

Evaluatierapport van het georganiseerde screenings- programma voor borstkanker in het Brussels Gewest

Periode : juni 2002 tot december 2005





Dossiers van het Observatorium

Evaluatierapport van het georganiseerde screenings- programma voor borstkanker in het Brussels Gewest

Periode : juni 2002 tot december 2005



Dossiers van het Observatorium

Elk dossier belicht op een eigen manier bepaalde aspecten van de welzijns- en gezondheidssituatie in het Brussels Gewest.

De dossiers worden verspreid via de website (www.observatbru.be) en op eenvoudig verzoek. Elk dossier mag worden gekopieerd, mits vermelding van de bron.

Reeds verschenen in de collectie «Dossiers van het Observatorium»:

2006

Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad

2005

Evaluatie van de participatie van mensen die in armoede leven aan het Brusselse armoederapport

2003

Zelfmoord in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, situatie 1998-2000

2002

Uitdagingen voor een armoedebeleid in Brussel

Tuberculose in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, situatie 2000

Kansarmoede en achtergestelde buurten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Colofon

Coördinatie:

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn:
Murielle DEGUERRY

Auteurs:

Murielle DEGUERRY,
Myriam DE SPIEGELAERE,
Edwige HAELTERMAN,
Peter VERDUYCKT

Cartografie:

Truus ROESEMIS

Wetenschappelijke medewerking:

Neelke VERNAILLEN

Informatiebronnen:

Jean-Benoît BURRION (Brumammo),
Michel CANDEUR (Brumammo),
Bégonia MONTILLA (CLPS Bruxelles),
Heidi DU LAING (Logo Brussel),
Hugo HENNEMAN (Logo Brussel),
Nazira EL MAOUFIK (Forest Quartiers Santé)

Lay-out:

Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl :
Nathalie DA COSTA MAYA

Vertaling:

Singer Translations bvba

Depotnummer:

D/2006/9334/20

Voor meer informatie:

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
Louizalaan, 183 – 1050 Brussel
Tel. : 02/552 01 89
observat@ggc.irisnet.be
www.observatbru.be

Murielle Deguerry
Tel. : 02 552 01 65
mdeguerry@ccc.irisnet.be

Inhoudstafel

1.	Inleiding	7
2.	Elementen uit de literatuur	9
3.	Epidemiologische situatie	13
3.1	Evolutie van de mortaliteit door borstkanker in Brussel tussen 1998 en 2004	13
3.1.1	Evolutie van de mortaliteitscijfers	13
3.1.2	Mortaliteit volgens de leeftijd	15
3.1.3	Mortaliteit volgens de nationaliteit	16
3.1.4	Mortaliteit volgens de woonplaats	17
3.2	Incidentie van borstkanker in het Brussels Gewest	18
4.	Werking van het programma	19
4.1	De belangrijkste partners	20
4.2	Financiering	21
4.3	Erkenning van de mammografie-eenheden	21
4.4	Informatie en sensibilisatie	21
4.4.1	Naar de gezondheidsprofessionelen toe	22
4.4.2	Naar de vrouwen van de doelgroep toe	22
4.5	Uitnodigingen	24
4.6	Radiologisch onderzoek	24
4.7	Lezing van de clichés en resultaten	25
4.8	Opvolging	26
4.9	Kwaliteitscontrole	26
4.10	Weigering van terugbetaling door de ziekenfondsen	27
4.11	Telemammografie	27
5.	Wat vinden de artsen en de vrouwen ervan?	29
5.1	Houding van de huisartsen en gynaecologen tegenover de georganiseerde borstkankerscreening	29
5.1.1	Methodologie	29
5.1.2	Belangrijkste boodschappen	29
5.1.3	Suggesties	33
5.1.4	Conclusie	34
5.2	Enquête bij de radiologen van de mammografie-eenheden	35
5.3	De perceptie van het programma door de vrouwen	35
5.3.1	Bekeken door de ogen van de gezondheidsprofessionelen	35
5.3.2	Bekeken door de ogen van de vrouwen	36
5.3.3	Franse enquête	36
6.	Resultaten van de analyse van het register van de mammotests uitgevoerd in Brussel	39
6.1	Bestudeerde periodes en populatie	39
6.2	Activiteiten	39
6.2.1	Aantal uitgevoerde mammotests, volgens het jaar en de woonplaats	39
6.2.2	Aantal uitgevoerde mammotests, naargelang de radiologie-eenheid	42
6.3	Leeftijd van de vrouwen	44
6.4	Manier van deelnemen van de vrouwen	44
6.4.1	Heeft de vrouw zich aangemeld met een voorschrift of met een uitnodiging?	44
6.4.2	Factoren die de vrouw deden beslissen om de mammotest te laten uitvoeren	45
6.4.3	Conclusies met betrekking tot de stimulerende factoren	46

6.5	Termijn tussen mammotest en verzending van het resultaat, 2003-2005	47
6.5.1	Termijn tussen mammotest en 2 ^{de} lezing	47
6.5.2	Termijn tussen tweede lezing en verzending van het resultaat	48
6.5.3	Conclusie met betrekking tot de termijnen	48
6.6	Resultaten van de mammotest: densiteit van het borstweefsel en heroproeping voor echografie	49
6.7	Resultaten van de mammotest: aanwezigheid van mammografische abnormaliteiten	50
6.7.1	Resultaten van de mammotest: aanwezigheid van abnormaliteiten volgens de eerste en de tweede lezer	50
6.7.2	Concordantie/discordantie en uitvoering van een 3 ^{de} lezing	51
6.7.3	Resultaten van de mammotest: eindresultaat van de lezingen en heroproeppercentage	53
6.7.4	Opvolging	54
6.8	Dekking en participatiegraad	56
7.	Andere beschikbare gegevens over het opsporen van borstkanker	65
7.1	Gezondheidsenquête	65
7.2	Rapporten van het Intermutualistisch Agentschap	69
8.	Conclusies	71
9.	Bronnen	73
10.	Glossarium	74
11.	Methodologie	76
12.	Bijlagen	77
12.1	Bijlage 1 : Juridisch kader	77
12.2	Bijlage 2 : Mortaliteitscijfers voor borstkanker in de periode 1998-2004, Brussel	78
12.3	Bijlage 3 : Verwachte aantal borstkankers in het Brussels Gewest in 2005	79
12.4	Bijlage 4 : Lijst van de erkende radiologische eenheden	80
12.5	Bijlage 5 : Informatiebrochure	82
12.6	Bijlage 6 : Uitnodigingsplanning	85
12.7	Bijlage 7 : Uitnodigingsbrief	86
12.8	Bijlage 8 : Fiche van de eerste lezing	88
12.9	Bijlage 9 : Opvolgingsfiche	90
12.10	Bijlage 10 : Kenmerken van de geïnterviewde artsen	91
12.11	Bijlage 11 : Brumammo : leden van de Raad van Bestuur en van de Algemene Vergadering	91
12.12	Bijlage 12 : Databank	92
	1. Gegevens voorzien in het protocolakkoord	92
	2. Werkgroep	92
	3. Extractieprocedures van de bestanden van 2001 tot 2003	92
	4. Extractieprocedures bestand 2006	93
12.13	Bijlage 13 : Termijn tussen mammotest en 2 ^{de} lezing, 2003-2005	94
12.14	Bijlage 14 : Concordantie tussen 1 ^{ste} en 2 ^{de} lezers betreffende de densiteit van het borstweefsel	95
12.15	Bijlage 15 : Concordantie/discordantie tussen 1 ^{ste} en 2 ^{de} lezer over de aanwezigheid van anomalieën, derde lezing	95
12.16	Bijlage 16 : Beslissingsalgoritme voor een derde lezing (versie november 2005)	98

1. Inleiding

Borstkanker is de meest voorkomende kanker bij de vrouw en vertegenwoordigde in 2001 36,8 % van de nieuwe kankergevallen bij vrouwen in België^[1].

In overeenstemming met de aanbevelingen van de experts van «Europa tegen kanker»^[2], en als gevolg van diverse pilootprojecten die dateren van het begin van de jaren '90 (waarvan één in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) hebben de federale staat, de gemeenschappen en de gewesten in oktober 2000 een protocolakkoord ondertekend «met het oog op een samenwerking tussen de federale staat en de gemeenschappen inzake de massascreening van borstkanker door mammografie»^[3]. Dit nationale programma biedt de vrouwen tussen 50 en 69 jaar elke twee jaar een kosteloze kwaliteitsscreening aan door middel van een mammografie (= «mammotest»).

De federale overheden verbinden zich ertoe om de terugbetaling op zich te nemen van de mammotests en de gemeenschappen om de erkenning te verzekeren van de mammografie-eenheden, de screening te organiseren volgens welbepaalde criteria, de vrouwen uit te nodigen en de resultaten door te geven.

Het georganiseerde screeningsprogramma heeft de volgende kenmerken:

- het is bedoeld voor de asymptomatische vrouwen tussen 50 en 69 jaar;
- het richt zich tot alle vrouwen met woonplaats op het Belgische grondgebied of die een Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging hebben afgesloten^[4];
- de vrouwen moeten ingeschreven zijn in een door het RIZIV erkende verzekeringsinstelling;
- het interval tussen de mammotests bedraagt 2 jaar;
- een medisch voorschrift is niet vereist, de uitnodiging uitgaande van de coördinatiecentra en het voorschrift voor het onderzoek door een arts worden als equivalenten beschouwd;
- de fysieke aanwezigheid van een radioloog is niet vereist tijdens de uitvoering van de mammotest;
- de prestatie mag niet gecumuleerd worden met andere prestaties, noch met forfaitaire raadplegingshonoraria. Het systeem van de derde betaler wordt toegepast; er mag overigens geen enkele persoonlijke bijdrage worden gevraagd;
- de eerste lezing zal pas worden terugbetaald als een code van 2de lezing gefactureerd wordt;
- de gemeenschappen zijn verantwoordelijk voor het organiseren van de screening.

De algemene doelstelling van het programma is het verlagen van de mortaliteit door borstkanker. Algemeen wordt aangenomen dat een screeningsprogramma gericht op de vrouwen tussen 50 en 69 jaar toelaat de mortaliteit door borstkanker met 25 tot 30 % te verlagen, na een periode van ongeveer 10 jaar, op voorwaarde dat de kwaliteitscriteria worden nageleefd en de dekkingsgraad bij deze vrouwen hoger ligt dan 70 %.

Er bestaat in België sinds vele jaren een wijd verspreide opsporingspraktijk die de «opportunistische» screening wordt genoemd en die wordt toegepast door de radiologen en de gynaecologen. Deze praktijk, die moet worden onderscheiden van de diagnostische mammografie naar aanleiding van een klacht (of van symptomen) of van een afwijkend klinisch onderzoeksresultaat, omvat meestal wat men een volledige check-up noemt: een klinisch onderzoek, een mammografie van beide borsten en een echografie. Deze onderscheidt zich dus van het georganiseerde programma door de afwezigheid van een georganiseerde kwaliteitscontrole, door de betaling van remgeld door de vrouwen, door een deelname die beperkt is tot de vrouwen die gevolgd worden door een arts die de screening toepast in zijn praktijk (wat leidt tot een onbillijke dekking) alsook door een hogere kostprijs vanwege de systematische toevoeging van een klinisch onderzoek en een echografie. Deze bestaande context, waarmee wellicht onvoldoende rekening

1 Stichting Kankerregister, 2006. Voor het Brussels Gewest vertegenwoordigde borstkanker 36,5 % van de nieuwe kankergevallen bij de vrouw in 2001.

2 Epidemiological guideline for quality assurance in breast cancer screening, third edition, Europe Against Cancer (Januari 2001).

3 Zie juridisch kader in bijlage 1.

4 De vrouwen die niet in België wonen, maar een Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging hebben, kunnen gebruik maken van het programma, maar krijgen geen uitnodiging.

werd gehouden bij de invoering van het programma, maakt de organisatie van het georganiseerde screeningsprogramma complexer, zowel voor de gezondheidsactoren als voor de begunstigden, zoals we verder in dit rapport zullen zien. In het vervolg van het rapport zal de «opportunistische» screening «screening buiten het programma» genoemd worden, in tegenstelling tot de georganiseerde screening.

Bij de uitvoering van het georganiseerde screeningsprogramma zijn heel wat actoren betrokken: de federale overheden, de sociale zekerheidsinstellingen (RIZIV, ziekenfondsen, Intermutualistisch College en Kruispuntbank), het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, de Franse en de Vlaamse gemeenschappen en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de referentiecentra voor het opsporen van borstkanker, de erkende mammografie-eenheden, de radiologen en radiologietechnici, de huisartsen, de gynaecologen, de fysici die belast zijn met de controle van de technische installaties, de laboratoria voor pathologische anatomie, het nationale kankerregister en de hulpverleners die zich bezighouden met gezondheidsbevordering.

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, werd de vzw «Referentiecentrum voor de borstkankerscreening» Brumammo opgericht om de rol op zich te nemen van Brussels referentiecentrum op basis van een protocolakkoord tussen de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Vlaamse en Franse gemeenschap. Het centrum heeft een overeenkomst gesloten met de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de relatie met de gemeenschappen is geregeld via ministeriële arresten.

