hebben zij de ontwikkelde producten toegankelijk gemaakt voor vrouwen met baarmoederhalsafwijking CIN en de zorgverleners die bij hun zorgtraject zijn betrokken. Betrokken partijen hebben de indruk dat deze producten ook vrij algemeen gebruikt worden.

### **Vervolg na de evaluatie**

In de komende tijd onderzoekt het Zorginstituut de mogelijkheden om de afspraak over het verplaatsen van bepaalde vervolgtrajecten naar de eerste of anderhalve lijn een vervolg te geven. Van een aantal andere afspraken verwachten we dat betrokken partijen hier verder mee doorgaan. Over de uitkomsten hiervan berichten we in deel 2 van de evaluatie.

### **Evaluatie deel 2: zijn de verbeterdoelen in de praktijk bereikt?**

In 2025 zal het Zorginstituut onderzoeken of zorgverleners de adviezen uit de richtlijn *CIN, AIS en VAIN* meer toepassen, bij de initiële behandeling en ook met meer uniformiteit in het vervolgtraject. Dit onderzoeken we in de deel 2 van de evaluatie. Daarbij maken we ook een schatting van het te verwachten effect op de zorgkosten (zie bijlage 4).

### **Bijdragen aan passende zorg voor vrouwen met baarmoederhalsafwijking CIN**

Partijen hebben betekenisvolle stappen gezet in de beweging naar meer passende zorg voor vrouwen met baarmoederhalsafwijking CIN. Door het uitvoeren van de afspraken in dit Passende Zorg verbetertraject hebben betrokken partijen de randvoorwaarden geschapen voor meer waardegedreven zorg, die samen met en rondom de patiënt tot stand komt. Ook hebben partijen aandacht geschonken aan de juiste zorg op de juiste plek, preventie en het bevorderen van gezondheid (stoppen met roken).

# Inleiding

Om vrouwen met de baarmoederhalsafwijking cervicale intra-epitheliale neoplasie (CIN) meer passende zorg te bieden heeft Zorginstituut Nederland in 2019 het *Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN* gepubliceerd. Sindsdien hebben verschillende partijen zich ingezet om de verbeterafspraken in het signalement uit te voeren. In deze evaluatie gaan we na in hoeverre zij daarin tot nu toe zijn geslaagd.

## **Aanleiding voor evaluatie baarmoederhalsafwijking CIN**

De verbeterafspraken uit het *Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN* zijn gemaakt op basis van aanvullend onderzoek nadat het zorgtraject hiervoor geselecteerd was na de doorlichting van het basispakket voor het betreffende ICD10-gebied.<sup>[1]</sup> De afspraken zijn met de betrokken organisaties van patiënten, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars (verder aangeduid als ‘betrokken partijen’ of ‘partijen’) opgesteld. Tussen 2019 en 2022 hebben de betrokken partijen zich ingezet voor de uitvoering van de verbeterafspraken. Daarbij werden zij ondersteund door het Zorginstituut en op sommige afspraken ook door het programma ‘Zorgevaluatie en Gepast Gebruik’ (ZE&GG). Deze implementatiefase is in december 2022 afgerond. Daarna heeft het Zorginstituut het verbetertraject geëvalueerd, zie bijlage 1.

## **Passende zorg**

Om ervoor te zorgen dat iedereen ook in de toekomst goede zorg kan krijgen is passende zorg sinds enige tijd de norm voor alle zorg. De grote maatschappelijke opgaven waarmee de zorgsector en de samenleving

## **Het verschil tussen baarmoederhalsafwijkingen en baarmoederhalskanker**

Baarmoederhalskanker wordt voorafgegaan door een afwijking aan cellen van de baarmoederhals. Deze afwijking heet: cervicale intra-epitheliale neoplasie (CIN). Bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker of bij klachten wordt bij een vrouw een uitstrijkje uitgevoerd. Als blijkt dat de vrouw het HPV (humaan papillomavirus) heeft én het uitstrijkje bovendien veranderde cellen bevat, dan wordt de vrouw doorverwezen naar de gynaecoloog voor verder onderzoek en eventuele behandeling van CIN. Het verbetersignalement gaat over de zorg na die doorverwijzing.

aan de slag moeten om zorg toekomstbestendig te maken, liggen op het vlak van mensgerichtheid, houdbaarheid en duurzaamheid. Passende zorg vraagt om een ommezwaai in het denken over zorg en heeft vier basisprincipes:<sup>[3]</sup>

1. Passende zorg is waardegedreven, het is zorg die waarde toevoegt aan de gezondheid van mensen tegen een proportionele inzet van middelen, personeel en grondstoffen.
2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand.
3. Passende zorg vindt plaats op de juiste plek.
4. Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

De volgende hoofdstukken beschrijven hoe de afspraken bijdragen aan passende zorg, nu en in de toekomst.

### **Inzicht in het behalen van verbeterafspraken door evaluatie - deel 1**

Voor dit eerste deel van de evaluatie hebben we onderzocht in hoeverre de verbeterafspraken van het Passende zorg verbetertraject Baarmoederhalsafwijking CIN (voorheen Zinnige Zorg) zijn uitgevoerd. We zijn ook nagegaan wat daarbij de mogelijk belemmerende en bevorderende factoren zijn geweest. De uitkomst rapporteren we aan de betrokken partijen en aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

### **Inzicht in het behalen van verbeterdoelen door evaluatie - deel 2**

Het tweede deel van de evaluatie volgt in 2025, zodra de gegevens voor dit deel van de evaluatie beschikbaar zijn. Daarin zullen we de effecten beschrijven van de verbeterafspraken op de zorgverlening. We gaan dan na in hoeverre de beoogde verbeterdoelen zijn behaald, bijvoorbeeld minder behandelingen bij CIN 1 en we maken een schatting van de gerealiseerde financiële impact. Bijlage 4 van dit rapport bevat het plan van aanpak voor het tweede deel van de evaluatie.

### **Leeswijzer**

In dit evaluatierapport beschrijven we per hoofdstuk een verbeteronderwerp.

- Er worden meer vrouwen behandeld volgens de adviezen uit de richtlijn, daardoor is er minder over- en onderbehandeling van CIN (hoofdstuk 1).
- Er komt duidelijkheid en uniformiteit over het vervolgtraject voor vrouwen met CIN en de variatie in de vervolgtrajecten vermindert daardoor (hoofdstuk 2).
- Er komt betere patiënteninformatie en ook keuzematerialen om samen te kunnen beslissen (hoofdstuk 3).

Ieder hoofdstuk begint met een overzichtstabel waarin staat in hoeverre de afspraken zijn uitgevoerd. Daarbij geven we ook aan in hoeverre de afspraken een bijdragen leveren aan passende zorg. In het vervolg van de hoofdstukken wordt dit per verbeterafpraak verder uitgewerkt.

De conclusies en de vervolgacties voor enkele van de afspraken staan beschreven in het vierde hoofdstuk.

Bijlagen 1 en 2 beschrijven de werkwijze van Passende zorg verbetertrajecten en de bij baarmoederhalsafwijking CIN betrokken partijen. Bijlage 3 beschrijft de methode die bij de evaluatie deel 1 is gebruikt. Bijlage 4 bevat de opzet voor de evaluatie deel 2 van het behalen van de behandeldoelen in 2025. Bijlage 5 beschrijft het commentaar van partijen tijdens de consultatie van de voorlaatste versie van dit rapport. Ook hebben we daarbij puntsgewijs aangegeven hoe we dat commentaar verwerkt hebben in de huidige versie van het rapport.



# 1 Evaluatie van afspraken over het volgen van de behandeladviezen uit de richtlijn

Partijen zijn erin geslaagd de beide verbeterafspraken over het beter volgen van de richtlijn uit te voeren. Zij hebben een praktijkspiegel met uitkomstindicatoren ontwikkeld en vastgesteld aan welke voorwaarden voldaan moeten worden om een landelijke registratie van colposcopie-uitslagen op te zetten. Dit zijn betekenisvolle stappen om nu en in de toekomst meer onnodige behandeling te voorkomen en noodzakelijke behandeling te stimuleren. Zo wordt de zorg voor vrouwen met baarmoederhalsafwijking CIN meer waardegedreven en dus meer passend.

Het eerste verbeteronderwerp uit het *Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN* gaat over het beter volgen van de landelijke richtlijn CIN<sup>[1]</sup> AIS en VAIN (verder aangeduid als 'de richtlijn'). Partijen hebben de verbeterafspraken voor het beter volgen van de richtlijn uitgevoerd, zie tabel 2. Ten eerste hebben partijen de implementatie van de richtlijn bevorderd en uitkomstindicatoren (per kliniek) beschikbaar gesteld aan de zorgverleners die CIN diagnosticeren en behandelen. Partijen treffen voorbereidingen om in 2025 zorgverleners geactualiseerde uitkomstindicatoren aan te bieden. In deel 2 van de evaluatie (voorzien in 2025) onderzoeken we of het uitvoeren van deze afspraak ook de gestelde doelen dichterbij gebracht heeft. Ten tweede hebben partijen de mogelijkheden voor uniforme colposcopieregistratie onderzocht. Hieruit blijkt dat uniforme registratie op landelijk niveau nu nog niet mogelijk is. Daarmee is zoals afgesproken de haalbaarheid onderzocht. Op dit moment is nog niet duidelijk hoe in de toekomst wel aan de randvoorwaarden voor een dergelijke landelijke registratie kan worden voldaan.

Tabel 2 | De realisatie van verbeterafspraken en de bijdrage aan passende zorg voor de verbeterdoelen bij het onderwerp beter volgen van de richtlijn

Verbeterafpraak*	Uitgevoerd	Verbeterdoel(en)	Bijdrage aan principes passende zorg
1. Plan van aanpak en ontwikkelen uitkomst-indicatoren.	Ja	Minder <i>see and treat</i> -behandeling en minder behandeling CIN1 en CIN 2; Meer behandeling CIN3.	Waardegedreven zorg; zorg die gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.
2. Haalbaarheidsonderzoek landelijke colposcopie-registratie.	Ja	Minder <i>see and treat</i> -behandeling.	Waardegedreven zorg; zorg die gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

\*De nummering van de verbeterafspraken komt overeen met die in het *Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN*.

De adviezen uit de richtlijn zijn gebaseerd op de kansen dat het lichaam van de vrouw wel of niet zelf de veranderde cellen opruimt. Deze adviezen zullen door het uitvoeren van deze afspraken naar verwachting beter gevolgd gaan worden. Daarmee is het aannemelijk dat het beter volgen van de behandeladviezen op groepsniveau effectief en doelmatig is. Dit is een van de normen waaraan waardegedreven zorg moet

voldoen. Bovendien voorkomt het volgen van de richtlijn verergering van de ziekte en het bieden van niet-passende zorg. Daarmee gaat de behandeling meer over gezondheid en preventie van ziekte. Partijen hebben dus bijgedragen aan meer passende zorg door het uitvoeren van deze verbeteracties.

### **De werkwijze bij verwijzing na een afwijkend uitstrijkje volgens de richtlijn**

Bij verwijzing na een afwijkend uitstrijkje vindt volgens de richtlijn in het ziekenhuis eerst een kijkonderzoek plaats, de zogenaamde colposcopie. Als bij de colposcopie ernstige afwijkingen geconstateerd worden, kan de gynaecoloog in overleg met de vrouw besluiten om deze zonder verder onderzoek gelijk te verwijderen (*see and treat*). Dat verwijderen is een kleine chirurgische ingreep en wordt liexcisie genoemd.<sup>1</sup> Ook kunnen zij besluiten eerst verder onderzoek te doen. In dat geval wordt een klein beetje weefsel afgenomen (een zogenaamd biopt) dat in een laboratorium microscopisch onderzocht wordt om de ernst van mogelijke afwijkingen nader te bepalen. Bij onderzoek van het biopt kunnen verschillende gradaties van CIN aangetroffen worden:

- CIN 1 - lichte afwijking;
- CIN 2 - matige afwijking;
- CIN 3 - ernstige afwijking.

Bij CIN 3 is de kans het grootst dat de afwijkende cellen op den duur in kankercellen veranderen. CIN 1 wordt meestal door het lichaam opgeruimd zonder dat verdere behandeling nodig is. Een behandeling brengt daarnaast mogelijk complicaties met zich mee, zoals tijdelijk bloedverlies. Ook is gebleken dat er een grotere kans was op een vroeggeboorte bij vrouwen die een liexcisie ondergingen en (kort of lang) daarna zwanger werden. Het is daarom beter om eerst af te wachten ingeval van een licht afwijkend uitstrijkje of een CIN 1 of een CIN 2 bij kinderwens. In geval van CIN 3 adviseert de richtlijn een actieve behandeling. Daarmee draagt deze verbeterafpraak bij aan meer gezondheid voor moeder en bij een latere zwangerschap ook voor het kind.

