

## NOTITIE

### Aanbevolen strategie Bevolkingsonderzoeken naar kanker (BVOK) bij toekomstige COVID scenario's

RIVM-CvB, 28 augustus 2020

#### 1. Bevolkingsonderzoeken naar kanker en de COVID19-uitbraak

Door de uitbraak van het coronavirus COVID19 stond de reguliere zorg in Nederland sterk onder druk. Daarom is op 16 maart door de staatssecretaris van VWS besloten om de bevolkingsonderzoeken naar darmkanker, borstkanker en baarmoederhalskanker tijdelijk stop te zetten. Op 11 mei is besloten de bevolkingsonderzoeken geleidelijk weer te gaan starten, beginnend met darmkanker, daarna borstkanker en tenslotte per 1 juli baarmoederhalskanker. Nu de bevolkingsonderzoeken weer zijn opgestart, is het RIVM CvB gevraagd een strategie op te stellen met als doel de bevolkingsonderzoeken zoveel mogelijk door te laten gaan wanneer er een opleving van COVID19 komt.

Het bevolkingsonderzoek borstkanker heeft, naast de COVID19-uitbraak, ook te maken met arbeidsmarktproblematiek met grote gevolgen voor de capaciteit. Het te kort aan screeningslaboranten, en de productiviteitsverlies door de maatregelen die nu bij de screening moeten worden getroffen zorgen ervoor dat dit bevolkingsonderzoek op dit moment maar op halve kracht kan draaien. Daardoor is het niet waarschijnlijk dat het bij een heropleving van het virus nodig is om bij het bevolkingsonderzoek borstkanker in te grijpen omdat de belasting op de vervolgzorg al veel lager is dan gewend (en gewenst). Wel wordt gekeken hoe de gevolgen van de 1.5 meter en beschermingsmaatregelen in de bussen op de productiviteit kunnen worden verminderd. Ook is bij betrokken partijen veel draagvlak voor het nu tijdelijk verlengen van het screeningsinterval naar 3 jaar. In het najaar volgt een apart advies over de meer fundamentele en langere termijn ingrepen die mogelijk zijn om met de arbeidsmarktproblematiek om te gaan.

#### 2. Opstellen strategie

Het stopzetten van de bevolkingsonderzoeken vanaf medio maart heeft geleid tot een achterstand die pas na maanden (darmkanker), jaren (baarmoederhalskanker) of waarschijnlijk nooit (borstkanker) zal worden ingelopen. Door de grote impact die het stopzetten van de bevolkingsonderzoeken had, is het van belang dat er alles aan wordt gedaan om te voorkomen dat de bevolkingsonderzoeken weer stil komen te liggen. Dit leidt tot een herijking van de uitgangspunten die eerder bij de herstart zijn gehanteerd. Bij het opstellen van een strategie is gekeken naar de verschillende maatregelen die vanuit de screening kunnen worden ingezet, waarbij een balans is gezocht tussen eerder geformuleerde en nieuwe uitgangspunten.

De uitgangspunten bij de herstart waren o.a.:

- De beschikbare capaciteit in de zorg is bepalend voor het aantal uitnodigingen: Bij de herstart werd het principe aangehouden dat wanneer de capaciteit daalt, het aantal uitnodigingen ook daalt.
- Uitvoering conform oorspronkelijke opzet en kaders: Bij de herstart werd er voor de cliënten gestreefd naar een zo gelijk mogelijk aanbod van screening volgens de oorspronkelijke opzet en kaders. Dit betekende bijvoorbeeld géén selectie op basis van leeftijd, regio of risico.
- Reguliere hoge kwaliteit uitvoering: De kwaliteit van de screening en vervolgzorg moest vergelijkbaar zijn met de kwaliteit en kaders van voor de tijdelijke stopzetting.
- Gelijke toegang tot vervolgonderzoek: Voor het herstarten van de bevolkingsonderzoeken was het belangrijk dat de aansluiting voor vervolgonderzoek voor alle betrokken cliënten, ongeacht de ernst van hun afwijking, voldoende was en geborgd bleef.

Nieuwe uitgangspunt is:

- Er wordt alles aan gedaan om te voorkomen dat de bevolkingsonderzoeken weer stil komen te liggen. Eventuele gevolgen worden indien mogelijk beperkt tot getroffen regio's. Bij het inzetten van maatregelen wordt ingeschat hoe ernstig en langdurig de situatie zal zijn. Vervolgens worden maatregelen ingezet die rekening houden met de te behalen gezondheidswinst (door bijvoorbeeld rekening te houden met de ernst van de gevonden afwijking) en de impact op de uitvoering (er is gekozen voor maatregelen die op korte termijn inzetbaar zijn).

Door het RIVM CvB zijn diverse maatregelen per bevolkingsonderzoek geïnventariseerd en besproken met betrokken partijen, waaronder de programmacommissie van het betreffende bevolkingsonderzoek. Daarnaast zijn de maatregelen gericht op de vervolgzorg op hoofdlijnen verkend met de Nederlandse Federatie Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), het NHG en SONCOS als werkgroep vanuit de Taskforce Oncologie. De maatregel, impact van de maatregel op de vervolgzorg, snelheid van inregelen en draagvlak zijn aspecten die tijdens de gesprekken aan bod zijn gekomen.

De inzet van een maatregel hangt af van de ernst en omvang van een heropleving. Het CIB (RIVM, Centrum voor Infectiebestrijding) heeft hiervoor een drietal scenario's geschetst. Het gaat om scenario's voor COVID19 heropleving in Nederland voor de komende 2 jaar, beginnend vanaf de zomer 2020:

- Veenbrand: een basisniveau van infecties met kleine regionale oplevingen die snel de kop in worden gedrukt. De zorgvraag blijft binnen de capaciteit.
- Pieken en dalen: een basisniveau van infecties met twee keer per jaar een opleving met een zorgvraag die de reguliere capaciteit overstijgt, maar lager is dan de voorjaarspiek in 2020. Het patroon kan per regio verschillen. Afhankelijk van de hoogte van de pieken kan het nodig zijn maatregelen tijdelijk op te schalen.
- Herfstpiek: in het najaar komt er een grote golf, gevolgd door een kleinere golf het jaar erop. Dit patroon geldt voor het hele land en de zorgvraag overstijgt de reguliere capaciteit flink. Landelijke maatregelen dienen te worden opgeschaald voor langere tijd. Het jaar erop volgt er nog een lagere piek, zoals beschreven bij 'pieken en dalen'.