Het programma ging in juni 2002 van start. Op dat ogenblik werden de vrouwen enkel op voorschrift van een arts doorverwezen voor een mammotest (= «eerste spoor»); met het versturen van de uitnodigingen naar de vrouwen werd pas in februari 2003 gestart (= «tweede spoor»).

Na een kort overzicht van de literatuur zullen in dit rapport vooral de gegevens worden voorgesteld die in België voorhanden zijn over borstkanker. De epidemiologische situatie zal geïllustreerd worden aan de hand van de mortaliteitsgegevens en een schatting van de incidentiegegevens, daarna worden andere gegevensbronnen verkend op het vlak van de opsporing van borstkanker: de laatste «Gezondheidsenquête door middel van interview» die werd uitgevoerd in 2004 door het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid alsook de laatste twee rapporten van het Intermutualistisch Agentschap (AIM/IMA).

De resultaten van een kwalitatieve enquête die werd uitgevoerd door het Observatorium bij de gezondheidsprofessionelen zullen naast deze van andere enquêtes worden gelegd die werden uitgevoerd bij vrouwen uit de doelgroep in België en in Frankrijk.

In het gedeelte «resultaten» gaat dit rapport in op de afgesloten «eerste ronde» (first round) van het programma, die werd georganiseerd van juni 2002 tot december 2004, een periode waarin *alle*^[5] vrouwen van de doelpopulatie een eerste keer werden uitgenodigd. Aangezien we tevens beschikken over de gegevens van 2005, zullen we ook trachten de evolutie bij het begin van de tweede ronde te analyseren.

De evaluatie van de reële impact van het programma is nog niet mogelijk in dit stadium van de ontwikkeling van het programma. De gegevens over de incidentie van de nieuwe borstkankergevallen zijn immers nog niet beschikbaar voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het duurt meerdere jaren alvorens men mag hopen de verwachte impact op de mortaliteit te kunnen meten.

5 Zoals we verder zullen zien in paragraaf 5.1, kon jammer genoeg niet de volledige doelgroep uitgenodigd worden, wegens onvolledigheid van de databank.

2. Elementen uit de literatuur

De volgende vaststellingen komen hoofdzakelijk uit het literatuuroverzicht dat in 2005 werd gemaakt door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, van vijf artikels die tussen 2003 en 2006 verschenen zijn in het medisch tijdschrift *Prescrire* en van een colloquium dat in september 2005 werd georganiseerd door het Institut National du Cancer in Parijs (zie bibliografische bronnen in hoofdstuk 9).

Borstkanker is de meest voorkomende kanker bij vrouwen in de geïndustrialiseerde landen. Men onderscheidt twee grote histologische types borstkankers: de infiltrerende carcinomen (met basale membraandoorbraak van het bindweefsel) en de carcinomen in situ; deze laatste evolueren traag en worden vaak toevallig ontdekt bij een mammografie.

Aangezien de grootte van de tumor en de invasiegraad, ongeacht of hij lokaal, regionaal of metastatisch is, een primordiale rol lijkt te spelen in de prognose van deze tumoren, is het logisch om te trachten deze letsels in een vroegtijdig stadium op te sporen, zodat minder agressieve behandelingen nodig zijn en de prognose verbeterd.

De systematische of georganiseerde screening beantwoordt aan Europese kwaliteitsnormen, die met name een dubbele lezing en een kwaliteitscontrole voorzien. De slaagkansen van dit programma hangen af van de participatiegraad van de doelpopulatie en van de kwaliteit van het onderzoek.

In het kader van een screening van de populatie en rekening houdend met de wetenschappelijke gegevens die op dit ogenblik beschikbaar zijn, kon voor geen enkele niet-mammografische systematische screeningsmethode worden aangetoond dat ze doeltreffend is op basis van klinische criteria.

De autopalpatie verhoogt het aantal controles (vals positieve onderzoeken) en de ongerustheid van de vrouwen, het klinisch onderzoek brengt bepaalde letsels aan het licht die niet opgespoord worden door de mammografie, maar dit effect is verwaarloosbaar gelet op de overmaat aan middelen die hierbij zouden moeten worden ingezet in het kader van een georganiseerde screening, de echografie is niet specifiek genoeg (veel vals positieve gevallen) en is te veel «operatorafhankelijk»^[6], de thermografie en de dosering van tumormarkers zijn verouderd en de NMR in het kader van de georganiseerde screening behoort nog tot het domein van het onderzoek. De mammografie^[7] blijft dus de belangrijkste screeningsmethode en het is belangrijk dat de vrouwen aan wie ze aangeboden wordt, geïnformeerd kunnen worden over de baat-risico balans van dit onderzoek.

De verlaging van de mortaliteit door borstkanker dankzij de opsporing ervan door mammografie werd in vraag gesteld door een systematisch overzicht van de literatuur gepubliceerd door de Cochrane Collaboration. Er volgden talloze reacties, controverses en publicaties. Samengevat kunnen we echter zeggen dat voor de populatie vrouwen jonger dan 50 jaar, de baat-risico balans van de georganiseerde screening door mammografie ongunstig is en dat er boven de 70 jaar geen overtuigende gegevens bestaan. Voor de vrouwen tussen 50 en 69 jaar hield de consensus van de experts over in het voordeel van de baten van de mammografische screening.

De experts van het programma «Europa tegen kanker» hebben een Europees netwerk opgericht (EBCN: European Breast Cancer Network) dat sinds 1989 een screening heeft aanbevolen door middel van radiografisch onderzoek van elke borst, elke twee jaar voor de vrouwen van 50 tot 69 jaar in het kader van een georganiseerd programma. Deze aanbevelingen werden in 1999 in Wenen^[8] bevestigd en versterkt door een positionering van de Wereldgezondheidsorganisatie in 2002^[9].

6 Cohortestudies hebben aangetoond dat aanvullend op de mammografie, bij de vrouwen met dens borstweefsel of met een bijzonder hoog risico op borstkanker, de echografie toelaat om 3 tot 4 bijkomende borstkankers op te sporen op 1000 vrouwen.

7 De analoge mammografie is nog in de meeste gevallen de regel. De digitale mammografie biedt mogelijkheden om het contrast bij te regelen, vergrotingen te maken, een computerondersteunde diagnose te stellen, beelden door te sturen en te bewaren in digitaal formaat, alsook een lagere stralingsdosis. Ze is krachtiger dan de analoge mammografie als de borsten dens of heterogeen zijn, maar blijft zeer duur (meerprijs van 4 tot 58 % volgens de studies). De modaliteiten van de kwaliteitscontrole moeten nog worden ingevoerd.

8 Recommendations on cancer screening in the European Union, *European Journal of Cancer*, 2000, 36:1473-1478.

9 Kmietowicz Z. WHO insists screening can cut breast cancer rates. *British Medical Journal*, 2002, 324:695.

Heel wat landen hebben dus screeningsprogramma's opgestart, eerst en vooral onder de vorm van pilootprojecten en daarna onder de vorm van nationale projecten.

Een literatuuroverzicht in 2005 door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE, België) besluit: «Dit literatuuroverzicht laat op dit ogenblik niet toe om het screeningsprogramma van borstkanker door mammografie bij de vrouwen van 50 tot 69 jaar opnieuw in vraag te stellen».

In de praktijk wordt dus, hoewel de aanbevelingen voor de vrouwen van 40 tot 49 jaar discordant zijn, de screening op grote schaal aanbevolen voor de vrouwen van 50 tot 69 jaar. Voor de vrouwen ouder dan 70 jaar wordt de screening vaak aanbevolen rekening houdend met de levensverwachting en de co-morbiditeit.

De uitvoeringsstrategieën verschillen van land tot land, als gevolg van de verschillende gezondheidssystemen en de culturele verschillen op het vlak van de medische praktijk: enerzijds een gecentraliseerd programma (enkele overheidsstructuren die betrokken zijn bij het screeningsprogramma, zoals in Zweden) of een gedecentraliseerd programma (waar de vrije artsen op vrijwillige basis en onder voorwaarden betrokken worden, zoals in Frankrijk en in België) en anderzijds een uniek programma of aanvullend bij de individuele screening.

Hoewel de programma's die al sinds enkele jaren lopen een daling aantonen van de mortaliteit door borstkanker tussen 6 en 25 %, moeten de bijdragen met betrekking tot de verschillende factoren nog geëvalueerd worden: georganiseerde screening, vroegtijdigere klinische diagnose, minder agressieve tumoren en performantere behandelingen. Het opsporen van een groter aantal kankers in een vroegtijdig stadium (waarvan sommigen zich niet verder zouden ontwikkeld hebben tijdens het leven van de persoon) verhoogt initieel de incidentie van de kanker. De detectie van kankers in een gevorderd stadium, daalt niet noodzakelijk.

De informatie die de vrouwen krijgen, is zelden objectief wat de baat-risico balans betreft; ze is er eerder op gericht om ze te overtuigen van de gegrondheid van de georganiseerde screening, zonder een geïnformeerde keuze toe te laten. Hoewel de opsporing door mammografie voordelen inhoudt waaronder de voornaamste een vroegtijdigere diagnose is die toelaat gebruik te maken van meer doeltreffende en minder zware behandelingen, heeft ze ook beperkingen en negatieve gevolgen: pijn tijdens het onderzoek, bestraling, wachttijd op de resultaten, valse positieven wat voor ongerustheid zorgt en agressieve bijkomende onderzoeken, kankerdiagnose die nooit een klinische vertaling gehad zou hebben (en dus leidt tot onderzoeken, ongerustheid en nutteloze behandelingen) en onterechte geruststelling door de valse negatieve uitslagen.

Geen enkele wijze van informeren is op zichzelf bepalend gebleken, maar de combinatie van campagnes, van brochures en van uitnodigingsbrieven verhoogt de deelname van de vrouwen^[10]. De toegankelijkheid van deze informatie wordt echter in twijfel getrokken voor de kansarme of buitenlandse bevolking, zowel wegens de taal, de complexiteit van de boodschap of de gebruikte media. Bovendien kunnen de barrières die deelname in de weg staan, zeer groot zijn. De deelname aan een programma voor secundaire preventie, bijvoorbeeld, kan de mogelijkheden van de kansarmen om de bijkomende stress te verdragen, te boven gaan.

Een Frans kwalitatief onderzoek^[11] heeft aangetoond dat de factor die de deelname het meest beïnvloedt, de houding van de verwijzende arts is; zijn rol is bepalend wat de overtuiging betreft van de vrouwen over de gegrondheid van het programma en wat betreft de stimulans om eraan deel te nemen. Het feit dat er niet over wordt gesproken door de arts, wordt ook geïnterpreteerd als een afkeuring van het programma.

10 In Vlaanderen concludeerde een enquête in 2002 bij ongeveer 1300 vrouwen die al dan niet deelnamen aan het programma, dat de gepersonaliseerde uitnodigingsbrief het meest doeltreffende middel was om de Vlaamse vrouwen te motiveren om deel te nemen aan de screening.

11 Les femmes face au dépistage organisé du cancer du sein, enseignements clés de l'enquête qualitative, Ipsos Santé/Institut national du Cancer, 2005.

In de meeste landen waar het programma gedecentraliseerd is, zoals in België, ligt de grootste belemmering van het programma in het feit dat de artsen er niet achter staan. De redenen hiervoor zijn uiteenlopend: gebrek aan informatie, gevoel niet erkend te worden als partner, depreciatie van het programma of slecht begrip van de doelstellingen van het programma, voorschrijfgewoontes, organisatieproblemen (wachttijd op de resultaten, ontbreken van een protocol, verlies van de clichés) en de tegenstelling tussen individuele geneeskunde en volksgezondheid.

De opleiding en de controle van de radiologen zijn, ondanks de Europese aanbevelingen, nog lang niet uniform en doeltreffend.

De studies van de kostprijs (rechtstreekse en onrechtstreekse kost naargelang de doelstellingen van de studie) brengen de werkingskost van het programma, de prijs per deelnemende vrouw, alsook de prijs per gescreende vrouw en per gewonnen levensjaar (kostefficiëntie) in rekening.

Dit laatste element varieert uiteraard naargelang van de strategie, van de leeftijd van de doelpopulatie, van de deelnamegraad, van de gevoeligheid van de screening en van de kwaliteit van de uitvoering.

3. Epidemiologische situatie

3.1 Evolutie van de mortaliteit door borstkanker in Brussel tussen 1998 en 2004

Deze resultaten zijn gebaseerd op de analyse van de statistische overlijdensbulletins gerealiseerd door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Ze hebben uitsluitend betrekking op de vrouwen die in het Brussels Gewest wonen.

Voor de periode 1998-2004 vertegenwoordigt borstkanker de eerste doodsoorzaak door kanker bij de vrouw (19,3 % van de sterfgevallen door kanker, 4,3 % van alle sterfgevallen). Tussen 50 en 70 jaar veroorzaakt borstkanker een vierde van de sterfgevallen door kanker en 12 % van alle sterfgevallen bij de vrouwen in het Brussels Gewest.

