

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Deze nota is bedoeld om openbaar gemaakt te worden: **Nee**

Aan

minister VWS

Deadline: 15-03-2022

nota

Opvolging strategische sessie bevolkingsonderzoek  
en vroege opsporing

**TER BESLISSING**

**Directoraat-Generaal  
Volksgezondheid**  
Publieke Gezondheid  
Openbare en  
Jeugdgezondheidszorg

**Opgesteld door**

5.1.2e  
5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl  
5.1.2e

**Datum**

7 maart 2022

**Kenmerk**

3335276-1026145-PG

**Zaaknummer**

1026145

**Bijlage(n)**

GR-advies MRI in  
bevolkingsonderzoek  
borstkanker  
GR-advies  
verbetermogelijkheden  
bevolkingsonderzoek  
baarmoederhalskanker

## 1. Aanleiding

Op 28 februari jl. vond de strategische sessie plaats over bevolkingsonderzoek en vroege opsporing. U vroeg tijdens die sessie om twee Gezondheidsraadadviezen, namelijk:

- Het GR-advies over MRI in het bevolkingsonderzoek borstkanker.
- Het GR-advies over de verbetermogelijkheden in het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker;

Met deze nota worden beide adviezen aangeboden en wordt aanvullende informatie gegeven over bijbehorende bespreekpunten uit de strategische sessie. Eerst wordt ingegaan op het bevolkingsonderzoek borstkanker, daarna op het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

## 2. Geadviseerd besluit

Naast deze aanvullende informatie wordt gevraagd hoe u verder wilt gaan met een eventuele aanvulling van het bevolkingsonderzoek borstkanker met MRI of contrastmammografie (CEM) voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Er is op dit moment geen financiële dekking, terwijl er sprake is van politieke druk. Het gaat dan om een gebrek aan dekking voor de volgende trajecten:

- Voorbereidende werkzaamheden implementatie MRI/CEM door RIVM: ca. €2 miljoen/jaar. Zonder middelen vallen deze werkzaamheden stil na de voorjaarsbesluitvorming.
- Uitvoering van een tijdelijk MRI-aanbod: ca. €15 miljoen/jaar. Zonder middelen kan dit aanbod niet uitgevoerd worden. Over deze middelen kan later besloten worden, zodra er meer duidelijkheid is of dit aanbod realistisch is.
- Voor het proefbevolkingsonderzoek CEM is €2,5 miljoen beschikbaar. Dit is voor onderzoekers te weinig gebleken om in te schrijven op de ZonMw call. Met deze middelen geven zij aan alleen een pilot-onderzoek te kunnen uitvoeren. Een dergelijk pilot onderzoek zal naar verwachting niet leiden tot sluitende uitspraken over de prestaties van CEM t.o.v. MRI. Wilt u deze middelen toch inzetten voor een pilot onderzoek? Ons advies is om eerst uit te laten zoeken wat er nodig is voor een uitgebreider onderzoek om alle onderzoeksvragen te beantwoorden, alvorens eventueel te starten met een pilot-onderzoek.
- Structurele implementatie van MRI of CEM op de lange termijn. Hier is nog geen dekking voor, maar daarover kan later besloten worden. RIVM heeft

eerder (grof) ingeschat dat voor een definitieve implementatie van MRI jaarlijks tussen €8 en 23 miljoen nodig is, afhankelijk van screeningsinterval en opkomstpercentage. Voor CEM is dit nog onbekend.

**Kenmerk**  
3335276-1026145-PG

De politieke druk komt met name voort uit de Kamerbreed aangenomen motie Renkema c.s. die de regering oproept om voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel vroege opsporing van borstkanker door middel van een MRI standaard onderdeel te maken van hun deelname aan het bevolkingsonderzoek. Deze motie is destijds door het Kabinet ontraden, gezien het advies van de GR dat de voordelen nauwelijks opwegen tegen de nadelen. Daarom adviseert de GR om eerst CEM als alternatief te onderzoeken. Ook worden in de uitvoering risico's gezien ten aanzien van het terugdringen van het screeningsinterval naar twee jaar.

