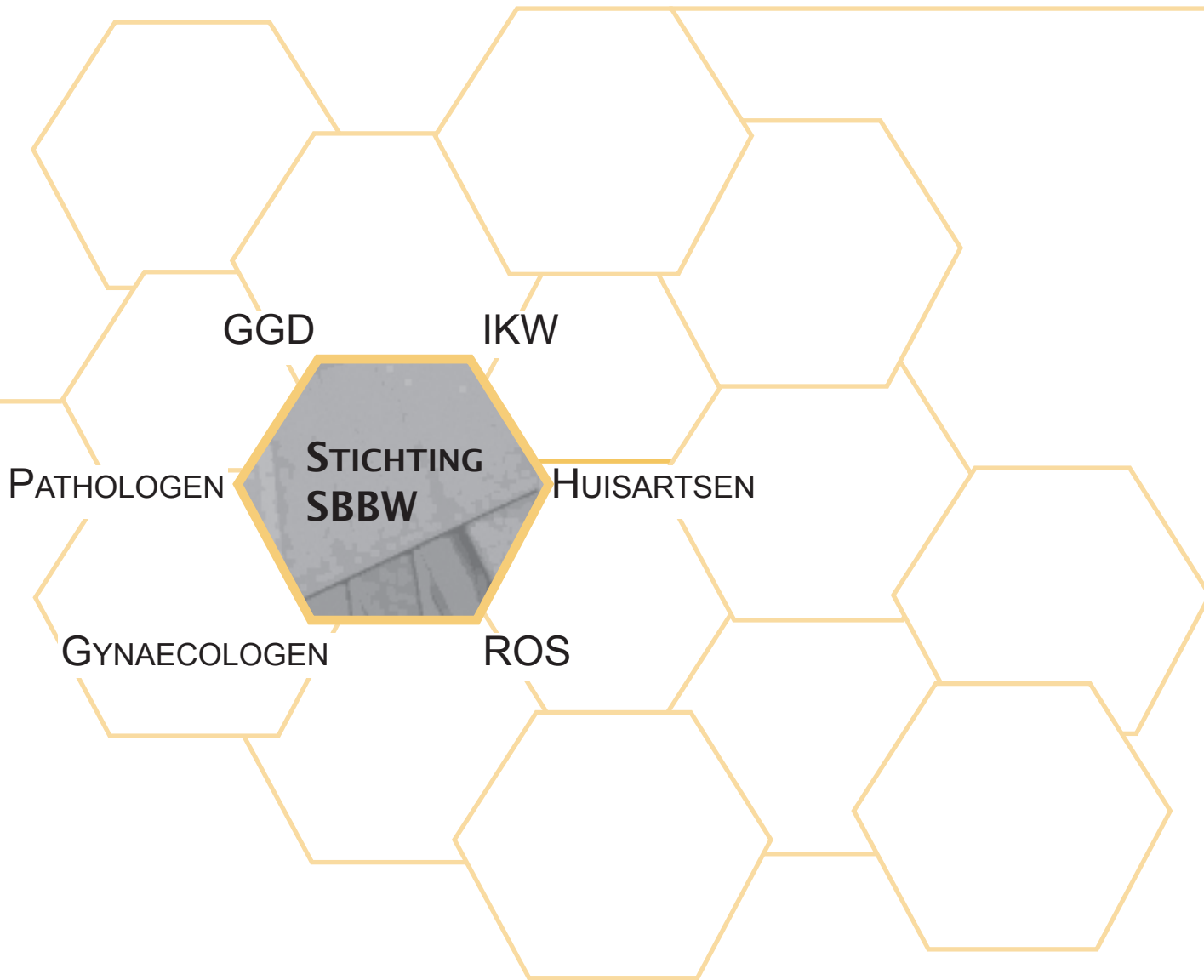


S t i c h t i n g S B B W

bevolkingsonderzoek
baarmoederhalskanker
regio west

J A A R V E R S L A G

2 0 0 8



Voorwoord van de Raad van Toezicht

Voor u ligt het jaarverslag 2008 van Stichting SBBW. 2008 was wederom een speciaal jaar voor SBBW. Nog vrij recent (12 juli 2007) zijn de Raden van Toezicht en Raad van Bestuur van SBBW en BOBWest samengevoegd in het samenwerkingsverband Leiden. Een belangrijke ontwikkeling voor de nieuwe Raad van Toezicht was in 2008 de voorbereiding van de fusie met regio Zuidwest in het kader van de operatie Versterking Infrastructuur Kankerscreening (VIKS). Op 1 januari 2010 moeten in Nederland vijf screeningsorganisaties zijn gevormd die alléén bevolkingsonderzoeken naar kanker uitvoeren.

Op 19 maart 2008 is door de bestuurlijk verantwoordelijken van de betrokken organisaties een intentieverklaring ondertekend waarin de intentie is uitgesproken om voor 1 januari 2010 een bestuurlijke fusie te realiseren. De bestuurlijke fusie wordt vormgegeven door de vier bestaande stichtingen voor bevolkingsonderzoek borst- en baarmoederhalskanker (SBBZWN, SBKZ, BoBWest en SBBW) onder één bestuur en toezicht te brengen. De zogeheten ‘moederstichting’, de Stichting Bevolkingsonderzoek Zuid-West, vormt het bestuur en toezicht van de ‘dochterstichtingen’.

Los van deze fusiegerelateerde zaken kijken wij terug op een goed jaar met een gezonde bedrijfsvoering. Verderop in dit jaarverslag leest u hierover meer. In het bijzonder is er aandacht geweest voor allochtone vrouwen, door middel van het vanuit SBBW ondersteunen van het Uitstrijkcentrum in Den Haag. Daarnaast zijn extra activiteiten ondernomen om de opkomst onder 30- en 35-jarigen te verhogen.

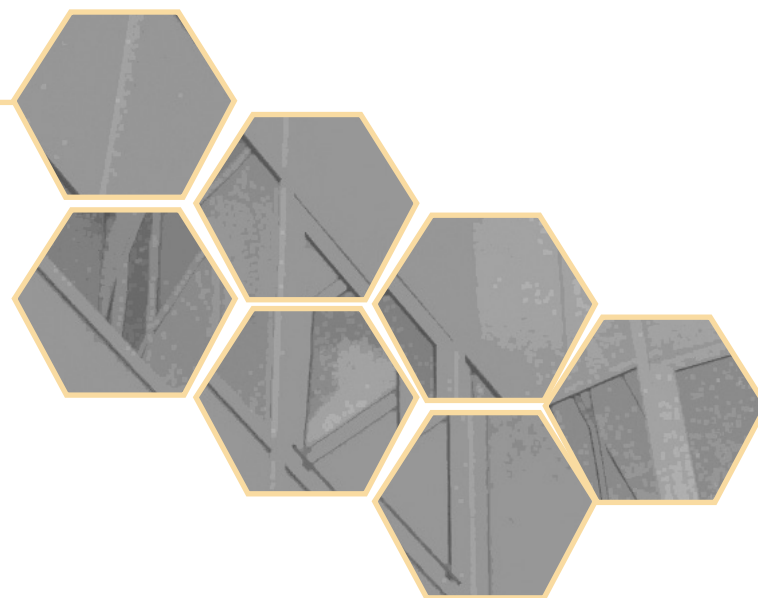
Uit het voorgaande blijkt dat de screening volop in beweging is. De stichting levert aan deze ontwikkelingen een belangrijke bijdrage en daar kunnen we trots op zijn. Ondertussen blijft de kwaliteit van de uitvoering op een hoog peil staan. Alle betrokkenen bij de uitvoering van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, met name de medewerkers, pathologen en ketenpartners worden zeer bedankt voor hun inzet, motivatie en enthousiasme!

Namens de Raad van Toezicht,
Els Timmers-van Klink
Voorzitter RvT samenwerkingsverband Leiden



I N H O U D

1. Organisatie en beleid	5		
1.1 Inleiding	5		
1.2 Fusie en VIKS (Versterking Infrastructuur Kankerscreening)	5		
1.3 Project KIDZ (Ketens In De Zorg)	6		
1.4 Uitslagbrief	7		
1.5 Kaderbrief screening minister VWS	7		
1.6 Computerondersteunend screenen	7		
1.7 Communicatie en PR	7		
1.7.1 Nieuwsbrief	7		
1.7.2 Website	7		
1.7.3 Informatielijn	8		
1.7.4 Jonge vrouwen	9		
1.7.5 Persberichten/media	9		
1.7.6 Landelijk voorlichtersoverleg	9		
1.7.7 Vindbaarheid SBBW	9		
1.7.8 Cursus uitstrijken voor praktijkassistenten	10		
1.8 Medisch inhoudelijke coördinatie	10		
1.9 Kwaliteitszorg	10		
1.10 Klachtenbehandeling	10		
2. Procesevaluatie	11		
2.1 Doelgroep	11		
2.2 Uitnodigingen	11		
2.3 Participatie	12		
2.3.1 Respons en opkomst 2002-2008	12		
2.3.2 Opkomst per geboortjaar	12		
2.3.3 Stimulatie opkomst jonge vrouwen	13		
2.3.4 Opkomst per gemeente	14		
2.4 Passieve participatie	15		
2.5 Uitslagen	17		
2.5.1 Cytoscores	17		
2.5.2 Onbeoordeelbare uitstrijkjes Pap 0	18		
2.5.3 Cytoscores	18		
2.5.4 Uitstrijkcentrum en achterstandswijken in Den Haag	20		
2.6 Indicatoren HKZ	21		
3. Natraject: de histoscores			22
3.1 Inleiding			22
3.2 Histoscores: definities			22
3.3 Histoscores van de direct verwezen vrouwen			22
3.4 Pie charts van de direct verwezen vrouwen			23
3.5 Histoscores van de indirect verwezen vrouwen			23
3.6 Uiteindelijke histoscores			24
3.7 Tenslotte: betere detectie in 2008			25
Financiën			26
Bijlagen			27



1. Organisatie en beleid

1.1 Inleiding

In het verslagjaar 2008 heeft SBBW haar speerpunten onder meer gericht op de volgende onderwerpen:

- de bestuurlijke fusie met de partners in de regio zuidwest in het kader van de versterking van de infrastructuur van de kankerscreening’;
- bijzondere aandacht voor de opkomst van 30- en 35-jarigen;
- het uitstrijkcentrum in Den Haag;
- méér uitnodigende huisartsen in de sociaaleconomische achterstandwijken in Den Haag;
- onderzoek naar de histologische follow-up van vrouwen met een \geq KOPAC P 4 uitstrijk.
- het KIDZ project (Ketens In De Zorg);

1.2 Fusie en VIKS (Versterking Infrastructuur Kankerscreening)

Een belangrijk thema in 2008 was de voorbereiding van de fusie met de regio zuidwest. Op 19 maart 2008 is door de bestuurlijk verantwoordelijken van de betrokken organisaties een intentieverklaring ondertekend waarin de intentie wordt uitgesproken om voor 1 januari 2010 een bestuurlijke fusie te realiseren. In de intentieverklaring worden de kaders voor de bestuurlijke fusie gegeven alsmede de weg waarlangs de fusie gerealiseerd gaat worden.

De bestuurlijke fusie wordt vormgegeven door de vier bestaande stichtingen voor bevolkingsonderzoek borst- en baarmoederhalskanker (SBBZWN, SBKZ, BoBWest en SBBW) onder één bestuur en toezicht te brengen. De zogeheten ‘moederstichting’, de stichting Bevolkingsonderzoek Zuid-West, zal het bestuur en toezicht vormen van de ‘dochterstichtingen’.

De fusie vindt plaats in het kader van de operatie Versterking Infrastructuur Kankerscreening (VIKS). Deze houdt in dat er op 1 januari 2010 in Nederland vijf screeningsorganisaties moeten zijn gevormd die alléén bevolkingsonderzoeken naar kanker uitvoeren. Dit betekent dat de organisaties voor borst- en baarmoederhalskanker *en* de screeningsregio’s moeten fuseren.

Deze voorgenomen versterking van de infrastructuur voor kankerscreening komt voort uit een toekomstvisie op de programmatische preventie. De rijksoverheid wil de eindverantwoordelijkheid voor de publieke zorgtaken volledig naar zich toe trekken en onder de rijksbegroting brengen.

Op termijn moet een 1-5-25 structuur ontstaan voor de publieke gezondheidszorg. Dit wil zeggen dat het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) als landelijke coördinator optreedt, er 5 bovenregionale structuren bestaan en 25 GGD’en op GHOR-niveau (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen).

De regio-indeling is:

- Regio Noord: Groningen, Friesland, Drenthe
- Regio Oost: Gelderland, Overijssel
- Regio Midden: Noord-Holland, Utrecht, Flevoland
- Regio Zuid: Noord-Brabant, Limburg
- Regio Zuidwest: Zuid-Holland, Zeeland

De grenzen van deze vijf landsdelen zijn gelijk aan de grenzen van de GGD en de GHOR.

In 2008 is in vervolg op de intentieverklaring gewerkt aan de voorbereiding van de bestuurlijke fusie. Er is een plan van aanpak en een fusiedocument opgesteld en er heeft overleg plaatsgevonden met de ondernemingsraden. Aanvankelijk was het streven om de fusie op 1 januari 2009 te realiseren. Om het traject zo zorgvuldig mogelijk te doorlopen is deze datum later opgeschoven naar 1 juli 2009.

