



Baarmoederhalskankerscreening 2006-2012

Derde IMA-rapport

**In samenwerking met
de Stichting Kankerregister en het WIV**

Februari 2015



**Agence Intermutualiste (AIM)-
Intermutualistisch Agenschap
(IMA)**

Aaron Van den
Heede

aaron.vandenheede@socmut.be

Valérie Fabri

valerie.fabri@mutsoc.be

**Fondation Registre du Cancer -
Stichting Kankerregister**

Annemie Haelens

annemie.haelens@kankerregister.org

Julie Francart

julie.francart@registreducancer.org

**Institut Scientifique de Santé
Publique -
Wetenschappelijk Instituut
Volksgezondheid**

Marc Arbyn

marc.arbyn@wiv-isp.be

Commentator

Bart Demyttenaere

bart.demyttenaere@socmut.be



- Dit rapport (PowerPoint) is de samenvatting van een Excelbestand, dat het aantal medische akten, de jaarlijkse en driejaarlijkse dekkingsgraad en de overconsumptie van uitstrijkjes bevat. Al deze cijfers zijn beschikbaar voor verschillende leeftijdsgroepen, sociale statuten en de verschillende gewesten (Vlaams Gewest, Waals Gewest & Brussels Hoofdstedelijk Gewest).
- Dit Excelbestand is te verkrijgen op vraag bij valerie.fabri@mutsoc.be en aaron.vandenheede@socmut.be
- Dit rapport wordt tevens aangevuld door de IMA-Atlas, te raadplegen op <http://atlas.aim-ima.be>. Hier zijn de driejaarlijkse dekkingsgraden van de baarmoederhalskankerscreeningsuitstrijkjes per leeftijdsgroep en per sociaal statuut tot op het niveau van de gemeente beschikbaar. Dit maakt het mogelijk om de evolutie in dekkingsgraad op te volgen voor de periode 2002-2012.



Structuur

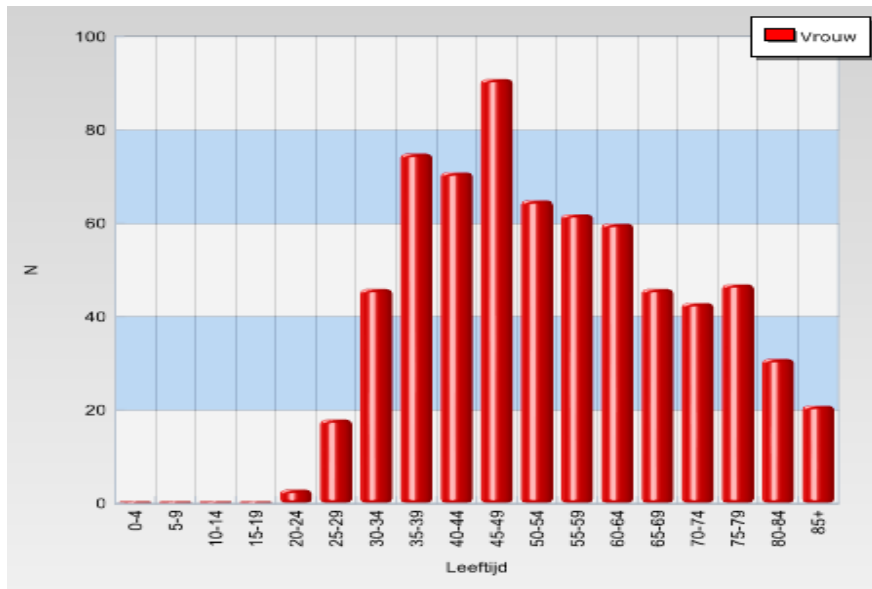
- Inleiding
- Doel van het rapport
- Data en methodologie
 - Nomenclatuur
 - IMA-DATA
 - RVV-Statuut
 - DATA populatie
- Resultaat
 - Aantal medische akten
 - Dekkingsgraad in functie van regio, leeftijd, social statuut
 - Colposcopie/ Biopsie
- Discussie



Inleiding

Baarmoederhalskanker

- In 2012 werden er 679 nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker gediagnosticeerd in België*.
- +/-200 vrouwen overlijden jaarlijks aan baarmoederhalskanker in België.**
- De gemiddelde leeftijd van diagnose is 54 jaar***.



Bron: Stichting Kankerregister

*Fondation Registre du Cancer

**http://statbel.fgov.be/fr/binaries/FR_Tab4.3_Groupes_L1%20OMS_tcm326-240060.xls

Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union

Marc Arbyn, Amidu O. Raifu, Elisabete Weiderpass, Freddie Bray, Ahti Anttila, European Journal of cancer 45 (2009) 2640-2648

*** KCE Reports 238Bs



Inleiding

De Europese richtlijnen voor georganiseerde cytologische screening*

- De georganiseerde baarmoederhalskankerscreening kan de incidentie en de mortaliteit ten gevolge van baarmoederhalskanker substantieel doen verminderen.
 - Doelgroep: alle vrouwen van 25 tot en met 64 jaar.
 - Een driejaarlijks uitstrijkje is aanbevolen.
- De voornaamste doelstelling van een screeningsprogramma is een zo hoog mogelijke deelname.
- De georganiseerde screening moet voldoen aan de kwaliteitseisen en richtlijnen: de organisatie, de implementatie, het monitoren van de diagnose van de uitstrijkjes en de behandeling na afwijkend screeningsresultaat.
- De registratie van de screeningsresultaten in een register is noodzakelijk om de performantie en doelmatigheid van het programma te kunnen meten. In België neemt de Stichting Kankerregister deze taak op zich.
- Zelfs bij HPV-vaccinatie blijft screening nodig!

*Bron: European Commission (Ed: Arbyn et al). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening-Second edition-2008



Inleiding

Baarmoederhalskankerscreening in België

- Opportunistische screening in het ganse land*
- Via uitstrijkje voorlopers van baarmoederhalskanker opsporen (pap-test)
- Voor het maken van een uitstrijkje kan je terecht bij uw huisarts of gynaecoloog
- De nomenclatuur is deels conform de Europese richtlijnen vanaf 1/3/2013 omtrent de tijdsspanne tussen de uitstrijkjes (om de 3 jaar).

