



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Arbeidsmarktproblematiek in het bevolkingsonderzoek borstkanker; verlate uitnodigingen

Adviesnotitie opgesteld door het Centrum voor
Bevolkingsonderzoek van het RIVM
(Kenmerk 00104/2019 CvB NvdV/PH/bk)

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave—2

1 Samenvatting—3

2 Probleemschets arbeidsmarktproblematiek—6

- 2.1 Aantal M(B)B-ers, in- en uitstroom—6
- 2.2 Uitstroom van screeningslaboranten—7
- 2.3 Instroom van MBB'ers—8
- 2.4 Netto effect op in en uitstroom van MBB'ers—8

3 Consequenties van het tekort aan screeningslaboranten op uitnodigingsintervallen en gezondheidswinst—10

- 3.1 De uitnodigingsintervallen tot eind 2019—10
- 3.2 Prognose 2020 en verder—11
- 3.3 Effecten op de gezondheidswinst—12

4 Maatregelen die ingezet kunnen worden—15

- 4.1 Maatregelen gericht op opleiding, arbeidsmarkt en -voorwaarden—15
- 4.2 Maatregelen gericht op planning en uitnodigingsbeleid—17
- 4.3 Governance structuur—20

5 Informeren, melden en communiceren—22

- 5.1 Juridische aspecten vertraging—22
- 5.2 Communicatie naar cliënten die in aanmerking komen voor een uitnodiging—23
- 5.3 Informeren professionals—23

6 Advies over de in te zetten maatregelen—24

Bijlage 1: factsheet bevolkingsonderzoek borstkanker—26

Bijlage 2: Uitnodigingsintervallen en bandbreedte november 2018 t/m oktober 2019—28

Bijlage 3. Modellering gezondheidseffecten—29

Bijlage 4: Uitgangspunten model voor prognose 2020 t/m 2026—31

Bijlage 5: Modelberekeningen prognose 2020 t/m 2026—35

Bijlage 6: Ingezette activiteiten van de verschillende screeningsorganisaties t/m 2019 en deels doorlopend—38

1 Samenvatting

In de gezondheidszorg is er sprake van een tekort aan Medisch Beeldvormings- en Bestralingsdeskundigen (MBB'ers). Ook binnen de screening naar borstkanker is er een tekort aan deze screeningslaboranten. Het gevolg is dat er bij minder vrouwen foto's gemaakt kunnen worden. Vrouwen ontvangen hierdoor later een uitnodiging. Het uitnodigingsinterval sinds de voorgaande screening is daardoor niet meer gemiddeld 24 maanden, maar loopt op. Het probleem is op dit moment het grootst in de regio Midden-West maar ook in de regio's Zuid-West en Zuid is het uitnodigingsinterval opgelopen. Vrouwen in de regio Midden-West ontvangen eind 2019 gemiddeld 4 maanden later een uitnodiging. Deze regio betreft ongeveer een kwart van de totale jaarlijkse doelgroep vrouwen, dus zo'n 250.000 vrouwen die hierdoor later gescreend worden.



De verwachting is dat het probleem van vertraging in ieder geval een aantal jaren aanhoudt. Landelijk gezien wordt de grootste vertraging in 2021-2022 verwacht, waarna een geleidelijke daling tot jaar 2026 plaatsvindt. In de regio's Midden-West en Zuid blijven de intervallen tot en met 2026 verhoogd. Omdat de onzekerheid in de arbeidsmarkt cijfers jaarlijks toeneemt, is ervoor gekozen om ten behoeve van deze notitie de cijfers tot en met 2026 te berekenen.

Met het bevolkingsonderzoek wordt gezondheidswinst behaald. De te behalen gezondheidswinst ligt jaarlijks gemiddeld op 1500 voorkomen sterfgevallen in de periode tot 2060. Het meerdere keren verlaat uitnodigen van vrouwen geeft een daling van het aantal landelijk voorkomen sterfgevallen van circa 40 tot 50 per jaar. Dit effect zal voornamelijk zo'n 10 tot 30 jaar na de vertraagde screening optreden*.

Deze adviesnotitie aan het Ministerie van VWS (hierna VWS) biedt informatie over de ontstane situatie en de mogelijke maatregelen om de situatie sneller te stabiliseren en te normaliseren. Daarnaast voorziet dit advies in een voorstel voor een stuurgroep-structuur om de situatie en de effecten van de maatregelen te monitoren en bij te kunnen sturen. De notitie is mede tot stand gekomen op basis van inbreng van de screeningsorganisaties. Het gaat om onder andere analyses van productiegegevens, modelberekeningen voor capaciteit en arbeidsmarktprognoses en maatregelen die deze organisaties (willen) inzetten.

Er zijn de afgelopen jaren door de screeningsorganisaties al veel verschillende acties ingezet. Het tekort aan screeningslaboranten blijft echter toenemen. De screeningsorganisaties hebben daarom extra maatregelen genomen en bereiden nieuwe maatregelen voor om de mate van vertraging in het uitnodigingsinterval te dempen en uitschieters te voorkomen. Optimale inzet op instroom van medewerkers en inzetbaarheid en behoud van medewerkers is hierbij een belangrijk aandachtspunt.

Er zijn tot en met 2026 grote verschillen in uitnodigingsintervallen tussen de regio's. Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (hierna CvB) adviseert te verkennen om de uitnodigingsintervallen in de (grensgebieden van de) minder vertraagde regio's gecontroleerd te verhogen. De (opleidings)capaciteit die vrijkomt kan dan zoveel mogelijk ingezet worden in de meer vertraagde regio's. Met deze maatregel kan een bijdrage geleverd worden aan het sneller stabiliseren en normaliseren van de intervallen in de vertraagde regio's.

Het is echter niet uit te sluiten dat deze maatregel een negatief effect heeft op de te behalen gezondheidswinst op landelijk niveau. Kenmerk van het bevolkingsonderzoek is echter een uniform aanbod voor alle vrouwen in Nederland. Het verdelen van de negatieve effecten van later uitnodigen over heel Nederland is wat het CvB betreft daarom verdedigbaar. Er kan voorkomen worden dat het uitnodigingsinterval voor een deel van de vrouwen flink blijft oplopen. Hiermee zou anders het verschil in uitnodigingsinterval tussen het ene deel van Nederland en het andere deel van Nederland steeds groter worden.

De maatregel van gecontroleerd verhogen van de uitnodigingsintervallen in sommige regio's vraagt om een goede verkenning, besluitvorming, implementatie en monitoring. Dit vraagt om een integrale, landelijke en dus regio-overstijgende aanpak. Op dit moment is dat nog onvoldoende te realiseren.

De screeningsorganisaties zijn verantwoordelijk voor het verder vormgeven en uitvoeren van de maatregelen. Het CvB adviseert de verantwoordelijkheid van de overheid vorm te geven middels een stuurgroep waaraan CvB, VWS en de screeningsorganisaties deelnemen. In deze stuurgroep kan de nadere uitwerking van de maatregelen vorm krijgen en kan de besluitvorming en bijsturing van maatregelen die van invloed zijn op de intervallen en gezondheidswinst snel plaatsvinden.

Het CvB adviseert via de website van het RIVM en de screeningsorganisaties informatie te verstrekken over de situatie en daarnaast de vrouwen die vertraagd uitgenodigd worden via de uitnodigingsbrief te informeren.

*Het verlies aan gezondheidswinst is gebaseerd op een schatting o.b.v. het MISCAN model met aannames over het screeningsinterval. Aanpassingen van het model o.b.v. de prognoses van de intervallen per regio worden later uitgevoerd voor nauwkeuriger schattingen.

2 Probleemschets arbeidsmarktproblematiek

De arbeidsmarktkrapte neemt toe in de gezondheidszorg. Dit geldt ook voor de beroepsgroep van de Medisch Beeldvormings- en Bestralingsdeskundigen (MBB'ers).

Het bevolkingsonderzoek borstkanker kampt met een groeiend tekort aan deze groep medewerkers, die na hun basisopleiding specifiek zijn opgeleid tot screeningslaboranten. Dit zijn medewerkers die de begeleiding van de cliënten in de units verzorgen en de borstfoto's maken en op kwaliteit beoordelen. Er zijn een aantal oorzaken voor dit tekort:

- Allereerst hebben de drie opleidingen voor Medische Beeldvormende en Radiotherapeutische technieken (MBRT) in Nederland in de afgelopen jaren tijdelijk het aantal opleidingsplaatsen verkleind. Er waren te weinig stageplekken in de ziekenhuizen beschikbaar. De screening is hiervan afhankelijk. Alleen een stage in de screening is onvoldoende om de opleiding af te ronden.
- Nu de ziekenhuizen weer meer personeel aannemen, zijn er te weinig gediplomeerden om alle beschikbare werkplekken, binnen en buiten de ziekenhuizen, te bemensen. Hierdoor is een sterke concurrentie ontstaan tussen de screening en de ziekenhuizen. Dit wordt versterkt door de gunstigere arbeidsvoorwaarden van de ziekenhuizen.
- Daarnaast hebben de screeningsorganisaties te maken met een hoge uitstroom van personeel, onder andere door de gemiddeld hoge leeftijd van de huidige screeningslaboranten. Zo is de voorziene uitstroom aan pensioen in 2020 17 fte van de 285 fte die in Nederland in de screening werken.

2.1 Aantal M(B)B-ers, in- en uitstroom

We maken in de screening onderscheid tussen MBB'ers in de screening (de screeningslaboranten) en MB'ers (de screeningsassistenten). Daarnaast worden met de in-service opleiding sinds september 2019 mammolaboranten opgeleid, specifiek voor de screening.

De screeningsassistenten zijn al eerder toegevoegd als nieuwe functiegroep medewerkers om de screeningscapaciteit op peil te houden. Zij hebben beperktere bevoegdheden dan de screeningslaboranten en doen hun werk onder supervisie van een screeningslaborant.

Omwille van de leesbaarheid van deze notitie, wordt in het vervolg gesproken over screeningslaboranten, waarbij alle groepen samen bedoeld worden. In het model voor de arbeidsmarktprognose zijn deze groepen wel afzonderlijk ingevoerd.

In augustus 2019 waren er in Nederland 294 fte screeningslaboranten. Het aantal medewerkers varieert per regio. In de regio Noord (N) werkten 35 fte, in Oost (O) 64 fte, in Zuid (Z) 78 fte, in Zuid-West (ZW) 55 fte en in Midden-West (MW) 63 fte in de screening. De verschillen in aantallen zijn gerelateerd aan de omvang van de regio. In de regio N gaat het om 10% van de totaal in Nederland te screenen vrouwen, O 19%, Z 22%, ZW 23% en in MW 25% van de vrouwen.