De volgende paragrafen beschrijven per verbeterafpraak of en in hoeverre de verbeterafspraken voor het beter volgen van de behandelrichtlijn zijn uitgevoerd. We geven ook aan welke bevorderende en belemmerende factoren partijen hierbij ervaren hebben en hoe in de toekomst de richtlijn blijvend ingebed kan worden in de zorgverlening aan vrouwen met een baarmoederafwijking.

## **1.1 De afspraken over het beter volgen van de richtlijn zijn uitgevoerd**

De doelen bij deze afspraak waren:

- geen *see and treat* bij vrouwen met licht afwijkende uitstrijkjes;
- vrouwen met CIN 1 in het biopt niet behandelen;
- vrouwen met kinderwens en CIN 2 in het biopt hebben zo min mogelijk behandelen;
- vrouwen met CIN 3 in het biopt in principe altijd behandelen.

### **1.1.1 Implementatie richtlijn en uitkomstindicatoren voor spiegelinformatie (afpraak 1)**

Onder regie van de NVOG wordt een plan van aanpak gemaakt om de implementatie van de richtlijn op het gebied van behandeling van CIN te maximaliseren. Een mogelijk onderdeel van het plan is monitoring van de behandeling, bijvoorbeeld met behulp van uitkomstindicatoren. Deze kunnen door de beroepsgroepen gebruikt worden als spiegelinformatie en kunnen helpen om de zorg te verbeteren. Uitvoering van dit plan van aanpak vindt plaats onder regie van de NVOG.

Deze afspraak is uitgevoerd. Verbeterafpraak 1 draagt bij aan alle vier de gestelde verbeterdoelen.

De NVOG heeft een taskforce opgericht om de implementatie van de richtlijn te maximaliseren. De actielijst van de taskforce fungeerde als plan van aanpak. Het opstellen van uitkomstindicatoren was daarin belangrijk onderdeel.

De NVOG heeft uitkomstindicatoren ontwikkeld, gepubliceerd en verspreid, samen met het Talma Instituut en ZEE&GG. Ziekenhuizen en klinieken kunnen deze gebruiken als spiegelinformatie. De indicatoren geven

<sup>1</sup> Sinds enige tijd kunnen gynaecoloog en vrouw ook besluiten tot behandeling met een vaginale crème in plaats van een liexcisie.

inzicht in de gekozen behandelingen en de uitkomsten van de behandeling en het vervolgtraject bij CIN. De indicatoren geven de mogelijkheid om de kwaliteit van zorg van een zorginstelling te vergelijken met het landelijk gemiddelde, om hiervan te leren en om diagnostiek en behandeling verder te optimaliseren. De NVOG heeft de intentie om de spiegelinformatie regelmatig te actualiseren en opnieuw te publiceren.

De kwaliteitsindicatoren leiden niet tot extra registratielast, in tegenstelling tot eerdere indicatoren in dit zorgtraject. De huidige indicatoren worden bepaald op basis van toch al routinematig vastgelegde gegevens. Het gaat om de declaratiegegevens in combinatie met laboratoriumuitslagen uit de databank van het Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (Palga).

De NVOG heeft de resultaten gepresenteerd op landelijke symposia en gepubliceerd in een wetenschappelijk artikel.<sup>[4]</sup> Om spiegelinformatie in 2025 opnieuw te kunnen publiceren vindt momenteel overleg plaats tussen de NVOG, ZE&GG en het Zorginstituut, zie bijlage 4.

Het vaststellen van streefwaarden zou de impact van de spiegelinformatie kunnen verhogen. Partijen bleken hier tijdens de implementatiefase echter niet van overtuigd. Daarom is de afspraak bij de verbeterdoelen om tijdens de implementatiefase streefwaarden vast te stellen, niet uitgevoerd. Dit heeft gevolgen voor deel 2 van de evaluatie die gaat over het bereiken van de verbeterdoelen. Deel 2 staat nader toegelicht in bijlage 4.

#### **Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie van de richtlijn**

Door het opnemen van alle verbeterafspraken uit het *Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN* op de Implementatieagenda Gepast Gebruik van ZE&GG zijn deze ook op het niveau van ziekenhuizen en klinieken geagendeerd. Dat werkt bevorderend. Overige belemmerende en bevorderende zijn niet bekend.

#### **1.1.2 Mogelijkheden om colposcopiedata uniform te registreren (afpraak 2)**

De betrokken partijen gaan onderzoeken op welke wijze colposcopiedata uniform geregistreerd kunnen worden en wat de financiële consequenties hiervan zijn. Ook zal onderzocht worden of een koppeling met de Palga-databank (technisch en praktisch) haalbaar is.

Deze afspraak is uitgevoerd.

Bij deze verbeterafpraak had de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP) de regie. De NVVP heeft hier in nauwe samenwerking met de NVOG aan gewerkt. De registratie van colposcopiedata waarvan sprake is in deze verbeterafpraak kan extra uitkomstindicatoren opleveren. Daarvoor is koppeling met de databank van het Palga noodzakelijk. De uitkomstindicatoren die zo ontstaan kunnen bijdragen aan het bereiken van het eerste verbeterdoel, het verminderen van *see and treat*-behandeling bij licht afwijkende uitstrijkjes.

De *Haalbaarheidsstudie landelijke registratie colposcopie* laat zien dat uniforme registratie van colposcopiedata alleen onder voorwaarden mogelijk is.<sup>[5]</sup> Volgens een extern uitgevoerd deelonderzoek is de indicator 'colposcopische impressie' het meest bruikbaar om de ernst van een afwijking te voorspellen.<sup>[6]</sup> Partijen hebben deze studie uitgevoerd met ondersteuning van het Zorginstituut. Het Zorginstituut stelde de financiering beschikbaar voor de uitvoering van het externe deelonderzoek en fungeerde hierbij als opdrachtgever. De partijen vormden een klankbordgroep.

#### **Randvoorwaarden voor landelijke registratie colposcopie nog niet vervuld**

Bij uniforme registratie aan de bron kunnen de resultaten landelijk worden geregistreerd en uiteindelijk worden teruggekoppeld als uitkomstindicatoren of spiegelinformatie. Voor de uniforme registratie zijn afspraken tussen zorgprofessionals nodig en vervolgens vertaling naar instructies. Ook vereist dit ICT-aanpassingen in het ziekenhuis, in het laboratorium en bij Palga, zodat de registratie aan de bron automatisch en zonder extra registratielast op de genoemde plekken wordt doorgegeven. Voor al deze zaken is financiering nodig. Aan deze randvoorwaarden om tot uniforme registratie te komen is nog niet voldaan.

### **Belemmerende en bevorderende factoren bij het uniform registreren van colposcopiedata**

Bij de uitvoering van de haalbaarheidsstudie van de nationale colposcopieregistratie werden op voorhand belemmerende factoren genoemd:

- registratielast;
- benodigde ICT-aanpassingen;
- financiering.

De extra registratielast bleek mee te vallen. De benodigde ICT-aanpassingen zijn in beeld gebracht. Partijen moeten zelf financiering vinden om deze daadwerkelijk uit te voeren. Dit is nog niet gelukt.

Ook de Ausgangssituatie dat de regie voor deze afspraak bij de NVVP lag, werd als belemmerend ervaren, maar dat is later opgelost door goede samenwerking met de NVOG.

### **Toekomst van uniforme registratie colposcopiedata**

In de evaluatie is niet duidelijk geworden op welke wijze uniforme registratie colposcopiedata verder ontwikkeld wordt. Partijen wijzen vooral op de benodigde ICT-aanpassingen en de ontbrekende financiering daarvan. De NVOG benadrukt dat de informatie automatisch uit patiëntendossiers moet kunnen worden gehaald. De NVVP pleit ervoor om prioriteit te geven aan automatische dataoverdracht in de benodigde informatieketen.

## 2 Evaluatie van afspraken over meer uniformiteit in vervolgtraject

Vier verbeterafspraken gaan over het uniformeren van het vervolgtraject van onbehandelde en behandelde CIN. Partijen hebben de meeste afspraken uitgevoerd. Ze hebben de richtlijn op punten verduidelijkt en uitkomstindicatoren gedefinieerd. Ook is onderzocht of een gedeelte van het zorgtraject door de huisarts kan worden gedaan. Hiermee kan de zorg in het vervolgtraject van de behandeling meer passend worden aangeboden.

Het tweede verbeterpunt uit het *Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN* gaat over het uniformeren van het vervolgtraject van onbehandelde en behandelde CIN. Uniformering maakt dat patiënten weten hoe het traject er gaat uitzien en het vermindert vervolgtrajecten waar te veel en te vroeg of juist te weinig en te laat diagnostiek wordt uitgevoerd. Partijen hebben de meeste afspraken uitgevoerd, zodat de zorg in het vervolgtraject van de behandeling meer passend kan worden aangeboden, zie tabel 3.

Van de vier verbeterafspraken over het vervolgtraject zijn er drie deels of grotendeels uitgevoerd. Eén afspraak is vervallen. De partijen hebben een plan gemaakt voor het implementeren van de richtlijn (afpraak 3) en de aanpassingen in de richtlijn voor het vervolgtraject van onbehandelde CIN<sub>2</sub> (afpraak 5). De partijen hebben de aangepaste richtlijn op verschillende manieren bij gynaecologen en andere behandelaars onder de aandacht gebracht. Verder is het verplaatsen van onbehandelde en behandelde CIN 1 en behandelde CIN 2 naar de eerste of anderhalve lijn onderzocht aan de hand van vier scenario's (afpraak 4). De afspraak over het aanpassen van de richtlijn voor de vervolgtrajecten van behandelde CIN 1 en onbehandelde CIN 3 (afpraak 6) is om inhoudelijke redenen niet uitgevoerd.

De verbeteracties dragen bij aan de beweging naar passende zorg. Het verminderen van over- en onderbehandeling draagt bij aan de doelmatigheid van de zorg in het vervolgtraject en is daarmee waardegecreëerd. Een vervolgtraject gebaseerd op de adviezen uit de richtlijn voorkomt verergering van de ziekte en het bieden van niet-passende zorg. Daarmee gaat de behandeling meer over gezondheid (en preventie van ziekte) in plaats van over ziekte. Regionaal zijn in de richtlijn genoemde vervolgtrajecten daadwerkelijk naar de eerste lijn zijn verplaatst. Dit draagt eraan bij dat de zorg op de juiste plek plaatsvindt, namelijk dichtbij als het kan. Op deze wijze dragen partijen bij aan meer passende zorg.

Tabel 3 | De realisatie van verbeterafspraken en de bijdrage aan passende zorg voor de verbeterdoelen bij het onderwerp meer uniformiteit in het vervolgtraject

Verbeterafpraak*	Uitgevoerd	Verbeterdoel	Bijdrage aan principes passende zorg
3. Plan van aanpak en ontwikkelen uitkomst-indicatoren.	Ja	Verminderen van over- en onderdiagnostiek in de vervolgtrajecten van onbehandelde en behandelde CIN.	Waardegedreven zorg; zorg die gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.
4. Haalbaarheid verplaatsen bepaalde vervolgtrajecten naar eerste of anderhalve lijn.	Ja	idem	Zorg vindt plaats op de juiste plek.
5. Verduidelijking richtlijn onbehandelde CIN 2.	Ja	idem	Waardegedreven zorg; zorg die gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.
6. Aanvullen richtlijn voor behandelde CIN 1 en onbehandelde CIN 3.	Nee	idem	Waardegedreven zorg; zorg die gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.**

\*De nummering van de verbeterafspraken komt overeen met die in het Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN.

\*\* Deze bijdragen zijn hypothetisch, de afspraak is immers niet uitgevoerd.

### Het aangeraden vervolgtraject volgens de richtlijn

Directe behandeling is niet altijd nodig, wel zal er volgens de richtlijn altijd een vervolgtraject met nacontroles zijn. Als de afwijking is behandeld, dan start dit vervolgtraject meestal met nader onderzoek na zes maanden. Dit onderzoek dient dan om te bepalen of de ingreep succesvol is geweest en of er geen afwijkende cellen zijn achtergebleven. Als is gekozen voor afwachtend beleid, dan start het vervolgtraject meestal na twaalf maanden. Dan wordt onderzocht of het lichaam van de vrouw de afwijking intussen heeft opgeruimd, of dat er eventueel alsnog aanleiding is voor een actieve behandeling.