In bijlage A zijn deze scenario's verder toegelicht.

Bij een 'veenbrand' adviseert het CvB om geen extra maatregelen in te zetten, naast de maatregelen die al los van de scenario's worden ingezet. Bij de scenario's 'pieken en dalen' en 'herfstpiek' zijn maatregelen meer aan de orde. De betrokken partijen ondersteunen dit advies.

In deze notitie zijn daarom onder 4) de maatregelen voor deze laatste twee scenario's uitgewerkt. Een overzicht van alle mogelijkheden is opgenomen in de bijlagen B, C en D. Hieronder zijn de best passende opties benoemd, met daarbij de effecten, implicaties en beslissingen die gemaakt moeten worden.

Als eerste worden onder 3) de maatregelen benoemd die het CvB al heeft ingezet of voornemens is om in te zetten. Een heropleving vindt immers plaats tegen het licht van de gevolgen van de eerdere stopzetting en huidige COVID19-maatregelen. Het gaat om maatregelen in de screening en in de vervolgzorg, waarmee beoogt wordt het volume uitnodigingen te verhogen (en zo voor borstkanker de afname in capaciteit te beperken en voor baarmoederhalskanker en darmkanker een start te maken met het inhalen van de achterstand). De maatregelen helpen ook tijdens een heropleving om fluctuaties in capaciteit beter op te vangen.

### **3. Maatregelen ter verhoging van het volume uitnodigingen (los van heropleving)**

#### **3.1 Darmkanker**

Op dit moment is de capaciteit bij de coloscopiecentra terug op vrijwel 100%. Verschillende acties om de capaciteit richting 120% te verhogen zijn al ingezet, namelijk:

- De screeningsorganisaties bellen elke 2 weken met de 117 coloscopiecentra om de urgentie aan te geven en mee te helpen denken in oplossingen;
- Er wordt actiever ingezet op het verlengen van de reistijd van deelnemers en de regionale samenwerking tussen centra waar de capaciteit achter blijft verder te stimuleren;
- Er wordt actiever ingezet op een verantwoorde digitale intake door coloscopiecentra;
- We zijn met de Nederlandse vereniging van MDL-artsen (NVMDL) in gesprek over de capaciteit. Ideeën zijn het aanpassen van surveillance richtlijnen om beschikbaarheid van diagnostiek te vergroten (let op; valt onder curatieve zorg) en het inzetten van artsen die komende jaren hun MDL-specialisatie afronden mogelijk is in regio's waar krapte ontstaat.

### 3.2 Borstkanker

De eerste focus is om maatregelen te treffen die op korte termijn de productie kunnen verhogen, ondanks de COVID19-maatregelen, namelijk:

- Vrouwen met onlangs een mammografie in het ziekenhuis vragen geen afspraak te maken;
- De impact van de 1,5m noodzaak beperken, wanneer chirurgische mondkapjes voor deelnemers beschikbaar zijn, naast het waar mogelijk inrichten van extra externe wachtruimte capaciteit daaraan voorafgaand. LCI geeft aan dat VWS akkoord moet geven op deze inzet van chirurgische mondkapjes;
- Meer taakdifferentiatie: inmiddels is met akkoord van het LCI de dubbele coronatriage afgeschaft en is er alleen nog triage aan de poort.

### 3.3 Baarmoederhalskanker

Op dit moment is de capaciteit bij zowel huisartsen, gynaecologen en screeningslaboratoria al terug naar 100%. Verschillende acties worden ingezet om te proberen de capaciteit naar 120% te verhogen, namelijk:

- Het uitbreiden van de cytologie-capaciteit bij de screeningslaboratoria door het aannemen van meer personeel of het uitbreiden van uren;
- Het opstarten van een pilot en voorbereiden van een GR-advies voor het sneller kunnen werken bij de cytologie-afdelingen met de nieuwe techniek 'Computer Ondersteund Screenen';
- Het voorkomen van materiaaltekorten (aangezien voor de HPVtest veel materialen nodig zijn die ook gebruikt worden in COVID19-diagnostiek, waar wereldwijde tekorten dreigen)

## 4. Opties voor de bevolkingsonderzoeken tijdens heropleving van COVID19

### 4.1 Opties voor scenario 'Pieken en dalen'

Dit scenario zal zich vertalen in een redelijk stabiele capaciteit, maar door regionale haarden kunnen (tijdelijk) regionale tekorten ontstaan.

#### 4.1.1 Darmkanker

De piek die we dit voorjaar hebben gehad bracht op het meest extreme moment de coloscopie capaciteit naar 40% van de benodigde capaciteit. De verwachting is dat de ziekenhuizen bij een volgende piek beter voorbereid zullen zijn en de reguliere zorg zoveel mogelijk door laten gaan. Er kunnen tijdelijk regionale tekorten ontstaan, daar kan op ingespeeld worden door gebruik te maken van beschikbare capaciteit elders in de (aanpalende) regio. Hiermee kan grotendeels binnen de huidige beleidskaders (22-26 maanden uitnodigingsinterval) te worden gebleven.