De regio-indeling is als volgt:



Landelijk zijn er meer MBB'ers nodig om alle vrouwen uit de doelgroep op tijd te screenen. Om iedereen na gemiddeld 24 maanden weer te kunnen uitnodigen zijn er eind 2019 op landelijk niveau 26 fte extra screeningslaboranten nodig. De tekorten variëren sterk per regio. In de regio N is er geen tekort of overschot, in O een overschot van 2 fte, in Z een tekort van 11 fte, in ZW een tekort van 4 fte en in MW een tekort van 13 fte. Het tekort is in de regio's Z en MW is dus het grootst.

2.2 Uitstroom van screeningslaboranten

De gemiddelde leeftijd van de huidige MBB'ers in de screening is hoog. Dit veroorzaakt ook de aankomende jaren een substantiële uitstroom van personeel door pensionering. Deze geplande uitstroom schommelt in de jaren tot 2026 tussen de 2 en 6%.

Naast verwachte uitstroom als gevolg van pensionering is er ook onzekere, ongeplande uitstroom. De ongeplande uitstroom van medewerkers is lastig te voorspellen. Het tekort aan MBB'ers speelt namelijk ook sterk in de ziekenhuizen. Er is nu sprake van concurrentie tussen de screeningsorganisaties en de ziekenhuizen als het gaat om het werven van MBB'ers. Deze concurrentie is het sterkst in de Randstad. De screeningsorganisaties hebben ingeschat dat de ongeplande uitstroom de aankomende jaren tussen de 4 en 8 % zal zijn.

2.3 Instroom van MBB'ers

De screeningsorganisaties hebben de afgelopen jaren sterk ingezet op het werven van MBB'ers. Door de beperkte hoeveelheid aanmeldingen is er ook gewerkt aan functiedifferentiatie en het opzetten van een verkorte in-service opleiding tot mammolaborant. Met deze opleiding wordt sinds september 2019 de eerste lichting van 13 mammolaboranten opgeleid.

Daarnaast zijn de reguliere opleidingsplaatsen tot screeningslaborant per regio bezet voor zover er animo voor is.

MBB'ers die van de Medische beeldvormende en radiotherapeutische technieken (MBRT) opleidingen of van de ziekenhuizen komen, zijn niet direct inzetbaar in de screening als screeningslaborant. Aan screeningslaboranten worden bepaalde eisen gesteld waardoor nog aanvullende scholing moet plaatsvinden. Dit reguliere opleidingstraject duurt zes weken met een aanvullend leerwerktraject waardoor het totaal zes maanden beslaat. Het opleiden en inwerken van medewerkers heeft in eerste instantie een negatieve impact op de beschikbare capaciteit. Ervaren MBB'ers moeten namelijk een deel van de begeleiding doen. Met name bij MB'ers is de begeleiding intensiever. Het instromen naar de screeningsopleiding zal dus met beleid moeten plaatsvinden om dit effect te dempen.

2.4 Netto effect op in- en uitstroom van MBB'ers

Het verschil tussen instroom en uitstroom van screeningslaboranten is belangrijk voor de totale beschikbare capaciteit. De beschikbare capaciteit en de te screenen doelgroep-grootte bepalen de benodigde capaciteit.

In onderstaande tabel is op basis van modelberekeningen aangegeven wat de netto opbrengst qua in- en uitstroom is aan fte screeningslaboranten t/m 2026. De cijfers in deze paragraaf zijn de resultante van de inspanningen die de screeningsorganisaties de afgelopen jaren al hebben gepleegd om de capaciteit op peil te houden. Aanvullende maatregelen zijn niet meegenomen.

Het tekort aan landelijk benodigde capaciteit loopt gedurende de aankomende jaren af, in 2022 is er naar verwachting voldoende capaciteit om de uitnodigingsintervallen van dat moment vast te houden (landelijk stabiel). Er zijn wel regionale verschillen in de beschikbare capaciteit.

Vanaf 2023 is er meer beschikbare landelijke capaciteit en kan langzaam de achterstand ingehaald worden. Dat er veel meer capaciteit nodig is om weer op gemiddeld om de 24 maanden uit te nodigen is hieronder ook weergegeven.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Netto effect in- en uitstroom capaciteit MBB (fte) (prognose)	-40	-20	0	+10	+5	+15	+5
Tekort aan capaciteit MBB (fte) voor normalisatie naar 24 mnd (prognose)	-60	-50	-35	-25	-30	-15	-20

Tabel 2.4.1 Op landelijk niveau netto effect in- en uitstroom capaciteit in aantal fte screeningslaboranten over de jaren 2020 t/m 2026 volgens prognose met reeds genomen maatregelen en tekorten voor normalisatie naar gemiddeld iedere 24 maanden screenen.

3 Consequenties van het tekort aan screeningslaboranten op uitnodigingsintervallen en gezondheidswinst

Een screeningslaborant kan per volledige werkdag bij maximaal 23 cliënten borstfoto's maken. Bij een bepaalde doelgroepgrootte is daarom een bepaald aantal laboranten nodig om iedereen op tijd te kunnen screenen. Door een tekort aan screeningslaboranten kunnen er in totaal bij minder cliënten borstfoto's gemaakt worden. Een tekort aan screeningslaboranten resulteert dan ook direct in het oplopen van het uitnodigingsinterval; vrouwen worden dan later gescreend. Als gevolg van het grote tekort aan screeningslaboranten in de regio's Midden-West, Zuid-West en Zuid is de vertraging van het uitnodigingsinterval daar dan ook het grootst.

In een situatie zonder tekorten ontvangen cliënten van 50 tot 75 jaar om de gemiddeld 24 maanden een uitnodiging voor het maken van de borstfoto's. In het uitvoeringskader dat het RIVM met de screeningsorganisaties heeft afgesproken, staat dat er een bandbreedte van 22 tot 26 maanden gehanteerd wordt als streefwaarde waarbinnen de screeningsorganisaties 75% van de doelgroep uitnodigen. Dit om praktische uitvoeringsaspecten op te kunnen vangen.

In dit hoofdstuk is eerst aangegeven wat de effecten van tekorten van screeningslaboranten op de uitnodigingsintervallen in de jaren 2018 en 2019. Dit is de periode waarin de tekorten regionaal tot een overschrijding van de streefwaarde voor het uitnodigingsinterval zijn gaan leiden. Daarnaast wordt aangegeven wat de te verwachten vertragingen van de uitnodigingsintervallen zijn van 2020 t/m 2026. Dit is de prognose als de screeningsorganisaties geen aanvullende maatregelen nemen, anders dan de zaken die de afgelopen jaren door de screeningsorganisaties al zijn ingezet en afgelopen jaar zijn aangekondigd. De periode tot 2026 is gekozen omdat op deze termijn nog goede schattingen te maken zijn voor in- en uitstroom, terwijl de effecten op de nog langere termijn te onzeker worden om goede prognoses af te geven. In de komende jaren kan op basis van nieuwe gegevens wel weer steeds een jaar vooruit worden geprognosticeerd.

3.1 De uitnodigingsintervallen tot eind 2019

Situatie 2018

Vanaf maart 2018 liep het uitnodigingsinterval in de regio Midden-West op. In MW komen jaarlijks bijna 350.000 vrouwen (25% van de totale doelgroep) in aanmerking voor een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek. Ruim 50% van de vrouwen heeft in 2018 een uitnodiging ontvangen tussen de 22 en 26 maanden. Ruim 40% ontving een uitnodiging na de 26 maanden. De meeste van deze vrouwen ontving de uitnodiging tussen de 26 en 28 maanden.

Aan het einde van 2018 ontvangt nog maar ruim 10% een uitnodiging tussen de 24 en 26 maanden. In de andere regio's was er nog geen structurele vertraging in het uitnodigingsinterval.

Situatie t/m oktober 2019

Sinds juni 2019 zijn de screeningsorganisaties voor de ondersteuning van het primaire proces overgestapt op het nieuwe systeem ScreenIT. Op basis van de overzichten uit ScreenIT blijkt dat het jaar van november 2018 t/m oktober 2019 (de cijfers die beschikbaar waren tot moment van schrijven van deze notitie) de volgende intervallen oplevert:

Gebied	Gehele land	O	Z	ZW	N	MW
Interval (mnd)	25,1	24,4	24,2	25,6	24,1	27,3

Tabel 3.1.1 Uitnodigingsintervallen landelijk en per regio in periode november 2018 t/m oktober 2019

Hieruit, en uit de modelberekeningen waarin de prognose voor eind 2019 staat (bijlage 5), is zichtbaar dat zowel in de regio Zuid als in Zuid-West er ook vertraging in het gemiddelde uitnodigingsinterval begint te ontstaan. In Midden-West was dat al in 2018 het geval. In Midden-West is de vertraging eind 2019 4 maanden (28,2 mnd als gemiddeld uitnodigingsinterval). In bijlage 2 is te zien hoe de bandbreedte van de uitnodigingsintervallen over de regio's is.

3.2 Prognose 2020 en verder

Voor het jaar 2020 t/m 2026 is op basis van modelberekeningen geprognoseerd wat de ontwikkelingen van de uitnodigingsintervallen zijn als geen aanvullende maatregelen worden getroffen. In bijlage 4 staan de aannames die in het model zijn ingevoerd. In bijlage 5 zijn de resultaten van de modelberekeningen per screeningsorganisaties getoond. De samenvatting staat in onderstaande tabel en grafiek.

In de regio Noord is volgens de berekening t/m 2026 naar verwachting geen vertraging van het uitnodigingsinterval. Het interval lijkt zelfs iets onder de 24 maanden te zakken.

In de regio Oost neemt het uitnodigingsinterval t/m 2022 iets toe en gaat daarna weer richting de basiswaarde van 24 maanden.

In de regio Zuid neemt het uitnodigingsinterval langzaam toe tot ongeveer 29 maanden. Daarna lijkt het interval stabiel te blijven, met een maximum van 30 maanden in 2026.

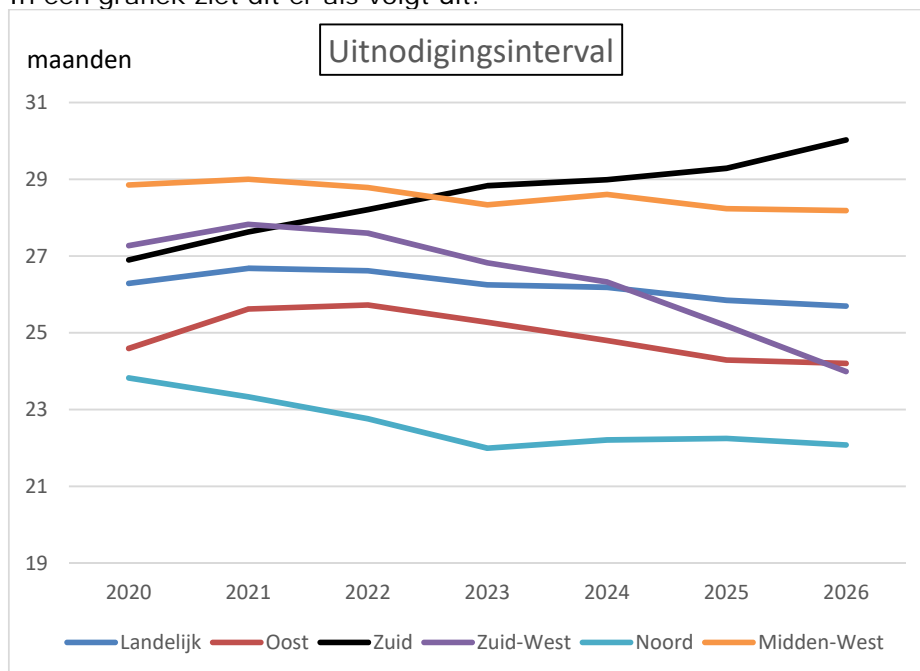
In de regio Zuid-West neemt het interval toe tot 28 maanden maar zakt ook weer snel terug tot 24 maanden in 2026.