De Kamer is door uw ambtsvoorganger toegezegd dat zij begin 2022 opnieuw geïnformeerd worden over de voortgang rond MRI/CEM. Naar aanleiding van uw reactie zal u separaat nog een brief aan de Kamer worden voorgelegd.

Potentiële handelingsopties zijn:

- Het KPMG onderzoek over beschikbare MRI-capaciteit en draagvlak onder ziekenhuizen voor een tijdelijk MRI-aanbod afwachten. Op basis daarvan kan beter ingeschat worden welke financiële middelen nodig zijn en wanneer. Er kan dan later eventueel opnieuw een claim worden ingediend. U kunt de Kamer een brief sturen over het KPMG-onderzoek en voor de zomer de Kamer de onderzoeksresultaten opsturen.
- U kunt uw inzet verleggen naar het terugbrengen van het screeningsinterval naar twee jaar en de inzet rond MRI/CEM temporiseren. Het verlengde screeningsinterval raakt immers alle deelnemers.
- U kunt er ook voor kiezen om bepaalde werkzaamheden te temporiseren: de inzet rond MRI of de inzet rond CEM. Voor de werkzaamheden die dan wel worden uitgevoerd moeten dan eveneens aanvullende middelen gevonden worden.

Ons advies zou zijn om te gaan voor de eerste optie en op basis van de resultaten van het KPMG-onderzoek verder te besluiten. Eventueel kunt u de uitbreiding van het bevolkingsonderzoek borstkanker ook samentrekken met het opstellen van ontwikkelagenda's, waarover is gesproken in de strategische sessie of bij de evaluatie van het bevolkingsonderzoek door de GR die na de zomer van 2022 start. U kunt daarnaast uw keuze politiek laten sonderen door uw politiek adviseur om te kijken hoe de Kamer hiernaar kijkt. Bij de keuze voor het temporiseren van (deel)trajecten worden namelijk teleurgestelde reacties verwacht van het veld, van deelnemers en van de politiek.

### 3. Kernpunten

Tijdens de strategische sessie vroeg u rond de aanvulling van het bevolkingsonderzoek borstkanker met MRI of CEM voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel, naar de kenmerken van deze doelgroep.

Rond het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker uitte u de volgende zorgen:

- Het hoge verwijspercentage;
- Het lage bereik (en het mogelijk effect op de deelnamen van het screenen op een SOA (HPV));

- Beperkte terugkoppeling informatie uit de zorg.

**Kenmerk**  
3335276-1026145-PG

Hieronder wordt ingegaan op deze punten. In de bijlage staan de genoemde GR-adviezen, waarin nog meer informatie staat.

#### **4. Toelichting**

##### Aanvulling van het bevolkingsonderzoek borstkanker voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel

Tijdens de strategische sessie is ingegaan op de eventuele aanvulling van het bevolkingsonderzoek borstkanker voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Het bijgevoegde GR-advies is van 6 oktober 2020. In dit advies is gekeken naar de wenselijkheid om het bevolkingsonderzoek borstkanker uit te breiden met MRI voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel, gebaseerd op de eerste onderzoeksresultaten van eind 2019 van de DENSE-studie waarin MRI als aanvulling wordt onderzocht. De GR adviseert dat de voordelen van een aanvullende MRI nauwelijks opwegen tegen de nadelen en dat daarom eerst CEM moet worden onderzocht in een proefbevolkingsonderzoek. Dit adviseert de GR vanwege het hogere aantal foutpositieve uitslagen, vanwege hogere overdiagnose en overbehandeling, en vanwege de twijfel over de toekomstbestendigheid van MRI. Over CEM is op dit moment nog zeer beperkt wetenschappelijke literatuur beschikbaar. In februari 2021 is de motie Renkema c.s. aangenomen, die de regering verzoekt om voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel vroege opsporing van borstkanker door middel van een MRI standaard onderdeel te maken van hun deelname aan het bevolkingsonderzoek. Deze motie was door uw ambtsvoorganger ontraden gezien het advies van de GR.