*De Vlaamse overheid organiseert sinds 1 juni 2013 een bevolkingsonderzoek: uitnodiging van vrouwen uit doelgroep die geen geregistreerde uitstrijk hebben in de laatste 3 jaar.

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Nieuws/Bevolkingsonderzoek-voor-betere-opsporing-van-baarmoederhalskanker/>



Inleiding

Doel van het rapport

- De dekkinggraad van de baarmoederhalskankerscreening evalueren in de periode 2006 tot en met 2012 in België en de drie gewesten.
- De impact van de verandering van de nomenclatuur in 2009 op de dekkinggraad en het overgebruik van uitstrijkjes evalueren.
- De evaluatie van de impact van de georganiseerde screening op de dekkinggraad en het overgebruik van uitstrijkjes voorbereiden.
- Het gebruik van uitstrijkjes, colposcopie en biopsie bij opvolging van afwijkende uitstrijkjes evalueren.



Inleiding

Doel van het rapport

•Dit rapport werd voorafgegaan door twee andere rapporten*, een samenwerking tussen het IMA en het WIV. In deze rapporten werden dezelfde variabelen bestudeerd voor de jaren 1996-2000 en de jaren 2002-2006.

*(1) Arbyn M, Simoens C, Van Oyen H, Foidart J-M, Goffin F, Simon P, Fabri V. Analysis of 13 million individual patient records pertaining to Pap smears, colposcopies, biopsies and surgery on the uterine cervix (Belgium, 1996-2000). *Prev Med* 2009; 48: 438-43.

(2) Arbyn M, Fabri V, Temmerman M, Simoens C. Attendance at cervical cancer screening and use of diagnostic and therapeutic procedures on the uterine cervix assessed from individual health insurance data (Belgium, 2002-2006). *PLoS ONE* 2014; 9: e92615.



Methodologie

- Nomenclatuur
- IMA Data
- RVV-Statuut
- Data populatie

Nomenclatuur

Evolutie van de nomenclatuur omtrent uitstrijkpreparaten

< 01/07/2009

Terugbetaling (voor uitstrijkje of cytologie) niet beperkt

Uitstrijkje voor opsporen of diagnostisch of therapeutisch opvolgen
(door HA of gynaecoloog)

114030-114041, 149612-149623

Cytologie: opsporen 1e lezing of diagnostisch of therapeutisch opvolgen

588350-588361

01/07/2009 - 01/03/2013

Terugbetaling beperkt tot 1 uitstrijkje (of cytologie) voor opsporing elke 2 jaar

Uitstrijkje (en cytologie) voor opsporen >< uitstrijkje (en cytologie) voor diagnostisch of therapeutisch opvolgen

> 01/01/2013

Het uitstrijkje en de cytologie voor opsporen is gratis voor de vrouw (kankerplan)

> 01/03/2013

Terugbetaling beperkt tot 1 uitstrijkje voor opsporen elke 3 jaar deels conform de Europese aanbevelingen*

Uitstrijkje voor screening (door HA of gynaecoloog)

114030-114041, 149612-149623

Cytologie: screening 1e lezing

588350-588361

Cytologie: screening 2e lezing

588873-588884*

Onderzoek opsporen hoogrisico HPV

588932-588943

Cytologie follow-up uitstrijkje

588895-588906



Nomenclatuur

Kostprijs uitstrijkje en cytologie voor opsporing

Nomenclatuur	Label	Honorarium = RIZIV-kost	Patiëntkost
114030-114041	Uitstrijkje voor opsporing (door huisarts)	€ 4,99	€ 0
149612-146623	Uitstrijkje voor opsporing (door gynaecoloog)	€ 4,99	€ 0
588350-588361	Cytologie: opsporing	€ 22,3	€ 0



Data en methodologie

IMA data:

- Data uit alle verzekeringsinstellingen
- Eigenschappen IMA data:



Exhaustief voor België

Longitudinaal

Socio-demografische kenmerken (woonplaats, leeftijd, sociaal statuut)

Geen medische informatie over indicatie, diagnose of resultaat



Alleen informatie over terugbetaalde uitstrijkjes*

*Ten gevolge van de wijzigingen in het aantal terugbetaalde uitstrijkjes in 2009 en 2013 is er een beperkt aantal vrouwen die uitstrijkjes laten uitvoeren die niet terugbetaald worden door de ziekteverzekering.



IMA Data

- **IMA DB Populatie:** in deze DB worden sinds 2002 alle socio-economische en demografische indicatoren van de populatie binnen de verplichte ziekteverzekering (dus quasi de totale Belgische bevolking) geregistreerd. Omwille van de noodzaak van een systematisch gebruik van deze DB voor quasi alle projecten, heeft deze DB in de loop der jaren een systematische verdieping, verfijning en verbetering van de erin aanwezige data gekend.
- **IMA DB Gezondheidszorgen:** het IMA beschikt over een databank gezondheidszorgen. Deze DB bevat voor alle personen met recht op terugbetaling uit de verplichte ziekteverzekering (99% van de Belgische bevolking) het detail van hun persoonlijke terugbetaalde gezondheidszorg uit de facturatiegegevens van de ziekenfondsen.



RVV-statuuut (VT)

De **terugbetalingsregeling** van de gerechtigde. Onder gerechtigde verstaan we de vrouw zelf - indien zij werkt - of de persoon van wie zij persoon ten laste is, dit is over het algemeen haar echtgenoot.

Er zijn twee categorieën: de vrouwen met recht op een verhoogde tegemoetkoming (RVT) en de anderen. Vrouwen die genieten van een verhoogde tegemoetkoming hebben een laag inkomen en genieten een hogere terugbetaling van hun gezondheidszorgen en geneesmiddelen.

Voor aanvragen in 2014 bedroeg het grensbedrag van de inkomsten van de aanvrager € 16743,70 (+ €3099,72 per bijkomend gezinslid),



RVV-statuuut (VT)

Automatische erkenning van de verhoogde tegemoetkoming indien de gerechtigde een van de volgende uitkeringen geniet:

- het leefloon van het OCMW (dat u gedurende 3 maanden moet genieten)
- de inkomensgarantie voor ouderen
- de toelage voor personen met een handicap, toegekend door de Federale overheidsdienst (FOD) sociale zekerheid.