In de volgende paragrafen beschrijven we de gemaakte verbeterafspraken en evalueren we of en hoe de afspraken voor het meer uniform maken van het vervolgtraject zijn uitgevoerd. Waar van toepassing geven we aan wat bevorderende en belemmerende factoren waren tijdens de implementatie.

## 2.1 De afspraken over meer uniformiteit in het vervolgtraject zijn grotendeels uitgevoerd

### 2.1.1 Plan van aanpak implementatie richtlijn vervolgtraject van CIN (afspraken 3)

Onder regie van de NVOG wordt een plan van aanpak gemaakt om de implementatie van de richtlijn over het vervolgtraject van CIN te maximaliseren. Uitvoering van dit plan van aanpak vindt plaats onder regie van de NVOG.

Deze afspraak is uitgevoerd.

Zoals in het vorige hoofdstuk is aangegeven heeft de NVOG als regiehouder een taskforce opgericht om de implementatie van de richtlijn te maximaliseren. De actielijst van de taskforce fungeerde daarbij als plan van aanpak. Conform de afspraak zijn de aangepaste modules opgenomen in de richtlijndatabase van de Federatie Medisch Specialist (FMS). Via landelijke symposia, webinars, nieuwsbrief en e-mail zijn alle gynaecologen geïnformeerd.

### De richtlijn is op meer punten aangepast

De taskforce heeft naast de afspraken uit het verbetersignalement gewerkt aan andere onderwerpen in de richtlijn. Een ervan is het toepassen van een vaginale crème als behandeling. Een ander onderwerp betrof de mogelijkheden om het aantal doorverwijzingen naar gynaecologen te verminderen van vrouwen die uiteindelijk geen CIN of baarmoederhalskanker hebben.<sup>[7]</sup>

### 2.1.2 Vervolgtrajecten voor behandelde of onbehandelde CIN 1 en behandelde CIN 2 verplaatsen naar eerste of anderhalve lijn (afpraak 4)

Er zal onderzocht worden hoe de vervolgtrajecten van onbehandelde CIN 1, behandelde CIN 1 en behandelde CIN 2 verplaatst kunnen worden naar de eerste of anderhalve lijn, en of dit haalbaar is. Op basis van de resultaten van dit onderzoek zullen de betrokken partijen een plan van aanpak maken voor de implementatie hiervan.

Deze afspraak is uitgevoerd. Er zijn door partijen vier scenario's opgesteld en besproken.

De uitkomst van de besprekingen is dat op landelijk niveau het verplaatsen van onbehandelde of behandelde CIN 1 en behandelde CIN 2 naar de eerste of anderhalve lijn niet haalbaar is. Wel is door twee ziekenhuizen in twee regio's in de praktijk de verplaatsing van in de richtlijn genoemde vervolgtrajecten naar de eerste lijn gerealiseerd.

Door controles in het vervolgtraject in de huisartsenpraktijk te laten plaatsvinden hoeven vrouwen daarvoor niet naar het ziekenhuis. De aanname is dat door deze verplaatsing het aantal vrouwen dat daadwerkelijk een nacontrole laat doen in het vervolgtraject zal toenemen. In de implementatiefase is onderzocht of het haalbaar is om vervolgtrajecten van onbehandelde CIN 1, behandelde CIN 1 en behandelde CIN 2 te verplaatsen naar de eerste of anderhalve lijn. Volgens de richtlijn komen deze nacontroles in aanmerking om verplaatst te worden.

De regie voor dit onderwerp lag bij het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de NVOG. Zij hebben samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en met ondersteuning van ZE&GG vier scenario's opgesteld en de haalbaarheid daarvan besproken:

1. op landelijk niveau verplaatsen naar de eerste lijn;
2. het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) verantwoordelijk maken voor oproep controlemoment in de eerste lijn;
3. regionale afspraken maken;
4. zorg zo laten, oftewel vervolgtrajecten blijven bij de gynaecoloog.

De eerste uitkomst van deze besprekingen is dat scenario 1 – het landelijk verplaatsen van onbehandelde of behandelde CIN 1 en behandelde CIN 2 naar de eerste of anderhalve lijn – niet haalbaar is. Een belangrijk knelpunt daarbij is hoe de vrouw te volgen en tijdig op te roepen voor een vervolgafpraak. Dit vraagt onder andere om investeringen in het ontwikkelen en invoeren van een oproepsysteem. Huisartsen beschikken niet over het benodigde opvolgsysteem en het lijkt ondoelmatig om dit alleen voor deze relatief beperkte groep te ontwikkelen. Tegelijkertijd is bij huisartsen en huisartsassistenten nog onvoldoende kennis aanwezig over wat te doen bij vervolgmomenten en met de uitkomsten van een uitstrijkje en HPV-bepaling. Zij kunnen de grote verantwoordelijkheid niet dragen in het waarborgen van de veiligheid, oftewel het voorkomen dat ernstige veranderingen in celweefsel of kanker worden gemist. Het vraagt veel van alle betrokken partijen, terwijl het om een relatief klein aantal vrouwen gaat.

Daarnaast hebben partijen scenario 2 met het RIVM besproken. Deze organisatie verzorgt nu reeds de oproepen voor het bevolkingsonderzoek naar onder andere baarmoederhalskanker. Uitbreiding met de oproep voor het controlemoment bij de huisarts blijkt echter niet mogelijk. Het RIVM is niet betrokken bij het zorgtraject en heeft geen toegang tot zorggegevens van individuele patiënten.

## Regionale initiatieven

In twee ziekenhuizen, in verschillende regio's, is het vervolgonderzoek van afwijkingen voor in de richtlijn genoemde vervolgtrajecten verplaatst naar de eerste lijn.

### Werkwijze

De volgende oplossingen voor de in het landelijk overleg genoemde vraagstukken zijn gevonden:

- Goed en gedetailleerd informeren van de huisarts over het beleid in het vervolgtraject (uitwerking conform de richtlijn).
- Duidelijk informeren van de patiënt. De verantwoordelijkheid voor het maken van een afspraak ligt bij de betreffende vrouw, zoals bij het bevolkingsonderzoek of het reageren op een oproep voor een nacontrole.

### Effecten

Deze werkwijze scheelt 800 tot 900 controlebezoeken per jaar in het eerste ziekenhuis. Huisartsen zien drie à vier patiënten extra per jaar in hun praktijk en ervaren dat niet als extra werkdruk. De effecten van deze werkwijze worden binnenkort retrospectief en vergelijkend onderzocht in het andere ziekenhuis.

Wel zijn op regionaal niveau initiatieven gestart volgens scenario 3. In aansluiting op de richtlijn, die de mogelijkheid tot verplaatsing van specifieke vervolgtrajecten benoemt, zijn vanuit een aantal ziekenhuizen initiatieven gestart om deze verplaatsing in de praktijk te brengen. In een aantal regio's zijn die initiatieven gestrand om vergelijkbare redenen als benoemd bij scenario 1 (landelijke verplaatsing). In het kader hierboven beschrijven we twee ziekenhuizen in verschillende regio's waar deze verplaatsing wel tot stand is gekomen. Met het programma 'Passende zorgpraktijken' wil het Zorginstituut de beweging naar passende zorg versnellen. Het Zorginstituut zal in overleg met de betrokkenen nagaan of deze praktijk van verplaatsing van nacontroles past in het programma 'Passende zorgpraktijken' aanmelden, zie paragraaf 4.5.

Doordat in de overige regio's vervolgtrajecten van onbehandelde en behandelde CIN 1 en behandelde CIN 2 landelijk nu niet worden verplaatst naar eerste of anderhalve lijn (scenario 4), dalen de kosten die daarmee gemoeid zijn niet. Ook voor de vrouw kunnen de kosten door behandeling in de tweede lijn aanzienlijk zijn, afhankelijk van het openstaande eigen risico van de zorgverzekering. Tijdens de besprekingen is de suggestie geopperd dat de vervolgonderzoeken, veelal uitstrijkjes, mogelijk tegen een lager tarief uitgevoerd kunnen worden door andere zorgprofessionals in de tweede lijn. Het Zorginstituut zal met zorgverzekeraars bespreken of deze taakverschuiving gestimuleerd kan worden in contractonderhandelingen. Het gaat daarbij om regio's waar geen verplaatsing van zorg plaatsvindt, zie paragraaf 4.5.

### Belemmerende en bevorderende factoren

Bij de verplaatsing van bepaalde vervolgtrajecten van de tweede naar de eerste of anderhalve lijn is de stem van de patiënt een belangrijke voorwaarde. Dit kan in individuele gevallen een bevorderende of belemmerende factor zijn. Tijdens de implementatie hebben partijen dit ook bij andere verbeterafspraken als belangrijke factor benoemd.

#### 2.1.3 Verduidelijken richtlijn vervolgtraject CIN 2 (afspraak 5)

De betrokken partijen verduidelijken de richtlijn voor het vervolgtraject van onbehandelde CIN 2 op basis van de huidige stand van de wetenschap en praktijk. De implementatie van deze verduidelijking wordt toegevoegd aan het plan van aanpak van de NVOG, zoals omschreven in afspraak 3.

Deze afspraak is uitgevoerd.



De aanpassing van het beleid en vervolgbeleid voor vrouwen met onbehandelde CIN 2 is opgenomen in de richtlijn. Hierbij geldt afwachtend beleid voor vrouwen met (toekomstige) kinderwens en behandelbeleid voor vrouwen zonder kinderwens. Voor het vervolgbeleid bij onbehandelde CIN2 is een flowchart ontwikkeld. Deze aangepaste aanbevelingen zijn op verschillende manieren onder de aandacht gebracht van betrokken zorgverleners en patiënten. Ook heeft de NVOG dit onderwerp opgenomen in een Kennisspel.

#### **2.1.4 Aanvullen richtlijn vervolgtrajecten behandelde CIN 1 en onbehandelde CIN 3 (afpraak 6)**

De betrokken partijen vullen de richtlijn aan voor de vervolgtrajecten van behandelde CIN 1 en onbehandelde CIN 3, op basis van de huidige stand van de wetenschap en praktijk. De implementatie van deze aanvulling wordt toegevoegd aan het plan van aanpak van de NVOG, zoals omschreven in afspraak 3.

Deze afspraak bleek niet zinvol en is niet uitgevoerd.

In het verdiepingsonderzoek baarmoederhalsafwijking CIN is geconstateerd dat de vervolgtrajecten bij vrouwen met behandelde CIN 1 en onbehandelde CIN 3 heel wisselend worden ingevuld. In het verbeter-signalement is om die reden de verbeterafpraak opgenomen dat betrokken partijen de richtlijn aanvullen voor de vervolgtrajecten van behandelde CIN 1 en onbehandelde CIN 3. Partijen hebben echter afgezien van een aanvulling van de richtlijn op deze punten. Het behandelen van CIN 1 en niet-behandelen van CIN 3 zijn uitzonderingen op de adviezen in de richtlijn. Er is dan per definitie sprake van bijzondere omstandigheden. Deze omstandigheden beïnvloeden naar alle waarschijnlijkheid ook het vervolgtraject, waardoor er geen uniform advies voor gegeven kan worden.

# 3 Evaluatie van afspraken over het optimaliseren van informatievoorziening en van Samen Beslissen

De verbeterafspraken over het ontwikkelen van informatie- en keuzemateriaal zijn gedeeltelijk uitgevoerd. Het ontwikkelde materiaal ondersteunt het samen beslissen, een van de principes van passende zorg. Verder draagt de ontwikkelde patiënteninformatie over stoppen met roken bij aan het centraal stellen van gezondheid, in plaats van de ziekte. Partijen hebben de indruk dat de informatie ook aan patiënten ter beschikking wordt gesteld.

Het derde en laatste verbeterpunt betreft het verbeteren van informatievoorziening, zodat vrouwen in staat worden gesteld beter samen met hun arts te beslissen over hun behandeling. Samen Beslissen is een belangrijk principe van passende zorg. Daarnaast maakt de specifieke informatievoorziening over roken en CIN dat zorg gaat over gezondheid en niet alleen over ziekte. Daarmee leveren partijen een bijdrage aan meer passende zorg, zie tabel 4.

Voor patiënten is informatie beschikbaar in tekst en deels ook in beeld en film. Dit betreft informatie over baarmoederhalsafwijking CIN, het onderzoek en de behandeling. En ook over het belang van stoppen met roken en hoe patiënten dat kunnen aanpakken. Daarnaast is er keuzemateriaal over CIN 2, de gradatie waarbij de afweging conform de adviezen uit de richtlijn het meest complex is. De keuze is dan afhankelijk van een eventuele, mogelijk latente, kinderwens.