3.1.1 Evolutie van de mortaliteitscijfers

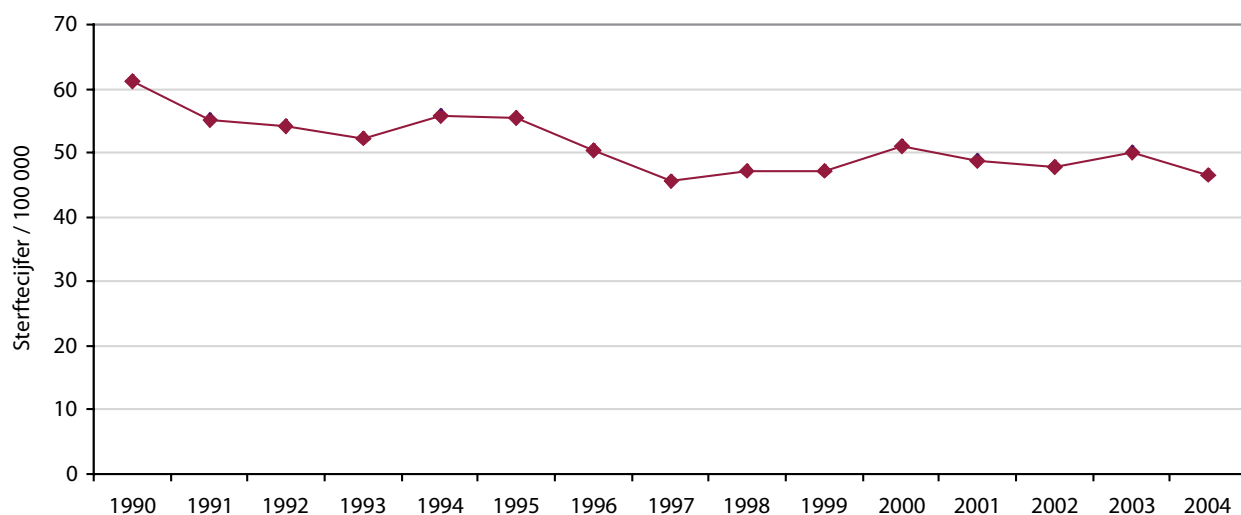
Het aantal sterfgevallen per jaar door borstkanker blijft relatief stabiel tussen 1998 en 2004 met gemiddeld 234 sterfgevallen elk jaar.

Tabel 3.1 Aantal overlijdens door borstkanker naar leeftijd en kalenderjaar in het Brussels Gewest								
Leeftijdsgroep	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totaal 1998-2004
25-29 jaar	0	0	0	0	1	1	1	3
30-34 jaar	1	2	0	1	0	1	3	8
35-39 jaar	7	4	2	5	4	9	3	34
40-44 jaar	6	2	11	8	5	6	4	42
45-49 jaar	12	12	17	14	15	16	8	94
50-54 jaar	18	21	14	17	11	14	21	116
55-59 jaar	12	18	12	24	18	29	15	128
60-64 jaar	20	18	19	17	27	28	15	144
65-69 jaar	26	23	35	24	23	19	21	171
70-74 jaar	27	23	32	24	26	26	26	184
75-79 jaar	28	36	32	24	30	33	28	211
80-84 jaar	28	28	22	36	27	26	37	204
85-89 jaar	29	26	32	22	23	15	20	167
90-94 jaar	10	11	15	13	14	12	22	97
>= 95 jaar	6	3	4	6	4	8	4	35
Totaal	230	227	247	235	228	243	228	1638

12 Door de methode van directe standaardisatie met als referentie de populatie midden jaren 90-91.

Na standaardisering voor de leeftijd^[12], zien we een daling van de mortaliteit tussen 1990 en 1997; na 1997 blijven de cijfers stabiel. Een dergelijke daling wordt ook opgemerkt in Vlaanderen en in de andere Europese landen (14-15).

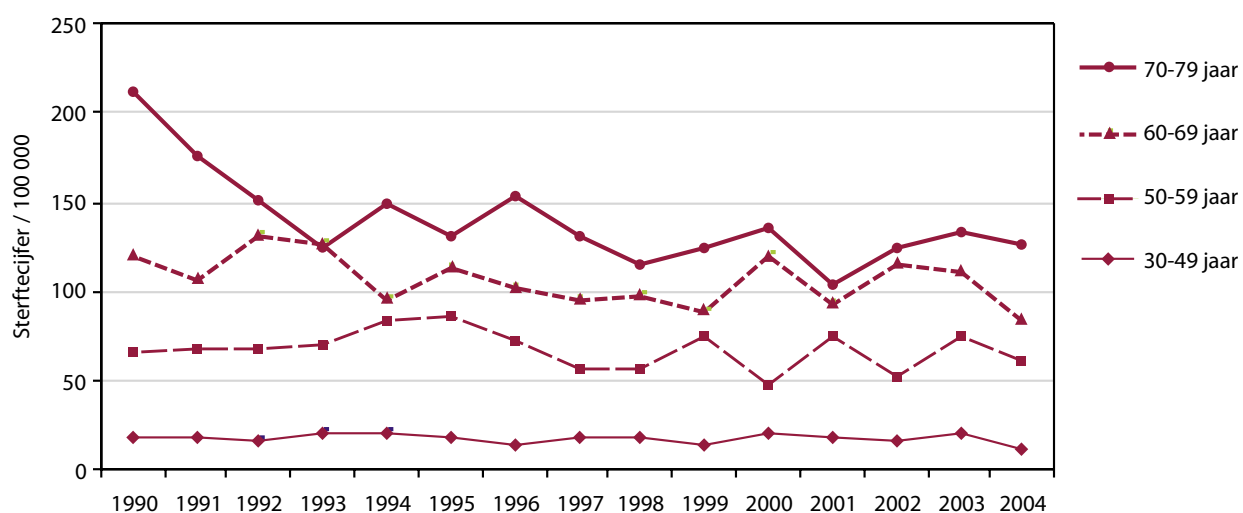
Figuur 3.1 Evolutie van het gestandaardiseerde sterftcijfer voor borstkanker, Brussel 1990-2004



Bron : Statistische formulieren voor het overlijden

De evolutie van de mortaliteitscijfers per leeftijdsgroep tonen aan dat de daling in de jaren '90 vooral betrekking heeft op de oudere vrouwen (70-79 jaar en in mindere mate 60-69 jaar). Er is geen duidelijke trend merkbaar voor de andere leeftijdsgroepen.

Figuur 3.2 Evolutie van het sterftcijfer voor borstkanker per leeftijdsgroep, Brussel, 1990-2004

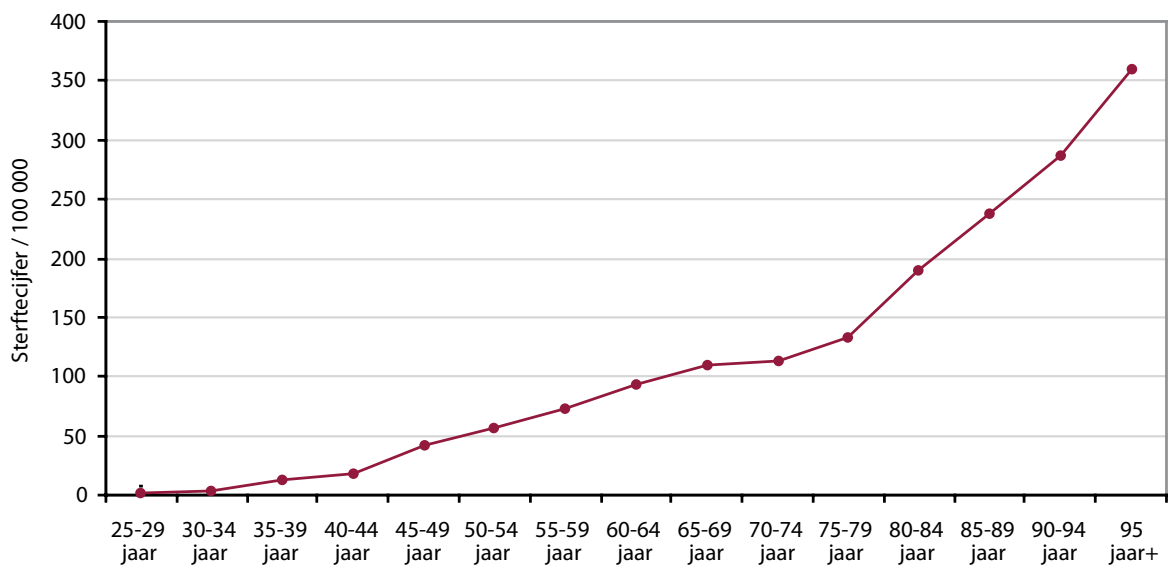


Bron : Statistische formulieren voor het overlijden

3.1.2 Mortaliteit volgens de leeftijd

Gezien de relatieve stabiliteit van de mortaliteitscijfers in de loop van de periode 1998-2004, hebben wij deze 7 jaar gegroepeerd om fijnere analyses te kunnen maken. Er werd geen enkel overlijden geregistreerd door borstkanker vóór de leeftijd van 25 jaar. De mortaliteitscijfers door borstkanker stijgen met de leeftijd; deze stijging is meer uitgesproken vanaf 75 jaar.

Figuur 3.3 Sterftcijfer voor borstkanker per leeftijdsgroep van 5 jaar, Brussel 1998-2004^[13]



Bron: Statistische formulieren voor het overlijden

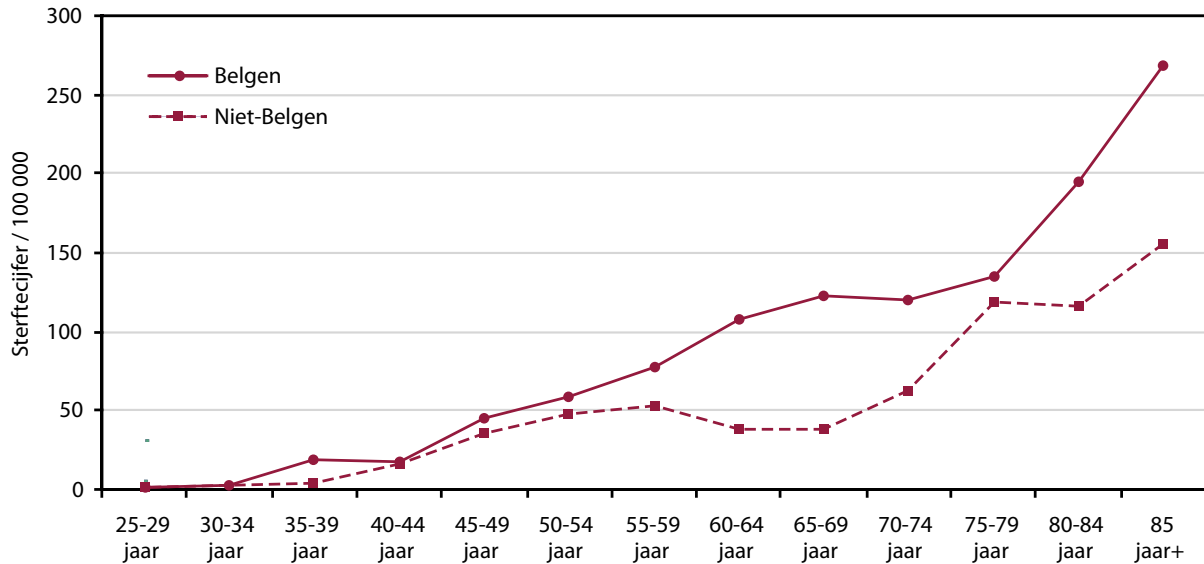
11,1 % van de sterfgevallen door borstkanker vindt plaats vóór de leeftijd van 50 jaar (2,8 % vóór 40 jaar, 8,3 % tussen 40 en 50 jaar).
34,1 % van de sterfgevallen door borstkanker doet zich voor tussen de leeftijd van 50 en 69 jaar (leeftijdsgroep waarop het screeningsprogramma gericht is).
Meer dan de helft (54,8 %) van de sterfgevallen door borstkanker heeft betrekking op vrouwen van 70 jaar of ouder.

¹³ De waarden van de mortaliteitscijfers staan vermeld in bijlage 2.