Uit monitoring blijkt duidelijk wanneer de capaciteit ook buiten de regio's onvoldoende blijkt. Indien dit het geval is en de tekorten zijn groter, is de optie die het meeste draagvlak heeft het tijdelijk beperkt verlengen van het uitnodigingsinterval (van 22-26 naar 22-30 maanden, waar 24 maanden het streven blijft). Deze optie betreft dus het op sommige plekken iets later dan gebruikelijk uitnodigen van de doelgroep (zie tabel in bijlage B, optie 1, voor toelichting op deze optie). De

verwachting is dat slechts op enkele plaatsen 30 maanden noodzakelijk is (<5%). Bij 'Herfstpiek' wordt dit ook verder toegelicht.

Andere opties kunnen ethische vraagstukken oproepen, zijn minder kosteneffectief en hebben veel implicaties op gebied van bv. communicatie en ICT. De keuze om bijvoorbeeld wel onverminderd uit te nodigen en mensen te laten wachten op vervolgonderzoek (coloscopie) mét al een ongunstige uitslag thuis heeft hetzelfde klinische effect, maar geeft volgens partijen een grotere psychische belasting voor de deelnemer. Bij baarmoederhalskanker en borstkanker is de ernst van de afwijking bekend en is er een huisarts betrokken, waardoor langere wachttijd goed uitgelegd kan worden en zorgen kunnen worden weggenomen. Bij darmkanker is de ernst van de afwijking onbekend en is er geen vast contactmoment met de huisarts bij de verwijzing en is de huisarts minder makkelijk te betrekken. Deze optie is dus niet wenselijk.

#### 4.1.2 Borstkanker

Er is groot draagvlak bij partijen om het screeningsinterval tijdelijk te verlengen naar drie jaar (zie tabel in bijlage C, optie 1 voor toelichting op deze opties). Het voorstel is om dit in te zetten wanneer de screening meer dan vier maanden een capaciteit van minder dan 60% heeft. Daarnaast zijn maatregelen met het meeste draagvlak voor dit scenario het inzetten van screeningseenheden en medewerkers over de regionale grenzen heen én het verwijzen naar ziekenhuizen buiten de regio's (zie tabel in bijlage C, optie 2 en 5 voor toelichting op deze opties). Deze maatregelen worden ingezet wanneer er vanuit screeningsorganisaties of ziekenhuizen signalen zijn dat de screening in een betreffende regio door lokale uitbraken geen doorgang kan vinden of de vervolgzorg in een betreffende regio meer dan twee weken vertraging oploopt. Hiervoor wordt het uitgangspunt 'uitvoering conform oorspronkelijke opzet en kaders' losgelaten.

Bij langdurige pieken-en-dalen dynamiek, is te overwegen om in te zetten op het screenen in ziekenhuizen om extra capaciteit te creëren. Op dit moment is namelijk de capaciteit in de screening de beperkende factor en zijn er enkele ziekenhuizen waar mogelijk wél extra capaciteit is voor screening. Ook is het, wanneer niet langer de laboranten maar juist de mammografen de beperkende factor zouden zijn geworden, een optie om extra screeningseenheden aan te schaffen om flexibeler in deelregio's in te kunnen springen (zie tabel in bijlage C, optie 10 voor toelichting op deze optie). Deze maatregelen worden in samenhang met de arbeidsmarktproblematiek verder onderzocht.

#### 4.1.3 Baarmoederhalskanker

De optie met de meeste draagvlak is in dit geval het onverminderd blijven versturen van uitnodigingen, waarbij de huisartsen regionaal bepalen of deelnemers direct terecht kunnen of op sommige locaties wat langer moeten wachten. Ook gynaecologen kunnen in geval van regionale capaciteitsproblemen zelf bepalen of zij alle cliënten direct zien, of de minder ernstige gevallen (pap2, 3a1) langer laten wachten. (zie tabel in bijlage D, optie 1 en 2 voor toelichting op deze opties). Hiervoor wordt het uitgangspunt 'Gelijke toegang tot vervolgonderzoek' losgelaten. Omdat het om een tijdelijke vertraging gaat en de cliënten altijd contact hebben met een huisarts of gynaecoloog om zorgen te bespreken blijft de psychische belasting volgens de stakeholders beperkt en is deze optie, anders dan bij Darmkanker, een breed gedragen alternatief. Het CVB overlegt de inzet van deze maatregelen intensief met vertegenwoordiging van de NHG en NVOG.

### 4.2 Opties voor scenario 'Herfstpiek'

#### 4.2.1 Darmkanker

In principe is het verlengen van het uitnodigingsinterval naar 30 maanden, zoals al toegelicht om in het uiterste geval bij 'pieken en dalen' in te zetten, ook hier de optie met de meeste draagvlak. Hiervoor wordt het uitgangspunt 'uitvoering conform oorspronkelijke opzet en kaders' losgelaten.

Op basis van eerdere analyses van Erasmus MC is de verwachting dat als mensen maximaal zes maanden later worden gescreeend, dit op populatieniveau minimale gezondheidsschade met zich mee brengt. Het is hierbij van belang dat mensen óók voor hun laatste screeningsronde wel uitgenodigd worden (ook als zij door vertraging net jarig zijn geweest en dan net buiten de screeningsleeftijd zouden vallen). De verwachting is dat de vertraging niet zal oplopen tot meer dan zes maanden, omdat de ziekenhuizen dit keer beter voorbereid zullen zijn en de reguliere zorg zoveel mogelijk door laten gaan.

Mocht de vertraging langer dan 6 maanden gaan duren, zijn zowel de opties 'afkapwaarde verhogen' als 'selectie op leeftijd' in te zetten (zie tabel in bijlage B, optie 2 en 3, voor toelichting op deze opties). Het RIVM-CvB monitort voortdurend de capaciteit. Als er beperking wordt geconstateerd zal een analyse gemaakt worden van de verwachte duur en impact hiervan op het (lokale) uitnodigingsinterval. Als dit meer dan 6 maanden lijkt, wordt het besluit genomen één van de aanbevolen opties in te zetten. Verdere modellering van het ErasmusMC wordt gebruikt om te bepalen welke van deze twee maatregelen het meest wenselijk is.