Deze verbeteracties dragen bij aan de beweging naar passende zorg. Er zijn patiënteninformatie en ten minste een keuzehulp ontwikkeld, die Samen Beslissen kunnen bevorderen. Doordat ze aansluiten bij de adviezen in de richtlijn, dragen ze (indirect) ook bij aan het in de overwegingen betrekken van doelmatige (waardegedreven) zorg, wat verergering van de ziekte en het bieden van niet-passende zorg voorkomt. Op diverse websites staan teksten en filmpjes die vrouwen oproepen om te stoppen met roken om hun lichaam te ondersteunen bij het opruimen van veranderde cellen. Dit draagt bij aan zorg die gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

In onze evaluatie is niet specifiek onderzocht in hoeverre zorgverleners in de spreekkamer patiënten wijzen op de beschikbare informatie en hen motiveren om deze te gebruiken, conform de betreffende verbeterafspraken. Patiëntenorganisaties en organisaties van zorgprofessionals geven aan dat zij patiënten wijzen op de beschikbare informatie. De daadwerkelijke bijdrage aan passende zorg hangt af van het daadwerkelijk gebruik van deze materialen in de praktijk.

In het vervolg van dit hoofdstuk beschrijven we eerst het onderzoek naar informeren en Samen Beslissen bij de baarmoederhalsafwijking CIN dat kort na de publicatie van het *Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN* is uitgevoerd.<sup>[8]</sup> Dit gebeurde in opdracht van het Zorginstituut, in afstemming met partijen. De resultaten vormen een handreiking voor partijen bij het implementeren van de verbeterafspraken. In de daaropvolgende paragrafen beschrijven we de gemaakte verbeterafspraken en evalueren we of en hoe de afspraken over het optimaliseren van informatievoorziening en Samen Beslissen zijn uitgevoerd. Ten slotte geven we waar van toepassing aan wat bevorderende en belemmerende factoren waren tijdens de implementatie.

Tabel 4 | De realisatie van verbeterafspraken en de bijdrage aan passende zorg voor de verbeterdoelen bij het onderwerp optimaliseren informatievoorziening en Samen Beslissen

Verbeterafpraak*	Uitgevoerd	Verbeterdoel	Bijdrage aan principes passende zorg
7a. Ontwikkeling patiënteninformatie.	Ja	Tijdige beschikbaarheid van duidelijke en op de doelgroep toegespitste informatie en keuzematerialen.	Zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand.**
7b. Vrouwen worden op informatie gewezen.	Waarschijnlijk	idem	(idem)
7c. Vergroten bewustzijn van rol patiënteninformatie bij Samen Beslissen.	Niet geëvalueerd (te ruim geformuleerde afspraak).	idem	(idem)***
8a. Ontwikkeling keuzemateriaal.	Deels (voor CIN 2).	idem	Zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand**
8b. Vrouwen en behandelaren worden op keuzemateriaal gewezen.	Waarschijnlijk	idem	(idem)
8c. Vergroten bewustzijn van rol keuzemateriaal bij Samen Beslissen.	Niet geëvalueerd (te ruim geformuleerde afspraak).	idem	(idem)***
9a. Ontwikkelen patiënteninformatie over de relatie roken-CIN-baarmoederhalskanker.	Ja	Beschikbaarheid van goede informatie over het risico van roken in relatie tot CIN en baarmoederhalskanker.	Zorg die gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.
9b. Vrouwen worden op informatie over roken gewezen.	Waarschijnlijk deels.	idem	(idem)***

\*De nummering van de verbeterafspraken komt overeen met die in het *Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN*.

\*\*Indirect bevordert de afspraak ook waardegedreven zorg en zorg die gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

\*\*\*Deze bijdragen zijn hypothetisch, gezien de status van de uitvoering.

### Onderzoek naar informeren en Samen Beslissen bij baarmoederhalsafwijking CIN

Met dit onderzoek is inzicht verkregen in hoe de informatievoorziening is geregeld en wat de ervaringen zijn van vrouwen en zorgverleners.

De aanbevelingen uit dit onderzoek zijn:

- Bied informatie aan op verschillende manieren, ook met plaatjes en filmpjes, zodat je een brede doelgroep bereikt. Leer van elkaar en deel goede voorbeelden van patiënteninformatie.
- Maak duidelijker onderscheid tussen informatie over een afwijkend uitstrijkje en informatie over de behandeling van baarmoederhalskanker, om onnodige angst te voorkomen bij vrouwen met een afwijkend uitstrijkje.
- Beschrijf het proces van Samen Beslissen in de folder die het ziekenhuis toestuurt en benadruk dat vrouwen actieve inbreng mogen hebben. Maak daarbij duidelijk dat informatieverstrekking zich niet beperkt van zorgverlener naar patiënt. Ook de patiënt kan informatie verstrekken aan de zorgverlener, bijvoorbeeld over een kinderwens en over hoe iemand in het leven staat.
- Bespreek als zorgverlener expliciet waarop het behandeladvies is gebaseerd. Ga na hoe het voorstel valt en welke voorkeur de vrouw heeft in de gegeven situatie. Leg de besproken opties en de gemaakte keuze bij voorkeur vast in het dossier.

Uit het rapport blijkt onder andere dat de voorkeuren van patiënten nog onvoldoende richtinggevend zijn bij Samen Beslissen. Het rapport benoemt vier belangrijke stappen in het proces van Samen Beslissen:

- De vrouw en de zorgverlener realiseren zich dat er iets te kiezen valt en dat de vrouw daarin een rol heeft.
- De patiënt begrijpt de ziekte of afwijking en kent de voor- en nadelen van de behandelopties.

- De kwaliteit van leven wordt verbonden aan de medische mogelijkheden.
- Op basis van de voorkeuren van de patiënt komt een beslissing tot stand.

### 3.1 De afspraken over het ontwikkelen van informatie- en keuzeproducten zijn (deels) uitgevoerd en partijen geven aan dat deze materialen ook gebruikt worden

#### 3.2.1 Ontwikkelen van patiënteninformatie (afspraken 7a)

De betrokken partijen zorgen ervoor dat kwalitatief goede en begrijpelijke patiënteninformatie (schriftelijk en digitaal) over de baarmoederhalsafwijking en de behandelmogelijkheden wordt ontwikkeld, die aansluit bij de richtlijn.

Deze afspraak is grotendeels behaald.

Voor de afspraken over de ontwikkeling van patiënteninformatie (afspraken 7a, 8a en 9a) zijn partijen gezamenlijk opgetrokken, met name Olijf, Bekkenbodem4All, de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland: Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie (V&VN: VOG) en de NVOG.

Voor vrouwen is het belangrijk dat informatie over de juiste onderwerpen beschikbaar is en dat zij deze op verschillende manieren krijgen aangeboden. Partijen hebben in onderlinge samenwerking, op basis van de richtlijn, de patiënteninformatie geactualiseerd en daarbij aandacht besteed aan de begrijpelijkheid. De belangrijkste websites waar deze informatie wordt aangeboden zijn [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl), [DeGynaecoloog.nl](http://DeGynaecoloog.nl), [Bekkenbodem4All.nl](http://Bekkenbodem4All.nl) en [Olijf.nl](http://Olijf.nl).

Informatie over een afwijkend uitstrijkje en behandelopties bij CIN 2 of CIN 3 wordt conform het onderzoeksrapport *Informereren en Samen Beslissen bij de baarmoederhalsafwijking CIN* aangeboden, zowel in de vorm van eenvoudige teksten met illustraties als filmpjes. Op [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) en [DeGynaecoloog.nl](http://DeGynaecoloog.nl) is informatie te raadplegen op onderwerp. Het onderscheid tussen behandeling van baarmoederhalsafwijkingen en baarmoederhalskanker is duidelijk. Op deze websites staat echter geen verwijzing naar patiëntenverenigingen. De website van Olijf is bedoeld voor vrouwen met baarmoederhalskanker, terwijl Bekkenbodem4All zich richt op het ondersteunen van mensen met bekkenbodemp Problemen, waaronder baarmoederhals-afwijkingen. Aan het begin van het traject was een projectgroep opgericht om te onderzoeken hoe de samenwerking tussen beide organisaties vorm kan krijgen. Het doel hiervan was om ervoor te zorgen dat vrouwen met (een vermoeden op) CIN doorverwezen worden naar Bekkenbodem4All, zodat zij niet direct geconfronteerd worden met informatie over (baarmoederhals)kanker bij Olijf. Vanwege capaciteitsproblemen is dit nog niet gelukt. Hun websites verwijzen niet naar elkaar. Hierdoor is het voor vrouwen waarschijnlijk niet duidelijk is bij welke patiëntenorganisatie organisatie ze voorafgaand aan en na afloop van een gynaecologisch consult terecht kunnen voor passende patiënteninformatie.

In de landelijke richtlijn is een link opgenomen naar patiënteninformatie. Hierdoor is het voor zorgverleners eenvoudig om een vrouw naar juiste informatie te verwijzen. Om gynaecologen en huisartsen te informeren en het gebruik ervan te stimuleren is informatie over de voorlichtingsvideo's opgenomen in publicaties in het *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie* (NTOG) en tijdschriften voor huisartsen, bijvoorbeeld *Huisarts & Wetenschap* (H&W) en *De Dokter*. Ook zijn presentaties gegeven op landelijke congressen.

Voor visuele ondersteuning tijdens consulten over de baarmoederhalsafwijking CIN is de mogelijke doorontwikkeling van een lokaal gebruikte praatkaart CIN besproken. Maar deze doorontwikkeling is gestopt, omdat er onvoldoende mandaat, financiële middelen en personele capaciteit beschikbaar waren.

#### Bevorderende en belemmerende factoren bij het ontwikkelen van patiënteninformatie

Bij het ontwikkelen van patiënteninformatie moet de patiënt altijd centraal staan, bijvoorbeeld door te letten op leesbaarheid en diversiteit in het medium. Bij baarmoederhalsafwijkingen is ook de woordkeuze van belang om angst weg te nemen, zodat de betreffende vrouw de informatie kan opnemen. Op dit moment is er nog geen eenduidigheid in woordgebruik en worden de termen 'voorstadium van baarmoederhalskanker', 'afwijkende cellen' en 'veranderde cellen' naast elkaar gebruikt.

### 3.1.2 Vrouwen wijzen op patiënteninformatie (afspraken 7b)

De betrokken partijen bevorderen dat vrouwen op deze informatie worden gewezen, voorafgaand aan en tijdens het gynaecologische consult.

Deze afspraak lijkt grotendeels nagekomen.

Voor de afspraken over het actief aanbieden van de patiënteninformatie (afspraken 7b, 8b en 9b) lag de regie bij de NVOG en het NHG. Betrokken partijen en de patiëntenorganisaties geven aan dat hun indruk is dat de informatie vrij algemeen beschikbaar wordt gesteld.

Ook in 2021 is de campagne 'Samen Beslissen' gestart. Dit is een initiatief van het programma 'Uitkomstgerichte Zorg'.<sup>2</sup> Op de website [Begineengoedgesprek.nl](https://www.begineengoedgesprek.nl) vinden patiënten en zorgverleners meer informatie, tips en andere hulpmiddelen over hoe zij samen kunnen beslissen. Samen Beslissen is een van de pijlers van passende zorg. De NVOG geeft aan dat vrijwel alle klinieken tijdens de themaspreekuren gebruik maken van het foldermateriaal, de animatiefilm en de keuzekaart.

### 3.1.3 Bewustzijn dat informatie helpt bij Samen Beslissen (afspraken 7c)

De betrokken partijen maken vrouwen en behandelaars ervan bewust dat zij met deze informatie beter in staat zijn om samen beslissingen te nemen over en tijdens het zorgtraject.

Deze afspraak is niet geëvalueerd, omdat deze te ruim geformuleerd is.

We nemen aan dat de implementatie van afspraken 7a en 7b aan dit bewustzijn heeft bijgedragen.

### 3.1.4 Ontwikkelen en gebruiken van keuzematerialen (afspraken 8a)

De betrokken partijen zorgen ervoor, dat op basis van de richtlijn keuzematerialen worden ontwikkeld (bijvoorbeeld keuzehulpen, praatplaten, et cetera).

Deze afspraak is uitgevoerd.

Keuzekaarten helpen vrouwen en hun artsen om samen een weloverwogen keuze te maken over de zorg die het beste bij de vrouw past. Het zijn keuzehulpen die de verschillende behandelopties overzichtelijk op een rij zetten. Wetenschappelijke verenigingen ontwikkelden deze kaarten in samenwerking met Patiëntenfederatie Nederland en het Kennisinstituut Federatie Medisch Specialisten (KIMS).

