



verslag

Vervolgbijsamenkomst Verdiepingsfase Zinnige Zorg-project
'Baarmoederhalsafwijking CIN'

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Geboortezorg & Gynaecologie

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

T.M. de Bruijn
T +31 (0)6 125 537 16

Datum

5 april 2019

Onze referentie

2019020201

Vergaderdatum

28 maart 2019, 16:30 uur

Vergaderplaats

vergaderzaal Kentaurus, Zorginstituut Nederland

Aanwezigen

Anne-Marie Giesen	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Arja Diepstraten	Stichting Olijf, Netwerk voor vrouwen met gynaecologische kanker (Olijf)
Bram ter Harmsel	Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
Folkert van Kemenade	Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP)
Hans van der Linden	Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP)
Karin Scheele	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Marlies Bosch	Stichting Bekkenbodem4All (B4A)
Paula de Boer	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland: Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie (V&VN: VOG)
Emmy van Woerden	Zorginstituut Nederland (Medisch expert)
Heleen Moerland	Zorginstituut Nederland (Communicatie adviseur)
Koen Böcker	Zorginstituut Nederland (Data-analist)
Lydia de Heij	Zorginstituut Nederland (Teammanager & Voorzitter)
Mary van der Linde	Zorginstituut Nederland (Projectondersteuner)
Thom de Bruijn	Zorginstituut Nederland (Adviseur)

1 Algemeen

De voorzitter geeft aan dat de gemandateerde van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Ruud Bekkers, helaas niet aanwezig kan zijn. Thom de Bruijn en Emmy van Woerden van Zorginstituut Nederland (ZIN) hebben vooraf de onderwerpen en bevindingen met hem besproken en zullen de door hem genoemde verbeterpunten inbrengen tijdens de bijeenkomst.

1.1 Korte toelichting Zinnige Zorg

Op verzoek van het ministerie van VWS houdt het Zorginstituut binnen het Zinnige Zorg-programma alle ICD-10 gebieden tegen het licht waarbij gekeken wordt naar:

- Over- en onderbehandeling
- Over- en onderdiagnostiek

Onderzocht wordt wat goede zorg is (door bijv. richtlijnanalyses) en of die zorg ook in de praktijk wordt toegepast. Het programma bestaat uit vier fases: de

screeningsfase, de verdiepingsfase (daar bevindt zich dit project), de implementatiefase en als laatste de evaluatiefase. Het totale traject duurt ongeveer 5 jaar.

Het resultaat van de verdiepingsfase is een verbeteringsplan waarin verbeteracties opgenomen worden, die door de het veld (de professionals) geïmplementeerd gaan worden. Tijdens deze bijeenkomst wordt tevens een doorkijk gemaakt naar het vervolg, de implementatiefase.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Geboortezorg & Gynaecologie

Datum
5 april 2019

Onze referentie
2019020201

1.2 Doel van de bijeenkomst

Het doel van de bijeenkomst is op de volgende vragen een antwoord te krijgen:

- Herkent u de resultaten uit de analyses, en
- Waar ziet u verbetermogelijkheden?

De onderwerpen voor het verdiepingsonderzoek zijn:

- 1 Overbehandeling laaggradige baarmoederhalsafwijkingen
- 2 Variatie in behandeling en in doorlopen vervolgetraject van baarmoederhalsafwijkingen
- 3 Risicofactor roken
- 4 Patiëntinformatievoorziening en Samen Beslissen

Voor elk verdiepingsonderwerp worden de volgende vragen aan de deelnemers gesteld:

- Hoe wordt de zorg voor vrouwen met baarmoederhalsafwijkingen beter?
- Wat is daarvoor nodig?
- Welke partij(en) gaa(t)n dat doen?
- Wat kan uw partij doen?

2 Toelichting van de bevindingen en discussie per onderwerp

2.1 Overbehandeling laaggradige baarmoederhalsafwijkingen

1 See and treat bij vermoeden op laaggradige baarmoederhalsafwijkingen

Uit de analyse blijkt dat de kans op overbehandeling relatief groot is. De uitslag van *see and treat* bij vermoeden op laaggradige baarmoederhalsafwijking is in 68% CIN 1 of normaal. Dit betreft ongeveer duizend vrouwen per jaar.

Discussie:

Benoemd wordt dat niet alle behandelaars see and treat doen (ook niet bij hooggradige afwijkingen). En daarnaast is niet iedereen op de hoogte van de feiten omtrent de kans op overbehandeling. Benadrukt wordt door de professionals dat de richtlijn beter geïmplementeerd moet worden. Dit is ook de mening van Ruud Bekkers (NVOG). Diverse opties passeren de revue: nieuwsbrief NVOG, mailing van de werkgroep Cervix Uteri, op de website een vraagbaak voor colposcopisten, kwaliteitscriteria voor colposcopieklinieken ontwikkelen, ontwikkelen kwaliteitsindicator. Anne-Marie Giesen (NHG) denkt dat de informatie aan patiënten beter kan, het staat wel duidelijk op www.thuisarts.nl, maar het is haar niet bekend hoe vaak huisartsen daar naar verwijzen. Wel krijgen patiënten vaak informatie mee vanuit het BVO. Marlies Bosch (B4A) stelt dat er voorlichtingsmateriaal ontwikkeld moet worden.