#### 4.2.2 Borstkanker

Het blijven screenen heeft bij een 'herfstpiek' het meeste draagvlak. Ook in dit geval heeft een tijdelijke screeningsinterval van drie jaar de voorkeur. Daarnaast zijn het laten oplopen van de wachttijden en/of triage op basis van de ernst van de afwijking (BIRADS- en/of DCIS gradatie) dan acceptabel volgens partijen (zie tabel in bijlage C, optie 7, 11 en 12, voor toelichting op deze opties). Dit kan ingezet worden indien in meerdere screeningsregio's de vertraging in de ziekenhuizen voor vervolgonderzoek meer dan twee weken is. Hiervoor wordt het uitgangspunt 'Gelijke toegang tot vervolgonderzoek' losgelaten. Goede communicatie naar cliënten en de begeleiding door huisartsen is daarbij belangrijk.

#### 4.2.3 Baarmoederhalskanker

De verwachting is dat de huisartsen en ziekenhuizen bij een volgende piek beter voorbereid zullen zijn en de reguliere zorg zoveel mogelijk door laten gaan. Mocht er toch een breed verspreid capaciteitsprobleem bij specifiek de huisartsen ontstaan, dat niet meer is op te vangen door regionaal de wachttijden iets te laten oplopen (zoals in de optie bij 'pieken en dalen', die ook bij 'herfstpiek' als eerste zal worden ingezet), is er in dit geval breed draagvlak voor het adviseren van deelnemers om gebruik te maken van een zelfafnameset. Hoewel deze iets anders presteert dan het uitstrijkje, is het een betrouwbaar alternatief (zie tabel in bijlage D, optie 3, voor toelichting op deze optie). Hiervoor wordt het uitgangspunt 'Reguliere hoge kwaliteit uitvoering' losgelaten. Het advies is om tijdens de piek de verwachte capaciteitsbeperking en duur in te schatten.

### 5. Afsluiting

Er zijn, afhankelijk van de scenario's, verschillende maatregelen die ingezet kunnen worden. Deze variëren tussen de drie bevolkingsonderzoeken. De maatregelen met voldoende draagvlak en haalbaarheid in de praktijk zijn hierboven aangegeven.

Op basis van het besluit van het ministerie van VWS kunnen deze opties praktisch verder uitgewerkt worden met de betreffende ketenpartners. Zo kunnen de voorbereidingen gestart worden en zijn de maatregelen sneller beschikbaar als de situatie zich daadwerkelijk voordoet. Wanneer het ministerie dit wenselijk acht, kunnen sommige scenario's ook eerst nog verder doorgerekend worden door het ErasmusMC (bijvoorbeeld als het gezondheidseffect van twee scenario's concreter uitgerekend moet worden, om te kijken welke van de twee het meest wenselijk is). Omdat het om tijdelijke maatregelen gaat, is op dit moment geen GR-advies nodig.

Wanneer de staatssecretaris akkoord is met de in deze notitie voorgestelde strategie, zal het CvB binnen de kaders van deze strategie handelen. Het CvB zal VWS elke twee weken op de hoogte

houden over de inzet van de beschreven maatregelen. Bij de maatregelen met grote impact die worden ingezet bij een landelijke capaciteitstekort (herfstpiek), zal het CvB met haar netwerk én met VWS Publieke Gezondheid afstemmen wanneer tot de maatregel wordt overgegaan. Alternatief is steeds ad-hoc te besluiten over mogelijk te nemen maatregelen.

Voor voldoende capaciteit en het succesvol slagen van maatregelen is het belangrijk dat er meer sprake is van regionale regie in de zorg. De Taskforce oncologie pleit om (bestaande) regionale samenwerkingsverbanden een primaire rol te geven bij het reguleren van aanbod en capaciteit binnen en – indien nodig - tussen de regio's. De regionale samenwerkingsverbanden zijn hierop aanspreekbaar en moeten inzicht geven in de beschikbare capaciteit en in de gekozen oplossingen bij eventuele knelpunten. Om regio-overstijgende oplossingen in te kunnen zetten, is landelijk inzicht noodzakelijk. Onder bestaande regionale samenwerkingsverbanden worden de oncologische en academische netwerken verstaan; hun coördinatoren/vertegenwoordigers zullen hierbij intensief moeten samenwerken. Verder zet de Taskforce zich ervoor in dat de oncologische zorg voldoende hoog geprioriteerd blijft bij een heropleving. De NZa speelt een belangrijke rol om in samenspraak met de betrokken partijen te kijken naar deze prioritering. Het RIVM-CvB heeft zowel met de Taskforce als de NZa voldoende contact om, voor zover dat nodig is, het belang van de aansluitende zorg voor de bevolkingsonderzoeken onder de aandacht te brengen.

**Bijlage A: Scenario's ontwikkeling Covid-19 pandemie en impact IC**

Het CIB (RIVM, Centrum voor Infectiebestrijding) heeft een drietal scenario's geschetst waar we rekening mee moeten houden. Dit zijn de scenario's (geen voorspellingen) die worden uitgewerkt voor de Volksgezondheid Toekomst Voorspelling (VTV).

Vele aspecten van de pandemie zijn onvoorspelbaar, wat betreft het virus, de invoering van maatregelen en het gedrag van de bevolking. De scenario's kunnen ook veranderen bij het vinden van een therapie of introduceren van vaccinatie. Op dit moment zijn de drie scenario's voor COVID19 in Nederland voor de komende 2 jaar, beginnend vanaf de zomer 2020:

- **Veenbrand:** een basisniveau van infecties met kleine regionale oplevingen die snel de kop in worden gedrukt, maar zonder golfpatroon. Het patroon kan per regio verschillen. De hoogte van het basisniveau hangt af van de basismaatregelen, en in hoeverre mensen zich daaraan houden. De zorgvraag blijft binnen de capaciteit.
- **Pieken en dalen:** een basisniveau van infecties met twee keer per jaar een opleving, maar de golven zijn lager dan de voorjaarspiek in 2020. Het patroon kan per regio verschillen. Afhankelijk van de hoogte van de pieken kan het nodig zijn maatregelen weer tijdelijk op te schalen.
- **Herfstpiek:** in het najaar komt er een grote golf, gevolgd door een kleinere golf het jaar erop. Dit patroon is nationaal en vergelijkbaar met omringende landen. Landelijke maatregelen dienen te worden opgeschaald voor langere tijd. Het jaar erop volgt er nog een lagere piek, zoals beschreven bij 'pieken en dalen'.