Of indien de gerechtigde behoort tot een van volgende categorieën:

- een kind met een erkende handicap van minstens 66%
- voor de niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV's)
- voor een weeskind die beide ouders verloren heeft

Indien de gerechtigde geen automatische toekenning geniet, kan dit via aanvraag bij het ziekenfonds indien:

- weduwnaar/weduwe, invalide, gepensioneerde; erkend als persoon met een handicap al minstens 1 jaar volledig werkloos of in arbeidsongeschiktheid; eenoudergezin.

EN op voorwaarde dat het gezinsinkomen onder een jaarlijkse grensbedrag ligt

- het gezinsinkomen onder een jaarlijkse grensbedrag ligt

Populatie

	# vrouwen in de populatie						
Regio / Leeftijdsgroep	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
BE1 (Brussels Hoofdstedelijk Gewest)	349.186	351.436	353.369	360.345	364.757	373.303	377.122
0-24	53.321	50.193	47.230	44.870	42.678	40.908	38.706
25-64	261.330	265.437	268.746	276.205	281.135	288.841	292.744
65+	34.535	35.806	37.393	39.270	40.944	43.554	45.672
BE2 (Vlaams Gewest)	2.127.016	2.119.794	2.113.039	2.113.532	2.120.888	2.134.192	2.146.138
0-24	303.775	279.401	256.878	238.015	223.117	211.855	203.405
25-64	1.613.672	1.626.114	1.633.610	1.642.360	1.651.760	1.657.750	1.661.161
65+	209.569	214.279	222.551	233.157	246.011	264.587	281.572
BE3 (Région wallonne)	1.222.105	1.218.251	1.213.254	1.212.232	1.213.435	1.216.315	1.218.513
0-24	211.847	196.600	182.350	168.745	155.864	143.719	132.921
25-64	887.809	895.484	899.759	906.222	912.994	914.826	915.310
65+	122.449	126.167	131.145	137.265	144.577	157.770	170.282
BE9 (Missing)*	1.014	702	2.645	2.727	2.666	2.886	4.188
0-24	123	71	317	347	356	385	558
25-64	852	600	2.253	2.308	2.250	2.445	3.450
65+	39	31	75	72	60	56	180
Totaal	3.699.321	3.690.184	3.682.307	3.688.836	3.701.746	3.726.696	3.745.961

*Vrouwen waarvan de woonplaats en/of het sociaal statuut niet gekend was, werden geclassificeerd als 'missing'. Deze groep maakt slechts 0,1% van de gegevens cfr. methodologie.



Resultaat

- Aantal medische akten opsporing
- Dekkingsgraad
 - Methodologische keuze
 - Dekkingsgraad naar regio
 - Dekkingsgraad per leeftijd
 - Dekkingsgraad per sociaal statuut
 - Verstrekkers
- Colposcopie
- Biopsie

Medische akten opsporing (N) 2006-2012 (25-64 jaar)

	Uitstrijkje opsporing	Uitstrijkje opvolging	Uitstrijkje opsporing + opvolging	Cytologie opsporing: eerste lezing	Cytologie opsporing: tweede lezing	Cytologie opvolging
2006	1.151.110		1.151.110	1.300.045		
2007	1.187.881		1.187.881	1.339.315		
2008	1.268.015		1.268.015	1.331.246		
2009	997.957	33.976	1.031.933	1.027.760	12.333	38.228
2010	676.106	84.813	760.919	718.842	27.207	82.834
2011	821.131	87.920	909.051	882.444	33.795	87.594
2012	726.913	90.860	817.773	776.966	32.221	92.391

Introductie van nieuwe nomenclatuur in 2^e semester 2009

→ Vermindering van totaal aantal uitstrijkjes voor de opsporing (+ opvolging)

Dekkingsgraad (3 jaar)

Methodologische keuzes

Vergelijking van de dekkingsgraad, berekend op basis van de afgenomen uitstrijkjes en de geanalyseerde uitstrijkjes (cytologie)		
25-64 jaar	Afgenomen uitstrijkje	Geanalyseerd uitstrijkje (eerste lezing)
2006-2008	58,7%	63,4%
2007-2009	60,0%	63,3%
2008-2010	58,7%	61,6%
2009-2011	56,0%	59,0%
2010-2012	53,7%	57,3%

Zoals waargenomen in de vorige rapporten is het aantal afgenomen uitstrijkjes voor opsporing steeds lager dan het aantal lezingen. Eveneens is de dekkingsgraad op basis van de afgenomen uitstrijkjes enkele procentpunten lager dan op basis van de geanalyseerde uitstrijkjes (3,6 percentagepunten in de periode 2010-2012). In dit rapport berekenen we de dekkingsgraden op basis van de afgenomen uitstrijkjes, net als in de IMA-Atlas. Deze dekkingsgraad ligt bijgevolg lager dan in de vorige rapporten die gebaseerd waren op de geanalyseerde uitstrijkjes. De conclusies blijven echter dezelfde.



Dekkingsgraad (3 jaar)

25-64 jaar (2002-2012)

opsporinguitstrijkjes

Periode	Aantal gescreende vrouwen	Aantal vrouwen in bevolking	Dekkingsgraad over 3 jaar	Aantal uitstrijkjes (opsporing)	Overtollig gebruik =(Aantal uitstrijken/aantal gescreende vrouwen-1) * 100%.
2002-2004	1.671.840	2.755.113	60,7%	3.140.748	87,9%
2004-2006	1.706.043	2.785.516	61,2%	3.199.984	87,6%
2006-2008	1.633.244	2.791.472	58,7%	2.948.414	80,5%
2007-2009	1.679.204	2.813.688	60,0%	2.820.191	67,9%
2008-2010	1.660.917	2.832.931	59,0%	2.398.430	61,8%
2009-2011	1.586.785	2.848.158	56,0%	2.031.431	28,0%
2010-2012	1.528.498	2.856.282	53,7%	1.808.008	18,3%

Idealiter zijn er evenveel uitstrijkjes als gescreende vrouwen. We stellen echter vast dat er meer uitstrijkjes dan gescreende vrouwen zijn, een aanwijzing van overtollig gebruik. Sinds 2009 kan een deel van de vermindering in het overtollig gebruik verklaard worden door de introductie van een specifieke nomenclatuurcode. De daling kan ook deels verklaard worden doordat een beperkt aantal van de afgenomen uitstrijkjes niet terugbetaald worden.