##### *Doelgroep*

In het bevolkingsonderzoek is bij 8% (ongeveer 225.000) van de vrouwen tussen de 50 en 75 jaar sprake van zeer dicht borstweefsel. Rekening houdend met de deelnamecijfers aan het bevolkingsonderzoek zal het dus gaan om ongeveer 160.000 vrouwen. Deze vrouwen hebben een hoger risico op borstkanker. Er is geen eenduidig beeld van hoeveel hoger dit a priori risico is. Daarnaast is de kans voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel groter dat borstkanker wordt gemist in het bevolkingsonderzoek borstkanker, de sensitiviteit van het onderzoek is voor hen namelijk lager. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat met het bevolkingsonderzoek borstkanker bij vrouwen met zeer dicht borstweefsel ca. 6 op de 10 tumoren worden opgespoord, terwijl dat bij andere vrouwen varieert tussen de 7 en 8,5 op de 10 (afhankelijk van de densiteit) (Wanders JO, Holland K, Veldhuis WB, et al. Volumetric breast density affects performance of digital screening mammography. Breast Cancer Res Treat 2017;162:95-103).

##### *DENSE-studie*

Uit de DENSE-studie blijkt dat een aanvullende MRI voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel resulteert in minder intervalkanker, dat wil zeggen dat er minder kanker openbaart tussen twee screeningsrondes in. Er werden 2,5 intervalkankers gevonden per 1000 vrouwen die een MRI werd aangeboden (ca. 8000 vrouwen in totaal). Bij de controlegroep was dit 5,0 per 1000 vrouwen (ca. 32000 vrouwen in totaal). Van de vrouwen die daadwerkelijk deelgenomen hebben aan de aanvullende MRI was dit verschil groter, namelijk

0,8 per 1000 vrouwen om 4,2 per 1000 vrouwen. Bij de MRI-deelnemers was de incidentie van intervalkanker vergelijkbaar met die bij vrouwen zonder dicht borstweefsel die in het reguliere bevolkingsonderzoek mammografie ondergaan. In de screeningsronde die volgde werden met het reguliere bevolkingsonderzoek (mammografie) 2 tumoren gevonden per 1000 vrouwen die deel hebben genomen aan de MRI, en 7,1 per 1000 vrouwen die niet deelnamen. In de controlegroep werden in de vervolgronde 6,0 tumoren per 1000 vrouwen gevonden. Hiertegenover staat dat MRI leidt tot meer foutpositieve uitslagen (80 op de 100 vs. 68 op de 100 bij mammografie) en tot meer overdiagnose en overbehandeling (ca. 5 meer gevallen van overdiagnose en overbehandeling per 1000 vrouwen).

**Kenmerk**  
3335276-1026145-PG

#### *Inzet van uw ambtsvoorganger*

Op 24 september jl. stuurde uw ambtsvoorganger een Kamerbrief op verzoek van de Kamercommissie over de uitvoering van de motie Renkema c.s. (Kamerstuk 32 793, nr. 567). De kern van deze brief was dat conform het GR-advies een proefbevolkingsonderzoek wordt ingericht om de prestaties van CEM te vergelijken met MRI én dat er met betrokken partijen conform de motie verkend wordt of buiten het bevolkingsonderzoek om tijdelijk MRI kan worden aangeboden, vooruitlopend op een definitieve beslissing tussen CEM en MRI. Parallel wordt het RIVM gevraagd voorbereidingen te treffen voor de implementatie van zowel CEM als MRI. In de Kamerbrief is aangestipt dat het nog zeker 6 jaar kan duren voordat MRI of CEM definitief geïmplementeerd is en dat er daarom verkend wordt of er al eerder een tijdelijk MRI-aanbod mogelijk is. Uw ambtsvoorganger heeft wel aangegeven dat een dergelijk tijdelijk aanbod onzeker is, zeker tegen de achtergrond van de schaarste op de arbeidsmarkt. Bovendien levert dit een risico op voor de inspanningen van veldpartijen om het screeningsinterval van het reguliere bevolkingsonderzoek terug te brengen naar twee jaar. Het terugbrengen van het screeningsinterval is namelijk voor iedere deelnemer van belang. Dat gaat om ca. 1 miljoen deelnemers in totaal waarvan er bij ruim 6000 vrouwen borstkanker wordt opgespoord. Daarnaast is in de brief aangegeven dat er nog geen financiële middelen zijn voor een tijdelijk MRI-aanbod.