Naamgeving nieuwe screeningsorganisaties

De nieuwe namen en bijbehorende logo’s van de vijf screeningsorganisaties zoals deze in het kader van VIKS uiterlijk vanaf 1 januari 2010 landelijk worden ingevoerd, zien er als volgt uit:

bevolkingsonderzoek**midden-west***Voor vroege opsporing van kanker***bevolkingsonderzoek****noord***Voor vroege opsporing van kanker***bevolkingsonderzoek****oost***Voor vroege opsporing van kanker***bevolkingsonderzoek****zuid***Voor vroege opsporing van kanker***bevolkingsonderzoek****zuid-west***Voor vroege opsporing van kanker***1.3 Project KIDZ (Ketens In De Zorg)**

In samenwerking met de SBKZ is in 2008 een vooronderzoek gestart naar de mogelijkheden tot het gebruik van het KIDZ-concept in het bevolkingsonderzoek. KIDZ is een ICT-concept voor uitwisseling van gegevens tussen Ketens In De Zorg.

Op dit moment bestaan een aantal omissies binnen de verwerkingsketen van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker waarin dit automatiseringssysteem kan ondersteunen en daarmee de aanleiding vormen dit vooronderzoek te starten:

- De screeningsorganisaties hebben nu onvoldoende inzicht in het natraject, ofwel de acties die nu worden ondernomen na constatering van een afwijkende positieve uitslag.
- De huisarts moet zelf het verwijsbericht aan de gynaecoloog schrijven en aan de patiënt meegeven.
- Bewaken van de voortgang en het terugontvangen van informatie van de behandelend gynaecoloog is moeilijk en tijdrovend.
- De gynaecoloog ontvangt in de praktijk van de meeste huisartsen een verwijzing, waarbij de laboratorium- en achtergrondgegevens van de patiënt ontbreken. Dit maakt dat minder gericht met het onderzoek en de behandeling kan worden gestart. Dit betekent vaak extra onderzoek en vertraging.

Op basis van gesprekken met huisartsen, laboratoria, pathologen en gynaecologen is geconstateerd dat er zeker behoefte is aan ondersteuning van de communicatie binnen de keten. Daarnaast hebben de geïnterviewden de voordelen genoemd, die voor hen aan een gestructureerde communicatie verbonden zijn.

Uit het vooronderzoek is gebleken dat het technisch haalbaar is om de communicatie te faciliteren zoals beoogd. De implementatie is complex omdat er veel partijen bij de invoering betrokken zijn. In overleg is daarom besloten een bredere ondersteuning te zoeken bij het RIVM en het NICTIZ (nationaal

ICT-instituut in de zorg) om een pilot te starten. Dit is nodig en gewenst om het project te laten slagen.

1.4 Uitslagbrief

Het ministerie van VWS heeft in 2008 besloten dat ook voor de screening van baarmoederhalskanker een uitslagbrief ingevoerd moet worden. Belangrijkste knelpunt is dat een groot deel van de vrouwen nu nooit een uitslag ontvangen (geen bericht, goed bericht). VWS vindt dat de screening tot en met de uitslag netjes moet worden afgerond.

1.5 Kaderbrief screening minister VWS

De Gezondheidsraad en de Raad Voor de Volksgezondheid hebben in 2008 adviezen uitgebracht over de bevolkingsonderzoeken. De minister heeft deze adviezen bestudeerd en hieruit twee doelstellingen gehaald die zijn verwoord in een kaderbrief:

Een goed geïnformeerde keuze van de consument mogelijk maken.

Hierbij is het vooral van belang om de bestaande informatie op de websites van het RIVM over het eigen aanbod op internet uit te breiden en te verbeteren. Tevens is het van belang informatie over mogelijke maatschappelijke en ethische gevolgen van screeningsuitslagen, zoals bijvoorbeeld het risico van uitsluiting bij arbeid of verzekeringen, beschikbaar te maken.

De kwaliteit van alle screenings garanderen.

Hierbij richt de overheid zich enerzijds op haar eigen aanbod door de kwaliteit van het programmatische aanbod van bevolkingsonderzoek via het Nationaal Programma Bevolkingsonderzoek (NPB) permanent te blijven bewaken en verbeteren. Daarnaast wordt de ‘bescherming’ van de burger geregeld via een herziening van de Wet op het bevolkingsonderzoek en het aanscherpen van de kwaliteitseisen aan producten (zelftests) en diensten (consument laat zich testen) op het gebied van screening.

1.6 Computerondersteund screenen

Het RIVM heeft in 2008 een landelijke bijeenkomst georganiseerd met

betrekking tot computerondersteund screenen binnen het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. De directe aanleiding is het advies van de Gezondheidsraad om tijdig onderzoek naar deze methodiek te doen aangezien laboratoria bezig zijn dit soort systemen aan te schaffen. De bestaande literatuur geeft geen uitsluitsel over welk systeem het beste is. Een grote studie in Engeland wordt afgewacht (2009/2010). De conclusie was wel dat er geen aanleiding is om dit onderzoek in Nederland over te doen. Besloten is daarom om zelf in Nederland een validatietest te ontwikkelen. Als deze test succesvol doorlopen is, mag men het systeem gebruiken voor screening. De NVVP (Nederlandse Vereniging voor Pathologie) moet aangeven wat voor soort validatietest gedaan moet worden. Het is een keuze van het laboratorium om in het kader van het bevolkingsonderzoek mee te doen. De NVVP is vervolgens gestart met de ontwikkeling van de validatietest die in 2009 beschikbaar moet komen.

In de regio west maakt het laboratorium in Leiden gebruik van deze apparatuur.

1.7 Communicatie en PR

1.7.1 Nieuwsbrief

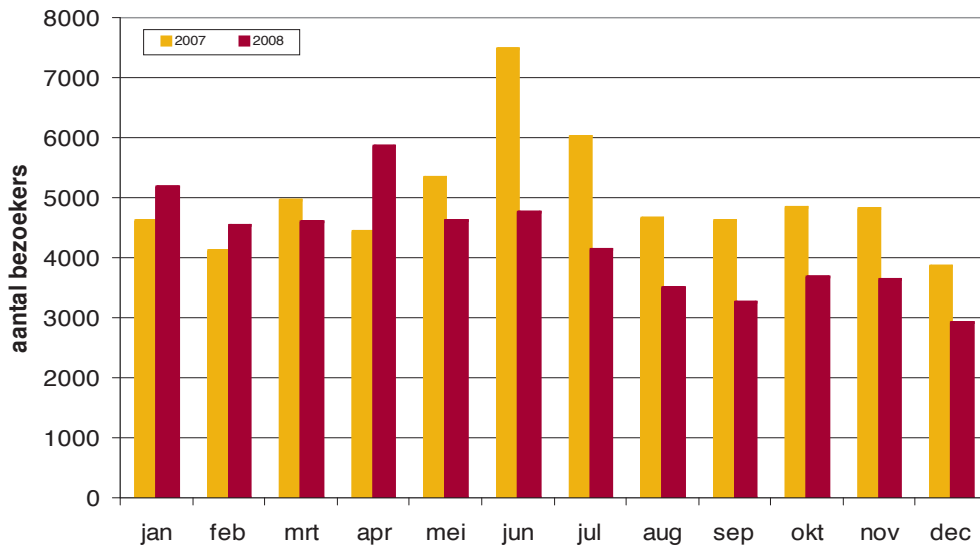
In juli 2008 is de achtste gezamenlijke nieuwsbrief met BoBWest in een oplage van 1.100 stuks naar alle netwerkpartners van SBBW en BoBWest verstuurd. De negende nieuwsbrief is begin december 2008 verstuurd. De verschijningsvorm is inmiddels aangepast met huisstijluitingen van beide organisaties. De nieuwsfeiten handelden hoofdzakelijk over gebeurtenissen bij beide stichtingen. Wel werd in het oog gehouden het belang van de nieuwsvoorziening naar de ketenpartners. Onderwerpen die werden behandeld waren:

- Huisartsentevredenheidsonderzoek door BoBWest;
- Het tekenen van de intentieverklaring om samen te gaan werken met collega-stichting SBZWN in Vlaardingen;
- Digitalisering bij BoBWest;
- Tevredenheidsenquête onder zelfopropende huisartsen BMHK;

1.7.2 Website

De website is in 2008 up-to-date gehouden. Het aantal bezoekers van de site ligt gemiddeld rond de 4.200 hits per maand. Bij de verzending van de uitnodiging in de maand april zien we een lichte stijging. In de grafiek hieronder staat een overzicht van aantallen bezoekers per maand. Totaal waren er in 2008 ca. 51.000 bezoekers.

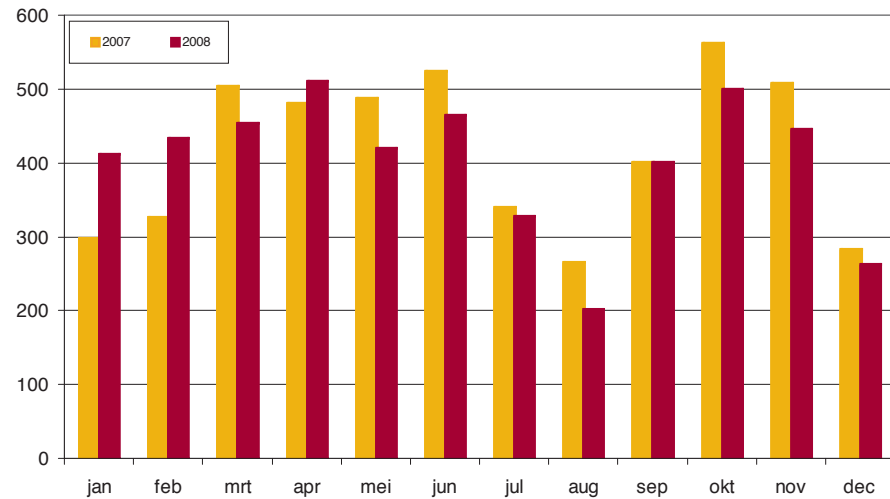
Figuur 1.1: Sitebezoek



1.7.3 Informatielijn

Elke werkdag van 9.00 tot 12.00 uur is de informatielijn bereikbaar voor vragen over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. In 2008 zijn 4.832 telefoongesprekken geregistreerd. Gemiddeld zijn dat ruim 400 gesprekken per maand. In figuur 1.2 is de verdeling per maand te zien.

Figuur 1.2: Gesprekken informatielijn



1.7.4 Jonge vrouwen

30-jarige vrouwen

Evenals voorgaande jaren is er ook in 2008 weer gebruik gemaakt van een ‘voorloopbrief’ aan alle 30-jarigen. Hierin werd gewezen op het belang van deelname aan het bevolkingsonderzoek. Twee weken daarna zijn de uitnodigingen aan de 30-jarigen verstuurd. Aan de uitnodigende huisartsen is gevraagd om de uitnodigingen aan de 30-jarigen in dezelfde weken te versturen. Aan de vrouwen werd na drie én na zes maanden een herinnering verstuurd (i.p.v. éénmaal na zes maanden) als zij nog geen uitstrijkje hadden laten maken of de antwoordkaart niet hadden teruggestuurd.

35-jarige vrouwen

Niet alleen de deelname aan het bevolkingsonderzoek onder de 30-jarige vrouwen is structureel lager dan de andere geboortejaren, ook het opkomstpercentage van de 35-jarige vrouwen is lager. Daarom wordt ook aan deze groep bijzondere aandacht geschonken (zie hoofdstuk 2.3.3).

1.7.5 Persberichten/media

In juni 2008 is aan alle regionale huis-aan-huisbladen en dagbladen in de regio Den Haag een persbericht verstuurd waarin werd aangegeven dat het een jaar daarvoor geopende Uitstrijkcentrum reeds meer dan 1000 uitstrijkjes had gemaakt. Ook werden persberichten gestuurd aan regionale media met een oproep om het uitstrijkje niet te vergeten.

In samenwerking met de Stichting Lijn 1 en de Stichting ELO (Eerstelijns ondersteuning) wordt in hun elektronische nieuwsbrieven die zij aan de huisartsen in de regio versturen regelmatig een item over het bevolkingsonderzoek opgenomen.

1.7.6 Landelijk voorlichtersoverleg

Samen met collega screeningsorganisatie Preventicon (regio Midden-Nederland) heeft SBBW in 2008 tweemaal het landelijke voorlichtersoverleg georganiseerd. Hier waren de communicatie adviseurs/voorlichters van

de screeningsorganisaties uit het land vertegenwoordigd. Regelmatig zijn de samen met het RIVM ingestelde werkgroepen bij elkaar geweest om overleg te plegen over de nieuw te ontwikkelen communicatiemiddelen. Deze werkgroepen werken samen aan materialen en ontwikkelingen op de volgende gebieden: informatie rond de uitnodiging, producten rond voorlichtings-bijeenkomsten en beurzen, informatie rond de uitslag en marketingaspecten.