In de regio Midden-West blijft het uitnodigingsinterval, met waarden tussen de 28 en 29 maanden, tot en met 2026 op hetzelfde hoge niveau.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Landelijk	26	27	27	26	26	26	26
O	25	26	26	25	25	24	24
Z	27	28	28	29	29	29	30
ZW	27	28	28	27	26	25	24
N	24	23	23	22	22	22	22
MW	29	29	29	28	29	28	28

Tabel 3.2.1 Prognose gemiddeld uitnodigingsinterval in maanden zonder aanvullende maatregelen. Streefwaarde is 24 +/- 2 maanden.

In een grafiek ziet dit er als volgt uit:



Grafiek 3.2.1 Prognoses uitnodigingsinterval 2020 t/m 2026 per regio en landelijk gemiddelde

3.3 Effecten op de gezondheidswinst

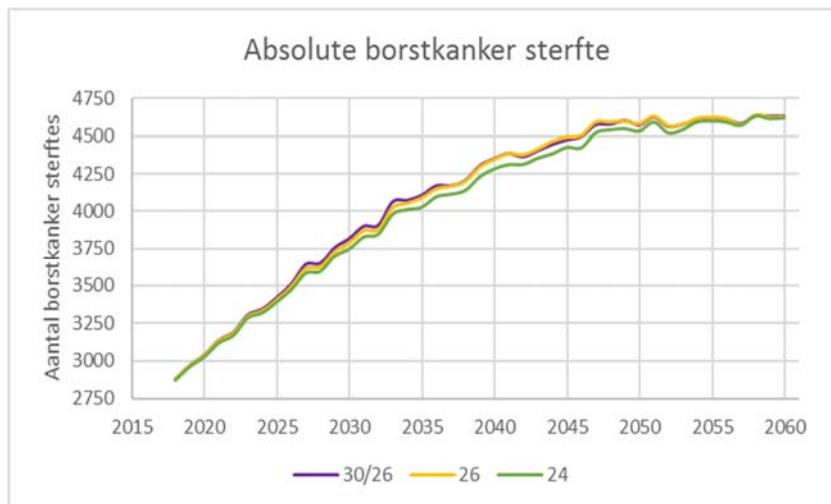
Het MISCAN (Microsimulation Screening Analysis) model wordt al jarenlang gebruikt voor modellering van de borstkankerscreening, voor de evaluatie en om de effectiviteit te bepalen. Met dit model zijn nu door het Landelijk Evaluatie Team Borstkanker (LETB)* ook berekeningen gedaan voor de effecten op de gezondheidswinst van vertraagd uitnodigen en daarmee vertraagd screenen. *Het LETB is een samenwerkingsverband tussen het Erasmus MC (Rotterdam) en het RadboudUMC (Nijmegen).

In dit model is gewerkt met 2 scenario's die zijn vergeleken met permanent blijven screenen om de 24 maanden:
 -heel Nederland wordt gescreend op 26 maanden
 -2 (grote) regio's screenen op 30 maanden en de overige 3 regio's op 26 maanden.

Deze scenario's benaderen de situatie zoals die is geprognosticeerd. Dit is gedaan voor de periode 2018 tot en met 2026. De intervallen voor en na deze periode zijn gezet op 24 maanden. Zo is voor de hele doelgroep gemodelleerd wat het effect is van een aantal rondes vertraagd screenen op de te voorkomen sterfgevallen.

Als er geen vertraging zou zijn in het screeningsinterval, zien we in de periode 2018 tot 2060 dat mét screenen ten opzichte van niet screenen er per jaar 1000 tot 1700 (gemiddeld 1500) sterfgevallen worden voorkomen door de screening. Dit aantal loopt in de periode tot 2060 jaarlijks op door vergrijzing en toename van incidentie van borstkanker.

Als we gedurende een aantal jaren niet screenen om de 24 maanden maar later dan levert dit in de lange periode daarna minder voorkomen sterfgevallen op. Iemand die op een zeker moment later gescreend wordt, heeft pas enkele tot vele jaren daarna risico om te overlijden. Voor een deel van de vrouwen zal later screenen juist ook zorgen dat zij niet of later komen te overlijden, omdat hun tumor anders juist nog niet zichtbaar zou zijn geweest op het vroegere moment van screenen. Overall levert later screenen wel verlies aan gezondheidswinst op.



Grafiek 3.3.1 Modelling van voorkomen borstkankersterfte bij vertraagd screenen
 Voorkómen borstkankersterfte in de periode 2018-2026 ten opzichte van regulier screenen (bij 24 mnd, groene lijn). Gele lijn: heel NL screenen om de 26 mnd; 30/26 mnd: 30 mnd in 2 grote regio's en 26 mnd in de overige regio's.

Als in heel Nederland de doelgroep om de 26 maanden gescreend zou worden in de periode 2018-2026, en daarna weer regulier om de 24 maanden, dan levert dat circa 40 minder voorkomen sterfgevallen op ten opzichte van de 1500 per jaar, in de jaren daarna.

Als in 2 grote regio's op 30 maanden en in de overige regio's op 26 maanden gescreend wordt, dan betreft het circa 50 minder voorkomen sterfgevallen per jaar ten opzichte van de 1500 per jaar. Dit effect zal voornamelijk zo'n 10 tot 30 jaar na de vertraagde screening optreden.

In totaal zouden in de periode tot 2060 bij screenen om de 24 maanden 65.000 sterfgevallen zijn voorkomen. Met 8 jaar screenen om de 26 mnd neemt dit aantal af met bijna 1600 (2,4%), en bij een gemengd beeld van 2 regio's om de 30 mnd en de rest van Nederland om de 26 mnd circa 1800 (2,7%).

De verschillen tussen de verschillende intervallen zijn grotendeels te weten aan het wegvallen van een screeningronde op het totaal van 13 screeningsrondes die een deelnemer kan hebben in de leeftijdsperiode van 50 tot 75 jaar. De screeningsrondes die slechts enkele maanden zijn uitgesteld zonder dat daarmee een ronde vervalt, resulteren in een veel kleiner deel van de verschillen die te zien zijn.

In bijlage 3 zijn meer gegevens van deze MISCAN modellering weergegeven.

4 Maatregelen die ingezet kunnen worden

Arbeidsmarktproblematiek speelt al geruime tijd en de screeningsorganisaties hebben al veel activiteiten ingezet om het aantal screeningslaboranten op peil te houden. In bijlage 6 is een aantal van deze activiteiten genoemd. De focus lag enerzijds op het werven, opleiden en behouden van personeel. Anderzijds is er aandacht besteed aan efficiënter werken en enige ondersteuning bieden over de regiogrenzen heen.

Er zijn verschillende maatregelen die ingezet of geïntensiveerd kunnen en gaan worden. De maatregelen die de screeningsorganisaties nemen, zijn enerzijds gericht op opleiding, arbeidsmarkt en arbeidsvoorwaarden. Anderzijds zijn er maatregelen gericht op planning, logistiek en het uitnodigingsbeleid. In dit hoofdstuk worden de maatregelen toegelicht.

Er is feitelijk niet één maatregel die op zichzelf staand het probleem zal en kan oplossen. Er zal altijd sprake zijn van een veelheid van maatregelen om de situatie te stabiliseren en te normaliseren. Met stabiliseren bedoelen we zoveel mogelijk voorkómen van verdere uitloop van het interval en uitschieters eruit halen; met normaliseren bedoelen we terugbrengen richting screenen om gemiddeld 24 maanden.

Het CvB licht in dit hoofdstuk het uitnodigingsbeleid, het mogelijk gedogen van een uitloop van de gemiddelde interval per regio of in Nederland en de stuurgroep-structuur toe.

4.1 Maatregelen gericht op opleiding, arbeidsmarkt en -voorwaarden

4.1.1 *Uitbreiding opleidingscapaciteit*

De screeningsorganisaties geven aan dat in 2020 en de jaren daarna de capaciteit van de verkorte in-service opleiding tot mammolaborant kan worden uitgebreid tot een verdubbeling. Er lijkt voor het komende jaar voldoende animo aan instromers om deze opleidingsplekken te bezetten. Wel is het realiseren van stageplaatsen in de ziekenhuizen hier een uitdaging. Ook kost het capaciteit op de werkvloer om de studenten te begeleiden. Dit vraagt om een afweging ten koste van hoeveel capaciteit op de werkvloer (en daarmee verdere vertraging in uitnodigen) je wilt investeren in extra opleiding. De extra opleiding levert pas op de wat langere termijn weer meer capaciteit op de werkvloer op.

Voor het effect op de uitnodigingsintervallen is berekend dat bij een verdubbeling van de opleidingscapaciteit voor de in service opleiding het gemiddelde interval maximaal oploopt met 2 tot 3 weken. Het CvB adviseert VWS om in de stuurgroep op basis van de prognose te beslissen over de bezetting van opleidingscapaciteit in relatie tot het nadelige korte termijn effect op het uitnodigingsinterval.

4.1.2

Versnelde opleiding met behoud van kwaliteitseisen

Het sneller inzetten van MBB'ers, het minder belasten van ervaren MBB'ers door het begeleiden en het aantrekkelijker maken van instromen in de screening is belangrijk. De aanvullende opleiding voor MBB'er in de screening duurt nu standaard 6 maanden. Er zijn mogelijkheden om dit in te korten. In plaats van de standaard opleidingsduur wordt er dan meer op maat een opleiding aangeboden door rekening te houden met de werkervaring. Het kwaliteitsniveau van de screeningslaborant blijft hoog door het huidige examen te behouden. Het CvB heeft aan het Landelijk referentiecentrum bevolkingsonderzoek (LRCB) akkoord gegeven om dit vorm te geven. Het LRCB is verantwoordelijk voor een deel van de scholing en de examinering van de screeningslaboranten.