#### *Voortgang*

Tot en met 8 maart stond de subsidieoproep voor een proefbevolkingsonderzoek CEM van ZonMw open. In de subsidieoproep werd een doorlooptijd van het proefbevolkingsonderzoek van 5 jaar voorgesteld en €2,25 miljoen beschikbaar gesteld. Er zijn geen inschrijvingen binnengekomen op deze subsidieoproep. De belangrijkste onderzoeksgroep (de onderzoekers die ook de DENSE-studie hebben uitgevoerd), heeft bij ZonMw aangegeven niet uit de voeten te kunnen met de voorgestelde looptijd en budget. Zij gaven aan dat met deze randvoorwaarden een pilotonderzoek met CEM mogelijk is, maar dat het onmogelijk is om voldoende vrouwen te includeren om een duidelijke uitspraak te doen of CEM beter presteert dan MRI. Zij geven aan dat een pilotonderzoek tot vertraging zou leiden, omdat daarna alsnog een uitgebreider onderzoek nodig is. De DENSE-onderzoekers hebben scenario's met ZonMw gedeeld voor pilot-onderzoek binnen het budget, maar voor een uitgebreider onderzoek waarbij er een duidelijke uitspraak over CEM volgt, zullen de kosten hoger liggen. U kunt ervoor kiezen de beschikbare middelen in te zetten voor een pilot-onderzoek met CEM, waarbij het risico is dat er later meer middelen nodig zijn om alle onderzoeksvragen te beantwoorden. Het

(geadviseerde) alternatief is om eerst uit te laten zoeken wat er nodig is om direct een uitgebreid onderzoek op te starten. Voor dit uitgebreidere onderzoek zullen dan waarschijnlijk wel aanvullende middelen gevonden moeten worden.

**Kenmerk**  
3335276-1026145-PG

De verkenning naar een tijdelijk MRI-aanbod wordt gezamenlijk met het RIVM, Bevolkingsonderzoek Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) uitgevoerd. Er wordt in kaart gebracht op welke manieren de capaciteit in de ziekenhuizen beschikbaar is te maken hiervoor (en tegen welke kosten en op welke termijn). Hierbij wordt gezocht naar mogelijkheden om zoveel mogelijk bestaande capaciteit in te zetten, vanwege de reeds bestaande arbeidsmarktcrachte. KPMG voert op dit moment onderzoek uit naar de capaciteit binnen en draagvlak onder ziekenhuizen om een tijdelijk MRI-aanbod te realiseren. De resultaten worden hiervan in mei 2022 verwacht waarmee het inzichtelijker wordt of een tijdelijk MRI-aanbod realistisch is. Daarna volgen er nog veel uitvoeringsvraagstukken die het hoofd moeten worden geboden:

- Er moet een nieuwe samenwerking met de ziekenhuizen moeten worden opgezet;
- Een tijdelijk aanbod moet goed aansluiten op het reguliere bevolkingsonderzoek;
- Omdat de verwachting niet is dat alle vrouwen met zeer dicht borstweefsel direct kunnen deelnemen, zal een ingroeimodel moeten worden ingericht;
- Ziekenhuizen moeten worden geselecteerd en een bekostigingsstructuur moet worden ingericht die past binnen de geldende subsidie- en aanbestedingsregels.

Om de uitvoering van een tijdelijk MRI-aanbod te kunnen dekken is een claim ingediend voor de voorjaarsbesluitvorming, maar deze staat voorlopig op afwijzen. Er is dus nog geen financiële dekking (wel voor het KPMG onderzoek).