1.7.7 Vindbaarheid SBBW

Om het de doelgroep zo gemakkelijk mogelijk te maken in hun zoektocht naar informatie over het bevolkingsonderzoek, is er het hele jaar door contact geweest met uitgeverijen en beheerders van gemeentegidsen, telefoongidsen en allerlei sites om daar een vermelding van SBBW met alle gegevens op te krijgen.

1.7.8 Cursussen uitstrijkjes maken voor assistentes

Ook in 2008 heeft SBBW financiële middelen ter beschikking gesteld aan Preventie Maatwerk voor gespecialiseerde cursussen uitstrijken voor doktersassistenten.

1.8 Medisch inhoudelijke coördinatie

Evaluatie

In 2009 zijn de gegevens over het jaar 2008 geëvalueerd. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de procesevaluatie (productiecijfers en opkomstcijfers) en de medisch inhoudelijke evaluatie (‘natraject’). Alle resultaten zijn gepubliceerd in dit jaarverslag. Aan de netwerkpartners zijn de voor hen relevante cijfers in de vorm van managementrapportages gecommuniceerd.

1.9 Kwaliteitszorg

Audit ISO

In 2008 is aan alle voorgenomen acties in het kader van de ISO zoals de managementreview, corrigerende en preventieve maatregelen uitvoering gegeven. In februari heeft een vervolgaudit voor de ISO-certificering plaatsgevonden, met gunstig resultaat. De geldigheidstermijn voor het ISO-certificaat is drie jaar. Eén keer in de drie jaar richt de audit zich op 'renewal'. De twee tussenliggende jaren wordt een 'vervolgaudit' uitgevoerd. Alle audits worden extern uitgevoerd door Lloyd's Register Quality Assurance. Het kwaliteitsmanagementsysteem voldoet aan de verwachtingen.

1.10 Klachtenbehandeling

In 2008 zijn bij SBBW twee klachten van cliënten binnengekomen. Eén klacht betrof de vooraankondiging voor 35-jarigen. De cliënt gaf aan het bevolkingsonderzoek sowieso onzin te vinden. De klachtenfunctionaris heeft mevrouw schriftelijk uitleg gegeven over het bevolkingsonderzoek en een verklaring voor definitieve afmelding meegestuurd met de brief. De tweede klacht betrof de verpakkingswijze van het uitstrijkje, namelijk in een plastic envelop met ritssluiting. Deze klacht is door de klachtencommissie behandeld.

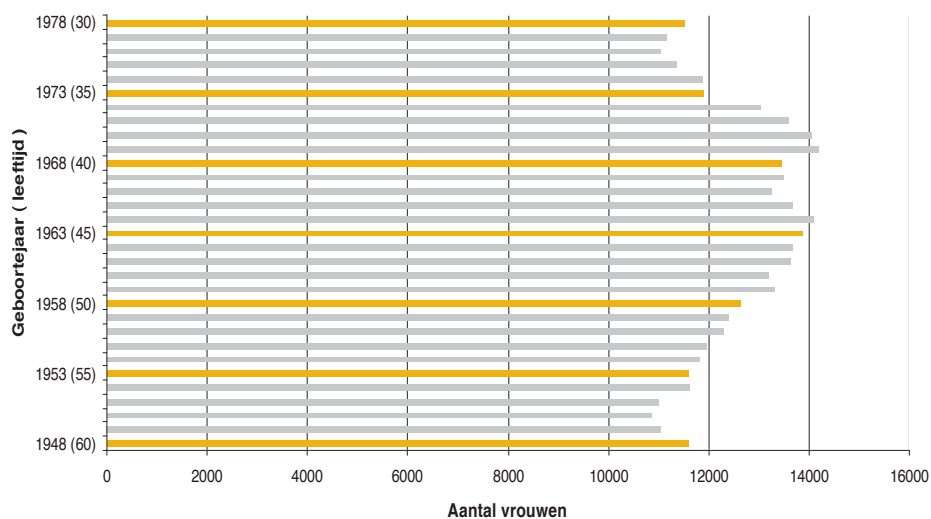
De klachtencommissie is in 2008 tweemaal bijeengekomen. In de vergaderingen zijn de leden van de klachtencommissie op de hoogte gebracht van beleidsmatige zaken en ontwikkelingen inzake de fusie.

2. PROCES-EVALUATIE

2.1 Doelgroep

Het aantal vrouwen in de doelgroep in het werkgebied van SBBW bedraagt op 1 januari 2008 388.232. In figuur 2.1 is de bevolkingsopbouw (vrouwen van 30 tot en met 60 jaar) in de SBBW-regio weergegeven.

Figuur 2.1: Doelgroep regio SBBW



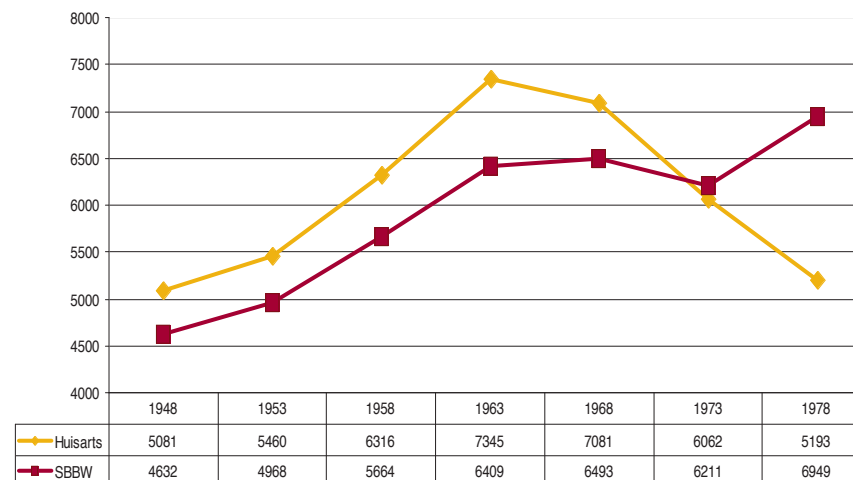
2.2 Uitnodigingen

In 2008 zijn 83.864 vrouwen uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek conform een vooraf opgesteld oproepschema van zeven geboortejaren, te weten 1978, 1973, 1968, 1963, 1958, 1953 en 1948. Tabel 2.1 geeft een overzicht van het aantal uitnodigingen per geboortjaar en uitnodigende instantie. In figuur 2.2 zijn deze cijfers gevisualiseerd. In 2008 waren 289 uitnodigende huisartspraktijken actief. Van het totaal aantal uitgenodigde vrouwen ontving 50,7% de uitnodiging via de huisarts.

Tabel 2.1: Aantal uitnodigingen per geboortjaar en uitnodigende instantie

geboortjaar	huisarts	SBBW	totaal
1948	5081	4632	9713
1953	5460	4968	10428
1958	6316	5664	11980
1963	7345	6409	13754
1968	7081	6493	13574
1973	6062	6211	12273
1978	5193	6949	12142
totaal	42538	41326	83864

Figuur 2.2: Aantal uitnodigingen per geboortjaar en uitnodigende instantie



2.3 Participatie

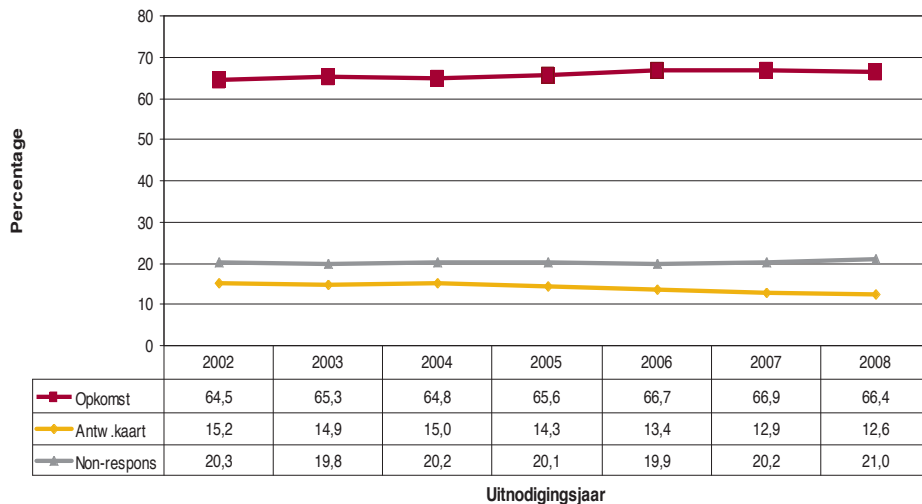
2.3.1 Respons en opkomst 2002 - 2008

In figuur 2.3 wordt een overzicht gegeven van de respons in de jaren 2002 tot en met 2008. De respons is onderverdeeld in 'actieve participatie' (opkomst) en 'passieve participatie' (het terugzenden van een ingevulde antwoordkaart). De overblijvende groep is de 'non-responsgroep'. Het totale opkomstpercentage laat een kleine stijging zien van 64,5% in het jaar 2002 naar 66,4% in 2008. De non-respons ligt de laatste jaren rond de 20%. In figuur 2.4 is de opkomst uitgesplitst naar uitnodigende instantie, huisarts of SBBW, met in alle jaren een hogere opkomst wanneer de huisarts de uitnodiging verstuurd.

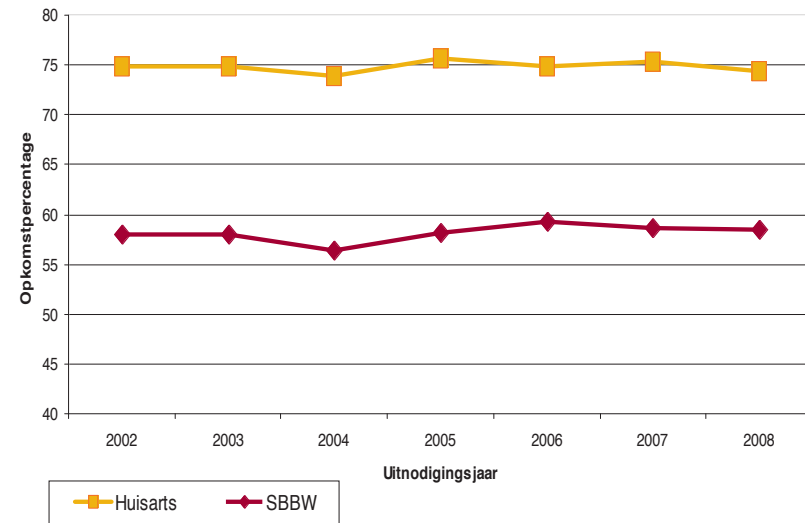
2.3.2 Opkomst per geboortjaar

Figuur 2.5 geeft de opkomst weer per geboortjaarcohort. De figuur laat zien dat de opkomst van de 30- en 35-jarige vrouwen het laagst is. De hoogste opkomst (76,8%) wordt gezien bij vrouwen die geboren zijn in 1963 en door de huisarts een uitnodiging voor een uitstrijkje ontvangen.

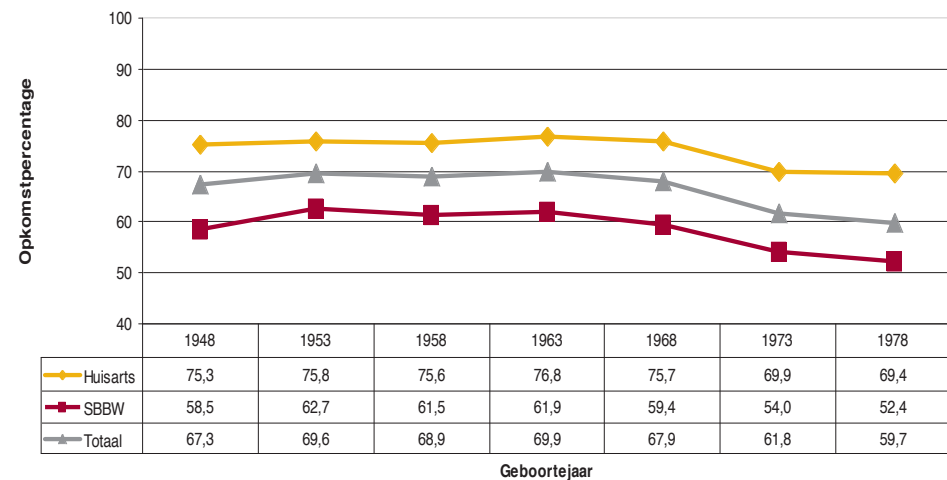
Figuur 2.3: Respons 2002 - 2008



Figuur 2.4: Opkomst in de periode 2002 - 2008, uitnodiging huisarts versus SBBW



Figuur 2.5: Opkomst per geboortjaar, uitnodiging huisarts versus SBBW



Het overall-gemiddelde blijft hoog, en is met 66,4% iets lager dan vorig jaar (66,9%). De bijdrage aan de opkomst loopt overigens nog ver door in het jaar volgend op het feitelijke uitnodigingsjaar. Uitstrijken van de 2008-cohorten die na 1 september 2009 werden ingezonden, zijn niet meer in dit jaarverslag verwerkt. Door dit 'na-ijleffect' zal de uiteindelijke deelname aan het bevolkingsonderzoek hoger zijn. Per 1 september 2009 bedroeg de deelname voor het uitnodigingsjaar 2005, inclusief na-ijleffect 70,1%.