Dekkingsgraad (3 jaar), 25-64 jaar (2002-2012) uitstrijkjes (opsporing+opvolging)

Periode	Aantal gescreende vrouwen	Aantal vrouwen in bevolking	Dekkingsgraad over 3 jaar : uitstrijkjes (opsporing + opvolging)	Dekkingsgraad over 3 jaar uitstrijkjes (opsporing)	Aantal uitstrijkjes (opsporing + opvolging)
2002-2004	1.671.840	2.755.113	60,7%	60,7%	3.140.748
2004-2006	1.706.043	2.785.516	61,2%	61,2%	3.199.984
2006-2008	1.633.244	2.791.472	58,7%	58,7%	2.948.414
2007-2009	1.680.742	2.813.688	60,0%	60,0%	2.848.186
2008-2010	1.668.760	2.832.931	59,3%	59,0%	2.496.951
2009-2011	1.612.857	2.848.158	56,9%	56,0%	2.203.337
2010-2012	1.579.766	2.856.282	55,5%	53,7%	2.027.865

Wanneer we de dekkinggraad van de opsporings- en opvolgingsuitstrijkjes samen bekijken, zien we een stijging tot 2004-2006. Daarna daalt deze dekkinggraad in de periode 2008-2012.



Dekkingsgraad (3 jaar), 25-64 jaar *opsporing+opvolging*

Impact van de nieuwe nomenclatuur op de dekkinggraad: vanaf 2009 zien we een klein verschil tussen de dekkinggraad op basis van het screeningsuitstrijkje en de dekkinggraad op basis van zowel het screeningsuitstrijkje als het opvolgingsuitstrijkje. Dit verschil nam toe van 0,3% in 2008-2010 tot 1,8% in 2010-2012.

Dit kleine verschil is vermoedelijk te wijten aan een suboptimaal gebruik van de nomenclatuur. Wellicht is een deel van uitstrijkjes voor opvolging een uitstrijkje voor opsporing. Artsen beschikken niet altijd over de medische geschiedenis van een nieuwe patiënte en dienen zich dan te baseren op anamnese.

Het lijkt erop dat voor 2009 slecht een beperkt deel van het overtollig gebruik te wijten is aan opvolgingsuitstrijkjes.



Dekkingsgraad (3 jaar)

De dekkingsgraad nam een eerste maal af tussen 2006 en 2008. In de periode 2007-2009 steeg deze kort om daarna terug af te nemen in de periode 2008-2012. De dekkingsgraad daalde gestaag van 61% in 2002-2004 naar 54% in 2010-2012. Dit komt deels door de geleidelijke invoering van de richtlijnen in de nomenclatuur (een opsporingsuitstrijkje elke 2 jaar terugbetaald). Dit zien we ook elders in Europa (Verenigd Koninkrijk, Finland)*.

Tegelijkertijd daalt het overtollig gebruik van 87,9 % (2002-2004) naar 18,3% (2010-2012). Dit betekent dat elke gescreende vrouw gemiddeld 1,18 opsporinguitstrijkjes kreeg over de periode van drie jaar. Sommige vrouwen laten meer uitstrijkjes afnemen dan er terugbetaald worden door de ziekteverzekering. Als gevolg wordt het overtollig gebruik licht onderschat wanneer berekend op basis van de IMA-data.

Het screeningsbeleid is dus efficiënter geworden, maar is er niet in geslaagd om meer vrouwen te bereiken.

Er is nog steeds een surplus aan opsporinguitstrijkjes. Dit teveel aan opsporinguitstrijkjes en onnodige uitgaven zouden moeten verdwijnen met behulp van de nieuwe nomenclatuur vanaf 1 mei 2013 (1 opsporing uitstrijkje elke 3 jaar terugbetaald).

*Public Health Indicators and Population Statistics Team. Cervical Screening Programme, England, 2009-10. The NHS Information Centre and Clare McConnell. 1-97. 2010. NHS; National Statistics.

Dekkingsgraad (3 jaar) naar gewest

	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	2010-2012
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	60,7%	61,5%	60,2%	55,9%	52,8%
Vlaams Gewest	56,6%	58,0%	57,2%	54,6%	52,5%
Région Wallonne	62,2%	63,1%	62,0%	58,7%	56,2%

De dekkingsgraad is vergelijkbaar tussen de drie gewesten.

In alle regio's neemt de dekkingsgraad af over de tijd.

Wel zien we een sterkere daling in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De daling van de dekkingsgraad lijkt deels gerelateerd te zijn aan de veranderingen in de nomenclatuur in 2009, maar is waarschijnlijk ook te wijten aan een algemene trend van lagere dekkingsgraad waargenomen in andere EU landen.