Het RIVM is gestart met de werkzaamheden om een implementatie van MRI of CEM mogelijk te maken. Zij stellen een uitvoeringstoets CEM op, vullen de eerder uitgevoerde uitvoeringstoets MRI aan met ontbrekende informatie, treffen voorbereidingen voor beide technieken en leveren een bijdrage aan de verkenning van een tijdelijk MRI-aanbod. Er zijn op dit moment geen financiële middelen om deze opdracht te dekken. Er is een claim ingediend voor de voorjaarsbesluitvorming, maar deze staat voorlopig op afwijzen. De kosten voor de werkzaamheden van het RIVM tot de voorjaarsbesluitvorming worden gedekt op de begroting van PG. Het RIVM is reeds gestart met deze werkzaamheden om de vaart erin te houden gezien de politieke druk op dit dossier.

*a. Draagvlak politiek*

In de Tweede Kamer was weinig draagvlak voor het GR-advies. De motie Renkema c.s. is Kamerbreed aangenomen, ondanks dat uw ambtsvoorganger deze heeft ontraden. De roep in de vorige Kamer om zo snel mogelijk met MRI te starten was duidelijk. Hoe de huidige Kamer er naar kijkt is nog niet bekend.

*b. Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie*

Onder de radiologen en de onderzoekers die de DENSE studie hebben uitgevoerd is wisselend draagvlak voor het advies van de Gezondheidsraad om

eerst CEM te onderzoeken. CEM is nog niet bewezen in een screeningssetting en daarom vinden sommige radiologen en onderzoekers het advies van de Gezondheidsraad voorbarig. De betrokkenheid van deze partijen bij het CEM onderzoek is juist van belang. De NVvR is sterk voorstander van het zo snel mogelijk implementeren van MRI.

**Kenmerk**  
3335276-1026145-PG

Naar verwachting is dit overigens niet de reden dat onderzoekers niet inschrijven op de ZonMw subsidieoproep voor het proefbevolkingsonderzoek CEM. De onderzoekers denken uitgebreid mee, maar zien echt grote problemen met de gestelde voorwaarden (budget en looptijd).

Deelnemers aan het reguliere bevolkingsonderzoek weten in de regel niet of zij zeer dicht borstweefsel hebben, desalniettemin kan de berichtgeving rondom MRI en CEM bij hen vragen oproepen over de betrouwbaarheid van het reguliere bevolkingsonderzoek. Er zal onbegrip bestaan als ervoor wordt gekozen om trajecten te temporiseren. Daartegenover staat dat we van ca. 70 gemeenten brieven hebben ontvangen die oproepen om de tijdelijke verlenging van screeningsinterval terug te draaien.

*c. Financiële en personele gevolgen*

Voor het proefbevolkingsonderzoek CEM is €2,5 miljoen beschikbaar (waarvan €2,25 miljoen voor het onderzoek zelf). Zoals gezegd, wordt dit als te weinig gezien door relevante onderzoekspartijen voor een volledig onderzoek. Omdat er geen onderzoekers hebben ingeschreven, komt deze €2,25 miljoen vrij om bijvoorbeeld in te zetten voor een nieuwe onderzoeksoproep.

Voor de voorbereidingen van de implementatie van MRI en CEM is door het RIVM voor 2022 €1,7 miljoen geoffreerd en voor 2023 €2,2 miljoen. De verwachting is dat de jaren daarna ca. €1,5 tot €2 miljoen per jaar nodig is. Deze kosten worden meegenomen in een claim voor de voorjaarsbesluitvorming. Deze claim staat op dit moment op afwijzen, waardoor de dekking voor deze werkzaamheden onzeker is. De kosten voor de werkzaamheden tot de voorjaarsbesluitvorming (€250.000,-) worden door PG gedekt.

In de genoemde claim zijn ook middelen voor de uitvoering van een tijdelijk MRI-aanbod meegenomen vanaf halverwege 2023. Deze zijn (grof) ingeschat op €15 miljoen per jaar. De dekking van deze kosten is zeer onzeker, omdat de claim op afwijzen staat. Ook voor eventuele structurele implementatie van MRI of CEM is nog niet in middelen voorzien. In het coalitieakkoord zijn geen middelen gereserveerd.

