

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geboortezorg & Gynaecologie

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon
mw. M. van der Linde
T +31 (0)6 221 078 48

verslag

Werkbijeenkomst Zinnige Zorg
Baarmoederhalsafwijkingen

Vergaderdatum 6 december 2018, 16:00 – 18:00 uur
Vergaderplaats Regardz Meeting Point - Utrecht La Vie

Datum
20 december 2018

Onze referentie
2018065137

Aanwezig:

Vanuit de betrokken partijen: Arja Diepstraten (namens Stichting Olijf), Paula de Boer (namens V&VN: VOG), Marlies Bosch (via Skype, namens Stichting Bekkenbodem4all), Ruud Bekkers (namens NVOG), Folkert van Kemenade (namens NVVP), Bert Siebers (namens PALGA). Karin Scheele (namens ZN) heeft zich alsnog afgemeld.

Vanuit Zorginstituut Nederland: Uriëll Malanda (projectleider), Thom de Bruijn (adviseur), Koen Böcker (data-analist), Emmy van Woerden (medisch expert), Heleen Moerland (communicatie adviseur), Mary van der Linde (projectmanagementondersteuner)

1 Opening en mededelingen

De voorzitter heet iedereen van harte welkom en er volgt een korte voorstelronde.

Het doel van deze bijeenkomst is het bespreken van de resultaten en conclusies van de analyses die door het team zijn uitgevoerd. Wij willen van de deelnemers tijdens deze werkbijeenkomst hun ideeën, hun zienswijze horen en daarnaast, als dit mogelijk is, verbeterpunten bespreken.

2 Onderwerpen en onderzoeksvragen. Waar staan we nu?

Thom de Bruijn presenteert de gekozen onderwerpen voor verdieping. De onderwerpen waar we tijdens de werkbijeenkomst op ingaan zijn:

1. Mogelijke overbehandeling laaggradige afwijkingen, en
2. *See and treat*

Het onderwerp patiëntervaringen wordt op dit moment nog niet onderzocht. Dit onderwerp wordt wel als belangrijk gezien, ook in het kader van Samen Beslissen. Voor dit onderdeel wordt in januari of februari 2019 een kwalitatief onderzoek uitgezet. De uiteindelijke analyses en conclusies van dit onderzoek zullen geen onderdeel uitmaken van het Verbetersignalement voor

baarmoederhalswijken. Het onderdeel patiëntervaringen zal in de implementatiefase worden meegenomen. De beoogde doorlooptijd van het onderzoek naar patiëntervaringen is zes maanden.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geboortezorg & Gynaecologie

Thom de Bruijn loopt de planning door. In grote lijnen ziet de planning er als volgt uit:

Datum
20 december 2018

Onze referentie
2018065137

December 2018 - Maart 2019	Extern onderzoek "Risicofactor Roken" en interne analyses afronden
Februari 2019 / Maart 2019	Stakeholdersbijeenkomst: ontwikkelen concept Verbetersignalement
April 2019 – Mei 2019	Bestuurlijke consultatie concept Verbetersignalement
Juni 2019 / Juli 2019	Aanbieden definitief Verbetersignalement aan stakeholders en aan minister van Medische Zorg

3 Presentatie analyse deel 1 en discussie: mogelijke overbehandeling laaggradige baarmoederhalsafwijkingen

Koen Böcker presenteert de analyses van de PALGA-data, waarbij de vraag is of de aanwezigen de resultaten van de analyses herkennen.

Hypothese 1: Er is een toename in het absolute en relatieve aantal behandelingen van CIN 1 en CIN 2.

Uit de PALGA-data blijkt dat per jaar ruim 30.000 patiënten die een uitstrijkje (via het bevolkingsonderzoek (BVO), of op basis van klachten) hebben gehad, doorverwezen worden naar de gynaecoloog (DBC diagnosecode G19). Bij circa 12.000 patiënten werd een biopt afgenomen. Van deze 12.000 patiënten ondergingen circa 7.500 patiënten een conservatieve behandeling en 4.500 een (poli)klinische excisie. In deze analyse is niet gekeken naar *see and treat*-behandelingen.

Uit de analyse blijkt dat zowel de absolute als relatieve aantal behandelingen CIN 1 en CIN 2 afnemen. Hiermee wordt hypothese 1 verworpen.

Uit de discussie blijkt dat dit een daling is die men verwacht. Gynaecologen houden meer rekening met leeftijd, kinderwens en de fertiele leeftijd. Het kan zijn dat door het vernieuwde BVO met HPV-bepaling het aantal behandelingen weer omhoog gaat. Als er in het verleden al eerder een CIN 1 is gediagnosticeerd, kan dat ook een reden zijn om te behandelen.

De PALGA-data zijn niet gekoppeld aan declaratiedata. Deze laatste bevatten ook zorgactiviteiten. De twee datasets kunnen gekoppeld worden als daartoe aanleiding is.