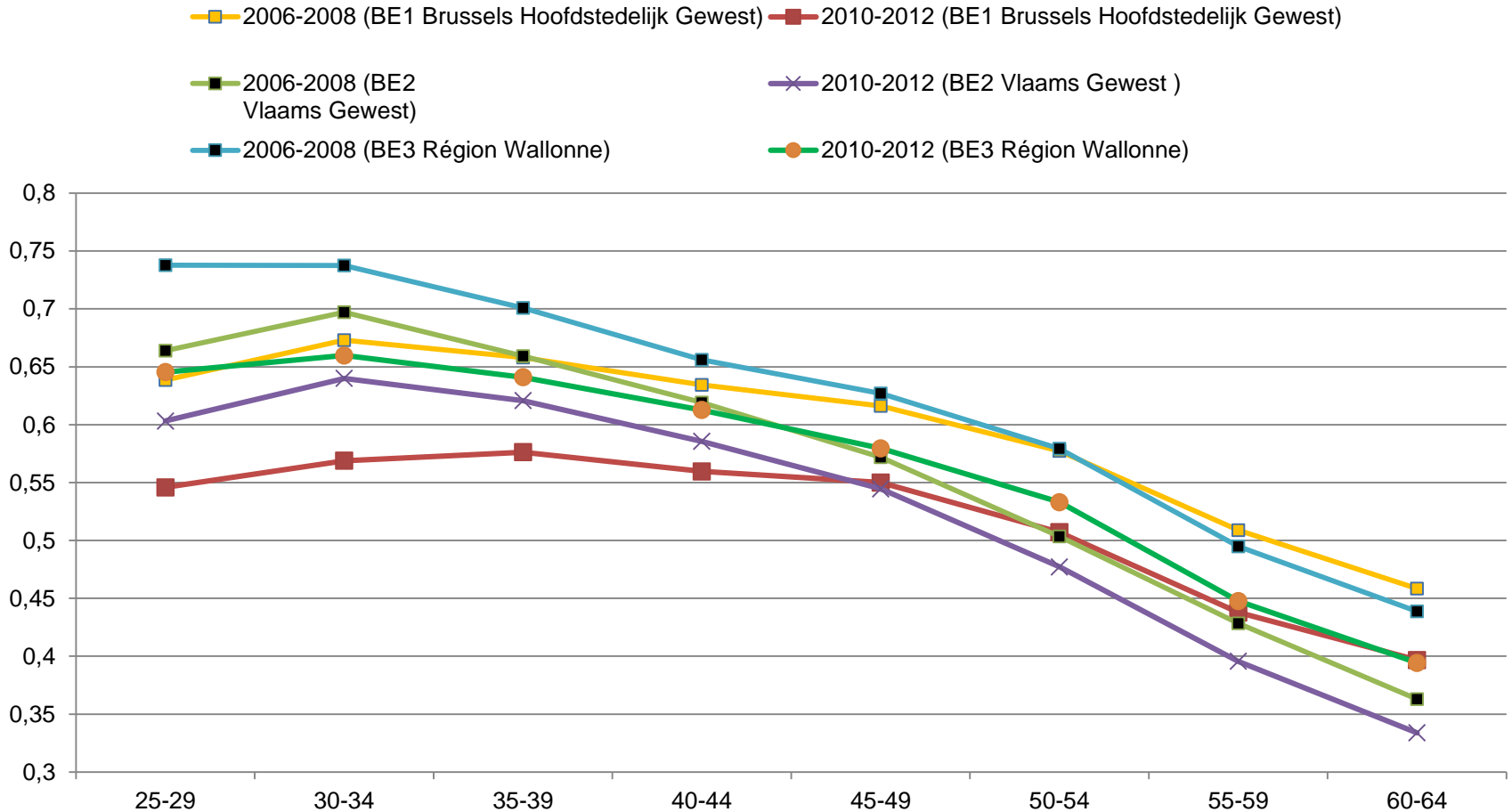
Overtollig gebruik (3 jaar) naar gewest en jaren

Evolutie van overtollig gebruik met verandering van nomenclatuur							
Overtollig= N screened uitstrijkjes/ N screened vrouwen (25-64 jaar)-1							
	Aantal medische akten	Aantal gescreende vrouwen in de voorbije 3 jaren	2006-08	2007-09		2009-11	2010-12
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	297059	159593	86%	72%		26%	15%
Vlaams Gewest	1623874	918030	77%	64%		27%	19%
Waals Gewest	1027310	555487	85%	73%		30%	18%

Het overtollig gebruik van uitstrijkjes nam af na de wijzigingen in de nomenclatuur in 2009 waarbij het aantal terugbetaalde uitstrijkjes voor opsporing beperkt werd tot 1 keer per twee kalenderjaren in de drie gewesten.

In 2010-2012 was het overtollig gebruik, evenals de dekkingsgraad, het laagst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Dekkingsgraad (3 jaar) naar leeftijdsklasse