De screeningsorganisaties gaan hierover met het LRCB in gesprek om dit nader uit te werken. Hoeveel deze maatregel op het aantal beschikbare screeningslaboranten bijdraagt is moeilijk te voorspellen. Dit hangt namelijk af van het aanbod aan gegadigden en de daadwerkelijk te behalen inkorting van de opleiding.

4.1.3

Marktconform inschalen van screeningslaboranten

Er is veel concurrentie met de ziekenhuizen als het gaat om het werven van MBB'ers. Uit onderzoek van de screeningsorganisaties blijkt dat de salarissen in de ziekenhuizen hoger liggen dan in de screening en dat dit een factor is die bijdraagt aan de uitstroom. Het is belangrijk te toetsen of het verschil in beloning te verklaren is o.b.v. verschillen in functies. De screeningsorganisaties voeren binnenkort een functievergelijking uit tussen MBB'ers werkzaam in de screening en in o.a. de ziekenhuizen om dit na te gaan. Afhankelijk van de uitkomst kan dit consequenties hebben voor het reguliere tarief per deelgenomen vrouw. Indien er gecorrigeerd moet worden kan dit resulteren in tariefverhoging van circa 2,50 euro ten opzichte van het huidige tarief van 68 euro.

4.1.4

Duurzame inzetbaarheid

Duurzame inzetbaarheid zet in op behoud, binden en boeien van medewerkers en is een belangrijk instrument om de capaciteit aan screeningslaboranten de komende jaren niet verder terug te laten lopen.

Het ziekteverzuim van de screeningslaboranten is relatief hoog en verschilt sterk per regio (tussen de 6 en 12%). De toegenomen werkdruk en fysieke klachten door veel repeterende handelingen en de relatief hoge leeftijd spelen hierbij een rol. Het is belangrijk het ziekteverzuim verder terug te dringen. Dit kan door uitwisselen van succesfactoren in regio's met laag ziekteverzuim, het extra inzetten op begeleiding van uitgevallen medewerkers en meer preventie van uitval te ondersteunen vanuit het arbeidsvoorwaardenpakket.

4.1.5

Arbeidsmarktcampagne

In de afgelopen jaren hebben de screeningsorganisaties een arbeidsmarktcampagne opgezet. In 2020 gaan zij deze campagne vervolgen en mogelijk intensiveren. Doel van deze campagne is met name werven van reeds opgeleide MBB'ers die dan aanvullend opgeleid worden voor de screening.

Maar het kan ook een aantrekkende werking hebben op instromers voor de functie screeningsassistent en voor de nieuwe in-service opleiding tot mammolaborant. Daarnaast is de functie van MBB'er al opgenomen in de VWS arbeidsmarktcampagne Ontdekde zorg.nl, maar hier kan de functie nog uitgebreider onder de aandacht worden gebracht.

- 4.1.6 *Intensievere samenwerking met ziekenhuizen en opleidingscentra*
Er is, in met name sommige regio's, een grote concurrentie tussen de screening en de ziekenhuizen ontstaan. Dat is een onwenselijke situatie. Het beter samenwerken tussen ziekenhuizen, screening, de opleiding en de betrokken beroepsvereniging om het gezamenlijke probleem het hoofd te bieden is belangrijk. Door meer samen te werken kan ook meer recht gedaan worden aan de verschillen in het werk en de werkomstandigheden van MBB'ers in ziekenhuizen en screening. Het werk in ziekenhuizen biedt meer afwisseling maar ook onregelmatige diensten. In de screening is er minder afwisseling maar zijn er geen onregelmatige diensten. Afhankelijk van leeftijd, ambitie en privé-situatie van de MBB'er kan werken in de screening of ziekenhuis beter passen.
De screeningsorganisaties geven aan dat de eerste gesprekken nog niet hebben geresulteerd in samenwerking, onder andere door verschillen in belangen. Beide partijen hebben echter aangegeven de gesprekken hierover wel te zullen continueren.

4.2 Maatregelen gericht op planning en uitnodigingsbeleid

- 4.2.5 *Uitschieters in de planning egaliseren*
De screeningsorganisaties willen de huidige regionale planningssystematiek het komende jaar nader beschouwen op regionale optimalisatiemogelijkheden. De spreiding van de uitnodigingsintervallen binnen een regio kan volgens de screeningsorganisaties minder. Het CvB adviseert om de uitnodigingsinterval binnen een regio daar waar mogelijk te nivelleren om zo extremen in intervallen te voorkomen. Per jaar kan in de stuurgroep een onder- en bovenwaarde worden bepaald als uitersten.
- 4.2.6 *Landelijk plannen*
Per screeningsorganisatie is er een planning hoe de mobiele units langs de standplaatsen in hun eigen regio rijden. In nog beperkte mate wordt bij de regiogrenzen gekeken hoe screeningsorganisaties elkaar kunnen helpen. Dat kan door personeel uit een andere regio in te zetten, een mobiele unit over de regiogrens in te zetten of cliënten over de regiogrens naar een andere unit te laten gaan. Dit contractueel regelen kost nu tijd en werkt belemmerend op de snelheid van inzet. Daarnaast beperkt de regionale planning het optimaal inzetten over de regiogrenzen heen. Ook moet er rekening gehouden worden met wat er van laboranten aan reistijd gevraagd mag worden. De screeningsorganisaties hebben aangegeven in te zetten op de realisatie van een landelijke en integrale planning (voortuitlopend op de fusie), maar dit zal volgens hen wegens het nog bestaan van 5 verschillende juridische entiteiten naar huidige inschatting minimaal 1 jaar kosten.

4.2.7 *Flexibeler plannen met meer mobiele units*

Om flexibeler te zijn in de planning is het voor sommige regio's een optie om een extra mobiele screeningsunit aan te schaffen. In deze unit is dan ook personeel nodig, maar door de wijze van roosteren geeft dit in sommige gevallen wel ruimte om de intervallen te bekorten. Feitelijk gaat het hier om het (deels) opheffen van de beperking die vaste units hebben op het cohort uit te nodigen deelnemers aan het borstkankeronderzoek.

4.2.8 *Vrouwen gecontroleerd later uitnodigingen*

Vrouwen ontvangen in principe gemiddeld iedere 24 maanden na het vorige screeningsmoment een nieuwe uitnodiging. Als vrouwen met een grotere tussenpauze worden uitgenodigd, neemt de omvang van de te screenen doelgroep per maand af. Screeningsorganisaties hebben dan minder screeningslaboranten nodig om de doelgroep per maand te screenen.

Het gecontroleerd verhogen van het uitnodigingsinterval kan capaciteit van screeningslaboranten vrij maken. Deze vrijgekomen capaciteit kan deels ingezet worden in een andere regio waar een tekort aan screeningslaboranten is. Het is een mogelijk instrument om verdere vertraging in de uitnodigingsintervallen in de meest vertraagde regio's te dempen.

Het gecontroleerd verhogen van de capaciteit kan plaatsvinden door met name te verhogen in de grensgebieden of in een hele regio. Een voordeel van verhogen in de grensgebieden is dat door de beperktere afstanden de vrijgekomen MBB capaciteit goed ingezet kan worden in de meest vertraagde regio's. Een nadeel is dat de uitnodigingsintervallen substantieel verhoogd moeten worden om voldoende capaciteit vrij te krijgen.

Bij ophogen in een hele regio is het gebied groter dan alleen de grensgebieden en kan er met minder verhoging van de uitnodigingsintervallen capaciteit van screeningslaboranten vrijkomen. Het met beleid verhogen is belangrijk. Er zal altijd efficiency verlies optreden bij deze maatregel, onder andere door toegenomen reistijd van medewerkers. Ook wordt de planning complexer.

Deze maatregel moet nog verder uitgewerkt worden. Er is dan ook een landelijke planning nodig om deze maatregel te realiseren. In de tussentijd kan er een plan van aanpak opgesteld worden over de implementatie, haalbaarheid, effectiviteit, monitoring en de wijze van bijstellen om de gecontroleerde verhoging optimaal te benutten. Op basis hiervan kan in de stuurgroep het besluit genomen worden of deze maatregel succesvol ingezet kan worden en op welke wijze.

Bij het gecontroleerd ophogen ontvangen vrouwen in de minder vertraagde regio's later een uitnodiging. Dit gaat ten koste van het aantal voorkomen sterfgevallen. Het inzetten van de vrijgekomen capaciteit in de vertraagde regio's voorkomt meer vertraging in het uitnodigen. Hierdoor wordt het verlies van het aantal voorkomen sterfgevallen weer minder.

Aanvullend op wat gemodelleerd is met het MISCAN model met een screeningsinterval van 26 maanden of gemengd circa de helft van Nederland screenen bij 26 maanden en de andere helft bij 30 maanden, is ook gemodelleerd wat het gezondheidseffect zou zijn als heel Nederland dan gedurende de periode 2018-2026 gescreend zou worden om de 30 maanden. Daarbij zien we dan een verlies van 60 minder voorkomen sterfgevallen ten opzichte van de gemiddeld 1500 per jaar. Dit effect treedt met name op in de 10 tot 30 jaar daarna.

Het uitgangspunt blijft om de last van de arbeidsmarktkrapte zoveel mogelijk gelijkmatig over Nederland te verdelen, vanuit het gelijkheidsbeginsel in de screening. Zie hiervoor verder H6. Advies.

4.2.9 *Efficiënter plannen door open uitnodigingen*

Bij bijna alle uitnodigingen is er sprake van een uitnodiging op datum en tijd. Een deel van de vrouwen reageert niet op een uitnodiging. Als vrouwen zich niet afmelden staat er dus een afspraak gereserveerd die niet benut kan worden. De screeningsorganisaties houden hier nu al rekening mee door op basis van historie van voorgaande deelnamegegevens een deel te overplannen. Verder overplannen is volgens de screeningsorganisaties niet wenselijk omdat er ontevredenheid bij deelnemers en hoge werkdruk ontstaat als vrouwen langer moeten wachten op het moment van hun afspraak in de screeningsunit.

Een mogelijkheid naast het huidige overplannen om efficiënter te plannen en hiermee de beschikbare capaciteit beter te bezetten is 'open uitnodigen'. Cliënten kunnen na de ontvangst van de open uitnodiging bellen of via internet een afspraak maken om borstfoto's te laten maken. Er zijn verschillende manieren om open uitnodigingen in te zetten;

- De doelgroep uit een hele regio of landelijk een open uitnodiging sturen.
- Op basis van standplaats en screengeschiedenis een open uitnodiging sturen (plaatselijk). Bv een standplaats waar in de vorige screeningsronde de deelname onder een bepaald percentage lag, krijgt een open uitnodiging. Het al dan niet meedoen aan de voorgaande screeningsronde is een goede voorspeller voor het ingaan op een nieuwe uitnodiging.