2 Behandeling van vrouwen met CIN 1 aangetoond in biopt

Ondanks het advies in de richtlijn om in deze situatie geen behandeling te geven vanwege de grote kans op regressie en het risico op morbiditeit en complicaties

van de behandeling, wordt dit in de praktijk toch gedaan. Het aantal behandelingen neemt wel af, maar bedraagt nog steeds ongeveer 350 per jaar.

Discussie:

Door de deelnemers wordt aangegeven dat deze afname komt doordat professionals zich meer realiseren dat er ook andere opties zijn (zoals afwachten). Daarnaast wordt er in de colposcopie cursus de nadruk gelegd dat CIN 1 niet behandeld moet worden.

Hans van der Linden (NVVP) meldt dat dit een grote groep vrouwen is, en groter wordt door de nieuwe BVO-organisatie (met betrekken hrHPV-screening). Er zijn nieuwe recente data nodig om het effect van het nieuwe BVO te kunnen beoordelen; het wordt nog meer van belang om de richtlijn goed te implementeren. Bram ter Harmsel (ZKN) geeft aan dat hier een taak voor de NVOG ligt, dit was ook al gesteld door Ruud Bekkers (NVOG). Marlies Bosch (B4A) is van mening dat duidelijker moet worden gemaakt aan de vrouwen wat CIN 1 is en dat behandeling in principe niet nodig is. Dit kan via hun website en met bijvoorbeeld een speciale telefoonlijn. Ook Anne-Marie Giesen (NHG) geeft aan dat op de website duidelijker kan worden aangegeven dat behandelen van CIN 1 niet nodig is.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Geboortezorg & Gynaecologie

Datum
5 april 2019

Onze referentie
2019020201

3 Behandeling van vrouwen met CIN-2 aangetoond in het biopt en met (mogelijk) kinderwens

De oude richtlijn (2004) geeft aan dat CIN 2 moet worden behandeld. In de nieuwe richtlijn (december 2015) staat dat er individuele afwegingen gemaakt moeten worden tussen de kans op progressie enerzijds en de kans op complicaties van behandeling anderzijds. Volgens onze analyses worden er vanaf 2016 nog steeds ongeveer 60% van de vrouwen (met CIN 2 aangetoond in een biopt) in de fertiele levensfase behandeld.

Discussie:

Bram ter Harmsel (ZKN) geeft aan dat bij het colposcopisch onderzoek duidelijk moet worden aangegeven hoe groot de afwijking is en waar deze gelokaliseerd is om de beslissing al dan niet te behandelen te ondersteunen. Ook moet de kennis hieromtrent beter worden geïmplementeerd, opties die hij noemt zijn: nieuwsbrief, website NVOG. Ruud Bekkers (NVOG) had aangegeven dat het behandelde percentage vrouwen in deze groep toch verder omlaag gebracht zou moeten worden. Ook hij pleit voor betere implementatie van de richtlijn.

2.2 Variatie in behandeling en in doorlopen vervolgtraject

1 Behandelvariatie

De analyses laten zien dat er veel variatie is in het wel of niet behandelen voor alle gradaties van CIN en in het toepassen van *see and treat*. Conclusie is dan ook dat de richtlijn niet altijd duidelijk (volledig) is en niet altijd gevolgd wordt.

Discussie:

Eerst wordt besproken dat implementatie van een richtlijn bevorderd wordt door het informeren van professionals. Folkert van Kemenade (NVVP) merkt op dat de variatie enorm is. Misschien deels te wijten aan het feit dat colposcopie ontbreekt in de data. Koen Böcker (ZIN) vraagt zich af of je daar dan bij goede zorg grote verschillen in uitkomst mag verwachten.

Karin Scheele (ZN) merkt op dat het een wisselwerking is tussen behandelaar en patiënt. De laatste mag overal dezelfde behandeling verwachten. Arja Diepstraten (Olijf) denkt dat de informatie ontbreekt bij de vrouwen.