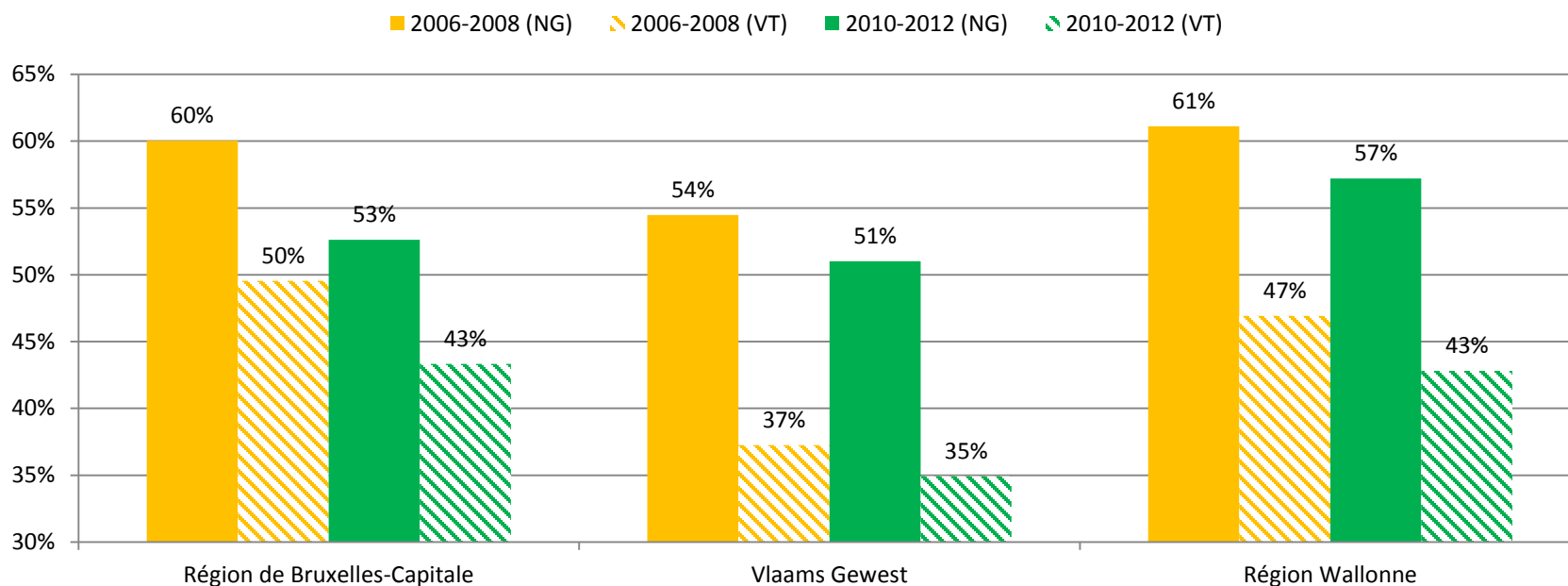




Dekkingsgraad (3 jaar) naar leeftijdsklasse

De dekkinggraad neemt af na de menopauze. Wellicht omdat vrouwen hierna minder vaak hun gynaecoloog raadplegen.

Dekkingsgraad (3 jaar) naar sociaal statuut



Sociaal statuut : NG = normaal gerechtigd. VT = verhoogde tegemoetkoming.

Vrouwen uit zwakkere socio-economische milieu's hebben een lagere dekkinggraad in de drie gewesten en over de tijd. Dit stelden we eveneens vast in de voorgaande rapporten. Ook bij borstkankerscreeningsprogramma's zien we dit terug*. Het verschil tussen vrouwen met en zonder VT is het laagst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Wie neemt het uitstrijkje?

	Brussels Hoofdstedelijk Gewest		Vlaams Gewest		Région Wallonne	
	Huisarts	Gynaecoloog	Huisarts	Gynaecoloog	Huisarts	Gynaecoloog
2006	7,7%	92,3%	14,7%	85,3%	2,5%	97,5%
2007	7,6%	92,4%	14,8%	85,2%	2,5%	97,5%
2008	7,3%	92,7%	13,7%	86,3%	2,4%	97,6%
2009	7,9%	92,1%	14,2%	85,8%	2,6%	97,4%
2010	8,2%	91,8%	13,8%	86,2%	2,9%	97,1%
2011	7,7%	92,3%	12,8%	87,2%	2,5%	97,5%
2012	7,7%	92,3%	12,6%	87,4%	2,6%	97,4%

In Vlaanderen daalt het aandeel huisartsen dat het (opsporing) uitstrijkje afneemt doorheen de jaren. In het Waals gewest en in Brussel worden deze bijna exclusief door gynaecologen genomen.



Colposcopie

Nomenclatuur

Microscopische colposcopie 431955-431966

<01.02.2013

Terugbetaling niet beperkt

>01.02.2013 (K.B. 14.01.2013 B.M. 23.01.2013)

Colposcopie wordt niet terugbetaald bij uitstrijkje voor opsporing (114030-114041 en 149612-149623)

Colposcopie mag niet gecumuleerd worden met uitstrijkje voor opsporing (114030-114041 en 149612-149623)

Terugbetaling van colposcopie is voorzien:

- a) na een afwijkende cytologie uitstrijkje;
- b) na drie opeenvolgende uitstrijkjes van goede kwaliteit, maar zonder eenduidige lezing
- c) klinische indicaties op basis van EBM (evidence based medicine);
- d) voor de monitoring van de behandeling van cervicale-vaginale laesies.

Colposcopie

Europese aanbevelingen*

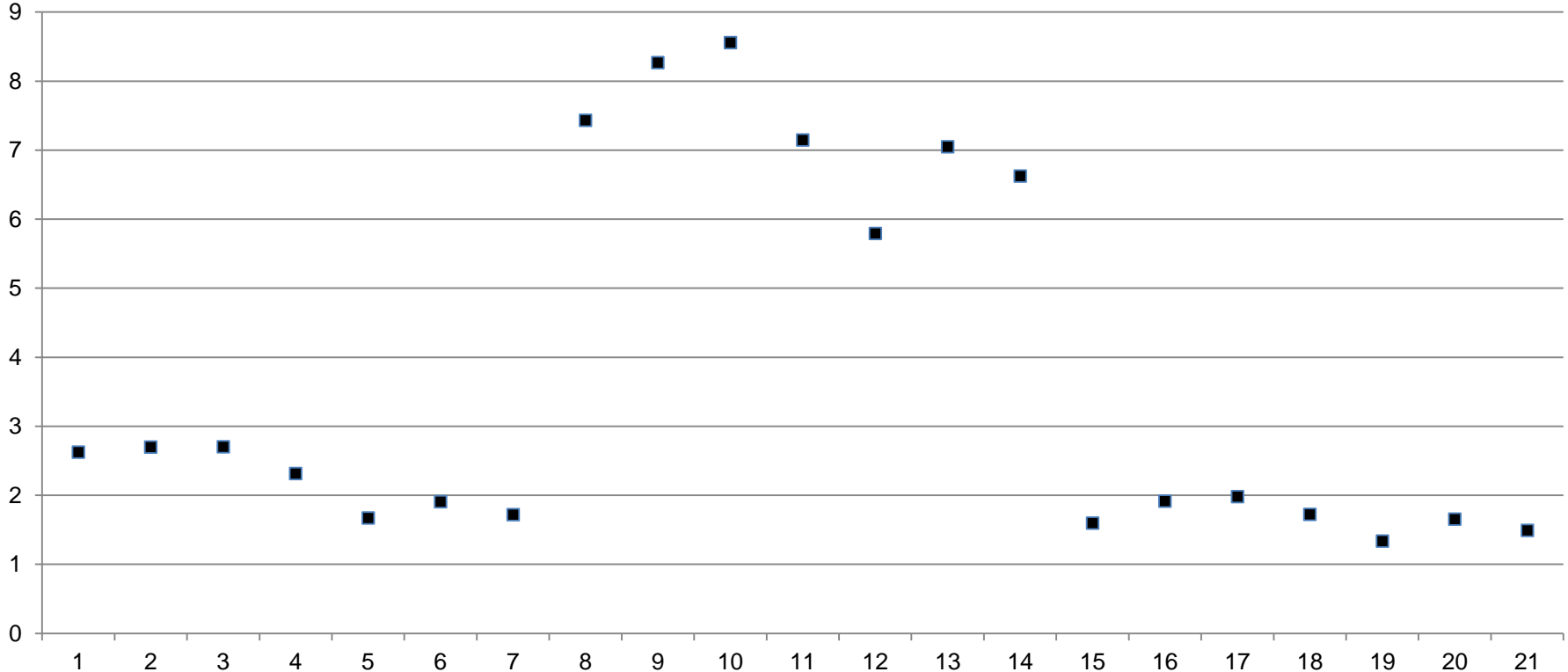
- Colposcopie kan gebruikt worden voor de identificatie en lokalisering van precarcinomateuze laesies in de cervix, de vagina, of de vulva en als hulpmiddel bij biopsie.
- Colposcopie kan NIET gebruikt worden als screeningsmiddel omdat ze weinig specifiek is. Colposcopie dient gebruik te worden na vaststelling van abnormale of twijfelachtige uitstrijkjes.