Open uitnodigingen hebben ook een nadeel. Op basis van literatuur is bekend dat open uitnodigen een negatief effect heeft op de deelname. Zoals al aangegeven is het al dan niet meedoen aan de voorgaande screeningsronde een goede voorspeller voor het ingaan op een nieuwe uitnodiging. Er zijn naar verwachting grote verschillen in de daling van de deelname. Dit kan met name gevolgen hebben voor vrouwen met een lage sociaal-economische status (SES). Dat verschil kan naar verwachting oplopen tot 20% voor die gebieden.

Open uitnodigingen aan een groot gebied zoals in een regio geeft veel druk op de informatielijnen, het gaat bijvoorbeeld in MW dan om

ongeveer 20.000 vrouwen per maand. Open uitnodigingen in de gehele regio brengt veel onzekerheid rond efficiëntie met zich mee. De screeningsorganisaties kunnen met hun IT systeem wel goed in de gaten houden wat de deelname is en daar waar nodig bijsturen met de keuze vanaf welk percentage deelname ze een bepaalde uitnodiging sturen. Bij een open uitnodiging in de hele regio is het niet meer echt mogelijk om gericht bij te sturen.

De screeningsorganisaties hebben op basis van ervaringen, onderzoek en inschattingen aannames gemaakt over de effecten op het effectiever kunnen inplannen en de verwachte effecten op de daling van de deelname. Men verwacht een toename in het effectiever kunnen plannen van 1% en een afname in deelname van gemiddeld 3% bij plaatselijk open uitnodigen met 1 maand minder vertraging als gevolg en gemiddeld 5% bij regionaal met 2 maanden minder vertraging bij open uitnodigen. De te behalen efficiency is dus zeer beperkt. Het risico op open plekken blijft, als vrouwen niet bellen voor een afspraak en de relatieve inflexibiliteit van het nieuwe IT systeem maakt dat bijplannen lastiger is. Een nadeel van regionaal open uitnodigen is ook dat het zelflerend vermogen van het IT systeem om steeds beter te plannen grotendeels teniet wordt gedaan.

Het CvB adviseert vanwege de onzekere en waarschijnlijk beperkte efficiency winst en risico van een lagere deelname bij vrouwen met een lagere SES dan ook niet te kiezen voor deze maatregel.

4.3 Governance structuur

De 5 screeningsorganisaties zetten stappen om te fuseren tot 1 screeningsorganisatie. De screeningsorganisaties hebben, vooruitlopend op de fusie, aangegeven de intervalproblematiek landelijk en integraal te zullen gaan aanpakken. Hiertoe is inmiddels ook een landelijke programma-organisatie opgezet.

De regio's waren voorheen autonoom in hun planning en aanpak en zijn tot de juridische fusie ook nog feitelijk 5 separate entiteiten. Het in beeld brengen van de beste mix van maatregelen vraagt volgens de screeningsorganisaties nog tot medio 2020 om een finale uitspraak te kunnen doen over het effect op de gemiddelde interval in Nederland en per huidige regio. Reeds genomen en geplande maatregelen die bewezen effectief zijn worden (blijvend) ingezet. Daarnaast worden de intervallen regelmatig gemonitord door de screeningsorganisaties.

De screeningsorganisaties zijn verantwoordelijk voor de voorbereiding, invoering en monitoring van de maatregelen. Daar waar mogelijk zal het CvB dit vanuit haar rol ondersteunen.

Het CvB adviseert VWS om de verantwoordelijkheid van de overheid vorm te geven via een stuurgroep met deelname van CvB en VWS naast de screeningsorganisaties. In deze stuurgroep kan de nadere uitwerking

van de maatregelen vorm krijgen en geven de screeningsorganisaties terugkoppeling van de effecten en prognoses. Verder kan de besluitvorming en bijsturing van maatregelen die van invloed zijn op de intervallen en gezondheidswinst snel plaatsvinden. VWS is eindverantwoordelijk voor de bevolkingsonderzoeken en de landelijk behaalde gezondheidswinst. Vanuit die verantwoordelijkheid heeft VWS de beslissende stem in de stuurgroep.

5 Informeren, melden en communiceren

5.1 Juridische aspecten vertraging

Voor het bevolkingsonderzoek borstkanker geldt een streefwaarde voor het uitnodigingsinterval van minimaal 75% van de deelnemers te nodigen binnen 24 +/- 2 maanden en een signaalwaarde voor het screeningsinterval van meer dan 93% van de cliënten te screenen binnen 30 maanden. Dit is als zodanig ook opgenomen in het uitvoeringskader dat met de screeningsorganisaties is afgesproken.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) is van toepassing op de bevolkingsonderzoeken. Het niet halen van de streef- en signaalwaarde voor het uitnodigings- en screeningsinterval in het bevolkingsonderzoek borstkanker is in het kader van de Wkkgz geen incident. Er is evenmin sprake van een calamiteit, er hoeft geen melding te worden gemaakt bij de IGJ. IGJ is wel geïnformeerd over de ontstane situatie.

Gelet op de op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) verleende vergunning voor de uitvoering van het bevolkingsonderzoek borstkanker, dienen de screeningsorganisaties zich te houden aan onder andere het uitvoeringskader zoals dat wordt vastgesteld door het CvB. De vergunning en het uitvoeringskader zijn gebaseerd op de stand van de wetenschap zoals verwoord in de adviezen van de Gezondheidsraad. In het meest recente advies van de Gezondheidsraad over het bevolkingsonderzoek borstkanker van 22 januari 2014 wordt aangegeven dat de doelmatigheid van het bevolkingsonderzoek sterk wordt bepaald door het screeningsinterval. Het interval tussen 2 screeningsonderzoeken is vastgesteld op 2 jaar. Het streven is erop gericht minimaal 75% procent van de doelgroep 'op tijd' (binnen 24 ± 2 maanden) uit te nodigen. De Gezondheidsraad adviseert zelfs de regionale verschillen in het feitelijke screeningsinterval verder te verkleinen.

Vanwege de in deze notitie geschetste arbeidsmarktproblematiek kan het tweejaarlijkse screeningsinterval feitelijk niet altijd gehaald worden. Daarom zullen in een addendum op het uitvoeringskader bevolkingsonderzoek borstkanker de met deze arbeidsmarktproblematiek meekomende tijdelijk afwekende kaders, zoals vastgesteld in de stuurgroep, steeds worden vastgelegd en ook worden gepubliceerd op de website van het RIVM. Gelet op de verantwoordelijkheid die de staatssecretaris heeft voor het bevolkingsonderzoek, tot uiting komend in onder andere de verleende Wbo-vergunning, zullen de tijdelijke afwekende kaders aan hem ter accordering worden voorgelegd.

5.2 Communicatie naar cliënten die in aanmerking komen voor een uitnodiging

Cliënten zijn vanaf eind september 2019 via de websites van het RIVM en de screeningsorganisaties breed geïnformeerd over de arbeidsmarktproblematiek en de oplopende uitnodigingsintervallen. Bij telefonische vragen van cliënten is de problematiek verder toegelicht.

Het is belangrijk om de cliënten individueel te informeren over de vertragingen. De screeningsorganisaties zijn met het CvB in overleg over de vraag hoe deze informatie het beste kan worden verstrekt. Daarbij zal een en ander sowieso opgenomen worden in de uitnodigingsbrief die deelnemers aan het bevolkingsonderzoek borstkanker ontvangen.

Een eerste voorstel voor de uitnodigingsbrief is;

Door de arbeidsmarktproblematiek heeft u mogelijk later een uitnodiging ontvangen. Op de website kunt u hier meer informatie over lezen.

Op de website van de screeningsorganisaties kan dan per regio worden aangegeven wat de mate van vertraging is binnen de betreffende regio. Zo weten vrouwen die een uitnodiging verwachten ook waarom ze deze later krijgen en ongeveer wanneer. Ook op de website van het RIVM komt een verwijzing naar deze informatie te staan.

Voor de websites en om de professionals te ondersteunen voor het informeren van cliënten worden Q&A's opgesteld.

Verdere uitwerking van de communicatie vindt plaats in een communicatieplan dat door de screeningsorganisaties en CvB wordt opgesteld.

5.3 Informeren professionals

Verschillende professionals hebben contact met cliënten en kunnen van hen vragen krijgen. De screeningslaboranten, de screeningsradiologen, de mensen aan de informatielijn, huisartsen en medewerkers van ziekenhuizen betrokken bij het vervolgonderzoek moeten daarom geïnformeerd zijn over de ontstane situatie en de Q&A's ontvangen voor de vragen van cliënten.

Met het LRCB moet afgestemd worden of de ontstane situatie implicaties heeft voor de beoordeling. Het addendum op het uitvoeringskader is hierin de leidraad.

De screeningsorganisaties zijn verantwoordelijk voor het informeren van de professionals in hun eigen organisatie en binnen hun regio. Zij zullen de informatie in afstemming met het CvB-RIVM opstellen en zorgdragen voor de verspreiding.

6 Advies over de in te zetten maatregelen

Bij het formuleren van het advies zijn we uit gegaan van de maatregelen die de screeningsorganisaties al genomen hebben en nog gaan nemen en de uitgangspunten die gelden voor de door de overheid aangeboden bevolkingsonderzoeken. Voor het bevolkingsonderzoek is gelijk en uniform aanbod belangrijk. Het maakt namelijk niet uit waar je in Nederland woont, je krijgt hetzelfde screeningsaanbod. Uitgangspunt blijft dat de bevolkingsonderzoeken zo gelijk mogelijk toegankelijk blijven voor de doelgroep. Door de ontstane situatie is dat niet meer volledig mogelijk. Het principe is echter nog steeds van toepassing. Dit betekent twee dingen:

- De mate van overschrijding van de uitnodigingsintervallen moet zo optimaal (dus niet maximaal) mogelijk binnen de regio genivelleerd worden. De consequentie kan zijn dat het uitnodigingsinterval bij sommige vrouwen in die regio iets oploopt.
- Het is belangrijk om daar waar zinvol, mogelijk en effectief, regio-overschrijdende, landelijke, maatregelen te nemen. Zo is het bijvoorbeeld gerechtvaardigd om vanuit een andere regio capaciteit in te zetten, ook al heeft dat tot gevolg dat het uitnodigingsinterval in die regio toeneemt.

Het CvB adviseert VWS om op basis van bovenstaand principe ruimte te geven om de uitnodigingsintervallen regionaal en landelijk te nivelleren (optimaal nivelleren). Dit kan gerealiseerd worden door waar zinvol en haalbaar de uitnodigingsintervallen gecontroleerd te verhogen in bepaalde regio's. Het CvB adviseert om op basis van de monitoringgegevens en de prognose in de stuurgroep te beslissen of en in welke mate dit instrument daadwerkelijk ingezet wordt. Het CvB adviseert om jaarlijks in de stuurgroep een onder- en bovenwaarde van de uitnodigingsintervallen vast te stellen. Deze worden door het CvB als addendum in het uitvoeringskader opgenomen.