Wat opvalt bij de relatie tussen de uitslag na een behandeling en de voorgeschiedenis bij gebiopteerde patiënten is: wanneer het biopt geen afwijking oplevert, baseert de gynaecoloog (samen met de patiënt) de keuze van de behandeling op de uitslag van het uitstrijkje. Als er wel een afwijking wordt gevonden in het biopt, lijkt de voorgeschiedenis van het uitstrijkje er niet

toe te doen.

Hypothese 2: Niet-recidiverende CIN 1 wordt behandeld binnen 12 maanden na eerste diagnose, ondanks dat het volgens de richtlijn niet is geïndiceerd.

De data laten zien dat er jaarlijks circa 350 patiënten met een CIN 1 biopt behandeld worden. Hiermee wordt hypothese 2 bevestigd. Als er gekeken wordt naar de histologische uitslag na behandeling bij patiënten met een CIN 1 of CIN 2 biopt, komt er jaarlijks bij 605 van de circa 2.050 patiënten CIN 1 of minder uit.

Voor beide hypothesen geldt dat de gepresenteerde cijfers een weergave van de landelijke situatie zijn. Om deze cijfers te kunnen duiden is meer informatie nodig over de betreffende patiënten (onder meer leeftijd, HPV-status en andere redenen voor verwijzing). Aanvullende analyses zullen uitgevoerd worden, deze zullen in het conceptrapport beschreven worden.

4 Presentatie analyse deel 2 en discussie *see and treat*

See and treat: op basis van cytologie en colposcopisch beeld beslist de gynaecoloog om direct te behandelen. Er worden per jaar 4.500 *see and treat*-preparaten ingestuurd voor histologisch onderzoek.

Hypothese 1: De uitslag van het weefselonderzoek bij een *see and treat* blijkt niet altijd de, op basis van de cytologische uitslag en colposcopische impressie, verwachte CIN 2 of CIN 3 te zijn, maar een lagere afwijking (geen CIN of CIN 1).

In totaal hebben er 4.500 behandelingen plaatsgevonden. Jaarlijks werden er bij circa 950 *see and treat*-preparaten CIN 1 of minder gevonden. Volgens de Richtlijn CIN, AIS en VAIN (1.0) waren deze behandelingen niet nodig geweest. Op basis van deze resultaten wordt de hypothese bevestigd.

De situaties van een CIN 1 of minder in het *see and treat*-preparaat bij laaggradige cytologie (circa 650 van de 950) zouden waarschijnlijk gediagnosticeerd zijn wanneer er eerst een biopt was afgenomen. Daarnaast zijn er ook patiënten met een normale cytologie volgens *see and treat* behandeld waarbij de histologische uitslag CIN 1 of minder was. Dit zijn waarschijnlijk patiënten verwezen om andere redenen (poliepen, contactbloedingen, etc.).

Er worden veel laaggradige afwijkingen gevonden in de *see and treat*-preparaten. Factoren die hierbij een rol spelen, zijn de reden voor verwijzing, afwijkend colposcopisch beeld of onrust van de patiënt. Bij hooggradige cytologie en er van uitgaande dat er een hooggradig afwijkend colposcopisch beeld was (colposcopische impressie wordt niet bij PALGA geregistreerd), is *see and treat* een goede keuze en conform de richtlijn. In slechts 13 procent van de gevallen bleek er CIN 1 of minder uit te komen, wat overeenkomt met wat bekend is in de internationale literatuur. De inzet van *see and treat* bij andere combinaties van cytologische uitslagen en colposcopische impressies variëren in de internationale literatuur tussen de 29 en 73 procent kans op overbehandeling. Er wordt aangegeven dat in deze situaties *see and treat* soms

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geboortezorg & Gynaecologie

Datum
20 december 2018

Onze referentie
2018065137

wel wenselijk is, onder andere afhankelijk van de leeftijd van de patiënt en in het kader van Samen Beslissen. Dit wordt echter niet zo aangegeven in de Richtlijn CIN, AIS en VAIN (versie 1.0). Hier is waarschijnlijk ruimte voor verduidelijking. Nadere analyse van leeftijd is gewenst.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geboortezorg & Gynaecologie

Datum
20 december 2018

Onze referentie
2018065137

Hypothese 2: Er is variatie in de mate waarin zorgaanbieders *see and treat* inzetten bij patiënten met een verdenking op CIN 2 of CIN 3

De data zijn geanalyseerd op laboratoriumniveau. Op dit niveau is een grote variatie in behandeling volgens *see and treat* ten opzichte van behandeling na biopsie te zien. Die variatie is: van nog geen 10 procent lisexcisiepreparaten afkomstig van *see and treat* tot meer dan 90 procent lisexcisiepreparaten afkomstig van *see and treat* ten opzichte van preparaten afkomstig van een behandeling na biopsie. Als patiënt is het belangrijk om te weten waar je aan toe bent. In de Richtlijn CIN, AIS en VAIN (versie 1.0) wordt duidelijk beschreven wanneer *see and treat* geprefereerd is, maar deze wordt niet altijd gevolgd. Ruud Bekkers geeft aan dat er ook niet altijd op elke locatie een colposcoop beschikbaar is bij elk consult. Tevens is er binnen een maatschap vaak nog veel variatie in behandeling.