3.1.3 Mortaliteit volgens de nationaliteit

Figuur 3.4

Sterftecijfer voor borstkanker per leeftijd volgens nationaliteit, Brussel 1998-2004



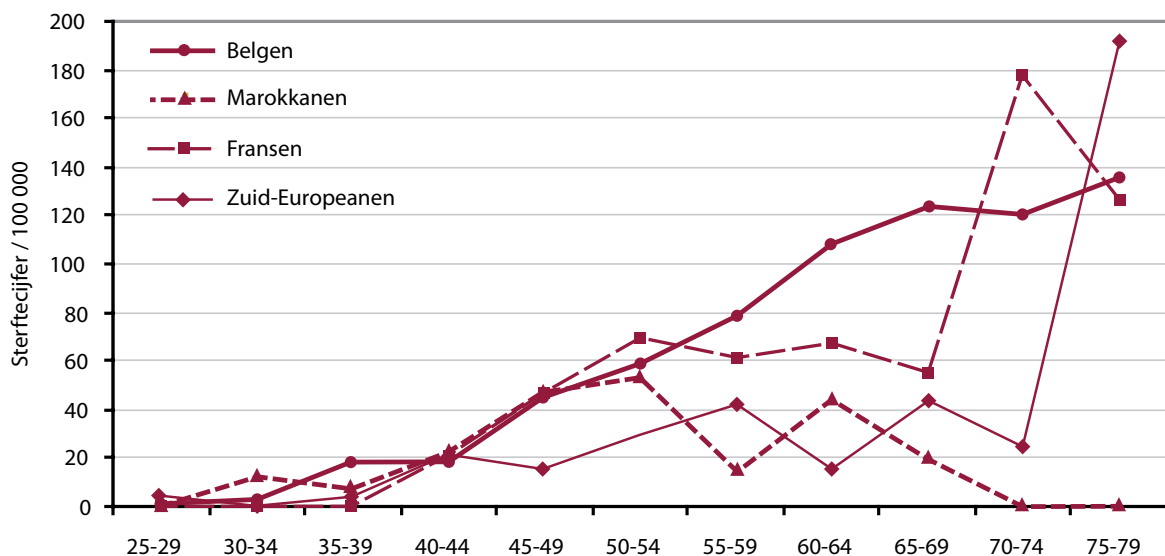
Bron: Statistische formulieren voor het overlijden

De mortaliteitscijfers per leeftijd van de niet-Belgische Brusselaars verschillen gevoelig van de cijfers van de Belgische vrouwen vanaf vijftig jaar. Er is met name een stabilisatie merkbaar van de cijfers tussen 50 en 74 jaar.

Na standaardisering voor de leeftijd is het mortaliteitscijfers door borstkanker in de niet-Belgische populatie gelijk aan 60 % van de cijfers van de Belgische bevolking.

Figuur 3.5

Sterftecijfer voor borstkanker per leeftijd voor enkele nationaliteiten, Brussel 1998-2004



Bron: Statistische formulieren voor het overlijden

De analyse per nationaliteit toont aan dat in het algemeen het mortaliteitscijfer door borstkanker lager ligt voor de Marokkaanse en de Zuid-Europese (Italië, Spanje, Griekenland en Portugal) vrouwen dan voor de Belgische vrouwen. Na controle voor de leeftijd, ligt de mortaliteitsgraad voor deze twee gemeenschappen 50 % lager dan voor de Belgen (statistisch significant verschil ^[14]).

Voor de Marokkaanse vrouwen (1ste buitenlandse gemeenschap in Brussel), neemt de mortaliteit door borstkanker niet meer toe vanaf 50 jaar. De afwezigheid van sterfgevallen door borstkanker boven 69 jaar zou verband kunnen houden met het lage aantal vrouwen in deze leeftijdscategorie of met een vertekening die te maken heeft met de terugkeer naar het land voor de oudere vrouwen (aangifte van overlijden wordt niet gedaan in België). Voor de vrouwen van Zuid-Europa ziet men een lager mortaliteitscijfer dan voor de Belgische bevolking met een toename in de groep ouder dan 75 jaar ^[15]. De complexe migratiemechanismen en het relatief lage aantal sterfgevallen in elke nationaliteitsgroep, maken het moeilijk om de mortaliteitsgegevens te interpreteren, in het bijzonder voor de oudere vrouwen. De vergelijking van de incidentie van borstkanker in deze verschillende gemeenschappen zou pertinent zijn ^[16].

14 In verhouding tot de bevolking van Belgische nationaliteit bedragen de SMR's (BI 95 %) respectievelijk 0,49 (0,30-0,76) voor de Marokkaanse vrouwen en 0,51 (0,38-0,67) voor de vrouwen van Zuid-Europa.

15 Een hypothese zou kunnen zijn dat zieke vrouwen van wie familieleden in België wonen, zich hier komen laten verzorgen. We beschikken echter over geen enkel element dat deze hypothese bevestigt of ontkracht.

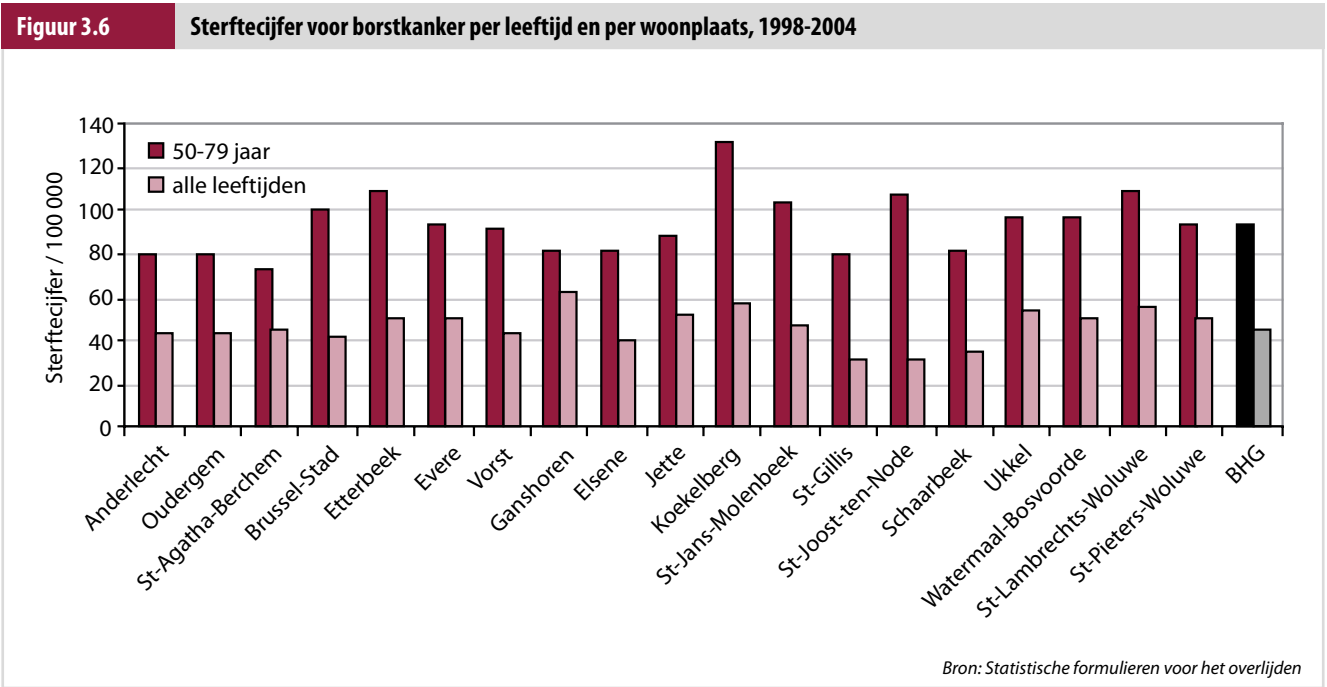
16 Er bestaan op dit ogenblik geen incidentiegegevens per nationaliteit in België.

3.1.4 Mortaliteit volgens de woonplaats

De bruto mortaliteitscijfers (/100 000) door borstkanker schommelen van 63,1 in Ganshoren tot 31,6 in Sint-Gillis. Deze cijfers hangen nauw samen met de leeftijdsstructuur van de bevolking: Ganshoren is de gemeente met het grootste aandeel bejaarden, terwijl Sint-Gillis de gemeente is waar het aandeel bejaarden het laagst ligt.

Na standaardisering voor de leeftijd, vertoont geen enkele Brusselse gemeente een mortaliteitscijfer door borstkanker dat significant hoger of lager ligt dan dat van het gewest in zijn geheel.

Onderstaande figuur toont ook de mortaliteit in de leeftijdsgroep die het meest in aanmerking komt om beïnvloed te worden door het screeningsprogramma.



3.2 Incidentie van borstkanker in het Brussels Gewest

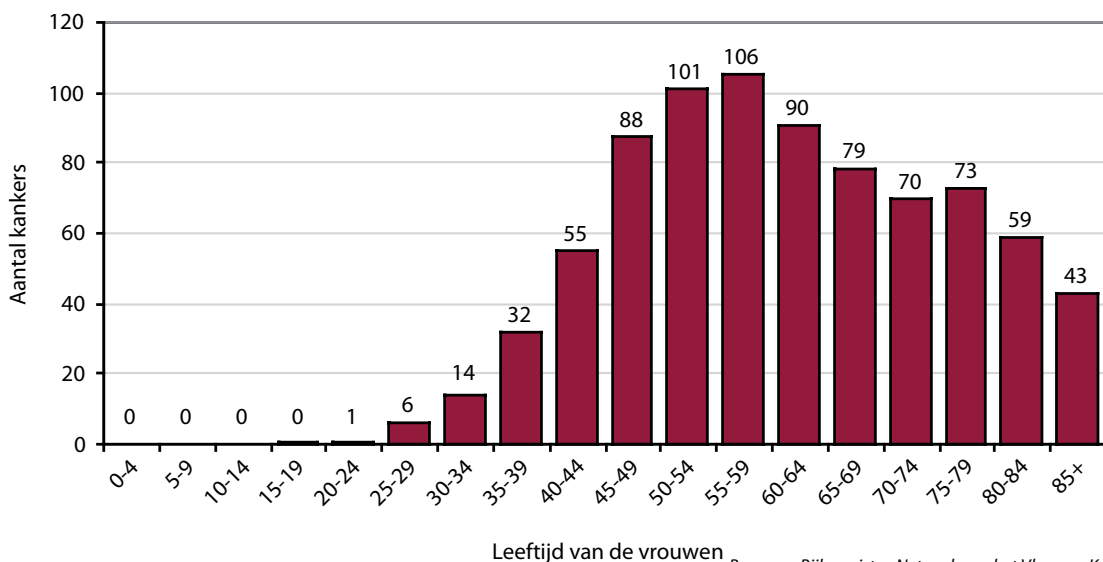
In tegenstelling tot de mortaliteit neemt de incidentie van borstkanker toe in de Europese landen (16).

Wij beschikken op dit ogenblik niet over betrouwbare gegevens met betrekking tot de incidentie van borstkanker in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het nieuwe nationale Kankerregister^[17] zou moeten toelaten deze lacune op te vullen voor de komende jaren.

Er kan evenwel een schatting gemaakt worden door op de Brusselse bevolking de incidentiecijfers per leeftijd toe te passen die werden waargenomen in Vlaanderen voor de jaren 2001-2002 (zie cijfers in Bijlage 3, bron: Vlaams Kankerregister). Volgens deze schatting zou men elk jaar meer dan 800 nieuwe gevallen van borstkanker tellen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest^[18].

Figuur 3.7

Schatting van het verwachte aantal borstkankers in 2005 in Brussel per leeftijdsgroep



Bronnen: Rijksregister, Netwerk van het Vlaamse Kankerregister
Berekening: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

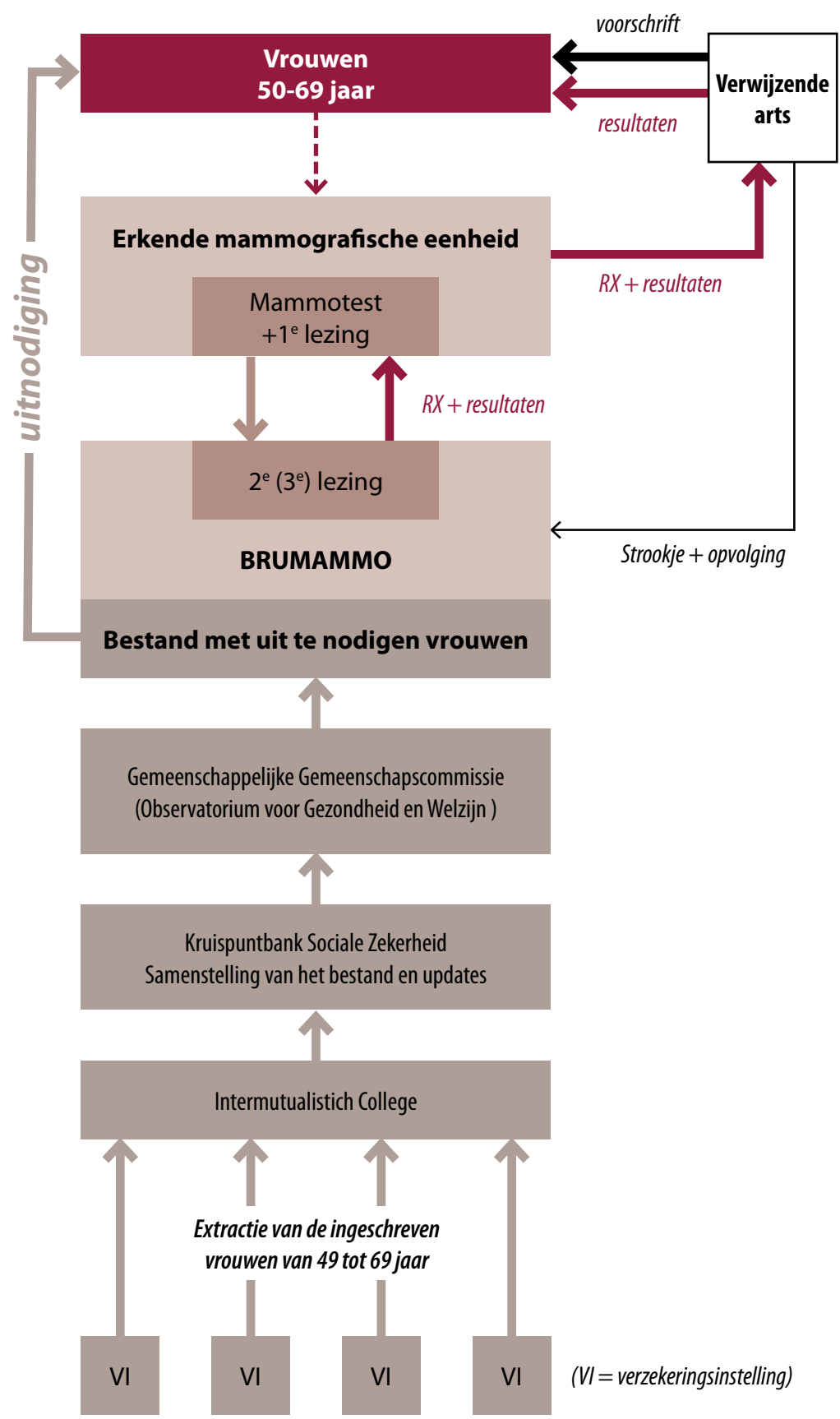
17 De Stichting Kankerregister werd officieel ingehuldigd in mei 2006. De gegevens zijn nog niet volledig verzameld voor het hele land, maar dit zou de komende maanden afgerond moeten zijn. Op dit ogenblik dekken de beschikbare Brusselse gegevens slechts zo'n 50 % van de incidente kankergevallen.