De keuzekaart CIN2 *na onderzoek van je baarmoederhals*<sup>3</sup> is ontwikkeld in samenwerking met patiëntenorganisaties. Deze keuzekaart is – net als alle andere keuzekaarten – te raadplegen op de website [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl). Patiëntenorganisaties geven aan dat er veel tekst op de keuzekaart staat. Dat is lastig voor laaggeletterden. Voor hen is het animatiefilmpje 'Behandelopties bij CIN2 of CIN3' beschikbaar via [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl). Bekkenbodem4All, FMS en NVOG hebben de keuzekaart in hun magazines onder de aandacht gebracht.

Voor informatie over het gebruik van keuzekaarten geeft [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl) voor patiënten een link naar de website van Patiëntenfederatie Nederland. Voor zorgverleners is er de link naar de FMS. Met de informatie kunnen zowel patiënten als zorgverleners zich voorbereiden op Samen Beslissen.

#### Belemmerende en bevorderende factoren

Bij het ontwikkelen van keuzematerialen is een bestaand format gebruikt. Dat werkte belemmerend om alle gewenste informatie op te nemen.

<sup>2</sup> Informatie over het programma 'Uitkomstgerichte Zorg' is te vinden op <https://www.uitkomstgerichtezorg.nl>.

<sup>3</sup> <https://www.thuisarts.nl/overzicht/keuzekaarten>.

### 3.1.5 Vrouwen wijzen op keuzematerialen helpen bij Samen Beslissen (afpraak 8b)

De betrokken partijen bevorderen dat vrouwen op deze informatie en het keuzemateriaal worden gewezen, voorafgaand aan en tijdens het gynaecologische consult.

Deze afspraak lijkt grotendeels nagekomen.

De V&VN:VOG geeft aan dat de keuzekaart CIN2 in de spreekkamers aanwezig is. De behandelaar geeft deze mee aan de vrouw bij de intake colposcopie. Hierdoor is de vrouw op het juiste moment geïnformeerd over de keuzekaart en toepasbaarheid. In onze evaluatie is niet specifiek onderzocht hoe zorgverleners vrouwen motiveren om de informatie en keuzematerialen te gebruiken.

### 3.1.6 Vergroten van bewustzijn van de rol van keuzemateriaal bij samen beslissen (afpraak 8c)

De betrokken partijen maken vrouwen en behandelaars ervan bewust dat zij met deze informatie en het keuzemateriaal beter in staat zijn om samen beslissingen te nemen over en tijdens het zorgtraject.

Deze afspraak is niet geëvalueerd, omdat deze te ruim geformuleerd is.

Ook hier nemen we aan dat de implementatie van afspraken 8a en 8b aan dit bewustzijn heeft bijgedragen.

## 3.2 De afspraak over het ontwikkelen van patiënteninformatie over het risico van roken is uitgevoerd en partijen geven aan dat deze materialen ook gebruikt worden

### 3.2.1 Patiënteninformatie over het risico van roken en CIN (afpraak 9a)

De betrokken partijen zorgen voor de ontwikkeling van patiënteninformatie, die duidelijk maakt wat het risico van roken is in relatie tot de ontwikkeling van CIN en baarmoederhalskanker. Deze informatie wordt opgenomen in de patiënteninformatie zoals bedoeld in afspraak 7a.

Deze afspraak is grotendeels uitgevoerd.

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die roken een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van CIN 2 en CIN 3 en baarmoederhalskanker. Stoppen met roken lijkt een effectieve interventie om het risico op het ontwikkelen van CIN te laten dalen. Als een vrouw met een HPV-infectie actief wordt geadviseerd om te stoppen met roken, kan dat verergering van baarmoederhalsafwijking voorkomen.

Patiënteninformatie over stoppen met roken is in woord en beeld beschikbaar voor vrouwen die een baarmoederhalsafwijking hebben en roken. Het animatiefilmpje 'afwijkend uitstrijkje' gaat in op de risico's van roken. Deze patiënteninformatie staat op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl). Bekkenbodem4All en Olijf hebben geen informatie over stoppen met roken op hun websites staan. Op de keuzekaart *CIN 2 na onderzoek van je baarmoederhals* staat het advies om te stoppen met roken duidelijk aangegeven.

Daarnaast is er algemene patiënteninformatie over stoppen met roken beschikbaar. In 2021 is een algemene keuzekaart *Stoppen met roken* opgeleverd. Deze keuzekaart toont vijf opties waaruit mensen kunnen kiezen als ze hulp willen bij stoppen met roken. Naast een tekstuele versie is er ook een versie in beeld. Deze keuzekaart is ook bruikbaar voor vrouwen met een baarmoederhalsafwijking die willen stoppen met roken. Daarom zijn geen aanvullende acties over roken en CIN opgepakt.

Verder is in mei 2023 de geactualiseerde en uitgebreide *Zorgstandaard Tabaksverslaving* opgenomen in het Register van het Zorginstituut.<sup>[9]</sup> Hiermee is een beschrijving beschikbaar gekomen van passende zorg voor mensen die roken en daarmee willen stoppen. De zorgstandaard is geschreven voor iedereen die te maken heeft met stoppen met roken, zoals patiënten, zorgverleners, verzekeraars, bestuurders, beleidsmakers en toezichthouders.

In 2022 is een wetenschappelijk onderzoek afgerond waarbij het moment van het afnemen van het uitstrijkje voor het bevolkingsonderzoek werd gebruikt om vrouwelijke rokers te adviseren om te stoppen met roken. Dit lijkt kansrijk te zijn. De verwachting is dat de onderzoeksresultaten in de loop van 2024 gepubliceerd worden.

### 3.2.2 Het bespreken van het risico van roken (afpraak gb)

De betrokken partijen zorgen ervoor dat het risico van roken besproken wordt met vrouwen die roken, zeker bij wie een hrHPV-infectie (*high-risk human papillomavirus*) is aangetoond. Zo nodig biedt de zorgverlener een stoppen-met-rokenprogramma aan.

Deze afspraak wordt in de praktijk waarschijnlijk deels uitgevoerd.

De informatie is onderdeel van de producten waarvan we hierboven op basis van rapportage door partijen reeds concludeerden dat de informatie beschikbaar wordt gesteld. Partijen hebben niet gerapporteerd of dat vaker gebeurt bij vrouwen met een aangetoonde hrHPV-infectie en ook niet of zo nodig een stoppen-met-roken programma werd aangeboden.

# 4 Conclusie en vervolgacties

Uit ons evaluatieonderzoek naar de uitvoering van de verbeterafspraken in dit Passende zorg verbetertraject naar Baarmoederhalsafwijking CIN (voorheen Zinnige Zorg) kunnen we concluderen dat de meeste afspraken uitgevoerd of grotendeels uitgevoerd zijn. Daarmee leveren partijen een bijdrage aan meer passende zorg. Een aantal afspraken wordt nog vervolgd.

## 4.1 De meeste verbeterafspraken zijn deels of grotendeels uitgevoerd

Dit betreft zeven (deel)afspraken. Deze gaan over de behandeling van CIN (hoofdstuk 1, afspraken 1 en 2), over het vervolgtraject (hoofdstuk 2, afspraken 3, 4 en 5) en over het ontwikkelen van informatiemateriaal en een keuzekaart (hoofdstuk 3, afspraken 7a, 8a en 9a). Al deze verbeterafspraken gaan vooral over de ontwikkeling van voorwaardenscheppende producten (kwaliteitsindicatoren, aanpassingen in de richtlijn, patiënteninformatie, keuzemateriaal en haalbaarheidsonderzoeken).

## 4.2 Een aantal verbeterafspraken verdient nog een vervolg

Over het actieve gebruik van de ontwikkelde patiënteninformatie en de keuzekaart (afspraken 7b, 8b en 9b) hebben we onvoldoende informatie kunnen verzamelen. De aanvullende vragenlijst beantwoordde deze vraag maar zeer ten dele. Afhankelijk van de stand van zaken in de praktijk verdient dit een vervolg, al is het maar om recht te doen aan de inzet van de partijen bij het ontwikkelen van deze informatieproducten.

Twee afspraken betroffen in essentie onderzoek naar de haalbaarheid van een verbeteractie. Het gaat om mogelijkheden voor het opzetten van een landelijke registratie van colposcopie-uitslagen (afpraak 2) en het verplaatsen van bepaalde vervolgtrajecten naar de eerste of anderhalve lijn (afpraak 4). Hiervoor hebben we vervolgacties geformuleerd (zie paragraaf 4.5).

## 4.3 Een klein aantal afspraken is met reden niet uitgevoerd

Twee (deel)afspraken, over het vergroten van het bewustzijn van de positieve rol van patiënteninformatie (afpraak 7c) en keuzehulpen bij Samen Beslissen (afpraak 8c), bleken tijdens deze evaluatie te algemeen te zijn geformuleerd om de uitvoering ervan te kunnen evalueren. De uitvoering van gerelateerde deelafspraken heeft waarschijnlijk indirect bijgedragen aan een groter bewustzijn over deze onderwerpen.

Van een afspraak (afpraak 6) is tijdens de implementatie vastgesteld dat uitvoering ervan om inhoudelijke redenen niet zinvol was.



#### 4.4 De uitvoering van de verbeterafspraken draagt bij aan meer passende zorg

De uitvoering van de afspraken in dit Passende zorg verbetertraject heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan meer passende zorg voor vrouwen met CIN, door de uitvoering van:

- afspraken die randvoorwaarden scheppen voor meer waardegedreven zorg (minder onder- en overbehandeling, minder onder- en over diagnostiek);
- afspraken over patiënteninformatie die randvoorwaarden scheppen voor vaker en meer geïnformeerd Samen Beslissen;
- een afspraak die regionaal een aanzet heeft gegeven tot verplaatsing van bepaalde vervoltrajecten van het ziekenhuis naar de huisarts, waardoor zorg meer in de nabijheid van patiënten wordt geleverd;
- een afspraak over het stimuleren van stoppen met roken, om zo de gezondheid te bevorderen.

Of de eerstgenoemde afspraken ook geleid hebben tot het beoogde doel (het terugdringen van onder- en overbehandeling en diagnostiek) en dus daadwerkelijk bijdragen aan meer passende zorg, onderzoeken we in 2025 in deel 2 van de evaluatie van dit verbetertraject. We doen dit op een later tijdstip, enerzijds omdat er tijd nodig is om het effect van de verbeterde randvoorwaarden zichtbaar te laten worden en anderzijds omdat dan ook de benodigde gegevens beschikbaar zijn.

Ten slotte is 'leren en verbeteren' voor betrokkenen een continu proces. Op basis van hun eerdere betrokkenheid en recente reacties (bijlage 6) gaan wij ervan uit dat partijen ook de komende jaren betekenisvol blijven bijdragen aan de beweging naar meer passende zorg voor vrouwen met de baarmoederhalsafwijking CIN.

#### 4.5 Vervolgacties

Het Zorginstituut zal twee acties ondernemen naar aanleiding van de uitkomst van het onderzoek uit verbeterafpraak 4, zoals beschreven in paragraaf 2.1.2. In een aantal regio's zijn in de richtlijn omschreven vervoltrajecten verplaatst van het ziekenhuis naar de huisartspraktijk. Het Zorginstituut zal met betrokkenen in deze regio's in contact treden om te kijken of deze praktijken in aanmerking komen voor opname in het programma 'Passende zorgpraktijken'. Dit programma voert het Zorginstituut uit in navolging van de afspraken in het Integraal Zorgakkoord 2022. Daarnaast zal het Zorginstituut bij zorgverzekeraars verken- nen of en hoe zij een taakherschikking binnen het ziekenhuis kunnen stimuleren bij het uitvoeren van deze vervoltrajecten, in regio's waar deze zorg niet verplaatst wordt naar de huisarts.

Het Zorginstituut beëindigt de ondersteuning van de verdere uitvoering van de afspraken en het gebruik van de ontwikkelde producten in de praktijk, in het vertrouwen dat de partijen deze zorgvuldig afronden en zorgdragen voor een blijvende inbedding in de praktijk. Het Zorginstituut zal bij deel 2 van de evaluatie nog kort rapporteren over de stand van zaken van de volgende vervolgacties door genoemde partijen:

- het opnemen van een aanbeveling voor uniforme verslaglegging van de colposcopie in een volgende (modulaire) herziening van de richtlijn door de NVOG (naar aanleiding van verbeterafpraak 2);
- het (treffen van voorbereidingen voor het) oprichten van een landelijke colposcopieregistratie door NVOG, NVVP, Palga en NVZ (naar aanleiding van verbeterafpraak 2).