*d. Juridische aspecten haalbaarheid*

Bij het tot stand brengen van een tijdelijk aanbod van MRI buiten het bevolkingsonderzoek om zal een van de vraagstukken zijn met welk instrument dit rechtmatig kan worden gefinancierd. Ook zal moeten worden bekeken hoe omgegaan moet worden met de vergunningplicht op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek. De GR adviseert namelijk over een vergunningaanvraag alvorens deze verleend wordt. Eerder heeft de GR geadviseerd dat de voordelen van MRI nauwelijks opwegen tegen de nadelen. De vraag is dus of zij een positief advies zullen geven over de vergunningaanvraag.

e. *Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)*  
N.v.t.

**Kenmerk**  
3335276-1026145-PG

f. *Gevolgen administratieve lasten*  
N.v.t.

g. *Toezeggingen*

De toezegging staat open om de Tweede Kamer beging 2022 opnieuw te informeren over de stand van zaken rond de uitbreiding van het bevolkingsonderzoek borstkanker met MRI/CEM.

h. *Fraudetoets*  
N.v.t.

#### Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

De getrapte screening waarbij eerst gescreend wordt op de aanwezigheid van het hoog risico Humaan Papilloma Virus (hrHPV) en de inzet van de zelfafnameset wordt aangeboden sinds januari 2017 met als doel om het bevolkingsonderzoek effectiever en toegankelijker te maken. Dit is maar deels gelukt. De uitvoering van het bevolkingsonderzoek wordt kort cyclisch gemonitord en maakte de volgende effecten zichtbaar:

1. Het aantal gesignaleerde afwijkingen (baarmoederhalskanker en voorstadia daarvan) is toegenomen (x1,3).
2. Er zijn meer niet klinisch relevante doorverwijzingen (x2,2).
3. De deelname is afgenomen van 67% in 2016 (het laatste jaar van het "oude" bevolkingsonderzoek) naar 57% in 2018 (het jaar voorafgaand aan de Covid-pandemie).
4. Het gebruik van de zelfafnameset.
- 5.
6. Ad 1)
7. Conform de verwachting werden meer afwijkingen gesignaleerd en is de gezondheidswinst door het bevolkingsonderzoek toegenomen De detectiegraad per 1000 gescreenden is hoger in het vernieuwde bevolkingsonderzoek (x1,3). Zelfs met de lagere deelname worden er toch meer levensjaren gewonnen (+2%) en meer QUALY's (+13%) en zijn de kosten gedaald (-21%).
- 8.
9. Ad 2)
10. De verhoogde verwijscijfers waren conform verwachting, maar gaven wel aanleiding tot nader onderzoek naar mogelijkheden om die terug te dringen. In vervolg op een expertmeeting en op basis van modellering zijn hiervoor strategieën ontwikkeld die ter beoordeling aan de Gezondheidsraad zijn voorgelegd. Het gaat om doorverwijzing op basis van het hrHPV type in combinatie met pap-klasse en aanpassing van de controletermijn. In vervolg op het advies van de Gezondheidsraad van 19-10-2021 wordt een aangepaste screeningsstrategie doorgevoerd. Het streven is deze aangepaste triage nog in 2022 te realiseren. De verwachting is dat het aantal doorverwijzingen daarmee daalt van ongeveer 13.000 naar 8.500 met een gunstig effect op de nut-risicoverhouding. Het aantal klinisch niet relevante doorverwijzingen daalt naar verwachting met 25%. Vervolgonderzoek vindt plaats naar mogelijkheden voor het verder terugdringen van het aantal klinisch niet-relevante doorverwijzingen.
- 11.
12. Ad 3)