Bij deze scenario's is doorberekend wat het effect zal zijn op de IC capaciteit (zie in de tabel hieronder). Dit betekent niet automatisch dat er ook effect is op de capaciteit die nodig is voor de BVOK. Bij een aantal scenario's zijn capaciteitsproblemen wel te verwachten en aanpassingen aan de bevolkingsonderzoeken te overwegen:

Scenario	Schaal	Opschaling maatregelen	Maximale IC bezetting COVID-19	IC capaciteit creëren voor COVID-19*	Duur IC bezetting COVID-19 boven de 200 bedden	Aanpassingen aan BVOK
Veenbrand	Regionaal	Nee	200	Nee	0 dagen	Niet nodig
Pieken en dalen	Regionaal Nationaal	Ja	400	Ja	50 dagen	Ter overweging
Herfstpiek	Nationaal	Ja	850	Ja	100 dagen	Ter overweging

\*Bij een IC capaciteit van 1150 bedden en een reguliere bezetting van semi-acute en planbare zorg van 950 bedden in de winter, zou er ruimte zijn voor 200 COVID-19 patiënten.

**Bijlage B: Overzicht opties maatregelen Bevolkingsonderzoek Darmkanker**

In de tabel hieronder worden verschillende handelingsopties voor het bevolkingsonderzoek darmkanker benoemd. Daarbij is aangegeven wat de impact is op verschillende aspecten van het bevolkingsonderzoek. De opties zijn gerangschikt van best tot minst aanbevolen op basis van snelheid van implementatie, verwachte effecten (op capaciteit en gezondheid) en draagvlak van betrokken partijen (leden van de Programmacommissie Bevolkingsonderzoek Darmkanker; waaronder een huisarts, patholoog, MDL-arts, patiëntenvereniging, klinisch chemicus, het Landelijk Evaluatie Team Bevolkingsonderzoek Darmkanker en de screeningsorganisaties (SO's)).

Opties	Belasting vervolgzorg	Snelheid implementatie na besluit VWS*	Gezondheidseffect	Draagvlak partijen
1. <b>Verlengen intervaltermijn</b> deelnemers naar 22-28/30 (i.p.v. reguliere 22-26 maanden)	Betere benutting capaciteit (per tijdseenheid minder mensen gescreend en dus ook minder mensen doorverwezen) streven blijft altijd 24 maanden, beperkt deel zal dit overschrijden tot 30 maanden	Direct (dit is eigenlijk de huidige situatie, mensen worden vertraagd uitgenodigd)	Als het interval 30 maanden maximaal is, is het effect op populatieniveau beperkt.	Hoog. Bij gebrek aan capaciteit <6 maanden wordt dit als de beste optie ervaren.
2. <b>Afkapwaarde</b> van 47 µg Hb/g bloed in het feces verhogen voor de hele doelgroep	Evenveel FIT-testen, minder doorverwijzingen voor coloscopie	Binnen 1 maand (technische implicaties en voorzien juiste communicatie)	Negatief t.o.v. normale situatie, er zullen meer intervalkankers in de doelgroep zijn	Medium. Bij langdurig (>6 mnd) gebrek aan capaciteit wordt dit als een te overwegen optie ervaren.
3. <b>Selectie op leeftijd (55</b> jarigen of juist deelnemers die voor een 3 <sup>e</sup> keer meedoen 1 ronde overslaan)	Minder FIT-testen en minder doorverwijzingen voor coloscopie	Binnen 1 maand (technische implicaties en voorzien juiste communicatie)	Het effect op populatieniveau zal beperkt zijn, per individu/cohort kan dit anders zijn	Medium. Bij langdurig gebrek aan capaciteit (>6 mnd) kan dit een te overwegen optie zijn, de nadelen voor de 'getroffen' doelgroep moeten beperkt blijven.
4. <b>Selectie laagrisicogroepen</b> op basis afkapwaarde (na 2x 0hb ronde overslaan)	Minder FIT-testen en minder doorverwijzingen voor coloscopie	Minimaal 6 maanden (ICT aanpassingen)	Het negatieve effect op populatieniveau zal beperkt zijn.	Inhoudelijk hoog, maar geen reële optie gezien lastige realisatie.

4. <b>Inzetten tweede FIT-test</b> als triage na positieve test	Meer FIT-testen kunnen wellicht leiden tot minder doorverwijzingen	Minimaal 6 maanden, (ICT aanpassingen, extra capaciteit lab en SO's, post, couverture etc.)	Onderzoek naar effecten moet nog gedaan worden.	Uitkomsten nog onbekend, indien positief dan groot draagvlak.
5. <b>Wachttijden voor</b> vervolgonderzoek laten oplopen naar hoger dan 15 werkdagen (uitnodigingen naar 100%)	Minimaal, druk en wachtlijsten zal worden opgevoerd bij vervolgzorg	Direct (let wel op vertraging insturen test van deelnemers 4-7 weken en extra aandacht voor de communicatie)	Zowel fysiek als psychisch kan het lange wachten negatieve effecten hebben op de doelgroep	Geen, gezien de potentiële (psychische) schade aan de deelnemers.
6. <b>Uitwijken naar</b> grensgebieden buiten Nederland	Verhogen capaciteit intakeslots en coloscopieën (mits daar geen COVID-capaciteit problemen zijn)	Minimaal 8 maanden (i.v.m. ICT en kwaliteitssystemen koppelen, financiële afspraken zorgverzekeraars maken etc.)	Positief als deelnemers eerder worden gescreend, maar kwaliteit kan minder zijn	Geen, gezien lastige realisatie en kwaliteitseffect, extra reistijd.