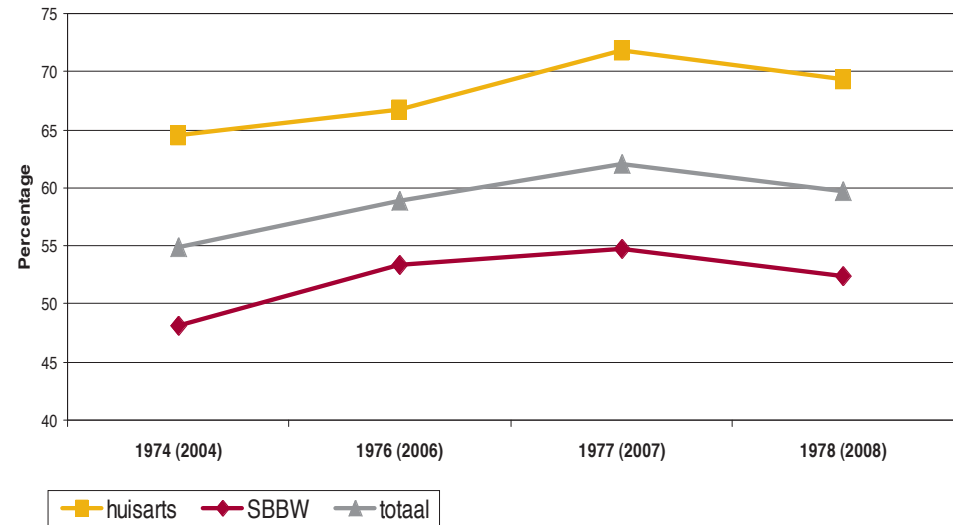
2.3.3 Stimulatie opkomst jonge vrouwen

De meeste afwijkingen worden bij de jonge vrouwen (30- en 35-jarigen) gevonden (zie 2.5.3), terwijl de opkomst voor deze cohorten relatief laag is. Daarom wordt door SBBW sinds 2005 extra aandacht aan de 30- en 35-jarigen besteed teneinde de opkomst te stimuleren.

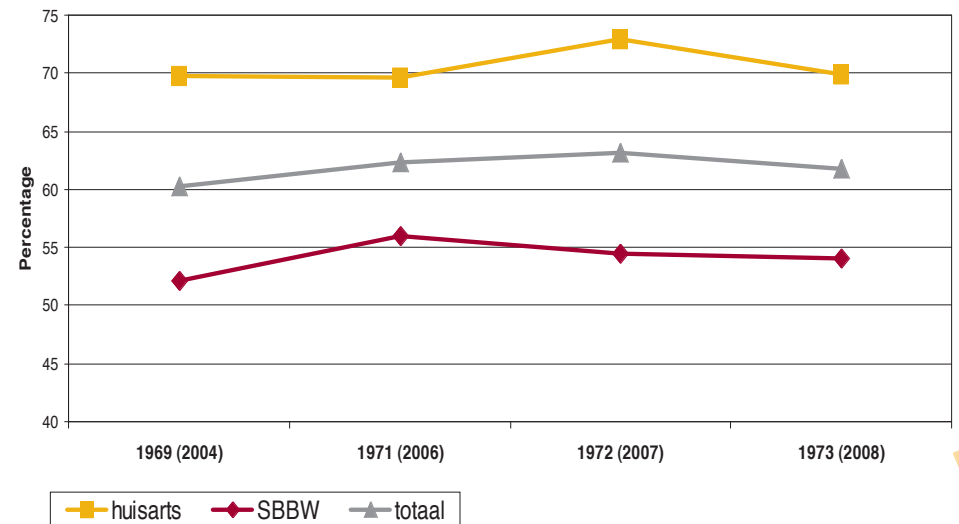
In figuur 2.6a zijn de opkomstcijfers weergegeven van de 30-jarigen van drie screenjaren. De screenjaren zijn tussen haakjes gezet (2004, 2006, 2007 en 2008). De extra SBBW-aandacht vanaf 2005 in de vorm van speciale mailings en een extra, snellere herinnering (na drie maanden i.p.v. zes maanden), heeft duidelijk effect gehad op de opkomst van de groep 30-jarigen. De totale opkomst is met 7,1% gestegen, van 54,9% in 2004 naar 62,0% in 2007. In 2008 is dit iets afgenomen naar 59,7%. Kennelijk hebben de bijzondere acties ook geleid tot een grotere deelname van de 30-jarige vrouwen die door de huisarts zijn uitgenodigd. De opkomst van deze groep steeg met 7,3%, van 64,5% in 2004 naar 71,8% in 2007. Hier nam de opkomst in 2008 ook iets af naar 69,4%. Al met al kan gesteld worden dat de hogere opkomst van de 30-jarigen de extra inspanningen van SBBW rechtvaardigen.

De 35-jarigen die in de eerste ronde niet hebben deelgenomen en ook geen antwoordkaart hebben teruggestuurd, zijn d.m.v. een speciale mailing aangeschreven. Ook hier is een stijging in de opkomst waar te nemen, van 60,3% in 2004 naar 63,1% in 2007 en 61,8% in 2008 (zie figuur 2.6b). Het effect is weliswaar minder indrukwekkend dan voor de 30-jarigen, maar nog steeds de moeite waard. Tenslotte kan worden opgemerkt dat ook voor de 35-jarigen de stijging in opkomst het hoogst is bij de vrouwen die een uitnodiging van de huisarts ontvangen, waardoor een opkomst van 69,9% wordt bereikt.

Figuur 2.6a: Opkomst 30-jarigen



Figuur 2.6b: Opkomst 35-jarigen



2.3.4 Opkomst per gemeente

In de tabellen 2.2 wordt de opkomst weergegeven per gemeente. De tabellen geven drie groepen weer, gebaseerd op het totaal aantal inwoners in die gemeenten. Er is een groep gemeenten tot 20.000 inwoners (A-gemeenten), een groep van 20.000 tot 250.000 inwoners (B-gemeenten) en Den Haag met meer dan 250.000 inwoners, zijnde de enige C-gemeente.

Tabel 2.2a: Opkomst en non-respons voor de A-gemeenten

gemeente	uitgenodigd	respons en non-respons					
		opkomst		antw.kaart		non-respons	
tot 20.000 inwoners		aantal	%	aantal	%	aantal	%
Alkemade	678	538	79,4	100	14,7	40	5,9
Bergambacht	437	362	82,8	48	11,0	27	6,2
Bodegraven	877	666	75,9	115	13,1	96	10,9
Boskoop	713	523	73,4	98	13,7	92	12,9
Jacobswoude	509	398	78,2	79	15,5	32	6,3
Midden-Delfland	808	644	79,7	94	11,6	70	8,7
Moordrecht	401	300	74,8	60	15,0	41	10,2
Nederlek	637	493	77,4	73	11,5	71	11,1
Noordwijkerhout	761	538	70,7	77	10,1	146	19,2
Ouderkerk	349	275	78,8	63	18,1	11	3,2
Reeuwijk	590	441	74,7	64	10,8	85	14,4
Rijnwoude	844	648	76,8	93	11,0	103	12,2
Schoonhoven	573	437	76,3	78	13,6	58	10,1
Vlist	449	350	78,0	58	12,9	41	9,1
Zevenhuizen-Moerk.	443	361	81,5	64	14,4	18	4,1
Zoeterwoude	409	321	78,5	46	11,2	42	10,3
totaal	9478	7295	77,0	1210	12,8	973	10,3

Tabel 2.2b: Opkomst en non-respons voor de B-gemeenten

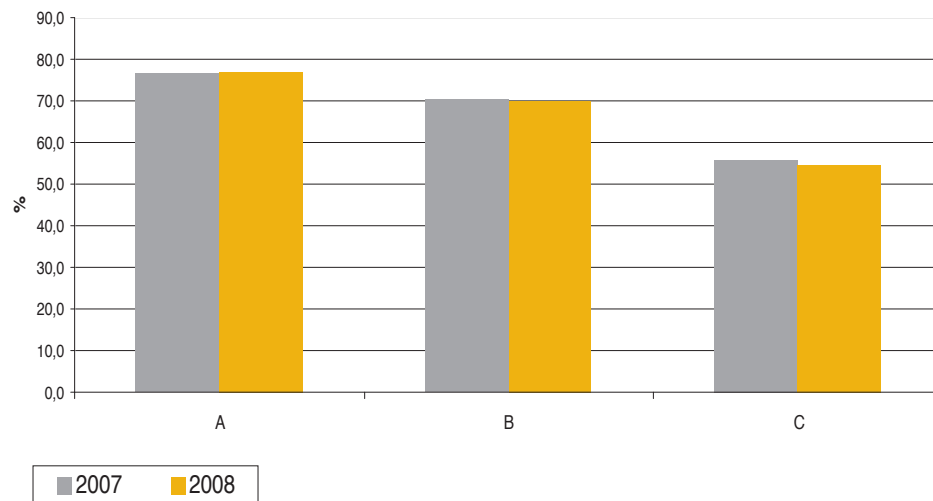
gemeente	uitgenodigd	respons en non-respons					
		opkomst		antw.kaart		non-respons	
20.000-250.000 inwoners		aantal	%	aantal	%	aantal	%
Alphen ad Rijn	3495	2504	71,6	456	13,0	535	15,3
Delft	4214	2690	63,8	541	12,8	983	23,3
Gouda	3423	2532	74,0	458	13,4	433	12,6
Hillegom	977	685	70,1	158	16,2	134	13,7
Katwijk	2694	1923	71,4	355	13,2	416	15,4
Leiden	5638	3736	66,3	663	11,8	1239	22,0
Leiderdorp	1338	986	73,7	178	13,3	174	13,0
Leidschendam-Vb.	3527	2142	60,7	508	14,4	877	24,9
Lisse	1075	800	74,4	135	12,6	140	13,0
Nieuwerkerk ad IJs.	1090	763	70,0	128	11,7	199	18,3
Nieuwkoop	1253	960	76,6	188	15,0	105	8,4
Noordwijk	1231	922	74,9	229	18,6	80	6,5
Oegstgeest	1037	748	72,1	108	10,4	181	17,5
Pijnacker-Nootdorp	2177	1700	78,1	236	10,8	241	11,1
Rijswijk	2236	1317	58,9	261	11,7	658	29,4
Teylingen	1657	1312	79,2	219	13,2	126	7,6
Voorschoten	1096	821	74,9	143	13,0	132	12,0
Waddinxveen	1103	835	75,7	161	14,6	107	9,7
Wassenaar	1193	671	56,2	156	13,1	366	30,7
Westland	4530	3621	79,9	552	12,2	357	7,9
Zoetermeer	5881	3925	66,7	681	11,6	1275	21,7
totaal	50865	35593	70,0	6514	12,8	8758	17,2

Tabel 2.2c: Opkomst en non-respons voor de C-gemeente

gemeente	uitgenodigd	respons en non-respons					
		opkomst		antw.kaart		non-respons	
> 250.000 inwoners		aantal	%	aantal	%	aantal	%
Den Haag	23512	12829	54,6	2818	12,0	7865	33,5

Uit de tabellen 2.2a, 2.2b en 2.2c is duidelijk te zien dat de opkomst in de groep van de kleine gemeenten het hoogst is, namelijk gemiddeld 77,0%. In de groep van middelgrote gemeenten is de opkomst 70,0% en in de C-gemeente Den Haag is dat slechts 54,6%.

Figuur 2.7: Opkomst voor de A-, B- en C gemeenten, 2007 en 2008



Net als in 2007 is te zien dat in 2008 de opkomst in de A-gemeenten het hoogst was en in de C-gemeente het laagst.

2.4 Passieve participatie

Wanneer een vrouw niet deelneemt, maar wel de antwoordkaart terugstuurt met daarop vermeld de reden van niet-deelname, wordt gesproken van ‘passieve participatie’. De verdeling van opgegeven redenen voor ‘niet-deelname’ is weergegeven in de figuren 2.8 en 2.9 (zie blz. 16).

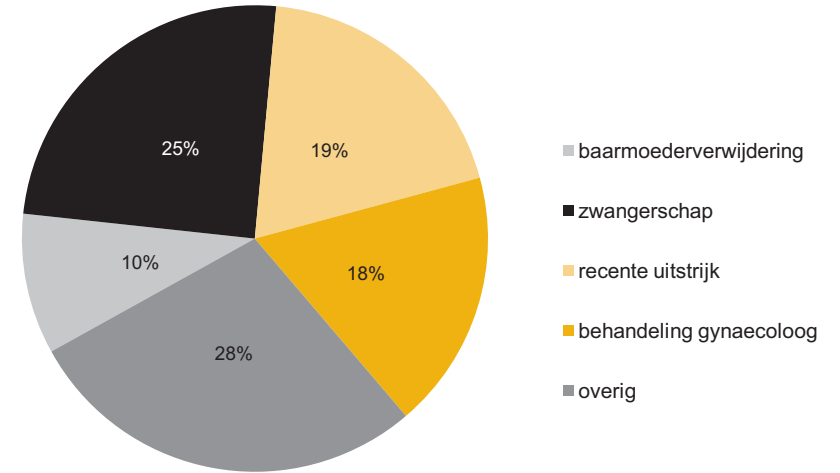
Opvallend is het hoge percentage zwangerschappen als aanleiding voor passieve participatie, respectievelijk 25% (huisarts) en 24% (centraal). In tabel 2.3a (zie blz. 18) worden deze percentages nogmaals gegeven, maar dan uitgebreid met een percentage ten opzichte van de uitgenodigde vrouwen.