Het kan voorkomen dat voor een beperkt deel van de vrouwen het uitnodigingsinterval alsnog buiten de bandbreedte valt. Het CvB vindt het belangrijk dat de screeningsorganisaties streven naar het aanbieden van handelingsperspectieven voor deze vrouwen.

De screeningsorganisaties hebben al veel maatregelen ingezet en blijven dit doen en verder uitbreiden. Een mix van maatregelen is nodig om de uitnodigingsintervallen te stabiliseren en te normaliseren in de regio's Midden-West, Zuid en Zuid-West. Op basis van de monitoring en prognoses kan door de screeningsorganisaties bepaald worden welke mix van maatregelen ingezet wordt.

Het CvB adviseert VWS een stuurgroep in te richten. Uitgaande van ieders rol en verantwoordelijkheid zal deze stuurgroep afstemmen over de communicatie, de mix van maatregelen en de komende jaren de inzet ervan begeleiden en monitoren. Daarnaast beslist de stuurgroep over maatregelen die een (mogelijke) negatieve invloed hebben op de uitnodigingsintervallen of gezondheidseffecten.

De screeningsorganisaties onderzoeken of de inschaling van screeningslaboranten marktconform is. Dit kan mogelijk consequenties hebben voor het reguliere tarief per deelgenomen vrouw.

Het CvB adviseert om niet in te zetten op (deels) open uitnodigingen. De efficiencywinst is volgens de screeningsorganisaties beperkt en het nadeel van lagere deelname is groot. Zeker omdat het effect van lagere deelname het grootst zal zijn onder de kwetsbare groepen.

Het CvB adviseert via de website van het RIVM en de screeningsorganisaties informatie te verstrekken over de situatie en daarnaast de vrouwen die vertraagd uitgenodigd worden via de uitnodigingsbrief te informeren.

Bijlage 1: factsheet bevolkingsonderzoek borstkanker

Bevolkingsonderzoek borstkanker

Het bevolkingsonderzoek borstkanker is gericht op vrouwen tussen de 50 en 75 jaar oud. Elke twee jaar worden vrouwen in deze leeftijdscategorie uitgenodigd voor de screening op borstkanker. Dit gebeurt door middel van een mammogram (röntgenfoto van de borsten). Zo kan borstkanker in een vroeger stadium worden ontdekt, waardoor behandeling beter mogelijk is. Vergeleken met de situatie van vóór de invoering van het bevolkingsonderzoek borstkanker sterven in Nederland jaarlijks rond de 40% minder vrouwen aan deze ziekte (1). Deze daling is voor ruim de helft het gevolg van vroege opsporing en behandeling door het bevolkingsonderzoek en voor het andere deel het gevolg van verbeterde behandelingsmethoden (2).

Ziektebeeld

De afgelopen jaren werd er jaarlijks in Nederland bij ongeveer 15.000 vrouwen invasieve borstkanker en bij ruim 2.300 vrouwen niet invasieve borstkanker vastgesteld. De gemiddelde leeftijd bij diagnose is ongeveer 62 jaar. Jaarlijks overlijden ruim 3.000 vrouwen aan de gevolgen van borstkanker. Het aantal vrouwen in Nederland dat in haar leven borstkanker krijgt is 1 op de 7. Daarmee is de prevalentie van borstkanker in Nederland ten opzichte van andere kankersoorten het hoogst: de 10-jaarsprevalentie in Nederland is ongeveer 131.000 (3). De overleving van borstkanker wordt sterk bepaald door het stadium bij diagnose. Van de patiënten met stadium I is 99% na 5 jaar nog in leven, terwel patiënten met stadium IV (uitgezaaide borstkanker) een 5-jaarsoverleving hebben van 28%.

Risicofactoren

Factoren die het risico op borstkanker verhogen zijn: veelvuldig familiair voorkomen van borstkanker, eerste menstruatie op jongere leeftijd, geboorte van het eerste kind op latere leeftijd, geen of een kleiner aantal kinderen, gebruik van orale anticonceptie en het hebben van dicht borstweefsel (i.e. relatief veel klier- en bindweefsel en weinig vetweefsel). Andere risicofactoren zijn alcoholconsumptie, lichamelijke inactiviteit en ernstig overgewicht.

Deelname aan de screening

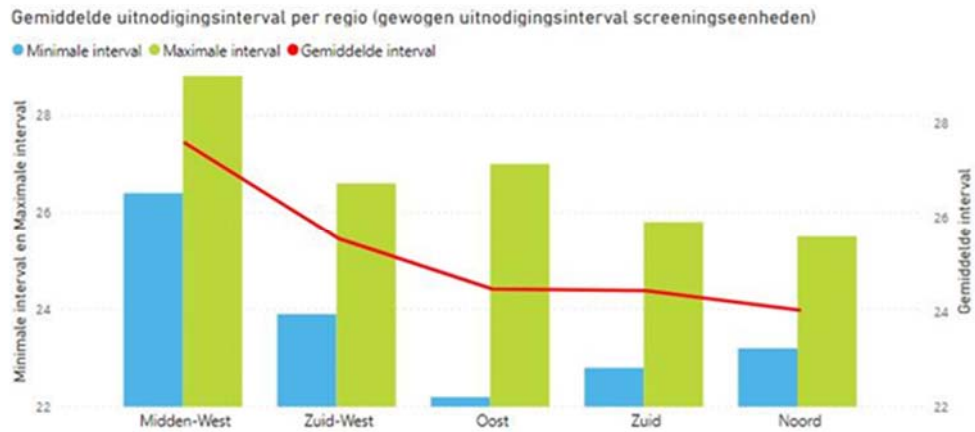
In 2018 werden ongeveer 1,3 miljoen vrouwen uitgenodigd voor de screening op borstkanker. Daarvan nam ongeveer 76,6% deel aan het bevolkingsonderzoek. Er werden circa 1 miljoen screeningsonderzoeken uitgevoerd en ongeveer 7000 gevallen van borstkanker (in 2015) ontdekt (1). Door deelname aan het bevolkingsonderzoek overlijden per jaar 850 tot 1075 vrouwen minder aan borstkanker (2).

Aansluiting op de zorg

In 2018 werd 2,23% van de deelnemende vrouwen voor nader onderzoek naar het ziekenhuis verwezen (1). Vrouwen met een BI-RADS 0 uitslag die worden verwezen naar de afdeling Radiologie voor aanvullend onderzoek dienen binnen 24-48 uur terecht te kunnen. Soms wordt hiervoor een inloopspreekuur georganiseerd. De wachttijd voor vrouwen met een BI-RADS 4 of 5 uitslag voor een eerste polikliniekbezoek op de Mammapoli is maximaal een week. De doorlooptijd voor diagnostiek is maximaal drie weken en de tijd tussen afname van weefsel voor pathologieonderzoek en start van de behandeling maximaal vijf. In uitzonderingsgevallen kan gemotiveerd van deze termijnen worden afgeweken. Screeningsorganisaties volgen de verwezen vrouw totdat zeker is dat een verwezing heeft plaatsgevonden.

- 1 Monitor 2017/2018
- 2 Evaluatierapport XIV, LETB
- 3 <https://iknl.nl/nkr-cijfers>

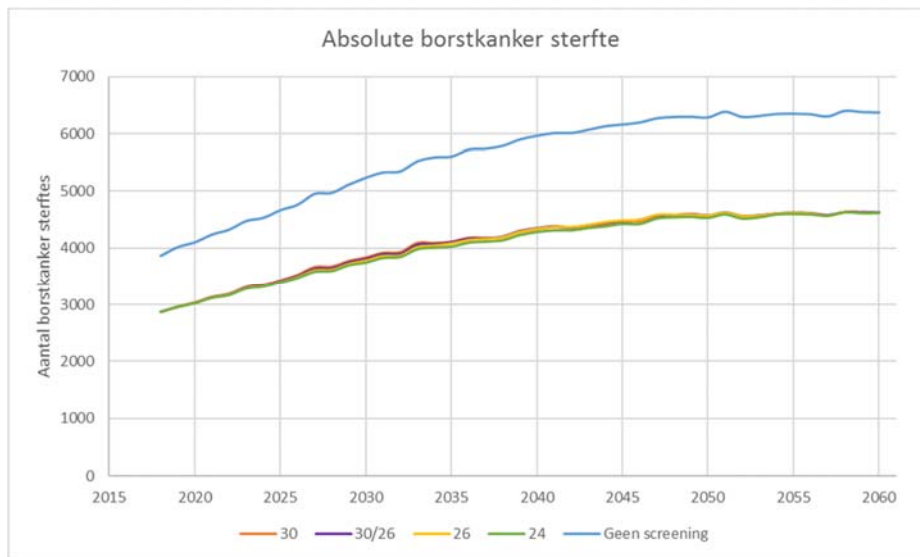
Bijlage 2: Uitnodigingsintervallen en bandbreedte november 2018 t/m oktober 2019



Grafiek 2.1. Spreiding met min en max uitnodigingsinterval per regio ten opzichte van het gemiddelde in die regio over de periode november 2018 t/m oktober 2019

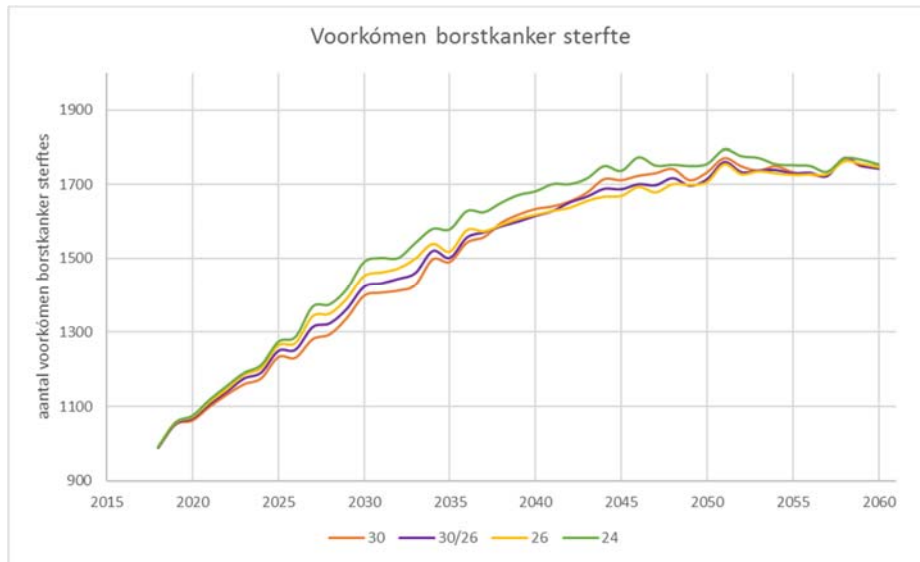
Bijlage 3. Modelling gezondheidseffecten

Met het MISCAN model is gemodelleerd wat het effect is van vertraagd uitnodigen en dus vertraagd screenen. Het model simuleerde de Nederlandse populatie. De eerste screen was voor iedereen op leeftijd 50, de laatste uiterlijk op leeftijd 74.5. De intervallen tussen de screens zijn 24 maanden. In de scenario's 26, 30, en 30/26 zijn de intervallen verlengd naar 26 en 30 maanden voor de jaren 2018 t/m 2026. In het scenario 30/26 in het interval voor deze periode in de regio's MW en ZW 30 maanden en in de regio's N, O en Z 26 maanden. Het voorspelde aantal voorkomen borstkankersterfte zal de komende jaren tot 2060 nog stijgen van ongeveer 1000 per jaar naar ruim 1700, door het ouder worden van de bevolking en door een stijging in onderliggende borstkankerincidentie (onafhankelijk van screening).