\*Met deze inschatting is geen rekening gehouden met eventueel advies van de GR, gezien het een tijdelijke situatie betreft

**Bijlage C: Overzicht opties maatregelen Bevolkingsonderzoek Borstkanker**

In de tabel hieronder worden verschillende handelingsopties voor het bevolkingsonderzoek darmkanker benoemd. Daarbij is aangegeven wat de impact is op verschillende aspecten van het bevolkingsonderzoek. De opties zijn gerangschikt van best tot minst aanbevolen op basis van snelheid van implementatie, verwachte effecten (op capaciteit en gezondheid) en draagvlak van betrokken partijen (leden van de Programmacommissie Bevolkingsonderzoek Borstkanker, waaronder een huisarts, (screenings)radioloog, oncologisch chirurgen, de beroepsvereniging van screeningslaboranten, het Landelijk EvaluatieTeam Bevolkingsonderzoek Borstkanker, de patiëntenvereniging en de screeningsorganisaties (SO's)). Maatregelen vooral gericht op de arbeidsmarktproblematiek zijn hier buiten beschouwing gelaten.

Opties	Belasting vervolgzorg	Snelheid implementatie na besluit VWS*	Gezondheidseffect	Draagvlak partijen
1. <b>Verlengen</b> intervaltermijn naar 3 jaar	Lagere belasting vervolgzorg (door minder doorverwijzingen)	Vier maanden (ICT, planning, communicatie)	Klein negatief effect tov huidige screeningsinterval, maar in geval van tweede golf gunstig (want minder capaciteit nodig)	Hoog bij medici en SO's, begrip voor bij Patientver indien goed uitgelegd
2. <b>Inzetten</b> screeningseenheden en medewerkers over regiogrenzen heen	Bij regionale problematiek met lokale stop screening, komt er hogere belasting vervolgzorg elders door verhogen inzet screening aldaar (en dus meer doorverwijzingen aldaar)	Vier maanden (HR bij SO's, planning, communicatie)	Klein negatief effect, maar in geval van tweede golf gunstig (alleen negatief bij vrouwen in stopgezette regio en niet bij vrouwen in regio's waar screening doorgaat)	Hoog bij iedereen, wel consequenties voor uitvoering bij SO's
3. <b>Vrouwen met onlangs</b> mammografie in zkh geen afspraak geven	Iets lagere belasting door iets lagere productie in de screening	1 maand (aanpassen uitnodigingsbrief en cliëntportaal)	Klein negatief effect tov normale screening, maar in geval van tweede golf gunstig (want minder capaciteit nodig)	Hoog bij alle ketenpartners en pat ver

cliënten	screening dan zonder de mondkapjes			
4. <b>Bij regionale</b> problematiek verwijzen naar zkh andere regio (maar nog wel gescreend kan worden in de eigen regio)	Hogere belasting in zkh in andere regio's dan waar de problematiek geldt	1 maand (communicatie)	Geen gezondheidseffect	Hoog bij iedereen
5. <b>Minder borstfoto's per</b> screeningsonderzoek (2 ipv 4 per vrouw, alleen op indicatie 4)	Hogere belasting bij aanvullend onderzoek vervolgzorg (door noodzaak alsnog de 2 extra foto's te maken bij doorverwijzing)	1 maand (interne instructie)	Klein negatief effect (door kwaliteitsverlies door minder beeld)	Medium bij ketenpartners, want beperkte winst efficiency
6. <b>Uitstel behandeling</b> DCIS graad 1 en 2 boven DCIS graad 3 en invasieve tumoren	Prioritering in behandeling waardoor minder belasting	Twee maanden (afstemming met zorg)	T.o.v. normaal: Negatief effect in klein deel van de groep of mogelijk positief effect T.o.v. 2 <sup>e</sup> golf met beperkte capaciteit: Positief effect door temporiseren behandeling op urgentie	Medium bij ketenpartners, medium bij pat ver
7. <b>Alleen nieuw startende</b> (1 <sup>e</sup> ronde) vrouwen uitnodigen (A) en/of vrouwen vorige ronde niet deelgenomen (B)	Veel lagere belasting door zeer sterke selectie doelgroep, al is het % doorverwijzingen bij nieuwe, startende, deelnemers relatief hoog (10 t.o.v. 2,5%) (A)	Vijf maanden (selectie, ICT, communicatie)	Groot negatief effect bij alle dan niet meer uitgenodigde vrouwen (die in feite dan ronde overslaan)	Medium (A)/Laag (B)
8. <b>Selectie op leeftijd, bijv.</b> vrouwen 70-75 niet meer uitnodigen	Lagere belasting door inperking doelgroep	Vijf maanden (ICT, communicatie)	Klein negatief effect tov normale screening, maar in geval van tweede golf gunstig (want uitsluiten groep met minder gezondheidswinst)	Laag bij iedereen

8. <b>Screenen in het ziekenhuis (A)/extra screeningslocaties (B)</b>	Indien veel verleggen naar zkh: Veel hogere belasting voor de ziekenhuizen, BVO screening is massaal t.o.v. doorverwijzingen (1.000 screenen= 22 doorverwijzingen) (A)/iets hogere belasting door meer productie in de screening (B)	Vijf maanden (A: kwaliteit, ICT, inzet zkh mdw regelen, B: aanschaf)	Geen gezondheidseffect	Laag (A)/Medium (B) maar personele krapte=groot knelpunt
9. <b>Wachttijden voor vervolgonderzoek laten oplopen</b>	Lagere belasting in zkh door te vertragen, te doen door zkh zelf, evt in samenspraak met de huisartsen	Direct (communicatie)	Klein negatief effect tov normale screening, maar in geval van tweede golf gunstig (want uitstel is beter dan niets doen)	Laag bij ketenpartners (vanwege angst bij cliënten), laag bij pat ver
10. <b>BIRADS-5 (zeer verdacht) en evt BIRADS-4 (verdacht) boven BIRADS-0 (nader onderzoek nodig) voorrang bij vervolgdagnostiek</b>	Lagere belasting door vertragen van radiologie zkh en daarmee ook van mammapoli voor vervolg	Twee maanden (afstemming met zorg)	Klein negatief effect tov normale screening, maar in geval van tweede golf gunstig (want in ieder geval evident dringende gevallen geholpen)	Laag bij ketenpartners, middel bij pat ver (allen vanwege angst en onrust) en Taskforce Oncologie

\*Met deze inschatting is geen rekening gehouden met eventueel advies van de GR, gezien het een tijdelijke situatie betreft.