# Bijlage 1 Werkwijze systematische doorlichting

Het Zorginstituut voert sinds 2014 het Zinnige Zorg-programma uit om de kwaliteit van de zorg en de gezondheidswinst voor de patiënt te vergroten en daarnaast onnodige kosten te vermijden. Om deze doelen te bereiken licht het Zorginstituut samen met betrokken partijen de zorg in het verzekerde basispakket systematisch door. Dit leidt tot de publicatie van zogenaamde Zinnige Zorg verbetersignalen.

## Onderdeel van passende zorg

Om te benadrukken dat Zinnige Zorg projecten bijdragen aan passende zorg benoemen we de projecten vanaf de implementatiefase voortaan als Passende zorg verbetertrajecten. Verbetersignalen bevatten immers concrete verbetermogelijkheden die tegemoetkomen aan een of meer principes van passende zorg.<sup>3</sup> Passende zorg is de beweging naar mensgerichte, houdbare en duurzame zorg. Passende zorg voldoet aan vier principes:

1. Passende zorg is waardegedreven, dat wil zeggen, het is zorg die waarde toevoegt aan de gezondheid van mensen tegen een proportionele inzet van middelen, personeel en grondstoffen.
2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand.
3. Passende zorg vindt plaats op de juiste plek.
4. Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

## Uitgangspunten systematische doorlichting

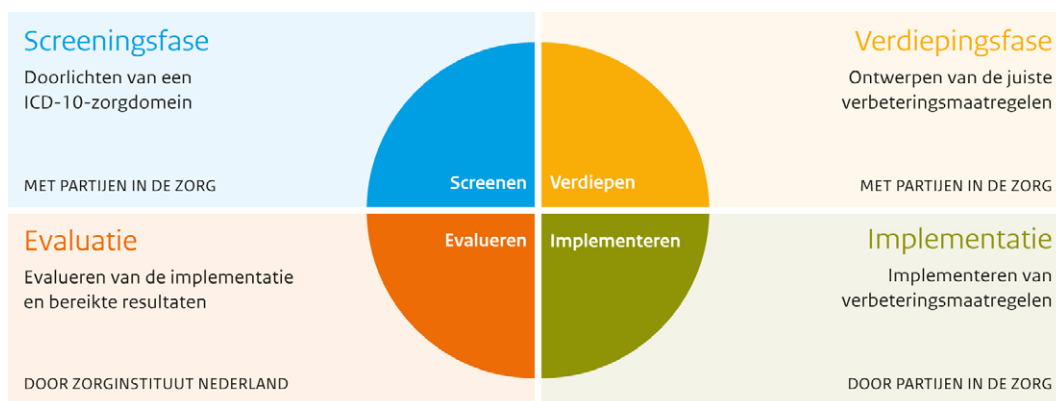
De kern van de systematische doorlichting is het identificeren en terugdringen van ineffectieve en onnodige zorg en het identificeren en realiseren van nodige zorg die niet of nog niet wordt geleverd. Het doel is dat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden. Een systematische doorlichting doen we binnen alle ICD-10-hoofdstukken. We werken hierbij vanuit de volgende uitgangspunten:

- *Patiëntenperspectief*  
We kijken vanuit het perspectief van de patiënt naar het hele zorgtraject. Samen Beslissen is daarbij van belang.
- *Pakketbeheerder*  
Onze focus ligt op zorg die valt onder de *Zorgverzekeringswet (Zvw)* of de *Wet langdurige zorg (Wlz)*.
- *Goede zorg in de praktijk*  
We gaan uit van de opvattingen over goede zorg van de professionals zelf zoals deze zijn weergegeven in richtlijnen of blijken uit wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens kijken we hoe de zorg in de praktijk wordt uitgevoerd. Dit leidt tot identificatie van onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en het signaleren van kennislacunes.
- *Betrokkenheid partijen*  
In alle fasen van de systematische doorlichting werken we samen met de betrokken verantwoordelijke partijen. Dit zijn patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. We nodigen hen uit om bijeenkomsten bij te wonen en ons te adviseren over het onderzoek en de resultaten te duiden. Voorafgaand aan de publicatie van rapporten nodigen we partijen uit voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie.

## Cyclus

Voor het bevorderen van goede zorg voeren we een systematische doorlichting uit volgens een cyclus zoals geïllustreerd in de onderstaande figuur. Deze cyclus bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie. Over de uitkomst van deze fasen rapporteren we aan de betrokken partijen en aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Figuur 1.1 | Cyclus systematische doorlichting



### Screeningsfase

Het doel van de screeningsfase is een of meer zorgtrajecten voor patiënten met een bepaalde aandoening uit een aangewezen ICD-10-gebied te selecteren voor de verdiepingsfase. Deze selectie gebeurt op basis van de drie criteria: groot aantal patiënten, hoge zorgkosten en hoge individuele ziektelast. Vervolgens gaat het Zorginstituut na of er richtlijnen beschikbaar zijn (opvattingen over goede zorg) en mogelijkheden voor onderzoek naar de uitvoering in de praktijk (beschikbaarheid van declaratiedata of andere data). Ook bespreken we met de betrokken partijen of er vermoedens zijn over verbetermogelijkheden. De keuze voor de zorgtrajecten die hieruit resulteert, leggen we samen met de onderliggende analyse vast in een rapport 'Systematische analyse'.

### Verdiepingsfase

Het doel van de verdiepingsfase is voor de geselecteerde zorgtrajecten inzichtelijk maken waar de zorg in de praktijk niet wordt uitgevoerd zoals op basis van de (wetenschappelijke onderbouwde) aanbevelingen in richtlijnen of de wetenschappelijke stand van zaken verwacht mag worden. Met andere woorden, waar is mogelijk sprake van niet-passende zorg? Op basis van dit onderzoek identificeert het Zorginstituut met de betrokken partijen verbetermogelijkheden en maakt hierover afspraken en bespreekt verbeteracties. Het onderzoek, de verbetermogelijkheden (inclusief impactanalyse) en verbeteracties leggen we vast in een verbeter signalement.

### Implementatiefase

Het doel van de implementatiefase is het realiseren van de voorgenomen verbetering. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de betrokken partijen in de zorg. Het Zorginstituut kan in deze fase, waar nodig, een ondersteunende of faciliterende rol hebben. Het Zorginstituut volgt de implementatie door de voortgang jaarlijks te monitoren.

### Evaluatiefase

Het doel van de evaluatiefase is zichtbaar maken of de voorgenomen verbetermogelijkheden in de praktijk zijn gerealiseerd en bepalen of er nog andere acties of maatregelen nodig zijn. Deze evaluatie kent twee onderdelen. Drie jaar na de implementatie evalueren we in welke mate verbeteracties zijn uitgevoerd. Twee jaar later bepalen we de impact hiervan op de uitvoeringspraktijk van het betreffende zorgtraject. Hierbij onderzoeken we onder andere declaratiedata.

### Onderzoek

In de systematische doorlichting kunnen we gebruikmaken van verschillende vormen van onderzoek, waaronder analyse van nationale richtlijnen, analyse van internationale richtlijnen, systematische reviews naar (kosten)effectiviteit en analyse van declaratiedata. In de evaluatiefase combineren we bronnenonderzoek met uitvraag bij en consultatie van de betrokken partijen. Het Zorginstituut geeft in het kader van Passende zorg verbetertrajecten geen opdracht of subsidie voor klinisch onderzoek.

## Bijlage 2 Overzicht betrokken partijen

In de implementatiefase zijn de verbeterafspraken uit het verbeter signalement uitgevoerd door partijen die bij de zorg voor vrouwen met een baarmoederhalsafwijking betrokken zijn: patiënten (vertegenwoordigd door patiëntenorganisaties), zorgprofessionals (vertegenwoordigd door wetenschappelijke verenigingen), zorginstellingen en zorgverzekeraars. Deze partijen zijn weergegeven in figuur 2.1. Met deze partijen hebben we stappen gezet om de zorg voor vrouwen met een baarmoederhalsafwijking in de praktijk passender te maken.

Voorafgaand aan de publicatie van het rapport is het concept op bestuurlijk niveau ter consultatie voorgelegd aan de betrokken partijen.

De volgende partijen hebben ter informatie een eerdere versie van dit rapport ontvangen. Palga, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en ZE&GG omdat zij betrokken waren bij de implementatiefase en de NZa omdat zij betrokken zijn bij een van de vervolgacties.

### **Patiëntenverenigingen**

Stichting Bekkenbodem4All (B4A)  
Stichting Olijf, Netwerk voor vrouwen met gynaecologische kanker (Olijf)  
Patiëntenfederatie Nederland (PFN)

### **Wetenschappelijke verenigingen**

Federatie Medisch Specialististen (FMS)  
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)  
Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)  
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)  
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland: Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie (V&VN: VOG)  
Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP)

### **Zorginstellingen**

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)  
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)  
Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)

### **Zorgverzekeraars**

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

## Bijlage 3 Methode evaluatie deel 1, verbeterafspraken

Deze bijlage beschrijft de opzet van deel 1 van de evaluatie, het huidige rapport. Hierin evalueren we de uitvoering van de verbeterafspraken. Bij deze evaluatie is gebruikgemaakt van bronnenonderzoek, aangevuld met de antwoorden van de betrokken partijen op een vragenlijst over de uitvoering van de verbeterafspraken. De evaluatie is na twee maanden voorbereiding gestart op 1 maart 2023 (drie maanden na de afsluitende bijeenkomst van het verbetertraject met partijen).

### Bronnenonderzoek

De kern van de evaluatie van de uitvoering van de verbeterafspraken is gebaseerd op onderzoek van de volgende bronnen (van globaal en overkoepelend tot meer in detail):

- de jaarlijkse voortgangsrapportages;
- de opgeleverde of aangepaste producten, zoals richtlijnen, patiënteninformatie, keuzehulpen, rapporten, publicaties, etc.;
- de verslagen van de bijeenkomsten met partijen;
- de interne verslagen van besprekingen van medewerkers van het Zorginstituut;
- de bij het Zorginstituut aanwezige verslagen, mails en andere documentatie over de uitvoering van de verbeterafspraken door partijen.

### Aanvullende vragenlijst

In juni 2023 hebben partijen een vragenlijst ontvangen met daarin per verbeteronderwerp de volgende vragen:

- Wat zijn uw eventuele opmerkingen bij of aanvullingen op de uitkomsten van het bronnenonderzoek op hoofdlijnen?
- Wat waren bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van de verbeterafspraken?
- Hoe waarborgt uw organisatie de blijvende inbedding van de verbeterafspraken in de praktijk?
- Ten slotte stelden we een aantal specifieke vragen over bepaalde verbeterafspraken.

### Verwerking

In het huidige rapport is het bronnenonderzoek gedetailleerd gepresenteerd en aangevuld met de antwoorden op de aanvullende vragenlijst. Niet alle partijen waren in staat om binnen de beschikbare tijd op de vragenlijst te antwoorden. Daarna is een conceptversie van het rapport bij partijen geconsulteerd. Ook de reacties op de consultatie zijn verwerkt in dit rapport (bijlage 5).

## Bijlage 4 Opzet evaluatie deel 2, verbeterdoelen

Deze bijlage beschrijft de opzet van deel 2 van de evaluatie, waarin we het bereiken van de verbeterdoelen evalueren.

### Effect van verbeteracties op de zorg voor vrouwen met baarmoederhalsafwijking CIN

In het huidige rapport (evaluatie deel 1) is de implementatie van de verbeterafspraken uit het *Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN* beschreven. Dit betreft een procesevaluatie. De verbeterafspraken zijn destijds gemaakt om een aantal verbeterdoelen te behalen om de zorg voor vrouwen met baarmoederhalsafwijking CIN te verbeteren. Deel 2 van de evaluatie vindt plaats in 2025 en zal zich richten op de vraag in hoeverre de verbeterdoelen bereikt zijn. Op basis van het algemeen positieve beeld van de implementatie van de verbeterafspraken vinden we het zinvol om te onderzoeken in hoeverre ook de geleverde zorg in de praktijk is veranderd. Het tweede deel van de evaluatie vindt plaats in 2025, zodra de benodigde gegevens over zorgdeclaraties compleet en beschikbaar zijn. In 2025 verwachten we op basis van deze gegevens een inschatting te kunnen maken of de verbeterdoelen in de praktijk dichterbij komen. We baseren ons daarbij op gegevens over 2022 en 2023.

In het verbetersignalement staat ook een impactanalyse. Deze geeft een schatting van de mogelijke besparingen bij een bepaalde implementatiegraad van de verbeterafspraken. In deel 2 van de evaluatie zullen we ook inschatten in hoeverre die besparingen zijn behaald.

### Algemene opzet evaluatie

Hier beschrijven we de aspecten van de evaluatie die voor alle onderwerpen van toepassing zijn.