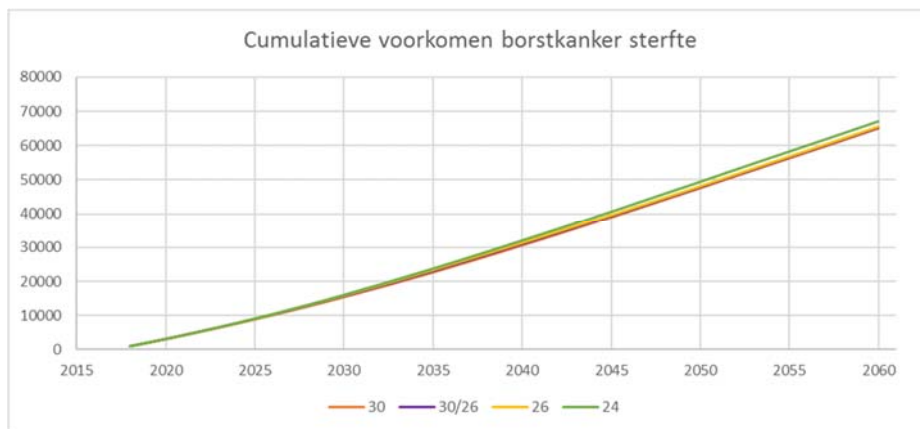
Grafiek 3.1 Absolute borstkankersterfte.

Absolute borstkankersterfte met en zonder screening en effect van vertraagd screenen in de periode 2018-2026.



Grafiek 3.2 Voorkomen borstkankersterfte.

Voorkomen borstkankersterfte bij screenen om de 24 maanden of vertraagd screenen in de periode 2018-2026. 30/26: regio's MW en ZW op 30 mnd, regio's Z, O en N op 26 mnd.



Grafiek 3.3. Cumulatieve voorkomen borstkankersterfte.

Cumulatieve voorkomen borstkankersterfte bij screenen om de 24 maanden of vertraagd screenen in de periode 2018-2026. 30/26: regio's MW en ZW op 30 mnd, regio's Z, O en N op 26 mnd.

Bijlage 4: Uitgangspunten model voor prognose 2020 t/m 2026

Het bedrijf IJsselvliet strategie & realisatie heeft in opdracht van de screeningsorganisaties een rekenmodel ontwikkeld. In dit rekenmodel kunnen enerzijds langere termijn prognoses voor de vijf regio's ontwikkeld worden. Anderzijds kunnen berekeningen uitgevoerd worden over de effecten van maatregelen om de overschrijdingen tot stilstand te brengen en in te halen. In dit rekenmodel wordt gebruik gemaakt van aannames. Het gaat om aannames over factoren die van invloed zijn op de te verwachten basissituatie voor de aankomende jaren t/m 2026. Het gaat bv om ziekteverzuim, deelname cliënten en verwachte uitstroom en instroom van MBB'ers. Hiervoor worden zoveel mogelijk werkelijke gegevens die tot nu toe bekend zijn vertaald in aannames voor de prognoses.

Uitgangspunten in het model voor prognoses en effecten van open uitnodiging en langer screeningsinterval

Onderdeel	Definitie
Doelgroep 2 jaar cyclus	Primos cijfers doelgroep per ronde (2 jaar).
Doelgroep 2 jaar cyclus (rekening houdend met groep 'Nooit meer uitnodigen')	Doelgroep 2 jaar cyclus gecorrigeerd voor definitief afgemelde cliënten (zie percentages in tabblad "FTE, doelgroep, deelname"). Deze percentages zijn gebaseerd op 2019 doelgroep cijfers.
<u>Uitnodigingsinterval</u>	Zie tabblad 'Uitnodigingsinterval' voor de definitie. ScreenIT cijfers november 2018 - oktober 2019 uitnodigingen.
Doelgroep per jaar	Berekening 12 maanden (jaar) gedeeld door het uitnodigingsinterval, maal de doelgroep (rekening houdend met definitieve afmeldingen).
<u>Deelnamegraad</u>	Gemiddelde deelnamegraad per regio vastgesteld, over de jaren 2015, 2016, 2017 en 2018. Zie tabblad "FTE, doelgroep, deelname".
Verwachte deelname per jaar	Berekening, doelgroep per jaar gecorrigeerd met de deelnamegraad.
Onderzoeken per maand	Berekening, de verwachte deelname per jaar gedeeld door 12.

<u>Deeltijdfactor (%)</u>	Aantal FTE gedeeld door het aantal mensen. Het aantal FTE en aantal mensen is gebaseerd op het gemiddelde van peildata: 1/1/2019, 1/10/2019 en schatting 31/12/2019.
Werkbare dagen	Aantal werkbare dagen in 2019.
Werkbare uren per jaar (rekening houdend met vakantiedagen)	Werkbare dagen gedeeld door het aantal werkbare uren per dag (255/7,2).
<u>PLB uren per FTE per jaar</u>	Inschatting (gemiddeld) aantal uren Persoonlijk levensfasebudget (PLB).
Saldo	Het aantal werkbare uren per jaar minus de vakantiedagen en PLB uren.
<u>Ziekteverzuim (gemiddelde afgelopen 12 maanden)</u>	Jaargemiddelde oktober 2018 t/m september 2019, doelgroep screening, exclusief zwangerschapsverlof: 11,79%.
Saldo	Saldo minus het ziekteverzuim.
<u>Overleg, opleiding, enz. (# werkdagen)</u>	Het aantal dagen per FTE dat wordt besteedt aan overleg, bijeenkomsten en andere niet-screenbare uren.
<u>Overige taken</u>	Alleen van toepassing bij Zuid, andere regio's nemen het mee in de FTE formatie. Zie tabblad 'Productiviteit' voor uitwerking overige taken.
<u>Pauze uren per dag</u>	De hoeveelheid tijd (uren) pauze berekend per regio.
<u>Opstarturen per dag</u>	De hoeveelheid tijd (uren) opstarttijd, kalibreren berekend per regio.
Begrote productiviteit	Norm productiviteit minus pauze en opstarten.
<u># screeningen per FTE per dag</u>	Het aantal onderzoeken per FTE per dag waarmee de regio rekest in de planning.
# screeningen / FTE / uur	Het aantal screeningen per FTE per dag gedeeld door het aantal feitelijke werkuren per dag.
<u># screeningen per FTE per jaar (incl. deeltijdfactor)</u>	Het aantal screeningen per FTE per dag, waarbij rekening gehouden is met een deeltijdfactor. Alle variabelen, behalve overleg, zijn gecorrigeerd door deze deeltijdfactor.
Fte benodigd	Berekening verwachte deelname per jaar gedeeld door het aantal uit te voeren screeningen per FTE per jaar (productiviteit).

<p>Aantal Fte beschikbaar (bruto)</p>	<p>2019 productiviteitsberekening: Bruto FTE formatie bestaat uit: gemiddeld aantal FTE (1-1-2019 en 31-12-2019), contract uren + structurele inzet uitzendkrachten + gemiddeld aantal gewerkte extra/meer uren van vast personeel. Deeltijdfactor is hier op gebaseerd en is meegenomen in berekening aantal screeningen per FTE per jaar, zie hieronder voor definitie. Voor de overige jaren is een procentuele daling van 0,33% per jaar toegepast. Deze is gebaseerd op trendcijfers.</p>
<p>Gepland: pensioen incl. pensioenakkoord (Fte)</p>	<p>Het aantal FTE dat uitstroomt vanwege pensioen. De effecten van het pensioenakkoord zijn hierin meegenomen.</p>
<p>Correctie pensioenado stuwmeer</p>	<p>33% van de geplande uitstroom aan FTE is daarnaast nogmaals meegenomen in de bruto-netto berekening. Dit is het effect van de verlof uren die nog eventueel worden opgenomen door medewerkers die met pensioen gaan. Dit percentage is gebaseerd op de hoeveelheid verlof uren die nog opgenomen kunnen worden.</p>
<p>Ongeplande uitstroom (Fte)</p>	<p>Ongeplande uitstroom in 2019 zijn feiten, voor de jaren erop is een schatting gemaakt (aan de hand van de instroom, maximale opleidingscapaciteit en FTE tekort cijfers). Deze schatting is gebaseerd op voorgaande jaren en de krappe arbeidsmarkt, waarin ook steeds meer medewerkers vertrekken om bij een ziekenhuis te gaan werken.</p>
<p>Aantal Inservice (laboranten)</p>	<p>De instroom/opleiding is berekend aan de hand van het maximaal aantal opleidingsplekken dat elke regio per jaar kan bieden. Deze opleidingsplekken zijn verdeeld onder 3 (operationele) functies: Ins-ervice medewerkers</p>
<p>Fte Inservice (laboranten)</p>	<p>(laboranten), MBB'ers en MB'ers. Deze opleidingsplekken zijn vertaald naar FTE's door aan te nemen dat elke medewerker een gemiddelde werkweek heeft van 28 uur. Vervolgens zijn deze FTE's niet volledig meegenomen in de berekening,</p>

Productiviteitsfactor opleiding	<p>aangezien het inwerken van invloed is op de productiviteit. De productiviteit per functie is als volgt: In-service medewerker en MB'er: 48% productief gedurende het eerste jaar MBB'er: 65% productief gedurende het eerste jaar. MBB'ers die instromen via het ziekenhuis zijn 73% productief gedurende het eerste jaar. Deze percentages zijn gebaseerd op het aantal weken in opleiding met bijhorend productiviteitspercentage. Het aantal weken fasen van opleiding zijn in beschouwing genomen, de productiviteit verschilt per activiteit binnen de opleiding en het aantal weken waarvoor berekend is per activiteit. Aangezien medewerkers instromen vanaf september worden de instroom cijfers van een bepaald jaar, in het jaar erop meegenomen. Bijvoorbeeld, wanneer men 4 opleidingsplekken heeft in 2020 dan worden deze in 2021 meegerekend. Daarbij is 2019 een uitzondering, deze opleidingsplekken worden in 2019 meegerekend.</p>
Aantal MB'ers	
Fte MB'ers	
Productiviteitsfactor opleiding	
Aantal MBB'ers	
Fte MBB'ers	
Productiviteitsfactor opleiding	
Aantal Fte beschikbaar (netto)	Berekening Bruto formatie minus de uitstroom en correcties voor opleiding.
Tekort/Overschot Fte	Berekening Fte benodigd - Fte beschikbaar.
Fte tekort/overschot in maanden	Berekening FTE tekort of overschot in aantal maanden productiviteit: (aantal onderzoeken per Fte per jaar * het aantal onderzoeken uit te voeren per maand)/ aantal onderzoeken uit te voeren per maand.