In een enkele kliniek worden beslissingen toegestuurd aan patiënten met hooggradig uitstrijkje waarin de opties *see and treat* en biopsie worden uitgelegd. Paula de Boer geeft aan dat maar ongeveer 10 procent van de patiënten dit gelezen blijkt te hebben. Er wordt aangegeven dat men er niet van uit kan gaan dat patiënten zich ingelezen hebben, ook jonge vrouwen niet. De patiënt moet niet alleen geïnformeerd maar ook geactiveerd worden. Hierbij ligt een grote rol voor huisartsen en gynaecologen om voorafgaand aan het eerste gynaecologische consult patiënten zo goed als mogelijk te informeren over de kans op een ontwikkeling naar cervixcarcinoom en de voor- en nadelen over welke behandelmogelijkheden er zijn. Het benaderen en informeren van patiënten vraagt een andere inrichting van het zorgpad. Verpleegkundig specialisten en patiëntenorganisaties kunnen hier ook een rol in spelen. Patiënten denken al snel dat de kennis bij de arts ligt en dat hij of zij een behandeling moet voorstellen.

Marlies Bosch geeft aan dat de rol van Stichting Bekkenbodem4all is om vrouwen te stimuleren om vragen op papier te zetten voor het gesprek met de gynaecoloog. Wat willen ze van de dokter weten? Ook opleidingsniveau en sociale positie van de vrouw bepalen wat bekend is. Daarnaast probeert Stichting Bekkenbodem4all gynaecologen zo ver te krijgen om patiënten in jip-en-janneketaal te informeren. Maar het is niet de bedoeling dat Stichting Bekkenbodem4all op de stoel van de arts gaat zitten. Mocht een vrouw eenmaal gynaecologische kanker hebben, dan stuurt Stichting Bekkenbodem4all de patiënt door naar Stichting Olijf.

De voorzitter vraagt welke tools Stichting Bekkenbodem4all gebruikt om patiënten te informeren. Men gebruikt het magazine, de website, telefonische en e-mail consulten. Men probeert in alle mogelijke projecten betrokken te raken bij protocollen en richtlijnen. Men werkt voor keuzehulpen samen met Patiëntenfederatie Nederland. Op dit moment is er voor dit onderwerp nog geen keuzehulp. Ruud Bekkers geeft aan dat er op dit moment in Eindhoven één ontwikkeld wordt. Hij zal deze via Mary van der Linde doorsturen voor

feedback.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Geboortezorg & Gynaecologie

5 Samenvatting

Mogelijke overbehandeling laaggradige afwijkingen:

Hier wordt duidelijk dat:

- Getrapte diagnostiek noodzakelijk is om overbehandeling te voorkomen.
- Overbehandeling bij laaggradige afwijking afhankelijk is van welk traject gevolgd is.
- Bij CIN na hooggradige cytologie sterker ingezet mag worden op behandeling.

Duidelijk is ook hier dat de patiënt haar beslissing moet kunnen baseren op juiste informatie. De patiëntervaringen worden, zoals eerder toegelicht, in de implementatiefase meegenomen.

Ook is meer informatie over het colposcopische onderzoek nodig.

See and treat:

De uitslag van het weefselonderzoek bij *see and treat* is jaarlijks bij circa 950 patiënten CIN 1 of minder: dit duidt op overbehandeling, ongeacht of de richtlijn is gevolgd of niet. Gynaecologen moeten bewust gemaakt worden van wat er hier gebeurt. Dit kan wellicht door nuances in de richtlijn aan te brengen.

Grote variatie in *see and treat* ten opzicht van behandeling na biopt: hier ligt een grote rol voor de implementatie van de werkwijze Samen Beslissen. Dit is ook een taak voor de huisartsen, gynaecologen en patiëntenorganisaties.

6 Vervolg

1. Uitvoeren van de verdiepende analyses waar gewenst: mogelijk aanvulling op de datasets nodig.
2. Verslag van de bijeenkomst aan iedereen toesturen (met extra dia's) plus extra toelichting.
3. Eind februari of begin maart 2019 vervolgbijeenkomst: dan samen naar verbeteracties toe werken (bijtijds toesturen).
4. Daarna Verbetersignalement ter consultatie naar besturen sturen. Na het verwerken van de aanbevelingen wordt het Verbetersignalement naar de minister van Medische Zorg en de stakeholders gestuurd.

Algemeen

Stichting Olijf geeft aan dat het belangrijk is om ook geld beschikbaar te stellen om patiënteninformatie te ontwikkelen. Dit kan bijvoorbeeld door subsidies, vanuit zorgverzekeraars of op andere manier. Uriëll Malanda geeft aan dat het belangrijk is dat er een oplossing komt die gedragen wordt door alle betrokken stakeholders bij het Zinnige Zorg-project Baarmoederhalsafwijkingen. Daarna samen bedenken hoe deze dan uit te dragen.

Datum
20 december 2018

Onze referentie
2018065137