18 Deze schatting moet voorzichtig geïnterpreteerd worden. Zoals de mortaliteitsgegevens immers laten veronderstellen, zouden de incidenties kunnen verschillen naargelang van de nationaliteiten. De grootte van de geïmmigreerde bevolking in het Brussels Gewest zou dus de incidentiegraad kunnen beïnvloeden.

Volgens de laatste gegevens gepubliceerd door het Kankerregister voor het hele land doet 24 % van de kankers zich voor vóór de leeftijd van 50 jaar, 50 % tussen 50 en 69 jaar en 26 % heeft betrekking op vrouwen van 70 jaar of ouder.

Er worden meer leeftijdscategorieën getroffen dan deze die in aanmerking worden genomen voor het georganiseerde screeningsprogramma, en het aandeel kankergevallen dat zich voordoet vóór 50 jaar is groot, wat wellicht de terughoudendheid versterkt van de gezondheidsprofessionelen om de doelleefijd van het programma te respecteren en aantoon hoe belangrijk het is om na te denken en te discussiëren over geschikte methodes om borstkanker op te sporen in deze leeftijdscategorie.

4. Werking van het programma



4.1 De belangrijkste partners

Het coördinatiecentrum Brumammo moet instaan voor:

- de uitvoering van het programma op het vlak van de informatie ten aanzien van de zorgverleners, van de verzending van uitnodigingen, van de organisatie van de tweede en derde lezing, van het verzamelen van de opvolgingsgegevens, van de registratie van de gegevens, van het versturen van de resultaten naar de mammografie-eenheden, de controle dat er een follow-up gebeurt door de verwijzende arts in het geval dat de mammotest positief is,
- het beheer van het bestand van de vrouwen die tot de doelgroep behoren,
- de werking van het programma volgens de EUREF-normen (en met name de continue evaluatie van de kwaliteit van de onderzoeken die gedaan worden door de 2de lezing van de clichés),
- de coherentie van de verschillende activiteiten,
- de wetenschappelijke garantie van het programma ten aanzien van de bevolking, van de politieke verantwoordelijken alsook van de gezondheidsprofessionelen,
- de opvolging van en het toezicht op de activiteiten van de mammografie-eenheden en de opvolging van de controles van de technische kwaliteit,
- het doorsturen van anoniem gemaakte gegevens voor de epidemiologische analyse.

De staf van Brumammo werd in 2004 volledig vernieuwd. Sinds 2005 bestaat het team uit een arts-directeur (1/3 tijds), een administratief verantwoordelijke, een assistente en een informatica- en technisch verantwoordelijke.

De verwijzende artsen (huisartsen, gynaecologen) hebben de taak om de patiëntes van de doelgroep te informeren, om eventueel een voorschrift te schrijven, om de resultaten te ontvangen en mee te delen aan de vrouw, om Brumammo op de hoogte te brengen van de datum waarop de resultaten meegedeeld werden alsook van het resultaat van de eventueel bijkomende onderzoeken, om de opvolging te verzekeren van de eventuele aanvullende onderzoeken en eventuele therapeutische afhandeling.

De mammografie-eenheden hebben als taak:

- het maken van de standaardclichés, van het protocol van eerste lezing en van het doorsturen ervan naar het coördinatiecentrum,
- het ontvangen van de brief van het coördinatiecentrum en het doorsturen van de resultaten naar de verwijzende arts alsook de clichés naar de rechthebbenden,
- de uitvoering van een regelmatige controle zoals voorgeschreven in het programma.

Het Logo^[19] en de CLPS^[20] hebben als taak een programma uit te werken van gecoördineerde acties op het vlak van gezondheidspromotie en preventie van borstkanker, er de uitvoering van te coördineren op het niveau van de verbindingsorganen of –personen met de bevolking, sensibilisatiemiddelen ter beschikking te stellen en de evolutie van de behoeften van het doelpubliek te identificeren.

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (dienst van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad) is belast met:

- de link met de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid,
- de epidemiologische evaluatie van het screeningsprogramma in overeenstemming met de aanbevelingen van Europa tegen kanker,
- het doorsturen van de resultaten naar alle betrokken partijen: de Ministers van Gezondheid, de vzw Brumammo, de zorgverstrekkers, de vrouwen via de gekende verenigingen en tussenpersonen,
- het doorsturen van de gegevens die nodig zijn voor de evaluatie op federaal niveau.

19 Logo betekent Lokaal Gezondheids Overleg en omvat een netwerk van lokale partners van de gezondheids- of gelijkgestelde sectoren, die samenwerken om plaatselijk gezondheidsprojecten op te zetten alsook om een integraal gezondheidsbeleid te ontwikkelen in de bedrijven, de scholen, de gemeenten, e.d. Ze zijn erkend en worden gesubsidieerd door de Vlaamse Gemeenschap.

Logo Brussel: Lombardstraat 41,
1000 Brussel, logo.brussel@vvgc.be,
02/548 11 17

20 De «Centres locaux de promotion de la santé» (CLPS) zijn erkend en worden gesubsidieerd door de Franse Gemeenschap om het overleg te organiseren van de actoren op het terrein en hen methodologische steun te verlenen. Ze hebben ook als opdracht op plaatselijk vlak het vijfdagenprogramma uit te voeren en de evolutie te identificeren van de lokale behoeften.

CLPS van Brussel: 67 Emile de
Becolaan, 1050 Brussel,
clps.doc@swing.be, 02/639 66 88

4.2 Financiering

De federale overheid verbindt zich ertoe de honoraria van de radiologen te financieren, terwijl de gemeenschappen en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie de organisatie van het programma op zich nemen.

In het Brussels Gewest wordt de werking van het programma gefinancierd door de Franse Gemeenschap (100 000 €), de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (90 000 €) en de Vlaamse Gemeenschap (50 000 €).

Brumammo krijgt ondermeer een toelage van de Stichting tegen Kanker onder de vorm van de terbeschikkingstelling van lokalen.

Wat de financiële tussenkomst door het RIZIV betreft, wordt op 1 april 2005 voor een mammotest inclusief de dubbele lezing 53,38 € gefactureerd. Ter vergelijking wordt voor een volledige check-up buiten het programma 116,17 € gefactureerd, waarvan 14,35 € ten laste is van de patiënte (2,97 € indien de patiënte de verhoogde tegemoetkoming geniet). In het licht van deze gegevens, kan men veronderstellen dat het eerder de derde betaler (geen voorschot van de kosten) dan de afwezigheid van remgeld (kosteloosheid) is wat de keuze van de patiënte beïnvloedt. Dit geldt natuurlijk enkel voor de contractueel gebonden geneesheren; het lijkt er echter op dat heel wat vrouwen een veel hogere totale kostprijs ervaren hebben, door toevoeging van supplementen.

4.3 Erkenning van de mammografie-eenheden

De mammografie-eenheden die willen deelnemen aan het programma moeten erkend zijn door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad of door de Franse of Vlaamse Gemeenschap. De voorlopige erkenning werd gegeven aan de mammografie-eenheden, met name op basis van een conformiteitsattest van de volledige beeldvormingsketen die gebruikt wordt voor het maken en het lezen van de clichés, volgens de aanbevelingen van de experts van het Europese programma. Deze conformiteitscontrole wordt 2 keer per jaar hernieuwd en aangevuld met een dagelijkse controle van verschillende parameters (verzending van een fantoomopname). De doelstelling van deze technische controle is de best mogelijke afdruk te verkrijgen en daarbij de stralingsdosis zo laag mogelijk te houden. Voorts wordt, met het oog op de definitieve erkenning, de kwaliteit van de clichés geëvalueerd door Brumammo, en dit op 30 achtereenvolgende clichés.

Deze erkenning concretiseert zich door de ondertekening van een samenwerkingsakkoord met Brumammo.

32 eenheden werden voorlopig erkend en waren actief bij het begin van het programma, 30 in 2006.

Op dit ogenblik is nog geen enkele eenheid definitief erkend, daar de voorlopige erkenning verlengd werd tot eind 2006.

4.4 Informatie en sensibilisatie

Het informeren en sensibiliseren gebeurt via een website (www.brumammo.be), campagnes en informatie die wordt doorgestuurd per post of doorgegeven via rechtstreeks contact, zowel voor de gezondheidsprofessionelen als voor de vrouwen van de doelgroep.

Een tweetalige telefoonlijn biedt de vrouwen de gelegenheid om hun vragen en opmerkingen rechtstreeks aan Brumammo te richten. Sinds 2006 wordt systematisch

een overzicht gemaakt van de klachten en vragen die via de telefoon of per brief worden gesteld.

Brumammo heeft ook een overeenkomst met de Stichting tegen Kanker betreffende de «Kankerfoon»: voor alle vragen met betrekking tot kanker is het de «Kankerfoon» die antwoordt.

4.4.1 Naar de gezondheidsprofessionelen toe

De uitvoering van het programma heeft toegelaten technische vergaderingen op te starten tussen radiologen en te werken aan een gemeenschappelijk document^[21]. Er werden twee ontmoetingen georganiseerd in 2004 en 2005 met de radiologen die verantwoordelijk zijn voor de eenheden, tijdens dewelke de resultaten van het jaar werden voorgesteld en de lopende vorderingen, en de gemeenschappelijke bekommernissen aan bod kwamen.

De huisartsen kregen een brief en namen deel aan overlegvergaderingen bij het opstarten van het programma, maar er werd geen regelmatig contact gehouden. Het contact werd opnieuw opgenomen in 2005 via de vzw Hippocrates (koepelvereniging van de Franstalige en Nederlandstalige huisartsen van het Brussels Gewest). Er werd een gemeenschappelijke sensibilisatieactie opgestart van de huisartsen, in samenwerking met de ACHG en de Artsenkrant (verzending van een informatiekits + boekje met voorschriften Mammotests). Sinds eind 2005 is de vzw Hippocrates vertegenwoordigd in de Algemene Vergadering van Brumammo^[22].

Tot op heden is niets voorzien voor de gynaecologen.

4.4.2 Naar de vrouwen van de doelgroep toe

De drie partners (CLPS van Brussel, Brumammo en Logo) hebben regelmatig overleg gepleegd om bepaalde gemeenschappelijke acties binnen het Brussels Gewest te coördineren.

Sinds 2002 heeft het CLPS van Brussel en het Logo Brussel samen bepaalde buurtacties op zich genomen: verspreiding van de tweetalige Brusselse brochure «Vragen over de Mammotest», methodologische steun aan alle verenigingen en organisaties die een actie willen ontwikkelen rond het opsporen van borstkanker en methodologische steun aan de Brusselse gemeenten die geïnteresseerd zijn om de informatie te verspreiden op gemeentelijk niveau.

²¹ Op dit ogenblik wordt een opleidingsdocument gebruikt met betrekking tot de classificatie van de anomalieën dat werd ontwikkeld door de in de Franse gemeenschap bij het programma betrokken radiologen.

²² In bijlage 11 vindt u de lijst van de leden van de Raad van Bestuur en van de Algemene Vergadering van Brumammo.

²³ Dokter Grivegnée van de vzw Brumammo heeft als bevoegd persoon deelgenomen aan beide sessies.

In 2004 werden er verschillende vergaderingen georganiseerd ter voorbereiding van informatiesessies op gemeentelijk niveau. Twee Brusselse gemeenten (Oudergem en Ganshoren) hebben de oproep beantwoord. Aan elke geïnteresseerde gemeente werd een stramien voorgesteld met een voorstel voor het verloop van een sessie.

De gemeente Oudergem heeft alle vrouwen die in aanmerking komen voor het programma per brief uitgenodigd om naar een infosessie te komen. De gemeente Ganshoren heeft haar huisartsen gesensibiliseerd^[23].

