

Verlag

Startbijeenkomst verdiepingsfase 'Zorg bij afwijkende cervixcytologie'

Vergaderdatum	1 mei 2018, 18:30-20:30	
Vergaderplaats	BCN Utrecht CS	
Aanwezig	Anne-Marie Giesen	NHG
	Ruud Bekkers	NVOG
	Hans Bulten	NVVP
	Folkert van Kemenade	NVVP
	Paula de Boer	V&VN:VOG
	Bram ter Harmsel	ZKN
	Karin Scheele	ZN
	Luuk Doorakkers co-assistent	ZN
	Lydia de Heij	ZIN
	Uriëll Malanda	ZIN
	Romee Reijnsenbach de Haan	ZIN
	Emmy van Woerden	ZIN
	Koen Böcker	ZIN
	Sylvia Vijgen	ZIN
Afwezig	Stichting Bekkenbodem4all	
Geen afgevaardigde	FMS	
	NFU	
	NVVM	
	NVZ	
	Stichting Olijf	

1. Algemeen

Doel Zinnige Zorg verdiepingsfase en doel van de startbijeenkomst

Het doel van Zinnige Zorg is het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor vrouwen met afwijkende cervixcytologie. Het doel van de verdiepingsfase is om uit te zoeken waar in een zorgtraject de zorg zinniger/doelmatiger kan.

Het doel van de startbijeenkomst was om samen met partijen die in de praktijk betrokken zijn met dit zorgtraject, te inventariseren waar, op basis van ervaringen in de praktijk, de zorg voor de patiënt, de vrouw, zinniger kan.

Samenvatting mogelijke Zinnige Zorg onderwerpen per thema.

Mogelijkheden van het Zorginstituut om binnen Zinnige Zorg de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te borgen zijn onder andere het (laten) uitvoeren van een systematische review en/of meta-analyse en praktijk gestuurd onderzoek waarmee een specifiek onderdeel van het zorgtraject verbeterd kan worden. Dit betreft onderzoek dat in een aantal maanden is uit te voeren. Methodiek die buiten de mogelijkheden van het Zorginstituut vallen zijn bijvoorbeeld het opvullen van kennislacunes, het uitzetten van (klinisch) wetenschappelijk onderzoek en organisatorische problemen die niet zorginhoudelijk zijn.

Een **randvoorwaarde** om de gekozen thema's te onderbouwen (ook besproken tijdens de bijeenkomst) is om het gehele zorgtraject in aantallen te inventariseren. Voorbeelden van beschrijvende analyses zijn dan:

- bij hoeveel patiënten een biopt wordt genomen;
- bij hoeveel wordt see-and-treat toegepast;

- hoeveel vrouwen met CIN 1, CIN 2 en CIN 3 worden behandeld;
- hoe de follow-up verloopt na wel of geen behandeling;
- bij welke arts (huisarts of gynaecoloog) wordt de follow-up uitgevoerd?

Ook is op basis van deze analyses mogelijk om aanwijzingen voor eventuele over- of onderbehandeling en over-of onderdiagnostiek te onderbouwen. Leeftijd van de vrouw is daarbij een belangrijke covariabele.

2. Thema's binnen het zorgtraject waarbij er op basis van praktijkervaringen signalen zijn dat de zorg zinniger zou kunnen zijn

Diagnostiek

- Verplaatsen aanvullende diagnostiek van laaggradige cervixafwijkingen van tweede- naar anderhalve-lijns zorg? Hoe zou de kwaliteit hiervan kunnen worden geborgd?
- Inventarisatie van de kosten van verschillende soorten diagnostiek (zelfafnameset, ZAS) – gebruiksgemak voor de vrouw (maar ZAS alleen in het kader van het BVO omdat follow-up een combinatie-test is).

See-and-treat

- Inventarisatie van hoe vaak see-and-treat wordt toegepast en inventarisatie van eventuele praktijk variatie.
- Is informatieverstrekking aan de patiënt vooraf voldoende (verwachtingsmanagement) in het kader van samen beslissen?
- Leeftijd en eventuele kinderwens wegen mee bij de beslissing om te behandelen.

Behandeling

- Er is mogelijk overbehandeling van laaggradige afwijkingen (CIN 1) en HPV positieve status.
- Inventarisatie van de behandeling CIN 2 (in relatie tot leeftijd en kinderwens); is er een noodzaak om het advies in de richtlijn t.a.v. CIN 2 aan te vullen?
- Is er een noodzaak om bij HPV positieve status het advies om te stoppen met roken te stimuleren?

Follow-up

- 50% van de patiënten doorloopt niet de gehele follow-up, waarom is dit?
- Waar ligt de verantwoordelijkheid voor het juist verlopen van de follow up?
- Is er een grotere rol voor de huisarts gewenst? Hierbij is het dan nodig om de kwaliteit van follow-up te borgen en om duidelijke verwijsinstructies af te spreken.
- Is er een noodzaak om een oproep systeem voor de follow-up voor huisarts en gynaecoloog te ontwikkelen?
- Is er een noodzaak om een separate flowchart voor zorg bij klachten (cytologie op indicatie) op te nemen in de richtlijn?

Data-analyse (PALGA, declaratiegegevens DIS)

- Inventarisatie van de aantallen verwezen vrouwen (BVO versus op verwijzing op indicatie).
- Hoe is de verwachte ontwikkeling in de komende jaren (o.a. in relatie met HPV-vaccinatie)?
- Inventarisatie van het aantal lixexcisies in relatie tot de PA uitslag en leeftijd.

Praktisch (richtlijn in gebruik)

- Bij een verwijzing door de huisarts is het van belang om de uitslag van cytologisch onderzoek mee te geven/sturen.
- Er is een signaal dat er meer biopsieën worden ingestuurd, klopt dit? Zo ja, waarom gebeurt dit? Is hier sprake van praktijkvariatie?
- Waarop is het advies in de richtlijn gebaseerd om 2 gerichte biopten af te nemen bij

zichtbare afwijkingen?

- Er is een signaal dat er een toenemende toegangstijd is tot gynaecologische spreekuren door de toevoeging van HPV-diagnostiek (triage) aan het BVO, klopt dit? Zijn er meer spreekuren geopend?

Aanvulling vanuit het Zorginstituut voor mogelijke thema's voor meer zinnige zorg (niet besproken tijdens de startbijeenkomst)

- Hoe vaak worden welke afwijkingen gezien bij het afnemen van random biopten?
- Hoe groot is de praktijkvariatie bij de diverse onderdelen?