#### Scope

Voor twee onderwerpen verwachten we dat de verbeterafspraken direct van invloed zijn op de zorgpraktijk:

- de richtlijn beter volgen om de zorg bij de behandeling te verbeteren, met als doel onder- en overbehandeling te verminderen;
- de zorg in het vervolgtraject uniform maken, met het doel onder- en overdiagnostiek in de vervolgtrajecten te verminderen.

Deel 2 van de evaluatie zal betrekking hebben op deze twee onderwerpen. De vraag zal zijn of de gestelde doelen zijn behaald. Dat wil zeggen: is er minder vaak sprake van te veel of juist te weinig diagnostiek of behandeling (vs. afwachtend beleid)?

Van het derde onderwerp, de vrouw beter informeren om samen te kunnen beslissen, verwachten we alleen indirecte effecten op de zorgpraktijk (behandeling en vervolgtraject). Dit onderwerp speelt in deel 2 van de evaluatie alleen een rol bij de interpretatie van de resultaten bij de eerdergenoemde onderwerpen.

#### Gegevensbronnen

De verbeterafspraken zijn gebaseerd op het verdiepingsonderzoek in het verbetersignalement. Daarbij hebben we gebruikgemaakt van de registratie van uitstrijkjes, biopten en lixexcisies door pathologen in de landelijke Palga-databank. Als onderdeel van de verbeterafspraken hebben betrokken partijen inmiddels een praktijkspiegel met kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, zie hoofdstukken 1 en 2. Deze praktijkspiegel maakt naast Palga-data ook gebruik van declaratiedata om de praktijkspiegel op ziekenhuis- en kliniekniveau te kunnen rapporteren. De uitkomsten van de eerste editie van de praktijkspiegel in 2021 hadden betrekking op de jaren 2018-2019. De resultaten van deze eerste praktijkspiegel zijn uitgesplitst per individuele ziekenhuizen en klinieken en waren opvraagbaar via de NVOG. Verder is over de resultaten recent een wetenschappelijk artikel gepubliceerd.<sup>[4]</sup>

Partijen die bij de ontwikkeling van de praktijkspiegel betrokken waren treffen, onder regie van de NVOG, voorbereidingen om in 2025 een nieuwe editie van de praktijkspiegel te publiceren over de jaren 2022<sup>4</sup>-2023. Ook deze editie zal voor individuele ziekenhuizen en klinieken opvraagbaar zijn om van te leren en verbeteren.

4 Vanaf Q2, i.v.m. opstarten BVO na COVID-pandemie.

Gezien de inhoud en timing is deze nieuwe editie van de praktijkspiegel geschikt om de evaluatie van verbeterdoelen op te baseren. Inhoudelijk is de praktijkspiegel mede ontwikkeld op basis van de verbeterafspraken en het onderzoek in het verbeter signalement. Er ligt een periode van vier jaar tussen de eerste en de nieuwe editie van de praktijkspiegel. In een dergelijke periode verwachten we dat een eerste effect van de implementatie van de verbeterafspraken zichtbaar wordt. De eerste editie van de praktijkspiegel had grotendeels betrekking op de periode voorafgaand aan de publicatie van het verbeter signalement. Voor de implementatie van de verbeterafspraken kan de eerste editie dus worden opgevat als een nulmeting.

### **Impact op zorgpraktijk**

Het is tijdens de implementatiefase niet mogelijk gebleken om streefwaarden vast te stellen, zoals in het verbeter signalement was afgesproken. Bij de evaluatie van de verbeterdoelen kijken we daarom naar de implementatiegraad van de afspraken. We bepalen op basis van de praktijkspiegel of de praktijk in 2022-2023 (editie 2) beter aan de verbeterdoelen voldoet dan bij de start van de implementatiefase in 2018-2019 (editie 1). Ook evalueren we de praktijkvariatie en de mate van implementatie. Zie hieronder de specifieke onderzoeksvragen per verbeteronderwerp.

### **Financiële impact**

We bepalen de financiële impact op basis van de verandering in aantal behandelingen \* prijs. De verandering in aantal behandelingen leiden we af uit de praktijkspiegel. De prijs baseren we op de prijs die in de impactanalyse is gebruikt (prijspeil 2018). De uitkomst van de zo geschatte financiële impact zal vooral worden bepaald door de mate van implementatie. Destijds hebben we bij het bepalen van de mogelijke financiële impact aannames gedaan over de implementatie. De gerealiseerde implementatie zal dan ook in hoge mate een mogelijk verschil bepalen tussen de geschatte financiële impact in het verbeter signalement de geschatte impact bij de evaluatie van de verbeterdoelen. Ter informatie zullen we ook de financiële impact bij het prijspeil in 2025 weergeven in de evaluatie.

### **Betrokkenheid van partijen bij de evaluatie van verbeterdoelen**

Na de analyse van de gegevens bij deel 2 van de evaluatie leggen we de resultaten voor aan de betrokken partijen. We vragen hen om hun interpretatie en duiding van de uitkomsten. Deze reacties verwerken we in het evaluatierapport. Voorafgaand aan de publicatie consulteren we de partijen nogmaals.

### **Richtlijnconforme behandeling van CIN (hoofdstuk 1)**

#### **Onderzoeksvragen**

De onderzoeksvragen (kolom links) bij dit verbeteronderwerp hebben betrekking op het al dan niet behalen van de bijbehorende verbeterdoelen tussen editie 1 en editie 2 van de praktijkspiegel. De praktijkspiegel bevat daarvoor de volgende indicatoren (kolom rechts).

Onderzoeksvraag op basis van verbeterdoel	Kwaliteitsindicator
Daalt het percentage see and treat bij vrouwen met licht afwijkend uitstrijkjes?	See-and-treat low grade cytology
Daalt het percentage vrouwen behandeld voor CIN 1?	Behandeling CIN 1
Daalt het percentage jonge vrouwen (< 40 jaar) met kinderwens behandeld voor CIN 2?	Behandeling CIN 2

## Uniform vervolgtraject (hoofdstuk 2)

### Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen bij dit verbeteronderwerp hebben betrekking op het wel of niet verminderen van over- en onderdiagnostiek in de vervolgtrajecten van onbehandelde en behandelde CIN. De praktijkspiegel bevat daarvoor indicatoren voor verschillende specifieke vervolgtrajecten met steeds twee meetpunten. Volgens het advies in de richtlijn start de vervolgdiagnostiek midden tussen de twee meetpunten. Als de eerste vervolgdiagnostiek veelal voor het eerste meetpunt plaatsvindt, dan duidt dit op mogelijke overdiagnostiek. Als op het tweede meetpunt nog niet is gestart bij het overgrote deel van de vrouwen in het betreffende vervolgtraject, dan duidt dit op mogelijke onderdiagnostiek. De overkoepelende onderzoeksvraag luidt daarbij: dalen de over- en onderdiagnostiek in het vervolgtraject? In de tabel hieronder staan de betreffende kwaliteitsindicatoren per groep met bijbehorende meetpunten.

Kwaliteitsindicator	Meetpunt 1	Meetpunt 2
12. Verdeling van tijdstip van vervolgcytologie na afwachtend beleid bij CIN 1 óf laaggradige verwijscytologie zonder nadere biopsie.	9 maanden	15 maanden
13. Verdeling van tijdstip van vervolgcytologie na liexcisie bij CIN 2.	3 maanden	9 maanden
14. Verdeling van tijdstip van vervolgcytologie na afwachtend beleid bij CIN 2 biopsie.	9 maanden	15 maanden
15. Verdeling van tijdstip van vervolgcytologie na liexcisie bij CIN 3.	3 maanden	9 maanden



## Bijlage 5 Reacties van partijen

Voorafgaand aan de publicatie van deze evaluatie zijn de partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie. Het commentaar van de partijen en de reactie van het Zorginstituut daarop staat in tabel 5.1. Voor de leesbaarheid hebben we het commentaar en onze reactie daarop puntsgewijs weergegeven.

Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (Palga) en Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (Z&GG) zijn niet direct betrokken bij de uitvoering van het zorgtraject, maar waren wel op andere wijze betrokken bij de verdiepingsfase en implementatiefase. Zij hebben een eerdere versie van het rapport ter informatie ontvangen. Ook hun veelal tekstuele suggesties zijn in het rapport opgenomen. Daarnaast wees Palga ons op een tweede regio waar in de richtlijn genoemde nazorgtrajecten naar de eerste lijn zijn verplaatst. Deze informatie hebben wij verwerkt in de aangepaste paragraaf 2.1.2.

Tabel 5.1 | Overzicht commentaar schriftelijke consultatie

Commentaar	Reactie van het Zorginstituut
<b>Commentaar Bekkenbodem4All</b>	
Bekkenbodem4All stelde een aantal tekstuele aanpassingen voor.	Het Zorginstituut heeft tekstuele aanpassingen overgenomen.
<b>Commentaar NHG</b>	
Het rapport hinkt over afspraak 4, verplaatsen van een deel van de controle-uitstrijkjes naar de eerste of anderhalve lijn, op te veel gedachten die niet of onvoldoende worden uitgewerkt. Mijn advies is de bevindingen van ons overleg te onderschrijven, oftewel afzien van verplaatsing van de controles, zolang er geen sluitend opvolgsysteem is ontworpen waar huisartsen gebruik van kunnen maken. In het rapport merkt u immers zelf ook terecht op dat de conclusie was dat een deel van de controle-uitstrijkjes verplaatsen niet goed mogelijk is, omdat een goed opvolgsysteem ontbreekt om te voorkomen dat vrouwen onopgemerkt toch geen controle-uitstrijkjes krijgen.	Wij hebben de tekst van paragraaf 2.1.2. verhelderd. Verbeterafspraken 4 betreft een onderzoek naar de mogelijkheid om bepaalde nazorgtrajecten (conform de richtlijn) te verplaatsen naar de eerste of anderhalve lijn. Hiertoe zijn in overleg met het NHG en andere betrokken partijen vier scenario's opgesteld. Inderdaad hebben de betrokken partijen geconcludeerd dat er geen verplaatsing van deze zorg kon worden afgesproken op landelijk niveau, onder andere wegens het ontbreken van een oproepsysteem voor huisartsen. Dit is in het rapport vermeld bij scenario 1.
Bovendien gaat het om een gering aantal vrouwen, zodat het maar de vraag is of het opzetten van een dergelijk systeem doelmatig is (de moeite loont). Een analyse van de doelmatigheid ontbreekt.	Daarnaast concluderen wij dat het regionaal (een ander onderzocht scenario, zie hieronder) wel gelukt is om de nazorg te verplaatsen. Wij hebben daarom de tekst in paragraaf 2.1.2. aangepast om te verduidelijken waarom wij regionaal wel kansen zien voor verplaatsing van deze zorg en waarom het Zorginstituut deze ontwikkeling ondersteunt.
Verder staat er in het rapport een suggestie over uitvoering voor een lager tarief door andere zorgverleners in de tweede lijn, maar wordt ook dit niet verder uitgewerkt in het kader van doelmatigheid.	In de definitieve tekst zijn indicatieve regionale cijfers toegevoegd. Wij onderschrijven de conclusie dat deze cijfers laten zien dat het ontwikkelen van een landelijk oproepsysteem voor de huisarts, enkel voor deze groep, hoogstwaarschijnlijk ondoelmatig zal zijn en pleiten daar ook niet voor.
U maakt melding van een pilot in [een] ziekenhuis [...], [die] kennelijk goed verloopt. Onder 'vervolgacties' schrijft u te zullen onderzoeken of de regionale pilot voor het uitvoeren van bepaalde vervolgetrajecten in de huisartsenpraktijk landelijk gestimuleerd kan worden in het programma 'Passende zorgpraktijken'. Echter, uit de beschrijving wordt niet helder hoe in de pilot het opvolgen van de controle-uitstrijkjes van de patiënten is geborgd. Huisartsen krijgen een brief, de patiënt moet zich melden, maar hoe wordt bewaakt of de patiënt dat daadwerkelijk doet? Het is daarom van essentieel belang dat u daar eerst expliciet op ingaat en dat u niet zomaar de conclusie negeert dat verplaatsen van controle-uitstrijkjes zonder sluitend opvolgsysteem niet mogelijk is en (goed mogelijk) ondoelmatig is, zeker tegen de achtergrond van een eenvoudiger alternatief (het door u genoemde lagere tweedelijnsstarief).	De doelmatigheid van taakherschikking in het ziekenhuis lijkt ons aannemelijk. Het is aan contractpartijen om dit verder uit te werken.
	De door u bedoelde pilot staat nu beschreven in het groene kader van paragraaf 2.1.2. Het opvolgen van de controle-uitstrijkjes is daar op alternatieve wijze geborgd. In combinatie met goede voorlichting door de zorgprofessional ligt verantwoordelijkheid voor het maken van een vervolgspraak bij de vrouw, zoals bij het bevolkingsonderzoek of het reageren op een oproep voor een nacontrole.
	Voor regio's die besluiten de zorg niet te verplaatsen zullen wij in contact treden met contractpartijen om te zien hoe zij de taakherschikking binnen het ziekenhuis kunnen bevorderen.