*Bron: European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening-Second edition-2008

Colposcopie

Ratio uitstrijkje/colposcopie

- Sterke regionale verschillen
- Lichte afname van uitstrijkje/colposcopie ratio in de periode 2006-2012 → impact nomenclatuurwijzing op cumulatie 2013?



Tijdspanne in dagen tussen opsporingsuitstrijkje en colposcopie

Jaar	Regio	25e percentiel	Mediaan	Gemiddelde	75e percentiel
2006	BE1	0	0	5	0
2006	BE2	0	0	10	0
2006	BE3	0	0	4	0
2007	BE1	0	0	14	0
2007	BE2	0	0	25	0
2007	BE3	0	0	13	0
2008	BE1	0	0	18	0
2008	BE2	0	0	32	0
2008	BE3	0	0	17	0
2009	BE1	0	0	88	42
2009	BE2	0	0	110	168
2009	BE3	0	0	77	0
2010	BE1	0	58	223	405
2010	BE2	0	206	251	418
2010	BE3	0	0	202	385
2011	BE1	0	0	229	399
2011	BE2	0	42	251	423
2011	BE3	0	0	187	359
2012	BE1	0	25	285	436
2012	BE2	0	154	306	452
2012	BE3	0	0	234	385



Tijdspanne in dagen tussen opsporingsuitstrijkje en colposcopie

- Tot 2009 werd minstens de helft van de colposcopieën op dezelfde dag als het uitstrijkje verricht in de drie gewesten.
- Uit de verdeling blijkt dat vanaf 2009 de gemiddelde en mediane duur tussen het (opsporings)uitstrijkje* en de colposcopie volgend op dit uitstrijkje sterk toegenomen is, voornamelijk in Vlaams Gewest.
- Sterke regionale verschillen blijven.
- Vanaf 01/02/2103 kan de colposcopie niet gecumuleerd worden met het opsporingsuitstrijkje verricht op dezelfde dag.

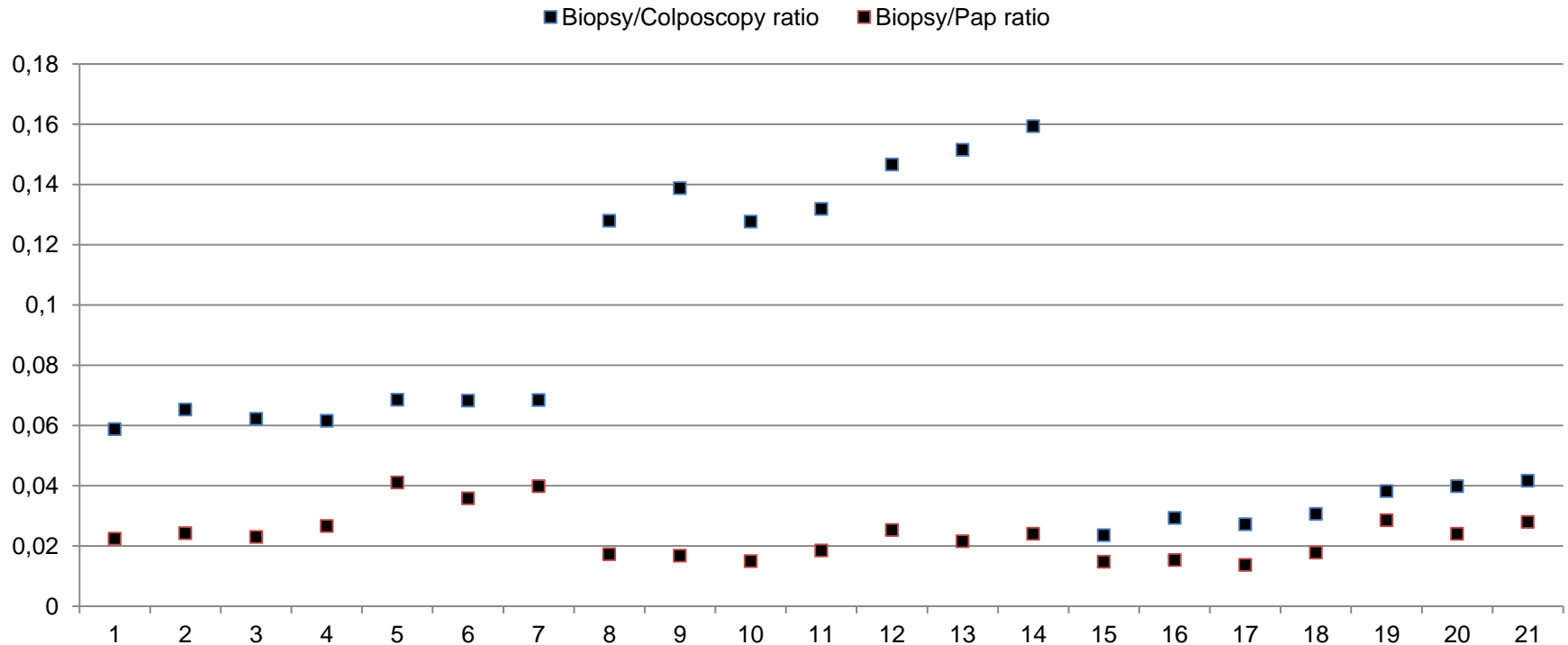
*sinds 1/7/2009

Biopsie

Nomenclatuur	
Biopsie	
Afname met tang van een fragment van de hals en/of elektrocoagulatie	432110-432121
Opmerking: De nomenclatuurcode 588011 voor het pathologisch-anatomische onderzoek werd niet weerhouden omdat dit geen specifiek nummer is voor baarmoederhalskankeropsporing	