Zoals in de lijn van de verwachtingen ligt, geven vooral jonge vrouwen aan niet aan het bevolkingsonderzoek deel te nemen wegens zwangerschap, en oudere vrouwen omdat zij een baarmoederverwijdering hebben ondergaan (zie tabel 2.3b op blz. 16). Wanneer een vrouw aangeeft dat haar baarmoederhals verwijderd is, betreft het een ‘definitieve afmelding’. Dit wil zeggen dat een dergelijke afmelding ertoe leidt dat bij de volgende ronde geen uitnodiging meer wordt verzonden naar deze vrouw. In het geval van zwangerschap wordt na zes maanden opnieuw een uitnodiging verstuurd en is, bij deelname, in feite sprake van uitgestelde participatie. In tabel 2.3b wordt een overzicht gegeven van de antwoordredenen ‘zwangerschap’ en ‘baarmoederverwijdering’ gestratificeerd naar geboortjaar. Zoals te verwachten is, komt ‘zwangerschap’ vooral voor bij de relatief jonge vrouwen en ‘baarmoederverwijdering’ hoofdzakelijk bij de oudere vrouwen. Bijna alle andere redenen vallen in de categorie ‘tijdelijke afmelding’. Dit wil zeggen dat de afmelding geldt voor één ronde. Bij een volgende ronde wordt wederom een uitnodiging verstuurd. In de evaluatie telt de vrouw één keer. Dit wil zeggen dat als een uitgestelde uitnodiging tot participatie leidde, de vrouw werd meegeteld bij de ‘participatie’ en niet bij de ‘passieve participatie’.

Tabel 2.3a: Passieve participatie: antwoordredenen

	huisarts		centraal	
	% t.o.v. antw. redenen	% t.o.v. uitgenod. vrouwen	% t.o.v. antw. redenen	% t.o.v. uitgenod. vrouwen
baarmoederverwijdering	10%	1%	11%	2%
zwangerschap	25%	3%	25%	3%
recente uitstrijk	19%	2%	19%	2%
behandeling gynaecoloog	18%	2%	23%	3%
overig	28%	3%	23%	3%

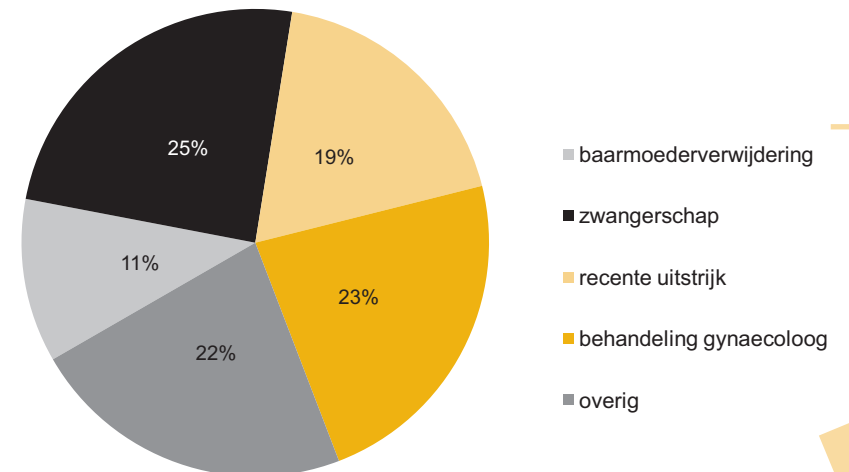
Figuur 2.8: Passieve participatie: antwoordredenen bij uitnodigen door de huisarts in 2008



Tabel 2.3b: Passieve participatie: zwangerschap en baarmoederverwijdering (bv) gestratificeerd naar geboortjaar

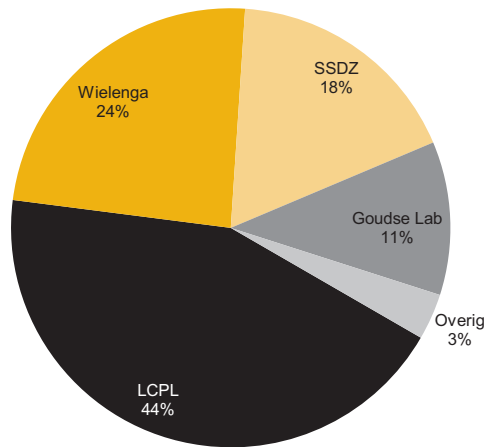
geboortjaar	antwoordredenen				
	totaal	zwanger	%	bv	%
1948	1207	0	0,0	219	18,1
1953	1121	0	0,0	241	21,5
1958	1313	0	0,0	304	23,2
1963	1314	14	1,1	233	17,7
1968	1370	272	19,9	90	6,6
1973	1975	1017	51,5	23	1,2
1978	2245	1295	57,7	5	0,2
totaal	10545	2598	24,6	1115	10,6

Figuur 2.9: Passieve participatie: antwoordredenen bij centraal uitnodigen in 2008



2.5 Uitslagen

Figuur 2.10: Percentage onderzoeken per laboratorium in 2008



2.5.1 Cytoscores

De cytologische uitslagen van de vrouwen die een uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek lieten maken, werden voor het grootste deel (97%) door respectievelijk het LCPL (Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium), het Wielenga laboratorium in Den Haag, de SSDZ (Reinier de Graaf, Delft), het Goudse Laboratorium en voor een klein deel (3%) door andere laboratoria naar SBBW verzonden (zie figuur 2.10). SBBW beschikt voor dit jaarverslag over 55.721 cytologische uitslagen van de geboortecohorten 1978, 1973, 1968, 1963, 1958, 1953 en 1948. Van al deze uitstrijkjes zijn zowel Pap-classes als KOPAC-codes bekend. In dit verslag worden de cytologische resultaten in beide coderingsvormen getoond. In tabel 2.4 is de vertaling van de Pap-classificatie naar de KOPAC-codering weergegeven. Aangezien het grootste deel van de afwijkingen in de KOPAC in de P- en de C-kolom vallen, concentreert de analyse zich geheel op de P en de C en worden de K, de O en de A hier buiten beschouwing gelaten.

In dit hoofdstuk wordt gesproken van cytoscores en daarbij worden negatieve, grijze en positieve cytoscores onderscheiden. De afgrenzing van deze drie gebieden wordt in tabel 2.5 gepresenteerd. In de voorgaande verslagen werden de cytoscores altijd uitgedrukt in Pap-classes en daarom wordt in figuur 2.13 (zie blz. 19) het verloop van de cytoscores in deze classificatie getoond.

Tabel 2.4: Vertaaltabel Pap-classes en KOPAC-codering

Pap-klasse	KOPAC P en C
Pap 0	P0, C0
Pap 1	P1, C1
Pap 2	P2, C3
Pap 3A	P4, P5, C4, C5
Pap 3B	P6, C6
Pap 4	P7, C7
Pap 5	P8, P9, C9

Tabel 2.5: Afgrenzing van de cytoscores

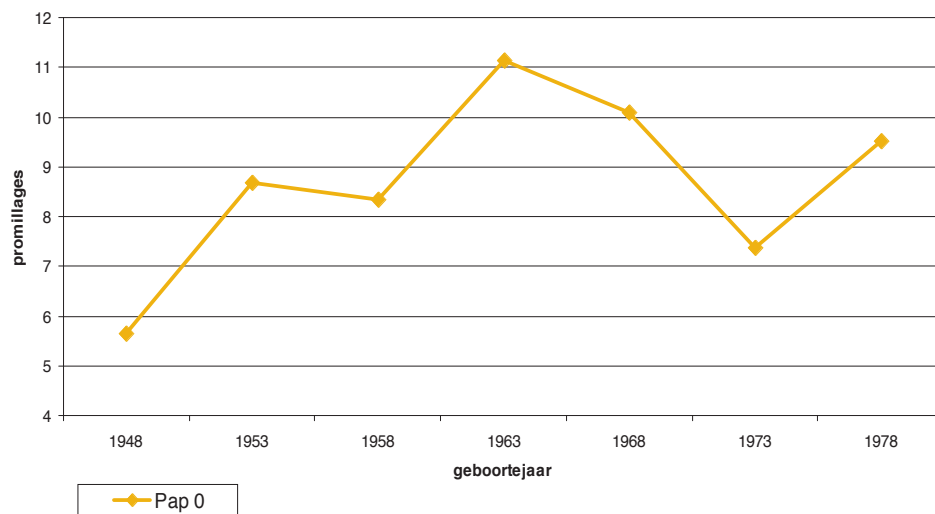
cytoscore	afgrenzing
negatieve cytoscore	cytologisch negatief (inclusief P2, P3 en C3)
grijze cytoscore	KOPAC-code P4 en P5 (=lichte en matige dysplasie)
positieve cytoscore	KOPAC-code \geq P6 (\geq sterke dysplasie)

2.5.2 Onbeoordeelbare uitstrijkjes Pap 0

In een aantal gevallen kan er geen cytologische diagnose op het uitstrijkje worden gegeven: dit zijn de Pap 0-gevallen. Het moge duidelijk zijn dat het belangrijk is dit aantal laag te houden. In 2007 was de score 7,24‰, in 2008 was deze score iets gestegen tot 8,87‰. Van de 494 vrouwen met een Pap 0 uitstrijkje hebben 301 vrouwen deelgenomen aan het herhalingsonderzoek.

In figuur 2.11 is de Pap 0-groep gestratificeerd naar geboortjaar-cohort. Het is wel enigszins verbazingwekkend, dat er geen hoge Pap 0-scores bij de oudere vrouwen zijn te zien, want uitstrijkjes van vrouwen in de menopauze (voornamelijk te vinden in de geboortejaren 1948 en 1953) zijn veel moeilijker te beoordelen dan uitstrijkjes van vrouwen in de geslachtsrijpe leeftijd (de overige geboortejaren). Wel is er een kleine piek Pap-0 cytoscores te zien bij de vrouwen die in 1963 zijn geboren.

Figuur 2.11: Cytoscores van PAP-klasse 0 gestratificeerd naar geboortjaar



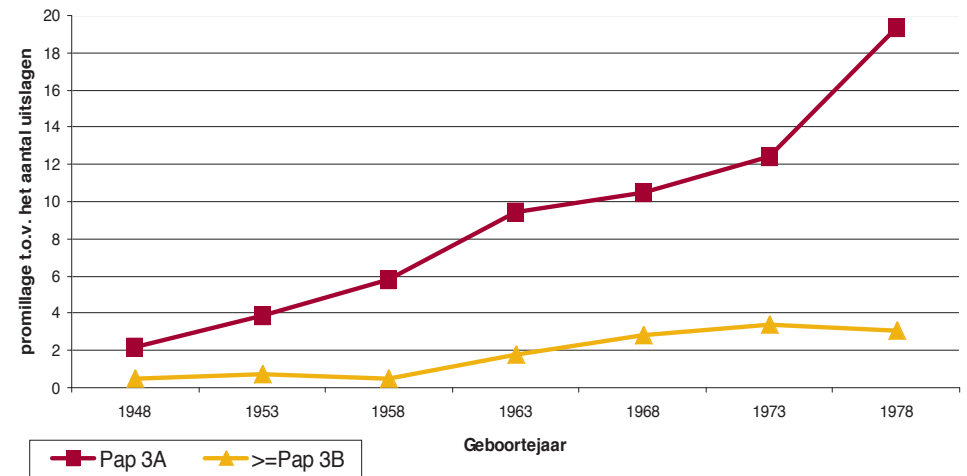
2.5.3 Cytoscores

De cytoscores (in ‰) zijn berekend voor de 55.721 uitstrijkjes van het screenjaar 2008. Net als in voorgaande jaren worden de hoogste cytoscores voor de positieve cytologie (\geq Pap 3B) bij de jongste vrouwen gevonden, voor 2008 zijn dit de geboortejaren 1968, 1973 en 1978. Ook bij Pap 3A zien we de hoogste score voor de jongste groepen (zie figuur 2.12).