13. De teruglopende deelname was aanleiding tot uitgebreid onderzoek naar de oorzaken hiervan. Redenen die werden genoemd voor niet-deelname zijn met name "het uitstrijkje is/likt vervelend", met angst voor pijn en schaamte. Ook "het komt er gewoon niet van" werd vaak genoemd. De SOA-associatie leek geen aantoonbare rol te spelen.
- 14.
15. De Gezondheidsraad adviseerde om in de communicatie helder te zijn over de voordelen van het bevolkingsonderzoek en te benadrukken dat deelname een verantwoorde keuze is. Ook was het advies om meer in te zetten op voorlichting op maat. Het RIVM Centrum voor bevolkingsonderzoek (CvB) pakt dit verder op. Om de bovengenoemde barrières te verkleinen, zal de zelfafnameset prominenter worden ingezet conform het advies van de Gezondheidsraad. Ook heeft het CvB de uitnodigingsbrief vereenvoudigd en uitgebreid met meer visuele middelen, wordt vanaf april een vooraankondiging naar bijna-30-jarigen gestuurd en wordt een tweede herinneringsbrief voorbereid.
- 16.
17. Bekend is dat het bevolkingsonderzoek minder toegankelijk is voor specifieke groepen. De drempels voor deze groepen worden verlaagd. Gestart is met het verbeteren van de toegankelijkheid voor transgender personen. Vanaf medio 2022 kunnen zij op reguliere wijze deelnemen aan het bevolkingsonderzoek. De toegankelijkheid van het bevolkingsonderzoek blijft de komende tijd een belangrijk aandachtspunt voor het CvB.
- 18.
19. In 2020 was de deelnamegraad aan het bevolkingsonderzoek aanzienlijk lager door de Covid-pandemie. Nu de maatregelen zijn opgeheven en alle achterstanden in uitnodigingsbrieven zijn ingehaald, ontvangen alle personen die tijdens de pandemie niet hebben deelgenomen een extra herinneringsbrief met de boodschap dat deelname alsnog mogelijk is. Inzet is om de gemiste deelname zoveel mogelijk in te halen.
- 20.
21. Ad 4)
22. Bij de start van het vernieuwde bevolkingsonderzoek was nog onduidelijk of de kwaliteit van de zelfafnameset gelijkwaardig was aan die van het uitstrijkje. Om die reden is de zelfafnameset in eerste instantie alleen aangeboden aan vrouwen die niet wilden deelnemen met een uitstrijkje.
23. Inmiddels heeft onderzoek laten zien dat de kwaliteit van de zelfafnameset vergelijkbaar is met die van het uitstrijkje. Tijdens de Covid-pandemie is de zelfafnameset al nadrukkelijk als optie in de uitnodigingsbrief benoemd (en meer gebruikt), om de drempel voor deelnemers die terughoudend waren om de huisarts te bezoeken weg te nemen en om de werkdruk bij huisartsen te verlagen.
24. Bekend is dat het actief aanbieden van een zelfafnameset leidt tot een verhoogde deelname. Daarom wordt de zelfafnameset de komende tijd structureel breder ingezet. De Gezondheidsraad heeft geadviseerd om deze uiteindelijk direct aan alle deelnemers aan te bieden. Vrouwen die een zelfafnameset gebruikten zijn daar zeer tevreden over, maar gebruikersonderzoek heeft laten zien dat op dit moment nog de helft van de doelgroep een voorkeur heeft voor een uitstrijkje. Ook om verspilling zoveel mogelijk tegen te gaan blijft aandacht nodig voor het optimale scenario voor de zelfafnameset. CvB werkt momenteel aan een implementatieplan. De brede

Kenmerk

3335276-1026145-PG

inzet van de zelfafnameset start wanneer de lopende aanbestedingen zijn afgerond (medio 2023).

**Kenmerk**  
3335276-1026145-PG

25.

26. De Gezondheidsraad is 4-11-2020 gevraagd te adviseren over een aantal verbeterpunten die al op relatief korte termijn kunnen worden doorgevoerd (door de start van de tweede screeningsronde en de nu lopende aanbestedingen). Naast advisering over de inzet van de zelfafnameset en het terugdringen van het aantal verwijzingen (zie ook hiervoor) ging het advies in op Computer Ondersteund Screenen (COS). Het advies gaf de randvoorwaarden aan waaronder COS kan worden ingezet. COS vergroot de capaciteit van het cytologieonderzoek. Hiermee kunnen (tijdelijke) capaciteitsproblemen beter opgevangen worden. Wel is structurele overcapaciteit nodig en moeten laboratoria en laboranten zich goed voorbereiden. Het recent in Nederland uitgevoerde pilot-onderzoek laat zien dat COS kwalitatief vergelijkbaar is met handmatig screenen. COS zal worden ingezet wanneer de lopende aanbestedingen zijn afgerond (media 2023).