Paula de Boer is van mening dat bij laaggradige afwijkingen niet voor see and treat gekozen dient te worden, maar voor biopsie of zelfs wait and see (inzetten conservatief beeld op basis van colposcopie zonder biopt). Arja Diepstraten (Olijf) merkt op dat de wens van de patiënt toch ook moet terugkomen. De term 'verwachtingsmanagement' valt. Paula de Boer (V&VN: VOG) denkt aan een praatplaat voor het colposcopisch onderzoek met illustraties en kansen op regressie en progressie die als een gepersonaliseerd document mee gegeven kan worden aan de patiënt, en die ook weer gebruikt kan worden bij het (telefonisch) bespreken van de uitslag. Ook zou degene die de afspraak maakt met de patiënt bij verwijzing in verband met een afwijkend uitstrijkje informatie moeten geven over de inhoud van het eerste consult, het onderzoek en de eventuele behandeling. Afgestemd op de specifieke situatie van de vrouw. Ook komt aan bod dat dit bij de huisarts moet beginnen, gewezen wordt op de website www.thuisarts.nl.

Er wordt n.a.v. de inbreng van Ruud Bekkers (NVOG) nog gesproken over kwaliteitsindicatoren versus spiegelinformatie.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Geboortezorg & Gynaecologie

Datum
5 april 2019

Onze referentie
2019020201

2 Variatie in doorlopen vervolgtraject

Uit de analyse blijkt dat 40-50% van de patiënten niet het hele vervolgtraject doorloopt. Dit is onderzocht in de oude richtlijn (uit 2004). Partijen melden dat in de nieuwe richtlijn het vervolgtraject deels al aangepast is en dat er behoefte is aan analyse van recentere data.

Discussie:

Er ontbreekt een volgsysteem. Paula de Boer (V&VN: VOG) ondervangt dit door aansluitend aan het consult een vervolgspraak te maken. ICT staat dit niet altijd toe. Folkert van Kemenade (NVVP) merkt op dat mogelijk ongeacht de CIN-gradatie er maximaal twee vervolgspraken dienen te zijn om compliance te verhogen. Ook wordt er gediscussieerd of het eerste vervolgspraak bij de huisarts kan plaatsvinden, dit is laagdrempeliger voor de vrouw en wordt er een mindere aanspraak op haar eigen risico gedaan.

De projectleden van het Zorginstituut geven aan dat vele vervolgtrajecten sinds publicatie van de nieuwe richtlijn nog niet zijn voltooid. Daarom is er gekozen voor analyses op basis van de oude richtlijn.

3 Behandel mogelijkheden op verschillende locaties

Door de verschillen in organisatie en infrastructuur ontstaan er ook verschillen in behandel mogelijkheden.

Discussie:

Gesuggereerd is door Ruud Bekkers (NVOG) om bij de verwijzing te differentiëren aan de hand van de ernst van de afwijking van het uitstrijkje, bijvoorbeeld vrouwen met een laaggradige cytologische afwijking naar een colposcopie kliniek zonder behandel mogelijkheid, en hooggradige afwijkingen direct naar een locatie met behandeloptie (see and treat). Paula de Boer (V&VN: VOG) beaamde dit.

2.3 *Risicofactor roken*

De conclusies van het systematisch literatuuronderzoek, uitgevoerd door Onderzoeksinstituut IVO in opdracht van het Zorginstituut, zijn:

- Roken niet aangetoond als risicofactor voor het persisteren van hrHPV-infectie
- Roken is een risicofactor voor de ontwikkeling van

- baarmoederhalsafwijkingen en baarmoederhalskanker
- Er is een dosis-effectrelatie aanwezig
- Stoppen met roken is op den duur ($\pm 10-20$ jaar) effectief voor het normaliseren van het risico

Discussie:

Men bespreekt hoe dit overgebracht kan worden aan patiënten. Er zijn wel sterke aanwijzingen dat er causaliteit van roken is maar het bewijzen ervan is moeilijk.

Bram ter Harmsel (ZKN) meldt dat hij in de praktijk opmerkt dat vrijwel alle vrouwen die een vulvaire intra-epitheliale neoplasie (VIN) hebben roken. Zowel VIN als CIN is gerelateerd aan HPV. Marlies Bosch (B4A) en Arja Diepstraten (Olijf) geven aan dat dit laatste niet bekend is bij de patiënten. Dit moet duidelijker gemeld worden aan de vrouwen.

Alle partijen zijn het er over eens dat de patiënt via zo veel mogelijk kanalen geïnformeerd moet worden over de nadelen van roken. Herhaling is daarbij noodzakelijk. Dit kan in de spreekkamers, via websites en met specifieke patiëntinformatie. Al is het maar een opmerking als: stoppen met roken helpt ook bij het voorkomen/genezen van baarmoederhalsafwijkingen, of roken verzwakt uw immuunsysteem. Er is overeenstemming dat tijdens elk consult roken besproken hoort te worden.