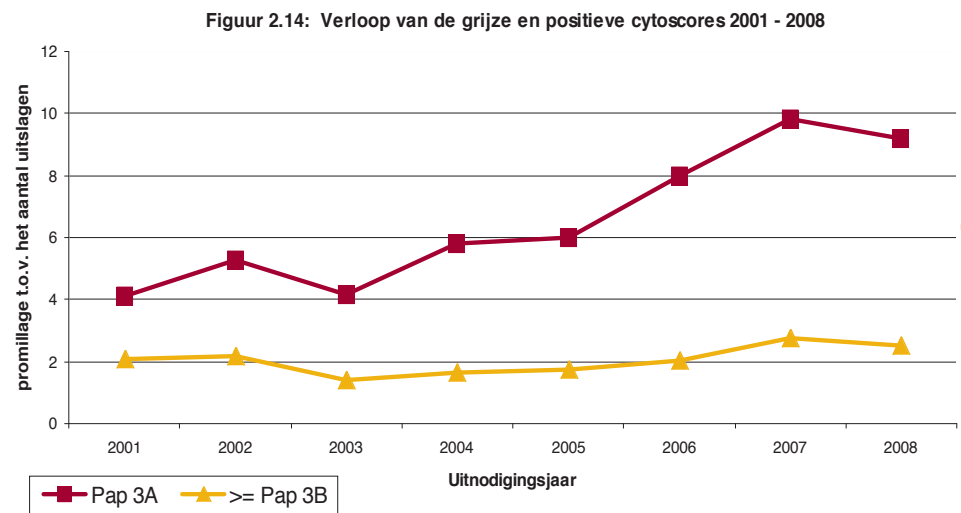
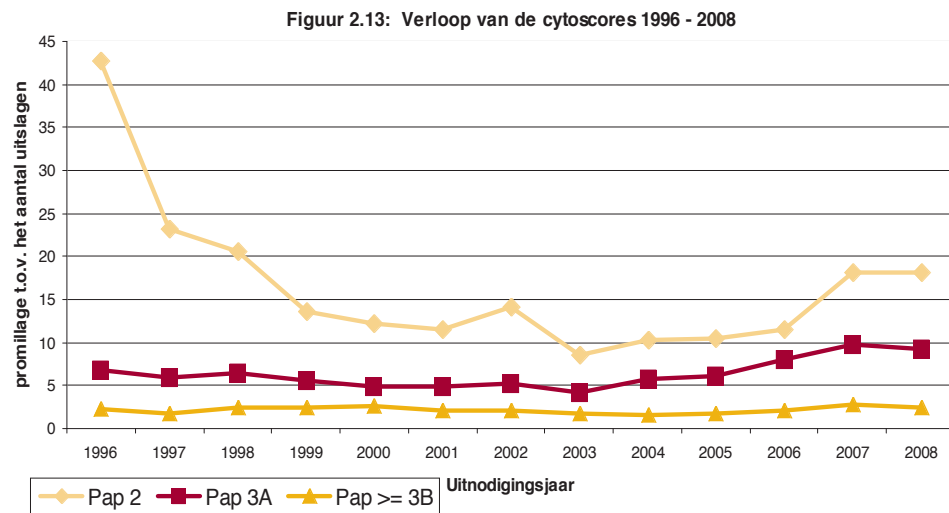
In figuur 2.13 wordt het verloop van de cytoscores in de periode 1996 tot en met 2008 getoond.

Duidelijk te zien is dat er in 1997 een sterke daling van de cytoscores Pap 2 optrad. SBBW ziet de sterke afname van het aantal Pap 2 uitstrijkjes als een belangrijke verbetering van het bevolkingsonderzoek. Immers, veel minder vrouwen worden ongerust gemaakt, omdat hun uitstrijkje 'niet normaal' zou zijn.

Figuur 2.12: Cytoscores 2008 gestratificeerd naar geboortjaar



Ook traden er veranderingen op in de cytoscores Pap 3A en Pap \geq 3B. Deze zijn niet goed te zien in figuur 2.13 en daarom wordt het verloop in figuur 2.14 met een andere y-as getoond. Het verloop in deze cytoscores is minder spectaculair dan voor de Pap 2-groep. Voor de Pap 3A is vanaf 2003 een toename te zien van de cytoscore, van 1,4‰ naar 9,2‰. In die jaren nam ook de cytoscore voor \geq Pap 3B toe, en wel van 1,4‰ tot 2,5‰. De Pap 2-score nam tussen 2003 en 2008 weer toe, van 8,6‰ tot 18,2‰. Een mogelijke verklaring voor deze toename is de invoering van de dunnelaagcytologie.



2.5.4 Uitstrijkcentrum en achterstandswijken in Den Haag

De deelname van vrouwen aan het bevolkingsonderzoek is in Den Haag de laagste van de hele regio. Dit geldt met name voor de allochtone vrouwen en/of vrouwen uit achterstandswijken. Om de opkomst te verhogen is in 2007 een pilot gestart. Deze pilot is een samenwerkingsverband van Stichting Lijn 1, Stichting SBBW en het uitstrijkcentrum van huisarts Y. Baskaya. Het uitgangspunt van de pilot is een tweesporenbeleid met aandacht voor twee allochtone bevolkingsgroepen, de Hindoestaanse en Islamitische gemeenschappen van vrouwen die buiten Nederland zijn geboren. Deze immigranten wonen verspreid over de wijken die door het CBS worden aangeduid als 'sociaaleconomische achterstandswijken'. In deze wijken wonen ook in Nederland geboren vrouwen waarvan de opkomst ook niet hoog is. Ook voor hen is in deze pilot de nodige aandacht.

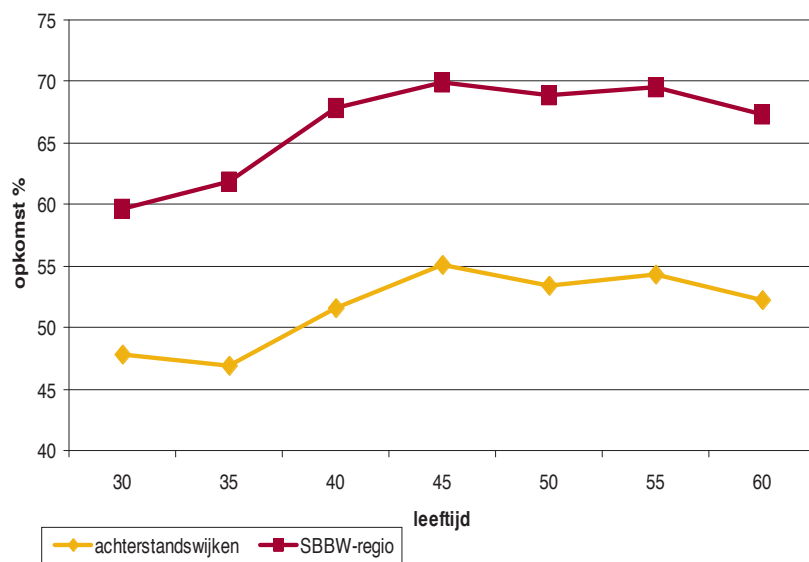
Stichting Lijn 1 heeft diverse acties ondernomen ter stimulering en werving van uitnodigende huisartsen. Deze acties hebben geresulteerd in de aanmelding van nieuwe uitnodigende praktijken.

De 'sociaaleconomische achterstandswijken' zijn nader onder de loupe genomen. Voor alle leeftijdsgroepen geldt dat de opkomst hier veel lager ligt dan in de rest van de SBBW-regio (zie figuur 2.15)

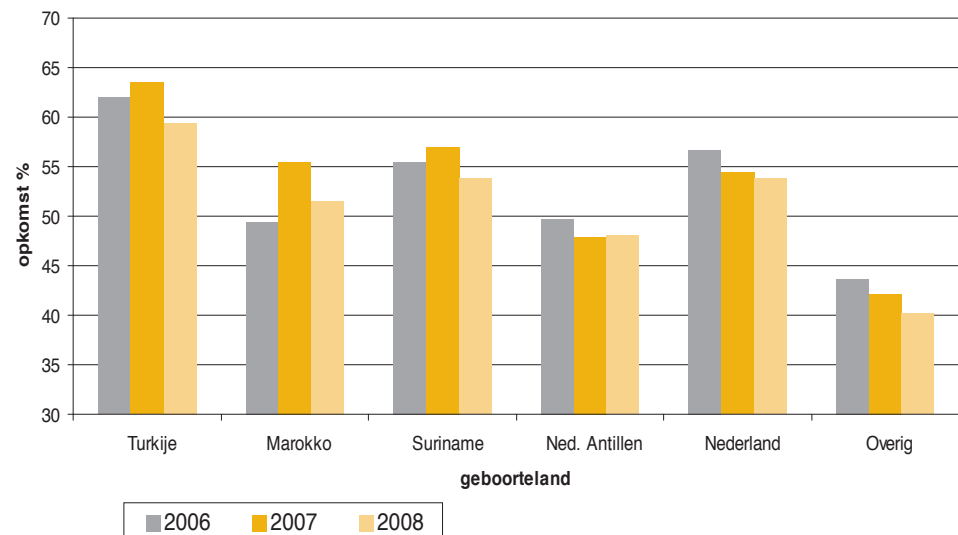
Vergeleken met 2006 is in 2007 een toename te zien van de opkomst Turkse, Marokkaanse en Surinaamse immigranten in de Haagse achterstandswijken. Echter, in 2008 daalt deze opkomst weer. Voor Turkije en Suriname zelfs tot onder het niveau van 2006. Voor de groepen Ned. Antillen, Nederland en Overig, is de opkomst vanaf 2006 alleen gedaald.

In het uitstrijkcentrum van huisarts Baskaya zijn in 2007 en 2008 totaal 1290 vrouwen uitgestreken. We kunnen concluderen dat het uitstrijkcentrum niet heeft geleid tot een hogere opkomst maar wel heeft voorzien in een 'vangnetfunctie'.

Figuur 2.15: Opkomst Haagse achterstandswijken gestratificeerd naar leeftijd



Figuur 2.16: Opkomst Haagse achterstandswijken gestratificeerd naar geboorteland



2.6 Indicatoren HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg)

Tenslotte vermelden wij hieronder nog de kengetallen volgens de definities zoals deze in de HKZ kwaliteitsrichtlijnen worden genoemd.

Bruto opkomstpercentage:	66,4
Netto opkomstpercentage:	76,0
Beschermingsgraad:	70,2
Opkomstpercentage iMGZ:	65,2

Definities HKZ

$$\text{Bruto opkomst \% (20XX)} = \frac{N_{\text{uitstr.}}}{N_{\text{uitn.}}} * 100\%$$

$N_{\text{uitstr.}}$ = aantal uitstrijken in schemajaar 20xx
 $N_{\text{uitn.}}$ = aantal uitnodigingen in schemajaar 20xx

$$\text{Netto opkomst \% (20XX)} = \frac{N_{\text{uitstr.}}}{N_{\text{uitn.}} - N_{\text{antw.}}} * 100\%$$

$N_{\text{antw.}}$ = aantal antwoordkaarten in schemajaar 20xx
 $N_{\text{uitn.}}$ = aantal uitnodigingen in schemajaar 20xx

$$\text{Beschermingsgraad (20XX)} = \frac{N_{\text{uitstr.}} + N_{\text{antw.UE}} + N_{\text{antw.RU}}}{N_{\text{uitn.}}} * 100\%$$

$N_{\text{antw. UE}}$ = aantal antwoordkaarten Uterus Extirpatie in schemajaar 20xx
 $N_{\text{antw. RU}}$ = aantal antwoordkaarten Recent Uitgestreken in schemajaar 20xx

Opkomstpercentage iMGZ (aantal uitstrijken t.o.v doelgroep 'at risk')

$$\text{Opkomst \% iMGZ (20XX)} = \frac{N_{\text{uitstr.}}}{N_{\text{vrouw}} - N_{\text{antw.UE}}}$$

$N_{\text{uitstr.}}$ = aantal uitstrijken in schemajaar 20xx
 N_{vrouw} = aantal vrouwen in doelgroep in schemajaar 20xx
 $N_{\text{antw. UE}}$ = aantal antwoordkaarten Uterus Extirpatie in schemajaar 20xx

3. NATRAJECT: DE HISTOSCORES

3.1 Inleiding

Vrouwen kunnen in het natraject terechtkomen wanneer het advies luidt: ‘verwijzen naar de gynaecoloog’. Wanneer de gynaecoloog, op geleide van een colposcopisch onderzoek, besluit een biopt te nemen, volgt een uitslag van een histologisch onderzoek.

3.2 Histoscoring: definities

De histoscoring (positieve histologische bevindingen) worden, analoog aan de cytoscores, berekend over 1.000 onderzochte vrouwen, het zijn dus promillages, van de 55.721 uitstrijkjes van het screenjaar 2008. De histologische onderzoeken worden verslagen in een terminologie waarin zowel de plaveiselcelafwijkingen (in de CIN-terminologie) als de afwijkingen van het cilinderepitheel van de endocervix (de adeno’s) worden uitgedrukt. Incidenteel kan er een adenocarcinoom van het endometrium worden vastgesteld. In totaal zijn er zes verschillende histologische diagnoses van (pre)carcinoom (zie tabel 3.1).

3.3 Histoscoring van de direct verwezen vrouwen

Dit verslag concentreert zich in de eerste plaats op die vrouwen die op basis van een uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek met een cytologische diagnose KOPAC \geq P5 en \geq C5 direct naar de gynaecoloog werden verwezen.

In het ziekenhuis wordt een vervolgdagnose gesteld door de patholoog die het biopt beoordeelt dat door de gynaecoloog is afgenomen op geleide van de colposcopie. In lab 1 en 2 wordt de vervolgdagnose meestal niet binnen het laboratorium zelf gesteld, omdat het biopt in een ander laboratorium wordt beoordeeld. Daarentegen komen in lab 3 en 4 zowel de screeningsuitstrijkjes als de vervolguistrijkjes en de vervolgbiopten terecht. De kleinere laboratoria zijn in een vijfde groep onder het hoofdje ‘overig’ samengebracht.