27.

28. Het getrapte karakter van de screening levert meerdere momenten op waarop deelnemers kunnen afhaken. Na een positieve HPV zelfafnameset laat niet iedereen een uitstrijkje maken en na een uitstrijkje met een ongunstige uitslag volgt niet iedereen de doorverwijzing naar de gynaecoloog op. De Gezondheidsraad wees er in zijn advies op dat dit leidt tot substantieel minder gezondheidswinst. CvB gaat na hoe hier in de communicatie meer aandacht aan besteed kan worden. Een deel van de oplossing is ook het innoveren van de test. Zodra de zelfafnameset de mogelijkheid tot volledige triage biedt is een uitstrijkje door de huisarts bij een HPV-positieve test niet meer nodig en vervalt een afhaakmoment. Verwacht wordt dat dergelijke testen (bijvoorbeeld op basis van methylering) in de niet al te verre toekomst beschikbaar komen.

29.

*30. Verbetering terugkoppeling informatie uit de zorg*

31. Het terugkoppelen van informatie uit de zorg over het vervolg op screening is een punt van voortdurende aandacht. Via PALGA is voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker goed zicht op gediagnosticeerde CIN-afwijkingen in de vervolgzorg na een verwijzing. Indien er echter geen biopt is genomen (maar alleen colposcopie is uitgevoerd), is dit niet bekend.

32.

33. Op dit moment wordt langs twee lijnen gewerkt aan verbetering van de terugkoppeling:

- In het kader van het traject "zinnige zorg baarmoederhalsafwijkingen CIN" van Zorginstituut Nederland hebben betrokken partijen afgesproken te onderzoeken op welke wijze colposcopiedata uniform geregistreerd kunnen worden en wat de financiële consequenties hiervan zijn. Een literatuuronderzoek naar de minimale dataset is inmiddels uitgevoerd door Cochrane Nederland. Ook zal onderzocht worden of een koppeling met de PALGA-databank (technisch en praktisch) haalbaar is. Met dit laatste komen betrouwbare gegevens beschikbaar voor de monitoring van het bevolkingsonderzoek.
- Om de uitwisseling van gegevens in de zorg in het algemeen te verbeteren bereid VWS een verzamelwet voor die hier een wettelijke grondslag voor moet gaan bieden. De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) zal adviseren over het wetsvoorstel. Verwacht wordt dat een positief advies van de AP voldoende vertrouwen in de rechtmatigheid van

doorlevering van gegevens bij de zorg oplevert om gegevens die van belang zijn voor het bevolkingsonderzoek door te geven.

**Kenmerk**  
3335276-1026145-PG

34.

35. *Evaluatie bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker*

36. De eerste jaren van het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker leverden voldoende gegevens voor evaluatie van een aantal onderdelen. Op basis van deze resultaten heeft de Gezondheidsraad hierover geadviseerd (advies 19-10-2021). Een meer uitgebreide evaluatie volgt binnenkort. Het Landelijk Evaluatieteam Baarmoederhalskanker (LEBA/MGZ) van het Erasmus MC publiceert naar verwachting deze maand het Evaluatierapport bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2017-2020. Nu de volledige resultaten van de eerste screeningsronde beschikbaar zijn kan ook een integrale evaluatie plaatsvinden. De adviesaanvraag aan de Gezondheidsraad hiervoor is eind 2023 gepland en zal zich onder meer richten op mogelijkheden voor verbetering van de effectiviteit, verhoging van het bereik, deelname door achterstandsgroepen, de leeftijdsrange, gevaccineerde deelnemers die vanaf 1-1-2023 gaan instromen, verdere risicostratificatie en de rol van de huisarts in het bevolkingsonderzoek. Het adviestraject van de Gezondheidsraad staat voor 2024 gepland (pas dan zijn de gegevens over de gevaccineerde deelnemers beschikbaar).

## **5. Informatie die niet openbaar gemaakt kan worden**

N.v.t.