Biopsie

- Sterke regionale verschillen
- Lichte toename van zowel biopsie/colposcopie-ratio als van biopsie/uitstrijkje-ratio in de drie regio's



BE1 (Brussels Hoofdstedelijk Gewest)- BE2 (Vlaams Gewest)- BE3 (Waals Gewest)



Discussie - deelname



Discussie - deelname

- In België namen 57%* van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar deel aan de opportunistische baarmoederhalskankerscreening (2010-2012). De dekkingsgraad is quasi dezelfde tussen de drie gewesten.
- De wijzigingen in de nomenclatuur hebben geleid tot een daling van het overtollig gebruik**, maar de dekkingsgraad is niet toegenomen.
- De daling van de dekkingsgraad (63% in 2009) is vermoedelijk deels te wijten aan de beperking van het aantal terugbetaalde uitstrijkjes elke twee jaar.
- Tegelijkertijd zien we een gelijkaardige dalende trend in andere landen.
- In de toekomst zou de dekkingsgraad beïnvloed kunnen worden door de HPV-vaccinatiecampagne.
- Vrouwen uit zwakkere socio-economische milieu's (VT) en oudere vrouwen laten zich minder vaak opportunistisch screenen. Dit stelden we eveneens vast in de voorgaande rapporten. Ook bij borstkankerscreeningsprogramma's zien we dit terug.

*gebaseerd op de terugbetaalde prestaties cytologie.

**Sommige vrouwen laten meer uitstrijkjes afnemen dan er terugbetaald worden door de ziekteverzekering. Als gevolg wordt het overtollig gebruik licht onderschat wanneer berekend op basis van de IMA-data.



Discussie - deelname

Bijna 60% van de vrouwen neemt spontaan deel aan de opportunistische screeningsprogramma's → de overige 40% van de vrouwen uit de doelgroep zijn wellicht moeilijker te overhalen

Hoe kunnen we de deelname aan het baarmoederhalskankerscreening verhogen?

- Een georganiseerd screeningsprogramma kan de dekkinggraad verhogen in het algemeen en in het bijzonder die van de vrouwen die nu minder goed gescreend worden, nl. vrouwen uit zwakkere socio-economische milieus en oudere vrouwen^{*, **, ***}

*Borstkankerscreeningsprogramma rapport nr. 1 t.e.m. 8 van het Intermutualistisch Agentschap.

**Arbyn M, Rebolj M, de Kok IM, Becker N, O'Reilly M, Andrae B. The challenges for organising cervical screening programmes in the 15 old member states of the European Union. Eur J Cancer 2009; 45: 2671-8.

Nygard JF, Skare GB, Thoresen SO. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. J Med Screen 2002; 9: 86-91.

***De Vlaamse overheid organiseert een screeningsprogramma sinds 1/6/2013.



Discussie - dekkingsgraad

Andere pistes om de dekkingsgraad te verhogen

- Samenwerkingsverbanden met huisartsen (cfr. pilootproject in West-Vlaanderen*)
 - Bv door huisartsen en gynaecologen te informeren over de dekkingsgraad van hun patiënteel
- Lokale acties ontwikkelen ter promotie van screening in functie van de lokale dekkingsgraad.
- Selfsampling of zelftest: vrouwen de mogelijkheid geven om thuis een zelftest te doen kan de dekkingsgraad verhogen**. De kwaliteit van dergelijke zelftesten werd onlangs onderzocht. Momenteel wordt een studie opgezet in Vlaanderen om de respons bij niet-gescreende vrouwen te onderzoeken.

*Een pilootproject met het oog op promotie van de borstkankerscreeningscampagne werd uitgewerkt in West-Vlaanderen cfr. Bevolkingsonderzoek borstkankerscreening - Rapport numéro 8 de l'Agence Intermutualiste sur le dépistage du cancer du sein, septembre 2014.

** Arbyn M*, Verdoodt F*, Snijders PJF, Verhoef VMJ, Suonio E, Dillner L, Minozzi S, Bellisario C, Banzi R, Zhao F-H, Hillemanns P, Anttila A. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. The Lancet Oncology 2014. DOI: 10.1016/S1470-2045(13)70570-9.



Discussie - deelname

- ! HPV-vaccinatie is geen alternatief voor screening
 - Het vaccin beschermt niet tegen alle types van het virus dat verantwoordelijk is voor baarmoederhalskanker.
 - De duur van de effectiviteit van de vaccinatie is nog niet gekend. Bij gevolg kennen we ook het tijdstip voor hervaccinatie niet.
- In de toekomst zullen gevaccineerde cohorten een groter deel gaan uitmaken van de screeningspopulatie. Integratie vaccinatie/screening is een vereiste.
- ➔ ! Belangrijke boodschap voor adolescenten en hun omgeving



Discussie - deelname

- Om screening doeltreffend te maken moeten er aan twee voorwaarden voldaan worden*:
 - Een ruime deelname
 - Kwaliteitsgaranties op alle niveaus.

- Een goede organisatie van de screening en kwaliteitscontrole kan de performantie van de cytologische screening en follow-up van positieve uitstrijk verbeteren en dus de effectiviteit doen toenemen**.

*European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening, second edition, 2008.

**In het kader van het Vlaamse screeningsprogramma van baarmoederhalskanker zullen er in de loop van 2015 door de Stichting Kankerregister feedbackrapporten opgesteld worden om de kwaliteit van de analyse van de stalen te evalueren. Dit houdt onder meer in: de volledigheid van de aangeleverde gegevens, het percentage stalen van onvoldoende kwaliteit, het percentage van de (pre)maligne afwijkingen.