Thom de Bruijn (ZIN) meldt dat een stoppen-met-rokenprogramma één keer per jaar wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) zit nu ook in het pakket, dit kan ook aangeboden worden aan patiënten. Ook dient er meer voorlichting gegeven te worden (zeker aan jongeren). Echter preventie valt niet onder de Zvw, maar ZN wil kijken hoe de grenzen hiervoor op te rekken.

Thom de Bruin (ZIN) meldt dat het Amsterdam UMC – Locatie AMC samen met het LUMC onderzoek doet naar de opvolging van het advies om te stoppen met roken binnen 6 maanden na het advies. Resultaten worden midden tot eind van 2020 verwacht.

Folkert van Kemenade (NVVP) stelt dat het mogelijk zinvol is om vervolgonderzoek te doen naar wat het effect van doorgaan met roken is op het krijgen van recidief (dit is 9 a 12 procent in de hele groep). De voorzitter (Lydia de Heij) geeft aan dat dit niet meer in dit verbeteringsignalement past, maar dat dit onderwerp aangestipt gaat worden in dit rapport.

2.4 Patiëntinformatievoorziening en Samen beslissen

Op basis van de door het Zorginstituut uitgevoerde website-analyse is er geconcludeerd dat patiëntinformatie niet altijd conform de richtlijn is of soms ontbreekt.

Er wordt binnenkort door het projectteam een onderzoek uitgezet naar de patiëntinformatievoorziening op praktijkniveau en een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van vrouwen omtrent de geïnformeerde patiënt en Samen Beslissen. De eindrapportage hiervan wordt verwacht in november 2019. De resultaten uit het onderzoek zullen met partijen gedeeld worden.

Discussie:

Paula de Boer (V&VN: VOG) denkt aan het maken van een beslisboom voor de doktersassistente of telefoniste die gebruikt wordt bij het maken van de afspraak, zodat de vrouw weet wat zij kan verwachten tijdens het consult. Tijdens het spreekuur zou zij willen werken met een "praatkaart" waar ook een grafische uitleg op staat. Deze praatkaart kan dan mee naar huis worden gegeven, en bij

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Geboortezorg & Gynaecologie

Datum
5 april 2019

Onze referentie
2019020201

een telefonisch contact over de uitslag worden gebruikt als ondersteuning. De informatie die bij een behandelaar komt via de huisarts is soms niet duidelijk. Dit komt deels doordat huisartsen de brief die bij de verwijzing hoort niet kunnen uploaden in ZorgDomein. Bram ter Harmsel (ZKN) raadt de huisartsen aan om dit (nogmaals) bij ZorgDomein neer te leggen. Als huisartsen dit vragen is het gratis, de medisch specialisten moeten hiervoor betalen. Alle partijen benadrukken het belang van het delen van patiëntinformatie en goed in overleg met vrouwen te gaan over al dan niet behandelen en de gevolgen hiervan.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Geboortezorg & Gynaecologie

Datum
5 april 2019

Onze referentie
2019020201

2.5 Algemene opmerkingen

Karin Scheele (ZN) merkt op dat partijen ZN kunnen ondersteunen door spiegelinformatie op gynaecoloog- of mogelijk op praktijkniveau beschikbaar te stellen. Hiermee kunnen zij het gesprek aan gaan over de resultaten van behandelingen. Zij wil graag aansluiten in ontwikkelingen in het werkveld om dit te bevorderen.

Zorgverzekeraars geven geen medisch inhoudelijke informatie aan verzekerden, maar kan wel ondersteunen in algemene onderwerpen, zoals: GLI, prostaatkanker (keuzehulpen), stoppen met roken, slaaponderzoek. Een mogelijkheid zou zijn om ook via de websites van zorgverzekeraars door te linken naar andere partijen. Het naar voren schuiven van *best practices* in de Zorgzoeker zou mogelijk ook kunnen helpen. Ook het accepteren van ziekenhuizen met goede registraties zou een overweging kunnen zijn.

Folkert van Kemenade (NVVP) suggereert om de uitkomsten uit de PALGA-data-analyse bij drie klinieken te valideren.

3 Vervolg van het traject

De resultaten van de bespreking zullen worden besproken met Ruud Bekkers (NVOG). Daarna zal het concept verbeteringsignalement worden opgesteld. Dit concept wordt ter consultatie naar de besturen van de betrokken partijen gestuurd en in de CC naar de deelnemers aan de bijeenkomsten. De opmerkingen uit de consultatieronde zullen worden verwerkt. Vervolgens wordt het rapport ter goedkeuring aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut voorgelegd. Na goedkeuring wordt het rapport aan de minister voor Medische Zorg en Sport aangeboden en aan alle betrokken partijen toegestuurd. Streefdatum is eind derde kwartaal 2019.

De verantwoordelijkheid voor de implementatie ligt bij partijen. ZIN kan hierbij helpen en ondersteunen en volgt de acties in het veld.