**Toelichting op de tabel**

Ad 1. Interval 3 jaar: Advies is om tijdens de COVID19-crisis, als tijdelijke maatregel, de frequentie naar 3 jaar te brengen met de bestaande startleeftijd van 50 jaar.

Ad 3. Recent mammogram geen afspraak: Deze groep vrouwen (het betreft zo'n 2 tot 4 % van de doelgroep) zou je door middel van de uitnodigingsbrief kunnen verzoeken in dat geval geen afspraak te maken voor de screening om hun plek aan iemand anders af te staan die al langer niet is onderzocht. Gedacht wordt aan mammografie in afgelopen jaar als 1<sup>e</sup> optie, of evt. de vals positieven van de vorige ronde ook vragen niet mee te doen (een ronde over te slaan dan dus) omdat zij na hun vals positieve uitslag al nader onderzoek in het ziekenhuis hebben gehad. In het geval van een 3-jaarsinterval vervalt deze maatregel.

Ad 4. Chirurgische mondkapjes voor cliënten: De problematiek van moeilijk te hanteren 1,5m in de zeer kleine wachtruimtes vraagt om mondkapjes bij cliënten. Om echt veiligheid te bieden, zijn dan chirurgische mondmaskers voor cliënten gewenst. De screeningsorganisaties en CvB pleiten sterk voor gebruik hiervan in de screening, om zo de productie in de screening te kunnen verhogen. Fysieke uitbreiding van de wachtruimte buiten de units, middels tenten, is namelijk maar beperkt een oplossing (die wel ingezet gaat worden). VWS zou moeten besluiten dat voor deze cliëntengroep dan chirurgische mondkapjes mogen worden ingezet binnen de units.

Ad 7. DCIS graad 1 en 2 uitstel behandeling: Dit betreft een vergelijkbaar scenario als nu ook in studieverband gebeurt (LORD trial), maar waar de inclusie moeizaam is.

Ad 9. Leeftijdselectie: Een variant hierop is vrouwen niet meer uitnodigen voor de laatste ronde, dwz op 74 en 75 jaar niet meer.

Bijlage D: Overzicht opties maatregelen Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

In de tabel hieronder worden verschillende handelingsopties voor het bevolkingsonderzoek darmkanker benoemd. Daarbij is aangegeven wat de impact is op verschillende aspecten van het bevolkingsonderzoek. De opties zijn gerangschikt van best tot minst aanbevolen op basis van snelheid van implementatie, verwachte effecten (op capaciteit en gezondheid) en draagvlak van betrokken partijen (leden van de Programmacommissie Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker, waaronder een huisarts, patholoog, gynaecoloog, doktersassistente, patiëntenvereniging, het Landelijk EvaluatieTeam Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker en de screeningsorganisaties (SO's)).

Opties	Belasting vervolgzorg	Snelheid implementatie na besluit VWS*	Gezondheidseffect	Draagvlak partijen
1. <b>Uitnodigingsbrieven</b> worden met volle capaciteit verzonden. Huisartsen en gynaecologen bepalen lokaal capaciteit.	Geen extra achterstand bij de uitnodigingen.  Huisartsen en gynaecologen krijgen nog steeds telefoontjes voor het maken van een afspraak. Zij bepalen vervolgens zelf lokaal of er capaciteit is en informeren de client daarover. Ze bepalen zo hun eigen belasting.	Direct	Afhankelijk van hoe lang de wachttijd duurt. Fysiek zal het gezondheidseffect op populatieniveau beperkt zijn. Mentaal kan het zwaar zijn voor cliënten als zij lang moeten wachten op vervolgonderzoek.	Hoog bij alle partijen  (het geeft de mogelijkheid lokaal op de situatie in te spelen en toch de achterstand te beperken)
2. <b>Uitnodigingsbrieven</b> worden met volle capaciteit verzonden. Gynaecologen geven minder ernstige uitslagen (pap2/pap3a1) lagere prioriteit.	Geen extra achterstand bij de uitnodigingen.  Bij huisartsen geen effect, bij gynaecologen tijdelijk minder belasting (- -), die ze zelf kunnen sturen. Die belasting komt later	Direct	Afhankelijk van hoe lang de wachttijd duurt. Fysiek zal het gezondheidseffect op populatieniveau beperkt zijn. Mentaal kan het zwaar zijn voor cliënten als zij lang moeten wachten op vervolg-	Hoog bij alle partijen  (achterstand blijft beperkt, hoog risicogroepen worden snel gezien, aantal diagnoses blijft hoog)