In totaal zijn dit jaar 313 vrouwen doorgestuurd naar de tweede lijn, vanwege een KOPAC \geq P5 en/of \geq C5. Van 15 van de 313 direct verwezen vrouwen was geen follow-up bekend (4,8%). Van 298 direct verwezen vrouwen werd wel beschikt over vervolgdagnoses. Er werden 14 (micro)invasieve plaveiselcelcarcinom gediagnosticeerd.

De histoscore \geq CIN III was in 2008: 3,322 (2007: 3,532). In 2008 was de histoscore endocervixcarcinom 0,034 (2007: 0,049) en voor adeno-c.i.s. 0,051 (2007: 0,082). De histoscore \geq CIN III nam van 3,532 in 2007 af naar 3,322.

Tabel 3.1: (Pre)carcinoom van de cervix, definities

plaveisel	cylinder (endocervix)
CIN I	
CIN II	
CIN III	adenocarcinoma in situ
(micro)invasief plaveiselcelcarcinom	adenocarcinom

Tabel 3.2: Afgrenzing van de histoscoring

histoscore	afgrenzing
negatieve histoscore	histologisch negatief
grijze histoscore	CIN I en CIN II
positieve histoscore	\geq CIN III

Tabel 3.3: Histologische diagnoses 2008, vrouwen die naar het ziekenhuis verwezen zijn wegens een cytologische diagnose \geq P5 en \geq C5 (\geq matige dysplasie)

		lab1	lab2	lab3	lab4	overig	totaal
A	N (uitslag \geq P5 en \geq C5)	64	153	59	20	17	313
B	geen follow-up bekend	2	9	2	0	2	15
C	cytologie negatief	1	2	6	0	0	9
D	cytologie positief	1	15	2	0	1	19
E	histologie negatief	2	3	2	0	0	7
F	CIN I	3	8	7	0	0	18
G	CIN II	17	13	9	4	5	48
H	CIN III	35	88	29	16	9	177
I	adeno-c.i.s.	0	3	0	0	0	3
J	(micro)invasief plaveiselcarcinoom	3	9	2	0	0	14
K	endocervixcarcinoom	0	2	0	0	0	2
L	endometriumcarcinoom	0	1	0	0	0	1
M	\geq CIN III	38	103	31	16	9	197

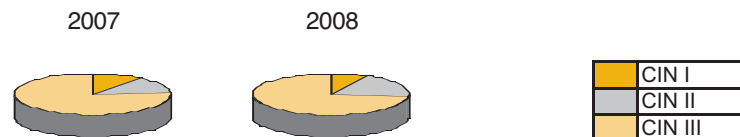
Tabel 3.4: Histoscores 2008, vrouwen die naar het ziekenhuis verwezen zijn wegens een cytologische diagnose \geq P5 en \geq C5 (\geq matige dysplasie) per 1000

		lab1	lab2	lab3	lab4	overig	totaal
A	cytoscore \geq P5 en \geq C5	4,396	5,860	5,583	3,067	10,961	5,278
B	geen follow-up bekend	0,137	0,345	0,189	0,000	1,289	0,253
C	cytologie negatief	0,069	0,077	0,568	0,000	0,000	0,152
D	cytologie positief	0,069	0,575	0,189	0,000	0,645	0,320
E	histologie negatief	0,137	0,115	0,189	0,000	0,000	0,118
F	CIN I	0,206	0,306	0,662	0,000	0,000	0,304
G	CIN II	1,168	0,498	0,852	0,613	3,224	0,809
H	CIN III	2,404	3,371	2,744	2,454	5,803	2,984
I	adeno-c.i.s.	0,000	0,115	0,000	0,000	0,000	0,051
J	(micro)invasief plaveiselcarcinoom	0,206	0,345	0,189	0,000	0,000	0,236
K	endocervixcarcinoom	0,000	0,077	0,000	0,000	0,000	0,034
L	endometriumcarcinoom	0,000	0,038	0,000	0,000	0,000	0,017
M	\geq CIN III	2,610	3,945	2,934	2,454	5,803	3,322

3.4 Taartdiagrammen van de direct verwezen vrouwen

Van de vrouwen met een cytologische diagnose KOPAC \geq P5 + \geq C5, die daarmee direct naar de gynaecoloog zijn verwezen, kunnen de histologische diagnoses worden verdeeld in negatief, CIN I, CIN II, en \geq CIN III (zie tabel 3.3). Uit deze gegevens zijn zogenaamde 'taartdiagrammen' geconstrueerd. Al met al blijft het diagram van 2008 ongeveer hetzelfde als voor 2007, met voornamelijk CIN III diagnoses voor de direct verwezen vrouwen.

Figuur 3.1: Histoscores CIN I/II/III, 2007 en 2008, van vrouwen met $>$ P5 en $>$ C5



3.5 Histoscores van de indirect verwezen vrouwen

Ook dit jaar worden de histoscores van de vrouwen met een P4 (lichte dysplasie) uitstrijk gepresenteerd. Deze vrouwen worden doorverwezen naar de gynaecoloog wanneer de diagnose van de herhalingsuitstrijk wederom \geq P4 is. Dit is dus via een indirecte route. Niet alle vrouwen met een P4 worden doorgestuurd: wanneer de herhalingsuitstrijk geen afwijkingen vertoont, hoeven deze vrouwen niet nader te worden onderzocht. In 2008 werd aan 359 vrouwen, via de huisarts, het advies gegeven om een colposcopisch biopt te laten verrichten. Van 38 vrouwen is geen follow-up bekend. Bij 217 vrouwen werd in de tweede lijn geen biopt genomen, maar werd alleen een vervolguutstrijk gemaakt. Hieruit kwamen er 117 met negatieve bevindingen en 100 met afwijkende cytologie (zie tabel 3.5 op blz. 24). Van de overige vrouwen heeft SBBW de beschikking over de histologische diagnose: er werd bij 27 vrouwen een CIN III gevonden. De histoscores worden in tabel 3.6 (zie blz. 24) gepresenteerd. De histoscore \geq CIN III nam toe van 0,312 in 2007 naar 0,506 in 2008.

Tabel 3.5: Histologische diagnoses 2008, vrouwen met een cytologische diagnose P4 (lichte dysplasie), die na een herhalingsuitstrijk naar het ziekenhuis verwezen zijn

		lab1	lab2	lab3	lab4	overig	totaal
A	N	66	195	69	27	2	359
B	geen follow-up bekend	8	24	3	2	1	38
C	cytologie negatief	19	71	20	7	0	117
D	cytologie positief	9	77	8	6	0	100
E	histologie negatief	5	4	10	2	0	21
F	CIN I	6	8	12	4	0	30
G	CIN II	9	1	9	3	1	23
H	CIN III	9	9	6	3	0	27
I	adeno-c.i.s.	0	0	0	0	0	0
J	(micro)invasief plaveiselcarcinoom	1	1	1	0	0	3
K	endocervixcarcinoom	0	0	0	0	0	0
L	endometriumcarcinoom	0	0	0	0	0	0
M	≥ CIN III	10	10	7	3	0	30

Tabel 3.6: Histoscores 2008, vrouwen die naar het ziekenhuis verwezen zijn wegens een cytologische diagnose P4 (lichte dysplasie) per 1000

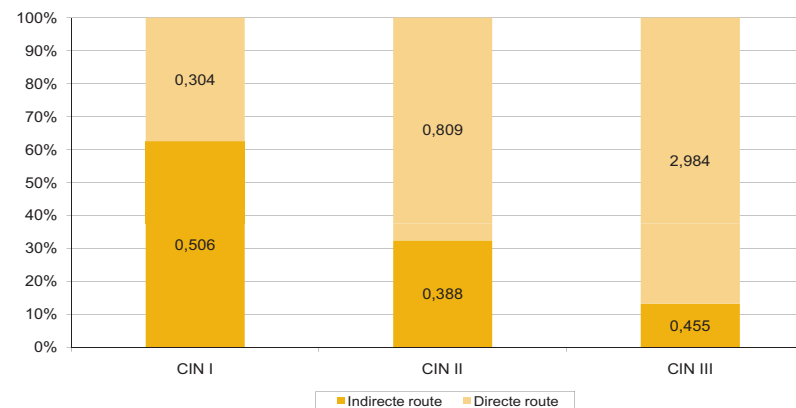
		lab1	lab2	lab3	lab4	overig	totaal
A	cytoscore	4,533	7,469	6,530	4,140	1,289	6,053
B	geen follow-up bekend	0,549	0,919	0,284	0,307	0,645	0,641
C	cytologie negatief	1,305	2,719	1,893	1,073	0,000	1,973
D	cytologie positief	0,618	2,949	0,757	0,920	0,000	1,686
E	histologie negatief	0,343	0,153	0,946	0,307	0,000	0,354
F	CIN I	0,412	0,306	1,136	0,613	0,000	0,506
G	CIN II	0,618	0,038	0,852	0,460	0,645	0,388
H	CIN III	0,618	0,345	0,568	0,460	0,000	0,455
I	adeno-c.i.s.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
J	(micro)invasief plaveiselcarcinoom	0,069	0,038	0,095	0,000	0,000	0,051
K	endocervixcarcinoom	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
L	endometriumcarcinoom	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
M	≥ CIN III	0,687	0,383	0,662	0,460	0,000	0,506

De histoscores van de verschillende laboratoria voor de vrouwen van de indirecte route lopen sterk uiteen. Voor de laboratoria was er geen enkele lijn in de P4 data te ontdekken.

3.6 Uiteindelijke histoscores

De 'uiteindelijke histoscores' zijn te berekenen uit de som van de scores die resulteren uit de direct verwezen vrouwen (KOPAC ≥ P5 en ≥ C5) en die van de indirecte route (KOPAC P4). In figuur 3.2 zijn de histoscores van respectievelijk CIN I, CIN II en CIN III weergegeven. De histoscore voor CIN III bleef met 3,439 nagenoeg gelijk aan 2007 (3,401) evenals de histoscore ≥ CIN III, namelijk 3,828 in 2008 en 3,844 in 2007. Duidelijk te zien is dat de bijdrage van de indirecte route op de uiteindelijke histoscore ook in 2008 sterk afhankelijk is van de ernst van de afwijking: groot voor CIN I, klein voor CIN III.

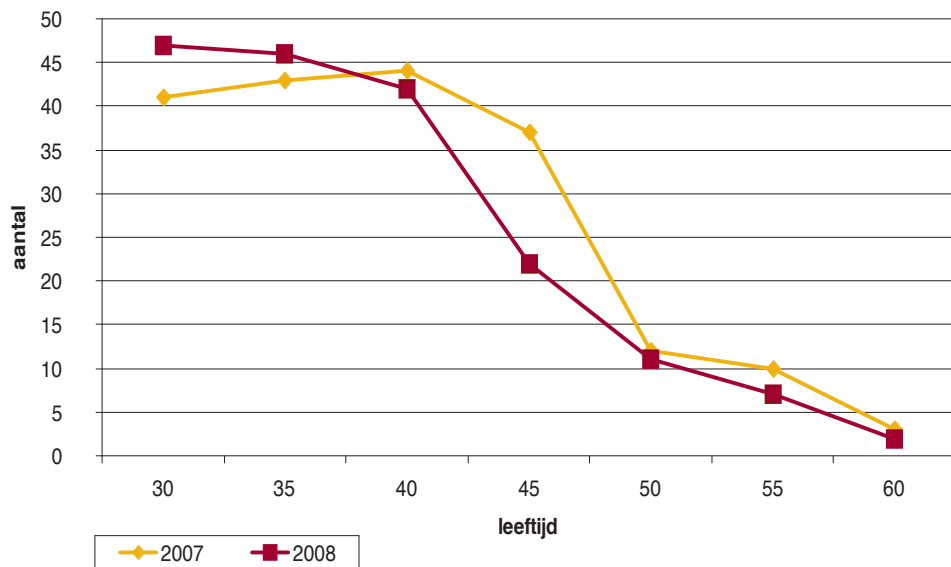
Figuur 3.2: Indirecte (KOPAC P4) en directe (KOPAC P5) route naar CIN I, CIN II en CIN III



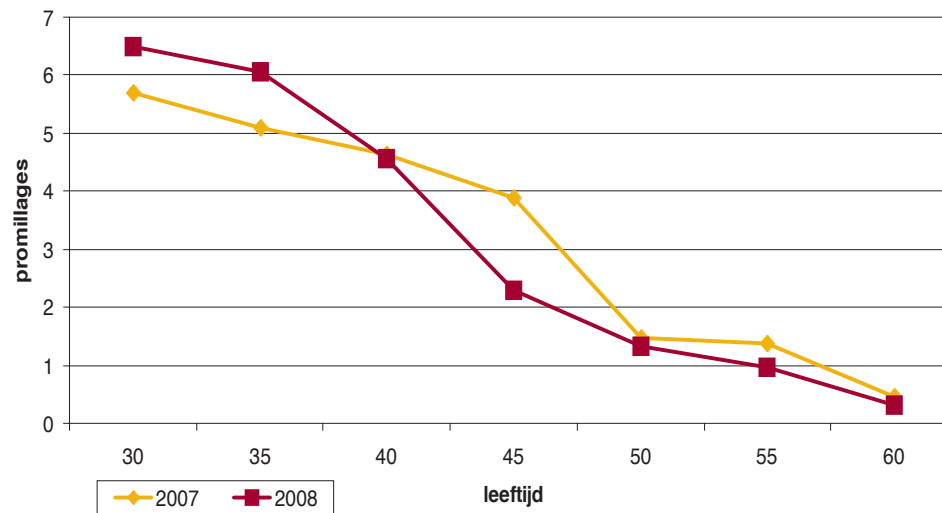
3.7 Tenslotte: betere detectie in 2008

In 2008 heeft SBBW wederom profijt gehad van het unieke systeem dat is opgezet waarbij de cytologische en histologische data rechtstreeks gekoppeld zijn. In 2007 werden 207 CIN III laesies gediagnosticeerd. In 2008 zijn dit er 204. Gestratificeerd naar leeftijd was het aantal 30- en 35-jarige vrouwen met CIN III in 2008 hoger dan in 2007 en voor de overige leeftijdscategoriën juist iets lager (figuur 3.3). Hetzelfde geldt voor de histoscores (figuur 3.4). In 2008 werden 14 plaveiselcelcarcinomen gediagnosticeerd. Vanaf 2007 is de detectie van ernstige pathologie aanmerkelijk toegenomen. Wellicht heeft de grootschalige invoering van de dunnelaagecytologie in de SBBW-regio hier een grote rol gespeeld. Tenslotte kan worden opgemerkt dat er minder pathologie wordt gedetecteerd bij vrouwen vanaf 50 jaar die deelnemen aan het bevolkingsonderzoek.