Deze verschillende samenwerkingservaringen voor de verspreiding van de campagne op het terrein waren een stimulans om de partnerschappen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voort te zetten. Verschillende werkvergaderingen mondden uit in een projectvoorstel voor een tweetalige tentoonstelling voor de 19 Brusselse gemeenten (een Nederlandstalige tentoonstelling gebaseerd op getuigenissen van vrouwen, gemaakt door het Logo Brussel

circuleerde reeds in 2005 in een aantal Brusselse gemeenten zoals Oudergem, Sint-Pieters-Woluwe, Ukkel en Brussel-stad).

Diverse elementen hebben het CLPS en het Logo Brussel ertoe aangezet om een tweetalig Brussels project op te zetten op basis van deze ervaring:

- De eerste resultaten van dit initiatief waren bemoedigend wat de deelname van het vrouwelijk publiek van diverse herkomst betreft.
- De mogelijkheden om de tentoonstelling te gebruiken voor doeleinden op het vlak van het aanspreken van de lokale netwerken bleken talrijk te zijn.
- Een tentoonstelling, die beeld en tekst aan elkaar koppelt, is bijzonder goed geschikt voor de bewoners van de twee taalgemeenschappen alsook voor de gemeentebesturen.
- De tentoonstelling als dusdanig laat tegelijk een brede communicatie toe, naast de mogelijkheid om centraal in de tentoonstelling animaties in te bouwen die opgezet worden door de lokale tussenpersonen.
- De tentoonstelling biedt ook een hele reeks communicatiedragers, zowel visueel als schriftelijk (hoofdzakelijk getuigenissen), die gemakkelijk bruikbaar zijn door diverse media...

Voor de gemeenten bestond het belang van de tentoonstelling hoofdzakelijk hierin:

- Beschikken over een instrument dat tegelijk een collectieve aanpak kan ondersteunen of uitnodigen tot een individuele benadering.
- Werken aan de voorstellingen vertrekkende van getuigenissen.
- Ze ook gebruiken voor de professionelen die in contact komen met de betrokken vrouwen.
- Beschikken over een goed aangepast instrument om gebruikt te worden voor een kansarm publiek.

De doelstellingen werden dan ook als volgt gedefinieerd:

Naar de gemeenten toe:

- De kennis verbeteren van de werking van het programma voor de gemeenten.
- De Brusselse gemeenten sensibiliseren om acties te voeren rond de thematiek van de opsporing van borstkanker.
- Aan de Brusselse gemeenten het signaal geven dat ze een belangrijke rol kunnen spelen in het sensibiliseren van de vrouwen om de mammotest te laten doen, via concrete gemeentelijke en tweetalige acties.
- Aan de gemeenten voorstellen om samen te werken met de lokale bewegingen en verenigingen in hun gemeente.
- Lokaal de communautaire, regionale of nationale campagnes voor het opsporen van borstkanker versterken.

Naar de doelgroep toe:

- De betrokken vrouwen informeren over de mogelijkheid om een gratis opsporingsmammografie te ondergaan.
- De kennis verbeteren van de vrouwen over de opsporingsmethodes en de voordelen van de mammotest.
- De vrouwen aanmoedigen om erover te spreken met hun huisarts of gynaecoloog.
- De betrokken vrouwen aanzetten om zich te laten screenen.
- Vrouwen bewust maken van het belang van een regelmatige screening.

Er werd dus een gemeentelijke interventiestrategie opgesteld met een ter beschikking stelling van meerdere hulpmiddelen (tentoonstelling, voordrachten, model van een informatiebrief, bezoeken aan de radiologische eenheden en acties met het oog op de mobilisatie van de artsen).

Midden 2006 vonden gezamenlijke acties CLPS/Logo Brussel plaats in Evere en Jette en zijn ze gepland in Etterbeek.

4.5 Uitnodigingen

De mammotest is kosteloos, 1 keer om de 2 kalenderjaren, vanaf de eerste januari van het jaar waarin de vrouwen de leeftijd bereiken van 50 jaar tot de 31ste december van het jaar van hun 69ste verjaardag.

Tijdens deze periode wordt elke 2 jaar een gepersonaliseerde uitnodigingsbrief verstuurd door Brumammo^[24] op basis van de geboortedatum van de vrouw: de geboortemaand in een even of oneven verzendingsjaar, naargelang van de even of oneven geboortedag (geboren op 19 maart: uitnodiging verstuurd in maart 2003, geboren op 20 maart: uitnodiging verstuurd in maart 2004). De vrouwen waarvan de geboortedatum onvolledig is^[25] worden in blok uitgenodigd bij het begin van de cyclus (het gaat om 2800 vrouwen in het bestand 2006).

De vrouwen die geen mammotest laten doen na het versturen van een uitnodiging krijgen geen herinneringsbrief^[26].

In het Brussels Gewest is het versturen van de persoonlijke uitnodigingen van start gegaan in februari 2003.

De uitnodigingsbrieven werden gegenereerd door een computerprogramma aan de hand van het bestand dat werd doorgestuurd door de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ). In het bestand van 2003 stemde het aantal vrouwen waarvan de gegevens bruikbaar waren, overeen met 67 % van de doelgroep^[27]. Naar aanleiding van de problemen ter hoogte van de KSZ, werd geen nieuw bestand ontvangen voor de jaren 2004 en 2005; de uitnodigingen zijn dan gebeurd op basis van het bestand van 2003. De vrouwen die in het programma moesten zitten omdat ze de leeftijd van 50 jaar bereikten, konden dus niet worden uitgenodigd en adreswijzigingen waren niet opgenomen. De enige aanpassing van het initiële bestand was het schrappen van de overleden vrouwen. Het bestand dat als basis diende voor de uitnodigingen was dus steeds minder volledig. Begin 2006 was een nieuw bestand met alle vrouwen van de doelgroep eindelijk beschikbaar^[28].

Vanaf 2004 hebben de vrouwen tegelijk met de uitnodiging de lijst gekregen van de erkende mammografie-eenheden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest alsook een tweetalige infobrochure.

De vrouwen die in aanmerking komen, mogen ook een mammotest laten doen op voorschrift van een behandelende arts.

4.6 Radiologisch onderzoek

De onderzoeken vinden plaats op afspraak (plaats te kiezen en afspraak te maken door de vrouw^[29]). In de meeste mammografie-eenheden zijn er tijdstippen voorbehouden voor de mammotests.

De wachttijden voor een afspraak zijn zeer verschillend (tussen de radiologische eenheden en naargelang van de periode van het jaar). De gemiddelde wachttijd is niet gekend; volgens de vrouwen die Brumammo opbelden en volgens de radiologen is deze echter vaak korter dan de tijd die nodig is om een afspraak vast te kunnen leggen voor een senologische check-up.

24 De eerste uitnodiging wordt verstuurd zoals hierboven beschreven, de volgende uitnodiging zal 2 jaar na de datum van de mammotest worden verstuurd.

25 Voor vele Brusselse vrouwen die geboren zijn in het buitenland beschikt het Rijksregister niet over de volledige geboortedatum (vaak ontbreken de dag en de maand) te wijten aan de onvolledigheid van de geboorteregisters in bepaalde landen of de afwezigheid van een verplichte aangifte van geboorte in andere.

26 In de Franse Gemeenschap verstuurt men een herinneringsbrief naar de vrouwen die de mammotest niet lieten doen 6 maanden na de verzendingsdatum van de uitnodiging.

27 Doelgroep geschat via het rijksregister. De onvolledigheid van het bestand was te wijten aan een technische fout bij het selecteren van de lijst van vrouwen in de doelgroep door een organisatie voor ziekteverzekering.

28 Zie detail met betrekking tot de databank in bijlage 12.

29 In Vlaanderen worden in de uitnodiging een eenheid en een afspraak (wijzigbaar) meegedeeld.

Als een vrouw zich aanmeldt in een mammografie-eenheid, wordt haar gevraagd om haar akkoord te geven voor de registratie en de verwerking van haar medische gegevens, conform de wetgeving op de bescherming van het privé-leven. Als ze haar akkoord niet geeft, mag ze wel een mammotest laten uitvoeren, maar zullen haar gegevens niet worden geregistreerd. Het is echter wel noodzakelijk dat ze de naam vermeldt van de «verwijzende» arts die haar het resultaat van de mammotest zal moeten meedelen (huisarts en/of gynaecoloog van haar keuze). Anders zal ze het onderzoek niet mogen laten uitvoeren, want in het geval van een «positieve» test zal geen enkele opvolging mogelijk zijn. De vrouwen die reeds een mammografie lieten doen, worden overigens gevraagd om hun oude clichés mee te brengen.

Het mammografisch onderzoek wordt uitgevoerd zonder mogelijkheid om er dezelfde dag een klinisch of een aanvullend onderzoek aan toe te voegen.

4.7 Lezing van de clichés en resultaten

Na de uitvoering van de mammotest stuurt de eenheid de clichés naar Brumammo, alsook de fiche van de eerste lezing^[30]. Het leesprotocol is gestandaardiseerd en omvat de leesbaarheid van de clichés, de aanwezigheid van anomalieën die nader onderzocht moeten worden, de vergelijking met de oude clichés, de conclusies van de lezing en de aanbevelingen voor de opvolging alsook de identificatie van de patiënte. In de toekomst zal, met de geleidelijke invoering van de telemammografie, het invullen van de fiches «online» gebeuren, met heel wat verplichte velden; wat dus zou moeten toelaten de gegevensverzameling te verbeteren.

30 Sinds eind 2004 wordt een bode gestuurd op verzoek van de eenheden, ze zijn dus niet meer verplicht om te wachten op een minimumaantal voor verzending.

31 Het is de Raad van Bestuur van Brumammo die de 2de lezers aanstelt op basis van kwalitatieve en kwantitatieve criteria. Uit deze pool worden de radiologen gekozen die de eventuele derde lezingen uitvoeren, twee keer per week. Begin 2006 telden we 42 eerste lezers, waarvan 6 tweede lezers en 2 derde lezers.

32 Om de fouten tot een minimum te beperken, werd een handleiding van de te volgen stappen opgesteld en in de toekomst is voorzien dat het permanent personeel van Brumammo de taak van het uitvoeren van een controleprocedure van de ingevoerde gegevens onderling verdeelt (kwaliteitsborgingssysteem).

33 De brief die de vrouwen ontvangen deelt hen niet op abrupte wijze een positief resultaat mee, maar nodigt hen uit om hun behandelende arts te raadplegen.

Een 2de lezing van de clichés gebeurt bij Brumammo, elke dag behalve op woensdag, door een radioloog «erkende 2de lezer»^[31] die het protocol van de 1ste lezing niet kent.

De resultaten van de 1ste en 2de lezing worden gecodeerd^[32] op basis van een uniek identificatienummer, met name het NISS-nummer en er wordt een concordantieanalyse uitgevoerd door het computerprogramma. In het geval van discordantie tussen de resultaten van de 2 lezingen, vindt een 3de lezing plaats. In voorkomend geval geldt het protocol van deze derde lezing. Het algoritme dat discordanties en concordanties genereerde, werd twee keer gewijzigd in de loop van het jaar 2004, als gevolg van een te groot aantal kleine discordanties die dan leidden tot derde lezingen: in de laatste versie wordt geen rekening meer gehouden met de lokalisaties van de anomalieën, noch met dens borstweefsel (zie algoritme in bijlage 16).

De brief waarin de resultaten vermeld staan, wordt automatisch gegenereerd door het computerprogramma.

Het coördinatiecentrum stuurt de clichés en de brief met het resultaat terug naar de mammografie-eenheid die ze moet doorsturen naar de verwijzende arts(en).

Het is de verwijzende arts die het resultaat meedeelt aan de vrouw.

Men dient op te merken dat dit circuit in drie fasen, met een verplichte passage door de eerste lezer voor de communicatie met de verwijzende arts, grotendeels de reden is voor de wachttijd op de informatie aan de vrouw. In Vlaanderen krijgt de vrouw onmiddellijk een brief, tegelijk met de radioloog en haar behandelende arts^[33].

Voor de vrouwen die een mammotest lieten doen, zal de uitnodiging automatisch worden verstuurd, twee jaar na de datum van de mammotest.

4.8 Opvolging

Precieze informatie over de opvolging van de vrouwen met een positieve mammotest en de resultaten van de bijkomende onderzoeken zijn onontbeerlijk voor een correcte evaluatie van het programma.

Als de mammotest positief is, zit er een formulier bij het resultaat waarin de arts gevraagd wordt een strookje terug te sturen om te bewijzen dat de patiënte wel degelijk geïnformeerd werd en om aan te geven waar de verdere opvolging plaatsvindt.

Indien het strookje niet toekomt binnen een periode van één maand, wordt een herinneringsbrief verstuurd naar de arts. Als een reactie uitblijft, stopt de herinneringsprocedure hier. Zelfs in deze gevallen is niet voorzien dat de vrouw rechtstreeks op de hoogte wordt gebracht.

Wanneer het strookje teruggestuurd werd, voorzag de initiële procedure dat er na 3 maanden opnieuw een brief werd gestuurd om de resultaten te verkrijgen van de aanvullende onderzoeken en de informatie te coderen op een opvolgfiche (zie bijlage 9). Dit is nog niet kunnen gerealiseerd worden.