**Commentaar NVOG**

<p>1. Onderschrijft u de bevindingen betreffende uitvoering van de verbeterafspraken zoals deze zijn beschreven in Evaluatie Zinnige Zorg Baarmoederhalsafwijking CIN, deel 1: implementatie van verbeterafspraken? -&gt; Ja, in principe wel waarbij t.a.v. enkele bevindingen die nu nog niet of deels zijn gerealiseerd we niet kunnen toezeggen dat deze t.z.t. kunnen/zullen worden gerealiseerd c.q. worden uitgevoerd, zoals verschuiving zorg naar 1/1,5 lijn, het oprichten van een landelijke colposcopieregistratie. Hierover staat in het rapport al dat er niet aan de randvoorwaarden is voldaan [paragraaf 1.1.2]. Informatie moet automatisch uit dossiers kunnen worden gehaald, geen registratielast. Zolang hier niet aan voldaan wordt, zowel de (structurele) financiering als de ICT-aansluiting, zal dit nog niet gerealiseerd kunnen worden.</p> <p>Wij zijn met ZEGG en het Zorginstituut in gesprek over het herhalen van de praktijkspiegel, de verwachting is dat de resultaten hiervan niet voor 2025 bekend zullen zijn.</p>	<p>Het Zorginstituut begrijpt dat de NVOG geen toezeggingen kan doen over de uitkomst van de genoemde vervolgacties. Wij vragen wel inzet van de NVOG om gebruik te maken van mogelijke kansen en ontwikkelingen op het gebied van de genoemde randvoorwaarden om de colposcopieregistratie dichterbij te brengen. Dit zou immers bijdragen aan inzicht voor leren en verbeteren rondom het afgesproken verbeterdoel 'geen see and treat bij vrouwen met licht afwijkende uitstrijkjes'.</p> <p>Goed om te horen dat de herhaalde publicatie van spiegelinformatie in 2025 in voorbereiding is. Het Zorginstituut is van plan deze spiegelinformatie te gebruiken bij de evaluatie van het effect van de verbeterafspraken, zoals beschreven in bijlage 4.</p>
<p>2. Heeft u aanvullende informatie over de uitvoering van onderdelen van de volgende verbeterafspraken die bij kunnen dragen aan een meer volledige evaluatie ervan?</p> <p>a. Afspraak 1 over de toekomstige inbedding van de richtlijn. -&gt; Wij zullen streven naar het continueren van de acties die vanuit dit traject hebben plaatsgevonden bij toekomstige actualisatie van richtlijn(modules) incl. actualisatie van de patiëntentools.</p> <p>b. Afspraak 2 over de mogelijke stappen voor een landelijke colposcopieregistratie of de vervulling van de randvoorwaarden daarvoor. -&gt; Zie reactie bij punt 1. Oprichting van de landelijke colposcopieregistratie heeft nu niet de hoogste prioriteit. Voor nu vasthouden aan centraal geregelde geautomatiseerde EPD gegenereerde zaken. Uit spiegelinformatie is onder- en overbehandeling ook zichtbaar.</p> <p>c. Afspraak 5 over het aanpassen van het kennisspel (NVOG). -&gt; Vragen zijn al opgenomen [...] en bij nieuwe modules zullen er uiteraard weer vragen worden opgenomen.</p> <p>d. Afspraken 7b, 8b en 9b over het gebruik van de ontwikkelde patiënteninformatie en keuzehulp in de praktijk. -&gt; Wij zijn in de veronderstelling dat vrijwel alle klinieken (themasprekuren) het foldermateriaal en/of de animatiefilm en/of de keuzekaart gebruiken. Het onderwerp roken is in het animatiefilmpje 'afwijkend uitstrijkje' opgenomen. Binnen de werkgroep Cervix Uteri bijeenkomsten blijft hier aandacht aan worden besteed.</p>	<p>Fijn dat de NVOG zich hiervoor wil blijven inzetten.</p> <p>Zie onze reactie bij punt 1.</p> <p>Fijn dat de NVOG zich hiervoor wil blijven inzetten. We hebben uw opmerking verwerkt in het rapport.</p> <p>Fijn dat NVOG blijvend aandacht wil besteden aan de risico's van roken. We hebben uw opmerking verwerkt in het rapport.</p>
<p>3. Stemt u in met de voorgenomen vervolgacties (hoofdstuk 4) en (waar van toepassing) uw rol daarin? -&gt; De NVOG blijft zich inzetten voor zinnige zorg en passende zorg m.b.t. baarmoederhalsafwijking CIN, dit heeft zeker de aandacht. Zoals bovengenoemd aangegeven zal het niet mogelijk zijn om op (korte) termijn alle bevindingen ook daadwerkelijk te realiseren.</p>	<p>Het Zorginstituut is blij met deze toezegging en dankt de NVOG voor deze blijvende inzet.</p>

**Commentaar NVVP**

<p>In bijlage ontvangt u NVVP-23.10.001 betreffende onze reactie op het concept evaluatie 'Zinnige Zorg Baarmoederhalsafwijking CIN, deel 1', inclusief een aantal tekstuele suggesties.</p>	<p>Het Zorginstituut heeft tekstuele aanpassingen overgenomen.</p>
<p>De NVVP heeft input geleverd aan het traject benchmarkmeting, namelijk om uitkomstindicatoren op basis van routine-zorggegevens (uitgevoerd door het Talma Instituut, in samenwerking met het programma 'Zorgevaluatie en Gepast Gebruik' (ZEGG) via Palga tot stand te brengen. Op basis van de ervaringen daarbij wil de NVVP aandacht vragen voor de onduidelijkheid van de (juridische) grondslag voor de koppeling van gegevens van Palga en Vektis, zoals die bij het begin van dit project bestond. Herhaling van deze discussie kan tot onnodig verlies van tijd en geld leiden.</p>	<p>Dank voor dit aandachtspunt. Wij zullen dit punt zeker in de gaten houden tijdens de voorbereidingen op het opnieuw vergaren van de uitkomstindicatoren.</p>

Commentaar	Reactie van het Zorginstituut
<p>Ook bleek de volledigheid van het gekoppelde bestand onvoldoende. Een aantal klinieken bleek registratie te voeren die niet geschikt was voor de meting. Dit zal moeten worden opgelost. Ook dient bij verdere metingen de <i>policy commitment</i> van betrokken partijen besproken te worden, inclusief naleving.</p>	<p>Dit zijn belangrijke punten voor de toekomst.</p>
<p>Bij uniforme registratie van colposcopie-uitslagen stelt de NVVP vast dat er hoge verwachtingen zijn van het vermogen van de Nederlandse zorg om procesparameters eenduidig te kunnen meten. Daarom pleit de NVVP om eerst meer aandacht te geven aan bijvoorbeeld dataoverdracht van medische apparatuur en van data-uitwisseling tussen medische instellingen. Hiermee wordt voorkomen dat dergelijke trajecten afhankelijk zijn van op consensus gerichte vrijwilligheid en tijd van betrokkenen.</p>	<p>Het Zorginstituut begrijpt de twijfel over het gerealiseerd krijgen van verbeterafspraken waarbij niet aan de randvoorwaarden is voldaan. We hebben uw opmerking verwerkt in het rapport.</p>
<p>De NVVP begrijpt het onderliggende vraagstuk t.a.v. de registratie en deelt de mening dat dit niet tot een extra registratielast bij de pathologie moet leiden. De vooropgestelde oplossing is het automatisch inlezen van het Palga-protocol d.m.v. een digitale aanvraag. Dit is nog niet bij alle klinieken mogelijk en zou leiden tot veel extra handwerk. De cervixbiopten maken een relatief groot deel uit van de dagelijkse praktijk, dus het toevoegen van handmatige handelingen zal een impact hebben.</p>	<p>Het Zorginstituut begrijpt uw zorgen over registratielast bij de pathologie. We hebben de tekst van paragraaf 1.1.2. op dit punt aangescherpt.</p>
<p>Daarnaast vinden wij het opvallend dat de financiële haalbaarheid van dit project niet is onderzocht (laatste zin blz. 14).</p>	<p>Deze zin had betrekking op taakdifferentiatie bij bepaalde nazorgtrajecten in het ziekenhuis in plaats van verplaatsing naar de huisarts, zoals voorgesteld in overleg tussen betrokken partijen en ZEGG (paragraaf 1.1.2). De financiële haalbaarheid daarvan zal aan de orde komen in de vervolgcities van het Zorginstituut op dit punt (paragraaf 4.5).</p>
<p><b>Commentaar VOG V&amp;VN</b></p>	
<p>Ik sta als vertegenwoordiger van de VOG V&amp;VN achter voorgestelde afspraken.</p> <p>T.a.v. afspraken het gebruik van ontwikkelde patiënteninformatie en keuzehulp in de praktijk nog als aanvullingen: Blz. 14 onderste alinea blijven de kosten die daarmee gemoeid zijn hoger dan nodig (ook voor de vrouw)</p> <p>Aanvulling voor 3.1.4 (blz. 20): onder laatste alinea kan worden toegevoegd dat de keuzekaart CIN 2 in spreekkamer aanwezig is en dat deze door behandelaar aan de vrouw meegegeven wordt bij intake colposcopie. Hierdoor is de vrouw op het juiste moment geïnformeerd over de keuzekaart en toepasbaarheid.</p>	<p>Fijn dat de VOG V&amp;VN zich kan vinden in de voorgestelde afspraken.</p> <p>Aanvulling overgenomen.</p> <p>Aanvulling overgenomen.</p>
<p><b>Commentaar ZKN</b></p>	
<p>Uit de reactie van ZKN blijkt dat ZKN zich kan vinden in de bevindingen in het rapport en geen aanvullingen daarop heeft. Verder stemt ZKN in met de voorgestelde vervolgcities.</p>	<p>Fijn dat ZKN zich kan vinden in de resultaten en de vervolgcities van de evaluatie.</p>

## Literatuurlijst

1. Zorginstituut Nederland. Zinnige Zorg Verbetersignalement Baarmoederhalsafwijking CIN. Diemen, 2019. via <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2019/09/24/zinnige-zorg-verbetersignalement-baarmoederhalsafwijking-cin>.
2. Federatie Medisch Specialisten. CIN, AIS en VAIN (versie 1.0, 2015, inclusief in herziene modules). Utrecht, 2021. via [https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/cin\\_ais\\_en\\_vain/startpagina\\_-\\_cin\\_ais\\_en\\_vain.html](https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/cin_ais_en_vain/startpagina_-_cin_ais_en_vain.html).
3. Zorginstituut Nederland. Kader Passende Zorg. Diemen, 2022. via <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>.
4. Vink, M.D., Hofstra, G., Koolman, X., et al. Identification of over- and undertreatment in the Dutch national cervical cancer screening program: A data linkage study at the hospital level. *Prev Med Rep* 2023; 32: 102134. via DOI 10.1016/j.pmedr.2023.102134.
5. Zorginstituut Nederland. Haalbaarheidsstudie landelijke registratie colposcopie. Diemen, 2023. via <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2023/02/22/zz-haalbaarheidsstudie-registratie-colposcopie>.
6. Cochrane Netherlands. Minimale dataset colposcopie. Utrecht, 2021. via <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2021/09/30/cochrane-rapport-minimale-dataset-colposcopie>.
7. Gezondheidsraad. Verbetermogelijkheden bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Den Haag, 2012. via <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2021/10/19/verbetermogelijkheden-bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker>.
8. IVO. Informeren en Samen Beslissen bij de baarmoederhalsafwijking CIN: analyse van de huidige praktijk. Den Haag, 2020. via <https://ivo.nl/wp-content/uploads/2020/03/Eindrapport-Informeren-en-Samen-Beslissen-baarmoederhalsafwijkingen-002.pdf>.
9. Partnership Stoppen met Roken. Zorgstandaard Tabaksverslaving. 2022. via [https://www.partnershipstoppenmetroken.nl/wp-content/uploads/2023/05/Zorgstandaard-Tabaksverslaving-2022-def-word-zonder-kleur\\_pdf.pdf](https://www.partnershipstoppenmetroken.nl/wp-content/uploads/2023/05/Zorgstandaard-Tabaksverslaving-2022-def-word-zonder-kleur_pdf.pdf).

## Colofon

Zorginstituut Nederland  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

december 2023

[www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)