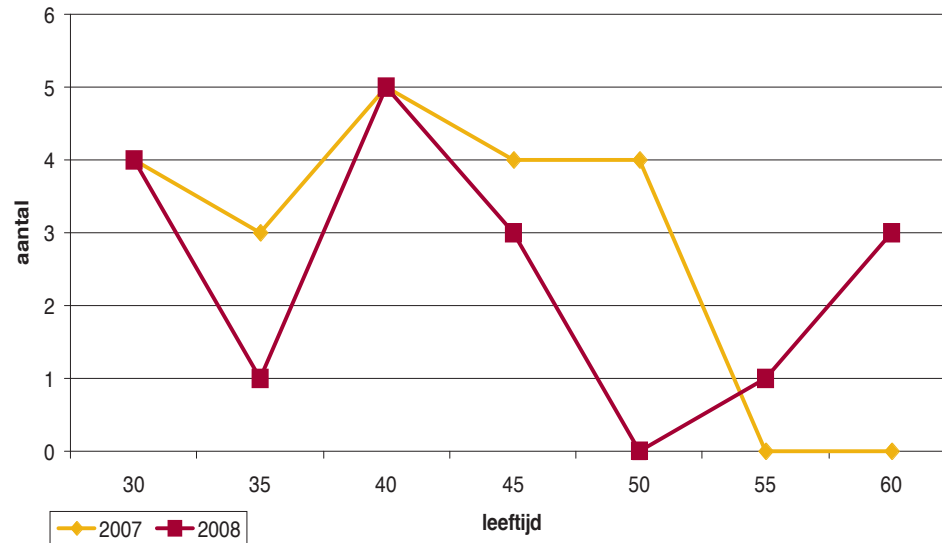
Figuur 3.3: Aantal vrouwen met CIN III 2007 en 2008, gestratificeerd naar leeftijd



Figuur 3.4: Histoscores CIN III 2007 en 2008, gestratificeerd naar leeftijd



Figuur 3.5: Aantal vrouwen met (micro)invasief carcinoom 2007 en 2008, gestratificeerd naar leeftijd



BALANS PER 31 DECEMBER

	2008	2007
<i>ACTIVA</i>		
Inventaris	39.411	59.864
Vorderingen		
RIVM	41.585	230.918
Overige vorderingen	50.954	46.984
Geldmiddelen	466.085	204.649
<i>Totaal van de activa</i>	<u><u>598.035</u></u>	<u><u>542.415</u></u>
<i>PASSIVA</i>		
Egalisatiereserve	303.996	272.843
Schulden		
Crediteuren	14.246	15.939
Overige schulden	279.793	253.633
<i>Totaal van de passiva</i>	<u><u>598.035</u></u>	<u><u>542.415</u></u>

REKENING VAN BATEN EN LASTEN

	2008	2007
Medische kosten	2.067.268	1.953.747
Personele kosten	465.115	469.775
Materiële kosten	576.751	575.437
Kapitaalslasten	21.904	26.447
Totale lasten	<u>3.131.038</u>	<u>3.025.406</u>
Totale baten	3.162.191	3.036.157
Exploitatieresultaat	<u><u>31.153</u></u>	<u><u>10.751</u></u>

Raad van Toezicht Samenwerkingsverband West

E.M. Timmers- Van Klink, voorzitter
 D. Ruijs, vice-voorzitter
 P.V.U. van Grevenstein, lid
 F.L. Haverkamp, lid
 L.M. Thoman - Voskuil, lid
 J. Timmers, lid

De Raad van Toezicht Samenwerkingsverband West is zesmaal bijeen geweest.

In het kader van de bestuurlijke fusie welke in opdracht van het Ministerie van VWS per 1 januari 2010 geregeld moet zijn met de SBZWN is er vanuit de Raad van Toezicht Samenwerkingsverband West en het Bestuur van Vlaardingen een toezicht- en bestuurscommissie gevormd bestaande uit:

E.M. Timmers - van Klink, Raad van Toezicht Samenwerkingsverband Leiden
 D. Ruijs, Raad van Toezicht Samenwerkingsverband Leiden
 J.R. Reuwer - Verheij, SBZWN Vlaardingen
 D.B. Zieren, SBZWN Vlaardingen
 M.J.A. de Bosschere, Raad van Bestuur Samenwerkingsverband West
 W.W.J. Spijker, algemeen directeur SBZWN Vlaardingen

De toezicht- en bestuurscommissie is vijfmaal bijeen geweest, waarbij mw. Reuwer en mw. Timmers om en om het voorzitterschap hadden.

Raad van Bestuur

M.J.A. de Bosschere

Leden Klachtencommissie

C.R. Janetzky, voorzitter
 J.M.A. Defoer, klachtenfunctionaris
 E.W.K. Tasseron, lid

De klachtencommissie is in 2008 tweemaal bijeen geweest.

Team SBBW

M.M. van Basten-Oudshoorn, secretaresse Raad van Bestuur
 E.W. Deegenars, systeembeheerder
 B. Goddijn, voorlichter tot 1 oktober 2008
 P.C. Hoek, administratief medewerker
 E. Jaarsma, administratief medewerker
 E.J. Kamp, voorlichter vanaf 1 oktober 2008 op interim basis (per 1-1-2009 in vaste dienst)
 S. van Leeuwen, secretaresse
 J. Zwaan, locatiemanager

Ondernemingsraad

B. Goddijn, voorzitter tot 1 oktober 2008
 E.W. Deegenars, lid en secretaris tot 1 oktober 2008 vanaf 1 oktober voorzitter
 P.C. Hoek, lid

Regionaal Coördinerend Patholoog

M.E. Boon, tot 1 juli 2008
 E.C.M. Ooms, vanaf 1 juli 2008

Betrokken organisaties in het werkgebied van SBBW

GGD'en

GGD Den Haag
 GGD Hollands Midden
 GGD Zuid-Holland West

ROS-SEN

Reos Zorg, Leiden
 Stichting eerstelijns ondersteuning Delfland Schieland Westland
 Stichting Lijn 1, Voorburg

Laboratoria

Groene Hart Ziekenhuis, Gouda
 Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium, Leiden
 Reinier de Graaf Groep, Delft
 Wielenga laboratorium, Den Haag

Huisartsen

Maatschappen gynaecologie

Integraal Kankercentrum West

Samenwerking

In het kader van de Federatie Preventieve Gezondheidszorg Zuidwest Nederland is er samenwerking met de volgende instanties:

GGD Hollands Midden, Leiden en Gouda
 GGD Rotterdam - Rijnmond
 GGD Zuidhollandse Eilanden, Spijkenisse
 GGD Zuid-Holland Zuid, Dordrecht
 RIVM Regionale Ent administratie ZH, Zoetermeer
 Stichting Bevolkingsonderzoeken ZuidWest Nederland, Vlaardingen
 Bevolkingsonderzoek Borstkanker West, Leiden
 Integraal Kankercentrum Rotterdam, Rotterdam
 Integraal Kankercentrum West, Leiden

Het bestuur van de Federatie is zesmaal bijeen geweest

De Federatieraad is driemaal bijeen geweest

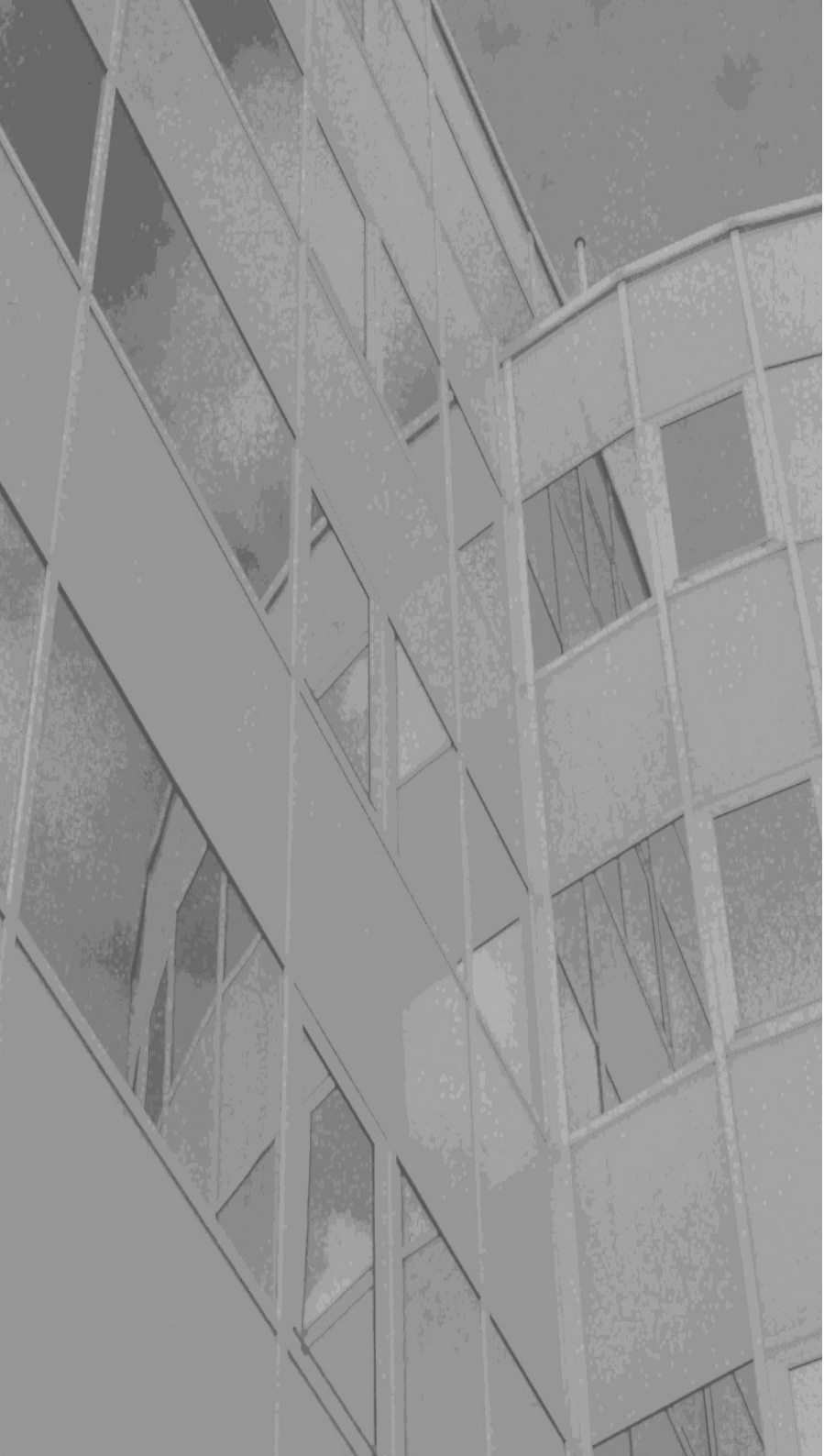
Dit jaarverslag is een uitgave van Stichting SBBW.

Tekst: E.J. Kamp
 E.C.M. Ooms
 W.W.J. Spijker
 J. Zwaan

Eindredactie: E.J. Kamp

Vormgeving: J. Zwaan

Druk: Drukkerij Bakker, Roelofarendsveen



Stichting SBBW

Schipholweg 66c

2316 XE Leiden

Telefoon : 071-523 23 22

Telefax : 071-523 59 31

E-mail : info@sbbw.nl

Internet : www.sbbw.nl