Bijlage 5:

Modelberekeningen prognose 2020 t/m 2026

	2019						2020					
	Σ	Oost	Zuid	Zuid-West	Noord	Midden-West	Σ	Oost	Zuid	Zuid-West	Noord	Midden-West
Doelgroep 2 jaar cyclus	2.902.042	550.251	651.770	661.059	302.370	736.592	2.935.995	556.650	657.405	669.609	304.586	747.745
Doelgroep 2 jaar cyclus (rekening houdend met groep 'Nooit meer uitnodigen')	2.714.482	515.145	605.625	618.156	282.202	693.354	2.746.270	521.136	610.861	626.151	284.270	703.852
Uitnodigingsinterval	25,12	24,42	24,18	25,61	24,10	27,30	25,47	23,69	25,69	25,70	24,08	28,20
Doelgroep per jaar	1.288.623	253.136	300.531	289.665	140.501	304.788	1.282.941	264.023	285.298	292.417	141.654	299.549
Deelnamegraad	76,9%	79,2%	80,0%	73,4%	79,2%	72,6%	76,8%	80,5%	79,5%	73,4%	78,0%	72,5%
Verwachte deelname per jaar	986.077	200.484	240.425	212.614	111.277	221.276	981.590	212.539	226.755	214.634	110.490	217.173
Onderzoeken per maand	82.173	16.707	20.035	17.718	9.273	18.440	81.799	17.712	18.896	17.886	9.208	18.098
# screenings per FTE per jaar (incl. deeltijdfactor)	3348	3331	2929	3606	3302	3572	3332	3331	2929	3550	3302	3550
Fte benodigd	296,9	60,2	82,1	59,0	33,7	61,9	296,3	63,8	77,4	60,5	33,5	61,2
Aantal Fte beschikbaar (bruto)	333,5	70,7	85,4	70,6	38,5	68,3	321,6	68,9	78,0	65,4	40,0	69,3
Aantal Fte beschikbaar (netto)	285,2	63,9	71,7	58,5	33,8	57,3	256,7	55,6	64,1	46,9	34,7	55,5
Tekort/Overschot Fte	-11,7	3,7	-10,3	-0,4	0,1	-4,6	-39,6	-8,2	-13,3	-13,6	1,2	-5,7
Fte tekort/overschot in maanden	0,35	-0,73	1,51	0,09	-0,02	0,90	0,81	0,90	1,20	1,57	-0,26	0,65

Werkelijke uitnodigingsinterval (uitnodigingsinterval +/- Fte tekort/overschot in maanden)	25,47	23,69	25,69	25,70	24,08	28,20	26,29	24,59	26,90	27,27	23,82	28,85
Screeningsinterval (gebaseerd op werkelijk uitnodigingsinterval)	25,73	23,92	25,95	25,95	24,32	28,48	26,55	24,84	27,17	27,54	24,06	29,14

2021						2022						2023					
Σ	Oost	Zuid	Zuid-West	Noord	Midden-West	Σ	Oost	Zuid	Zuid-West	Noord	Midden-West	Σ	Oost	Zuid	Zuid-West	Noord	Midden-West
2.968.057	562.596	660.364	679.379	306.282	759.436	2.966.473	562.298	659.307	678.639	304.949	761.280	2.959.343	560.542	656.149	677.551	302.841	762.260
2.776.310	526.702	613.610	635.287	285.853	714.857	2.774.849	526.423	612.628	634.595	284.609	716.593	2.768.208	524.779	609.694	633.578	282.642	717.515
26,29	24,59	26,90	27,27	23,82	28,85	26,68	25,62	27,63	27,82	23,33	29,00	26,61	25,72	28,21	27,60	22,76	28,78
1.251.714	257.039	273.757	279.570	143.989	297.359	1.229.301	246.584	266.111	273.700	146.385	296.521	1.227.888	244.819	259.381	275.510	149.034	299.145
76,5%	80,2%	79,2%	73,2%	77,7%	72,3%	76,3%	80,0%	79,0%	72,9%	77,5%	72,0%	76,0%	79,7%	78,7%	72,7%	77,2%	71,8%
954.439	206.233	216.864	204.527	111.941	214.874	933.865	197.192	210.111	199.572	113.428	213.561	929.324	195.135	204.122	200.229	115.099	214.740
79.537	17.186	18.072	17.044	9.328	17.906	77.822	16.433	17.509	16.631	9.452	17.797	77.444	16.261	17.010	16.686	9.592	17.895
3332	3331	2929	3550	3302	3550	3332	3331	2929	3550	3302	3550	3332	3331	2929	3550	3302	3550
288,0	61,9	74,0	57,6	33,9	60,5	281,7	59,2	71,7	56,2	34,4	60,2	280,0	58,6	69,7	56,4	34,9	60,5
327,3	67,3	80,4	67,6	40,6	71,4	340,1	71,3	78,7	71,4	42,3	76,4	346,8	75,5	77,4	75,3	43,1	75,5
267,7	52,8	66,3	53,0	36,3	59,2	281,3	58,3	65,8	58,0	37,2	62,0	291,5	62,3	63,5	62,6	38,7	64,4
-20,3	-9,1	-7,7	-4,6	2,4	-1,3	-0,3	-0,9	-6,0	1,8	2,8	1,9	11,5	3,8	-6,2	6,2	3,8	3,9
0,39	1,03	0,73	0,55	-0,49	0,15	-0,07	0,10	0,58	-0,23	-0,57	-0,22	-0,36	-0,45	0,62	-0,77	-0,77	-0,45

26,68	25,62	27,63	27,82	23,33	29,00	26,61	25,72	28,21	27,60	22,76	28,78	26,25	25,27	28,83	26,82	21,99	28,33
26,95	25,87	27,90	28,10	23,56	29,29	26,88	25,98	28,49	27,87	22,99	29,07	26,51	25,53	29,12	27,09	22,21	28,62

2024						2025						2026					
Σ	Oost	Zuid	Zuid-West	Noord	Midden-West	Σ	Oost	Zuid	Zuid-West	Noord	Midden-West	Σ	Oost	Zuid	Zuid-West	Noord	Midden-West
2.954.538	558.794	653.339	677.598	300.870	763.937	2.948.280	557.104	649.167	677.891	298.889	765.229	2.942.291	555.362	645.225	677.995	297.000	766.709
2.763.743	523.143	607.083	633.622	280.802	719.094	2.757.926	521.561	603.206	633.896	278.953	720.310	2.752.359	519.930	599.543	633.993	277.190	721.703
26,25	25,27	28,83	26,82	21,99	28,33	26,18	24,80	28,99	26,32	22,21	28,60	25,85	24,29	29,29	25,18	22,24	28,23
1.242.347	248.389	252.675	283.487	153.223	304.572	1.243.967	252.378	249.701	288.976	150.733	302.177	1.260.966	256.860	245.663	302.172	149.535	306.736
75,8%	79,4%	78,4%	72,4%	77,0%	71,5%	75,5%	79,2%	78,2%	72,2%	76,7%	71,3%	75,2%	78,9%	77,9%	71,9%	76,4%	71,0%
936.720	197.327	198.188	205.347	117.944	217.914	934.808	199.834	195.210	208.632	115.645	215.487	943.506	202.620	191.332	217.340	114.295	217.918
78.060	16.444	16.516	17.112	9.829	18.160	77.901	16.653	16.267	17.386	9.637	17.957	78.626	16.885	15.944	18.112	9.525	18.160
3332	3331	2929	3550	3302	3550	3332	3331	2929	3550	3302	3550	3332	3331	2929	3550	3302	3550
281,9	59,2	67,7	57,8	35,7	61,4	281,1	60,0	66,6	58,8	35,0	60,7	283,4	60,8	65,3	61,2	34,6	61,4
353,1	78,8	74,8	78,8	44,1	76,5	349,1	79,5	75,8	80,5	41,1	72,2	353,2	79,7	73,8	85,0	40,3	74,4
285,0	63,3	66,1	62,0	34,6	59,0	295,3	64,4	63,8	68,4	34,8	63,9	288,9	61,6	58,4	71,6	35,4	61,8
3,1	4,0	-1,5	4,1	-1,1	-2,4	14,2	4,4	-2,8	9,6	-0,2	3,2	5,5	0,8	-6,9	10,4	0,8	0,4
-0,07	-0,47	0,16	-0,50	0,22	0,27	-0,34	-0,51	0,30	-1,15	0,04	-0,37	-0,15	-0,09	0,74	-1,19	-0,17	-0,05

26,18	24,80	28,99	26,32	22,21	28,60	25,85	24,29	29,29	25,18	22,24	28,23	25,70	24,20	30,02	23,99	22,08	28,18
26,45	25,05	29,28	26,59	22,43	28,89	26,10	24,53	29,58	25,43	22,47	28,52	25,95	24,4	30,3	24,2	22,3	28,5



Bijlage 6: Ingezette activiteiten van de verschillende screeningsorganisaties t/m 2019 en deels doorlopend

Wervingsactiviteiten

- Wervingscampagnes
- Actieve benadering personeel uit dienst
- Brief NVvR/persoonlijke benadering ziekenhuizen (om werving naar ziekenhuizen toe te beperken)
- Grote wervingsstickers op de buitenzijde mobiele units
- Flyers in de wachtkamer op alle locaties
- Contacten met het UWV en vacaturebanken, ook in België
- Aanbrengbonus nieuw personeel

Scholingsactiviteiten

- Contacten hogescholen / gastlessen /faciliteren en stages
- Voldoende opleidingscapaciteiten organiseren
- Over de regiogrenzen opleiden
- Extra mammograaf inzet voor opleidingsdoeleinden
- Opzetten pilot In service-opleiding, start september 2019

Inzet van personeel

- Uitleenen MBB'ers aan andere regio's op vrijwillige basis
- Doorwerk optie na pensioen
- Vergroten inzet huidige medewerkers/uitbreiding contracten
- Bonus huidig personeel voor extra werken buiten regulier contract

Aantrekkelijker maken van de functie

- Pilot MB'er in de screening, vanaf 2017 regulier aannemen en opleiden van MB'ers in de screening

Efficiency maatregelen:

- Optimalisatie beschikbaarheid mobiele units
- Optimaliseren indirecte werktijd (effectieve screeningstijd)
- Gebiedstoewijzing (d.w.z. herindeling van gebieden aan de regiogrenzen)