Voor het jaar 2004 werd een retrospectief onderzoek gedaan bij de opvolgingscentra alsook bij de verwijzende artsen om de uitkomst te kennen voor de 207 vrouwen met een positieve mammotest. Voor de volgende jaren, gegeven dat het nieuwe nationale Kankerregister niet in staat zal zijn om de informatie over de kankergevallen zonder een zekere vertraging door te sturen^[34], wordt er voorzien dat er opnieuw een retrospectief onderzoek zal worden uitgevoerd.

4.9 Kwaliteitscontrole

De continue evaluatie van de kwaliteit omvat een dagelijkse controle vanop afstand (verzending van een fantoomopname), een halfjaarlijkse controle van de radiologische apparatuur in de lokalen van de eenheid en een evaluatie van de eerste lezingen door de tweede lezer. Deze permanente beoordeling is zeer belangrijk, daar ze de basis vormt van de kwaliteit van het georganiseerde screeningsprogramma.

De technische controle wordt uitgevoerd door de fysici die toezicht houden op de fysieke en technische aspecten van de gebruikte toestellen en op de ontwikkeling en het lezen van de mammografieën.

In het Brussels Gewest zijn 6 technische firma's gemachtigd om deze controles uit te voeren en 4 ervan worden ingezet door de eenheden: Ingenimed (gekozen door 15 centra op 25), AIB Vinçotte (8/25), Phynanunam (1/25) en LUCMFR (1/25).

Het is nuttig om eraan te herinneren dat de kostprijs van deze controle (ongeveer 2600 euro/jaar) betaald wordt door de mammografie-eenheden.

Deze controle wordt beetje bij beetje ingevoerd. Brumammo stelde een boordtabel op die toelaat om de situatie op te volgen van het geheel van screeningseenheden.

De kwaliteit van de clichés wordt geëvalueerd aan de hand van de positionering en de foto-technische kwaliteiten: compressie, nauwkeurigheid en contrast van het beeld, afwezigheid van artefacten. Een test die bestaat uit het onderzoek van 30 achtereenvolgende dossiers moet worden uitgevoerd om aan de eenheden een definitieve erkenning te geven. Deze test is aan de gang. Vier eenheden functioneren digitaal en worden afzonderlijk behandeld^[35].

34 De gegevens van 2003 zullen beschikbaar zijn in de loop van het eerste semester 2007; de gegevens 2004 en 2005 in de loop van het eerste semester 2008. Er bestaat een belangrijke onderregistratie van de gegevens in Wallonië en in Brussel, die geleidelijk aan gecorrigeerd zal worden.

35 Bij de overgang van een eenheid op het digitale systeem, zien we in bepaalde eenheden bij wijze van overgang een daling van de kwaliteit van de mammotests die voorlopig in het analoge systeem bleven.

Na de definitieve erkenning zou de beoordeling van het naleven van de medisch-radiologische normen en van de kwaliteit van de eerste lezing moeten gebeuren door de tweede lezer, gebruik makend van de fiche van de tweede lezing als ondersteuning. Voor de periode 2003-2005 lag het aandeel mammografieën dat moest worden overgedaan om technische redenen erg laag = 0,1 % (13 clichés)^[36].

Eén keer per jaar wordt door Brumammo een fiche met retro-informatie opgestuurd naar elke eenheid. Op deze fiche staat per eenheid functionele en statistische informatie vermeld:

het aandeel uitgevoerde mammotests, het aantal positieve en negatieve mammotests, informatie over de concordantie tussen L1 en L2, tussen L1 en L3, tussen L2 en L3, de discordantie tussen L1 en L2 en over de gemiddelde verzendtermijn van de resultaten.

Deze gegevens worden vergeleken met de gemiddelden voor alle mammotests en hebben als doel in elke eenheid een toezicht toe te laten om de evolutie van jaar tot jaar op te volgen.

Deze retro-informatie is een lovenswaardige inspanning bij gebrek aan een «gouden standaard» en veronderstelt een tweede en derde referentielezer^[37].

4.10 Weigering van terugbetaling door de ziekenfondsen

Van maart 2004 tot februari 2005 werden voor een totaal van 4281 mammotests, 76 weigeringen van terugbetaling door ziekenfondsen ontvangen (1,8 %).

De oorzaken van de weigering konden als volgt worden onderverdeeld:

28 omdat de frequentie van het onderzoek niet werd gerespecteerd (37 %), 25 omdat de vrouw niet de leeftijd van de doelgroep had (33 %), 7 omdat de vrouw niet geïdentificeerd kon worden (9 %), 6 omdat de vrouw niet bekend was bij het ziekenfonds (8 %), 4 zonder gekende reden, 2 omdat de patiënten van het mannelijke geslacht waren en 2 omdat de patiëntes geen lid meer waren van het ziekenfonds (niet in orde met hun bijdrage?).

Als we de evolutie bekijken van de oorzaken van de weigeringen, stellen we vast dat terwijl de redenen die verband houden met de leeftijd in frequentie afnemen, de weigeringen wegens niet gerespecteerde onderzoeksfrequentie de hoofdoorzaak voor weigering blijven: dit getuigt wellicht van de moeilijkheid voor de centra om te weten wanneer de vrouwen werkelijk hun laatste onderzoek kregen.

De terugbetalingsweigeringen ten laste van de eenheden worden over het algemeen doorgerekend aan de patiëntes door de eenheid zelf.

36 Wat lager is dan wat verwacht wordt op basis van internationale gegevens (Europa schat dit tussen de 1 en 3%) of zelfs Vlaamse (in Vlaanderen bedraagt de heroproeping omwille van technische redenen 0,4% in 2004 waaraan nog 8% wordt toegevoegd met technische opmerkingen), de twee mogelijke verklaringen hiervoor zijn ofwel een zeer goede kwaliteit van de radiografieën ofwel een gebrek aan controle van de tweede lezer.

37 Enkel de informatie over de effectieve kankergevallen (op dit ogenblik niet beschikbaar in de registratie) zou toelaten om de ware kwaliteit van de lezingen te beoordelen.

4.11 Telemammografie

Begin 2003 startte Brumammo ook met een telemammografieproject (project en financiering staan los van het georganiseerde screeningsprogramma) dat erin bestaat de capaciteit van 10 mammografie-eenheden aan te vullen met de mogelijkheid om gedigitaliseerde beelden te produceren en te lezen en ze in netwerk te zetten met een centrum voor tweede lezing en dynamische archivering. In Brussel zullen, op middellange termijn, nog meer erkende screeningseenheden worden uitgerust en geïntegreerd in het netwerk naargelang van hun wens en de evolutie van hun technische competenties.

De doelstellingen van het project zijn het rationaliseren en vergemakkelijken van de overdracht, het lezen en het bewaren van de mammografieën in het Brussels Gewest en het verbeteren van de performantie van de diensten aan de patiënten, tegelijk de kosten beheersend.

De beoogde resultaten zijn de digitalisering van de mammografieën op het niveau van de centra voor eerste lezing, de teletransmissie via netwerken met een hoog debiet naar de centra voor tweede lezing, de gecentraliseerde archivering van de gegevens waardoor ze opnieuw opgestuurd kunnen worden voor latere raadpleging.

De verwachte voordelen zijn:

- de snelheid en de veiligheid van de verwerking van een groot volume aan informatie;
- de integratie van de medische informatie in de beeldvorming;
- een betere beheersing van de investeringskosten door de ontwikkeling van normen en het spel van de concurrentie; de regulering van de ontwikkeling van normen voor de leveranciers;
- de ontwikkeling van oplossingen voor dynamische opslag van de medische informatie;
- de ontwikkeling van nieuwe instrumenten;
- de verbetering van de volledigheid van het protocol van de eerste lezing door de invoer van verplichte gegevens.

Na een eerste fase die heeft toegelaten om een standaardbestek op te stellen, conform de vragen van de gebruikers en de selectie van de partners voor de levering van apparatuur en toepassingssoftware, is de uitrusting en de aansluiting van 11 eenheden aan de gang. Het archiveringscentrum en twee centra voor tweede lezing (waaronder Brumammo) zijn op dit ogenblik operationeel.

Een besluit van het Verenigd College van 10/11/2005 met betrekking tot de erkenning van de mammografie-eenheden die beschikken over een digitaal mammografietoestel en een ministerieel besluit van 13/12/2005 waarin de voorwaarden worden bepaald van het gebruik van de digitale mammografie voor het opsporen van borstkanker in het tweetalige Brussels Hoofdstedelijk Gewest laten het gebruik toe van deze nieuwe technologieën in het kader van het georganiseerde programma voor het opsporen van borstkanker^[38].

38 Dit project evolueert in een sector die nog deel uitmaakt van het onderzoek in een heterogene en evolutieve omgeving zowel op het vlak van de techniek als op het vlak van de kostprijs van het materiaal. Het laat ook de ontwikkeling toe van een RIS (Radiology Information System), een systeem dat de codering en informaticaoverdracht mogelijk maakt van alle administratieve, technische en medische gegevens die gekoppeld zijn aan elk cliché. Dit systeem zal, als het operationeel zal zijn, dus toelaten om elke mogelijkheid om clichés en papieren dossiers om te wisselen, alsook fouten bij herinvoer, te vermijden.

5. Wat vinden de artsen en de vrouwen ervan?

5.1 Houding van de huisartsen en gynaecologen tegenover de georganiseerde borstkankerscreening

In het kader van de evaluatie van de eerste ronde (2003-2004) van het georganiseerde programma voor borstkankerscreening in het Brussels Gewest wilden wij de meningen en praktijken verzamelen van de gezondheidsprofessionelen (huisartsen en gynaecologen)^[39] die uitsluitend of als hoofdberoep^[40] in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werken.

Hiertoe hebben wij een exploratief kwalitatief onderzoek uitgevoerd^[41], een onderzoek met de bedoeling zo veel mogelijk verschillende meningen te verzamelen over het programma, om de manieren van werken te verduidelijken en aan te vullen.

5.1.1 Methodologie

Deze open interviews (een enkele openingsvraag: «Wat denkt u over de georganiseerde campagne voor het opsporen van borstkanker?») evolueerden vaak naar semi-gestructureerde interviews om redenen van logistieke beperkingen (beschikbare tijd en/of beschikbaar materiaal) of vanwege de houding van de geïnterviewden. Dit verklaart waarom er geen vragenlijst^[42] is en waarom er dus niet van alle geïnterviewde artsen antwoorden zijn voor elk thema.

Het betreft een exploratief onderzoek waarvan enkel een kwalitatieve analyse wordt gemaakt (ook al wordt soms, ter verduidelijking, het type en het aantal dokters vermeld^[43]). De vermelde antwoorden hebben dan ook enkel betrekking op de artsen die de thematiek hebben aangesneden; ze mogen dus niet worden geïnterpreteerd als een percentage van het totale aantal geïnterviewde artsen.

De artsen werden gekozen op grond van drie criteria: hun soort medische praktijk (ziekenhuispraktijk, ambulante praktijk, gemengde praktijk), het sociaal-economisch peil van de plaats waar zij hoofdzakelijk hun beroep uitoefenen en hun taalrol.

Doel van deze keuze is het uitbreiden van de bron om de kansen te verhogen op gediversifieerdere informatie, maar niet het vergelijken van deze verschillende categorieën. Aangezien dit onderzoek slechts exploratief is, zullen we geen rekening houden met leeftijd, geslacht en beroepservaring van de artsen in de analyse; de hypothesen omtrent mogelijke obstakels moeten worden bestudeerd in diepgaandere onderzoeken.

Wij dienen ook te vermelden dat de interviews hebben plaatsgevonden voordat Brumammo opnieuw contact had opgenomen met de huisartsen en helemaal in het begin van de informatiecampaignede gevoerd door de Franse Gemeenschap. Ook al ging het interview over de eerste twee jaar van het programma, spreekt het vanzelf dat sommige antwoorden door deze context werden beïnvloed.

5.1.2 Belangrijkste boodschappen

Er bestaat een consensus over het nut van borstkankeropsporing, maar niet over de wijze waarop deze opsporing moet worden georganiseerd

Alle geïnterviewde artsen zijn het eens over het belang van borstkankeropsporing en nemen er bovendien al sinds vele jaren aan deel. België is immers een land waar de traditie van het senologisch onderzoek stevig ingeburgerd is, wat voor het georganiseerde opsporingsprogramma een voordeel, maar tevens een handicap is. Niettemin zijn de meeste

39 De radiologen werden niet opgenomen in dit onderzoek, want zij werden in 2004 geïnterviewd door Brumammo en nemen sindsdien deel aan een jaarlijks seminarie waar hun meningen worden verzameld.

40 Sommige Nederlandstalige gynaecologen hebben een ziekenhuispraktijk in Brussel en houden ook een consultatiepraktijk in Vlaanderen.

41 In oktober en november 2005 hebben 2 onderzoekers 22 artsen ontmoet. Na een eerste telefonisch contact werd een afspraak gemaakt voor een gesprek van ongeveer een uur.