	alsnog, als ze deze afwijkingen alsnog moeten zien.		onderzoek als ze weten dat er afwijkingen zijn.	
2. <b>We adviseren</b> vrouwen een zelfafnameset aan te vragen, i.p.v. een uitstrijkje te laten maken.	Achterstand bij de uitnodigingen beperkt.  Bij de huisartsen veel minder belasting (- -), bij de gynaecologen heel beperkt effect.  Grotere belasting op de labs, waardoor de aantallen beperkter moeten zijn dan de reguliere uitstrijkjes-aantallen.	1-2 maanden  (o.a. communicatie aanpassen, uitvoerders hebben voorbereidingstijd nodig)	Afhankelijk van hoeveel vrouwen overstappen naar de zelfafnameset is het gezondheidseffect op populatieniveau beperkt. De zelfafnameset is iets minder sensitief, maar wachttijden blijven hiermee beperkt. Mitigerende maatregelen voor de lagere sensitiviteit volgen na GR-advisie (ZAS-interval).	Hoog bij alle partijen  (achterstand blijft beperkt, geeft veel ruimte bij huisartsen, aantal diagnoses blijft hoog, is veel werk maar gezien het tijdelijke karakter zijn partijen hier wel toe bereid)
3. <b>We nodigen alleen</b> nog de leeftijdscategorieën uit met het hoogste risico (waar de meeste gezondheidswinst is te behalen).	Achterstand bij uitnodigingen loopt flink op.  Zowel bij de huisartsen (- -) als bij de gynaecologen (-) is hiermee minder belasting.	Ongeveer drie maanden  (o.a. communicatie en ingrijpende IT-aanpassingen)	Geen effect bij de hoog risicogroepen. Licht negatief effect op populatieniveau bij de overige cliënten, waarvoor hiermee de uitnodiging langer duurt.	Hoog bij alle partijen  (aantal diagnoses zal beperkt afnemen, maar hoog risicogroepen worden snel gezien)
4. <b>Regionaal uitnodigen</b> , dus het aantal uitnodigingen verminderen in labregio's met beperkte zorgcapaciteit	Achterstand bij uitnodigingen afhankelijk van het aantal regio's en de duur.  Minder belasting bij huisartsen en gynaecologen in de	Enkele weken  (o.a. communicatie en kleine IT aanpassen)	Afhankelijk van hoe lang de wachttijd duurt. Fysiek zal het gezondheidseffect op populatieniveau beperkt zijn.	Medium  (regionaal verminderen is fijner dan landelijk verminderen, maar effect is vertraagd en aantal diagnoses neemt regionaal af)

	betreffende regio's. Wel een vertraagd effect, omdat veel mensen de uitnodigingsbrief dan al in huis hebben.			
4. <b>Minder ernstige</b> uitslagen (pap2/pap3a1 óf HPVother+pap2) niet naar de gynaecoloog, maar vervolgonderzoek bij de huisartsen.	Geen extra achterstand bij de uitnodigingen.  Bij de gynaecologen veel minder belasting (- -), maar bij huisartsen juist grotere belasting (maar wel pas later).	Ongeveer zes maanden (o.a. ingrijpende IT-aanpassingen)	Fysiek zal het gezondheidseffect op populatieniveau beperkt zijn. Mentaal kan het zwaar zijn voor vrouwen als zij lang moeten wachten op vervolgonderzoek.	Laag  (alleen positief effect bij gynaecologen, de druk bij de huisartsen wordt vergroot, grote uitvoeringsconsequenties)
5. <b>Controle-uitstrijk niet</b> na 6 maar na 12 maanden.	Geen extra achterstand bij de uitnodigingen.  Bij huisartsen en gynaecologen beperkt het de acute druk een klein beetje (-), maar die komt dus een half jaar later alsnog.	Ongeveer drie maanden (o.a. IT-aanpassingen)	Fysiek zal het gezondheidseffect op populatieniveau beperkt zijn. Mentaal kan het zwaar zijn voor vrouwen als zij lang moeten wachten op controleonderzoek.	Laag  (slechts beperkt en tijdelijk effect op de zorg, omdat het alleen de controleonderzoeken betreft)
6. <b>Dual staining</b> toevoegen aan cytologie en gerichter doorverwijzen naar gynaecoloog	Geen extra achterstand bij de uitnodigingen.  Bij huisartsen geen effect, bij de gynaecologen beperkt (-) minder belasting.  Grotere belasting op de labs.	Minimaal zes maanden (o.a. inkoop en verificatie nieuwe techniek, trainingen, ingrijpende IT-aanpassingen)	Beperkt gezondheidseffect (als de techniek gevalideerd is, verwijs je de juiste mensen door)	Laag  (geen effect huisartsen, beperkt effect gynaecologen, implementatie duurt lang)

<p>6. <b>We nodigen alleen</b> nog de leeftijdscategorieën uit met het laagste risico (waar de minste vervolgzorg nodig is).</p>	<p>Achterstand bij uitnodigingen loopt beperkt op.</p> <p>Zowel bij de huisartsen (-) als vooral bij de gynaecologen (- -) is hiermee minder belasting.</p>	<p>Ongeveer drie maanden (o.a. communicatie en ingrijpende IT-aanpassingen)</p>	<p>Negatief gezondheidseffect, juist bij de hoog risicogroepen, waarvoor hiermee de uitnodiging langer duurt.</p>	<p>Geen</p> <p>(is qua achterstand in uitnodigingen wel efficiënt, maar aantal diagnoses neemt sterk af)</p>
<p>7. <b>Terug naar</b> cytologiescreening</p>	<p>Grote achterstand bij de uitnodigingen (cytologie kan max 10% van de uitnodigingen beoordelen).</p> <p>Bij huisartsen en gynaecologen geen effect.</p> <p>De HPV-labs worden hiermee vrijgehouden voor andere activiteiten (COVID screening).</p>	<p>Minimaal zes maanden (ingrijpende aanpassingen in IT, communicatie, logistiek, voorbereidingen bij uitvoerders)</p>	<p>Negatief gezondheidseffect (cytologie minder sensitief en wachttijd loopt nog steeds enorm op als je maar 10% kunt uitnodigen)</p>	<p>Geen</p> <p>(geen effect huisartsen en gynaecologen, negatief gezondheidseffect, implementatie duurt lang)</p>

\*Met deze inschatting is geen rekening gehouden met eventueel advies van de GR, gezien het een tijdelijke situatie betreft.