42 Ook al beschikte elke onderzoeker over een onderzoeksprotocol als leidraad.

43 In bijlage 10 vindt u de kenmerken van de geïnterviewde artsen.

artsen zich ervan bewust dat heel wat vrouwen op dit moment geen gebruik maken van het programma en dat de deelname moet worden verhoogd.

De manier om dit te bereiken en de screening te organiseren verschilt daarentegen wel van zorgverlener tot zorgverlener en we zien dat de meningen uiteenlopen wat de doelpopulatie, opsporingsmethodes, kosteloosheid en kwaliteitscontrole betreft.

Doelpopulatie

De doelleeftijd wordt het vaakst in vraag gesteld en door slechts weinig dokters gerespecteerd (indien nodig schakelen zij over van de georganiseerde screening naar de screening «buiten het programma» of omgekeerd). Jonge vrouwen uitsluiten wordt ondoenbaar geacht, er bestaan hiertoe geen afdoende epidemiologische gegevens, maar elke arts heeft bij zijn patiënten al kankergevallen vastgesteld vóór de leeftijd van 50 jaar. Voor sommigen is het van belang de gewoonte aan te kweken een screeningsmammografie te doen vóór 50 jaar, op een leeftijd dat vrouwelijkheid en uiterlijk minder aan de orde zijn. De leeftijdsgrens van 69 jaar wordt dan weer onrechtvaardig en kwetsend genoemd: comorbiditeit en levensverwachting worden in aanmerking genomen om te beslissen of de screening wordt voortgezet.

Andere opmerkingen betreffen vrouwen die geen lid zijn van een ziekenfonds, illegalen, vrouwen die hier geen verblijfplaats hebben. Een aantal dokters zijn evenwel van mening dat de doelgroep pas uitgebreid kan worden zodra het programma volledig operationeel is.

De opsporingsmethodes

De georganiseerde screening biedt ongetwijfeld voordelen:

- de mogelijkheid met name om vrouwen op te vangen die geen screening kregen aangeboden door gezondheidsprofessionelen, hetzij door vergetelheid, hetzij door gebrek aan contact,
- een preventiebetoog kan, dankzij de mediacampagnes, gerechtvaardigd worden,
- en artsen kunnen een systematische, kosteloze kwaliteitsscreening aanbieden en letsels met een betere prognose opsporen.

Een aantal artsen en gynaecologen zien echter niet op welke manier de vrouwen met een verhoogd risico of doorverwezen vrouwen opgenomen kunnen worden in het programma: de meesten zouden dit initiatief dus gunstig onthalen, indien het wordt gepromoot als aanvulling op en niet als concurrentie voor de screening buiten het programma.

Kosteloosheid

De kosteloosheid voor de vrouw (afwezigheid van remgeld) en het derde betalersysteem (afwezigheid van een voorschot) worden doorgaans beschouwd als een toegankelijkheidswaarborg, ook al dreigt dit volgens sommigen te leiden tot een devaluatie van het onderzoek of tot overconsumptie (afwisseling van mammografieën en mammotests).

Kwaliteitscontrole

De tweede of derde lezing wordt niet vaak aangehaald of ervaren als een kwaliteitscriterium dat eigen is aan het programma, omdat dit al jaren wordt toegepast in de radiologiepraktijken. Dit is een vereiste die al ingeburgerd is, zonder dat de artsen evenwel beseffen dat deze dubbele lezing in de courante praktijk niet blind gebeurt (zoals dit wel het geval is in het georganiseerde screeningsprogramma).

Anderen trekken de doeltreffendheid en de ernst van de kwaliteitscontrole in het georganiseerde programma in twijfel wanneer zij de ontvangen clichés bekijken. Tot slot kan het feit dat er op dit ogenblik geen evaluaties worden verspreid over het programma in het Brussels Gewest de twijfel over de toegevoegde waarde van het programma inzake kwaliteit, doen toenemen.

We stellen vast dat de professionelen slecht geïnformeerd zijn over het programma

Het is symptomatisch dat slechts één arts de vzw Brumammo kan vermelden, het referentiecentrum dat verantwoordelijk is voor het implementeren van het programma in het Brussels Gewest.

De inhoud van het programma is niet beter bekend. Behalve 3-4 artsen die het programma goed kennen (artsen van een wijkgezondheidscentrum en betrokken gynaecologen) hebben de anderen slechts een heel vage visie en blijft er veel onwetendheid over de identificatie van de erkende centra, de toegang tot het programma (velen hebben niet begrepen dat de uitnodiging als voorschrift geldt, sommigen weten niet dat zij een voorschrift mogen schrijven), het verschil tussen mammografie en mammotest, de procedure van de tweede lezing, het meedelen van de resultaten, het terugsturen van de clichés, enz. Bij de Nederlandstalige artsen bestaat er bovendien verwarring tussen de programma's van de 2 gemeenschappen.

Bovendien weten zij doorgaans niet waar zij snel de informatie kunnen vinden om hun patiëntes in te lichten. Eén arts vraagt zich zelfs af of het programma al echt begonnen is!

Dit gebrek aan kennis versterkt de opvatting van een programma waarbij de artsen niet worden betrokken en de wil van het programma om zich te baseren op de vrije geneeskunde door de invoering van de 2 toegangskanalen, lijkt niet te worden gezien.

De deelname van gezondheidsprofessionelen aan het programma is ongelijk, en dit om diverse redenen

Meer dan de helft van de ondervraagde huisartsen laten bij hun patiëntes een mammotest doen, uit overtuiging; het initiatief gaat dan van hen uit en zij melden dat vrijwel niemand van hun patiëntes de uitnodiging heeft ontvangen of heeft vermeld. De artsen die in een wijkgezondheidscentrum werken, hadden vaak al een programma voordat het ingevoerde opsporingsprogramma van start ging: tijdschema, uitnodigingen, folder, enz., waarbij de dekkinggraad meer dan 80 % kon bedragen.

Onder diegenen die het niet doen, zijn de aangehaalde redenen het vaakst praktische redenen: gebrek aan informatie over het programma, gewoonte van het senologisch onderzoek, respecteren van de keuze van de vrouwen inzake de opsporingsmethode.

Buiten 2 ziekenhuisgynaecologen die de georganiseerde screening promoten, sturen de andere gynaecologen hun patiëntes er niet naartoe, omdat zij vinden dat het programma van minderwaardige kwaliteit is (frequentie van het onderzoek, afwezigheid van klinisch onderzoek, onmogelijkheid om dadelijk nader te diagnostiseren, wachttijd voor resultaten), omdat ze al hun eigen systeem hebben of omdat ze in hun praktijk enkel te maken hebben met vrouwen met een verhoogd risico of doorverwezen vrouwen.

Voor diegenen die eraan deelnemen, zijn de «kinderziekten» van het programma onvermijdelijk

Dat het programma verschillende jaren nodig heeft om op kruissnelheid te komen, wekt weinig onrust, voor zover er regelmatig verbetering wordt waargenomen, maar sommigen drukken de vrees uit dat de politiek te snel voordelen verwacht en daarom zijn ze van oordeel dat het voortbestaan van het programma kwetsbaar is. Om die reden menen zij dat geregeld evaluaties gemaakt en verspreid moeten worden.

Sommigen vrezen dat het systeem snel verzadigd zal zijn wanneer extra middelen uitblijven en betreuren dat er voor zover zij weten geen cijfersimulatie werd gemaakt wat het personeel en het radiografiemateriaal betreft dat nodig is voor de goede werking van het programma.

Het behoud van een gepersonaliseerde benadering van de vrouwen is belangrijk

Hier heerst er echt ongerustheid dat er een normatieve geneeskunde zou worden ingevoerd, bestaande uit verticale programma's, waarbij het onmogelijk is de patiënt in zijn geheel en continu op te volgen. De artsen eisen een individueel contact met hun patiënten en met de radioloog, wat voor hen garant staat voor kwaliteit. Sommigen menen dan ook dat de georganiseerde screening een massascreening is zonder de mogelijkheid van een gepersonaliseerde benadering.

Anderen vrezen voor een geneeskunde met twee snelheden, waarbij een individuele screening toegankelijk is voor vrouwen uit de hogere sociale kringen en waarbij de massascreening voorbehouden is aan de bestaansonzekere bevolking; één arts vermeldt dat dit al de realiteit is, zowel voor de toegang tot de (al dan niet gratis) screening als wat de toegang tot bepaalde behandelingen betreft (borstamputatie frequenter in kansarme milieus).

In dit kader wordt hun mening versterkt door het soms oppervlakkige onthaal, de afwezigheid van een klinisch onderzoek, de onmogelijkheid om dadelijk nader te diagnostiseren naargelang de gevallen (en daardoor volgens hen het ontkennen van de competentie van de radioloog) en de afwezigheid van een contact tussen de voorschrijvende arts en een welbepaalde radioloog. Dit zijn factoren die volgens de radiologen stress en angst opwekken bij de vrouwen en die moeilijk vanop afstand door de artsen beheerd kunnen worden.

De standaardisering van de radiologische verslagen is voor sommigen een verarming, die leidt tot een verlies van vertrouwen in de radioloog.

De individuele relatie wordt dan ook naar voren geschoven als kwaliteitscriterium en speelt een grotere rol dan de technische kwaliteit bij het kiezen van de screeningsmethode.

Samenwerking tussen de verschillende zorgverleners is variabel: elk zijn rol?

Voor sommige huisartsen is de perceptie van het georganiseerde programma paradoxaal: het feit dat dit programma georganiseerd wordt, wordt ervaren als een devaluatie van de huisartsgeneeskunde («de huisartsen kunnen dit niet alleen...»), maar toch hebben zij tegelijkertijd het gevoel dat ze alles moeten doen (klinisch onderzoek, nadere diagnose, mededeling van de uitslag, follow-up) terwijl bij het senologisch onderzoek de radioloog de hele diagnostische procedure op zich nam.

Ook al voelen de meeste artsen zich bevestigd in hun eerstelijnsrol^[44], is dit vooral als toegangspoort voor preventie, doorverwijzer, beschikbaar stellen van informatie, verzamelpunt voor het patiëntendossier, zorgcoördinator, maar niet inzake specifieke klinische handeling (behalve bij oude vrouwen, waar zij het recht krijgen om de borsten te palperen, want vrouwen uit deze leeftijdsgroep gaan doorgaans niet naar een gynaecoloog). Toch is het moeilijk voor de huisarts om preventie ter sprake te brengen: aangezien de bezoeken door klachten worden gemotiveerd blijft er hiervoor op de raadpleging weinig tijd over, temeer daar de patiënt op dat moment niet echt openstaat voor deze boodschap.

Een bepaald aantal huisartsen vertrouwen de gynaecologische follow-up van hun patiënten toe aan een gynaecoloog (hetzij door eigen keuze, hetzij door keuze van hun patiënten) en hebben in dit geval niet het gevoel dat zij het recht hebben om zich eventueel te verzetten tegen een beslissing genomen door de gynaecoloog omtrent de keuze van de opsporingsmethode. Sommigen hebben ook het gevoel dat de gynaecologen vinden dat de huisartsen zich op hun terrein begeven.

44 Voor zover zij geïnformeerd en opgeleid zijn.

Aan de kant van de gynaecologen voelen velen zich gedevaloriseerd omwille van het gevoel dat zij worden overgeslagen en dat zij zo worden ontzet uit hun recht om te bepalen welke vrouwen eerder een senologisch onderzoek zouden moeten krijgen, aangezien zij geen rol spelen bij de uitnodiging, noch bij het uitvoeren van de mammografie, noch bij het lezen van het cliché.

Anderen zien hierin een complementariteit met de huisartsen, waarbij zij menen dat de activiteiten van de gynaecoloog zich in de toekomst moeten richten op meer gespecialiseerde activiteiten gezien de ontwikkeling van de medische demografie (onvoldoende gynaecologen) en het complexer worden van de technieken^[45], ook al is de samenwerking tussen huisarts en gynaecoloog niet altijd duidelijk gedefinieerd.

Vrouwen motiveren om zich te laten screenen is daarentegen zelden een probleem voor de gynaecologen, aangezien deze vrouwen doorgaans om die reden bij hen op consultatie komen.

Beide beroepsgroepen betreuren in elk geval het verlies van samenwerking met de radioloog in het georganiseerde programma, wat een verlies van vertrouwen in de uitslagen met zich meebrengt en het contact onmogelijk maakt wanneer er een vraag rijst over het protocol (met wie moet men contact opnemen?).

De vrouwen informeren is moeilijk

De mediacampagnes worden als essentieel aanvoeld, omdat zij het betoog van de professionelen legitimeren. Wanneer de professionelen hierover op voorhand worden ingelicht (zoals bij de recente campagne van de Franse Gemeenschap) krijgen de campagnes meer weerklank.

Volgens de ondervraagde artsen laat de efficiëntie ervan bij de vrouwen om verschillende redenen toch te wensen over: de informatie is onvolledig (ongemakken van de georganiseerde screening worden niet vermeld), ze wekken te veel onrust (kanker) of niet genoeg («verifiëren dat men niets heeft»), hun boodschappen spreken elkaar soms tegen (tussen gemeenschappen), ze bereiken de kwetsbare bevolkingsgroepen niet (brochures zijn ontoegankelijk voor een laaggeletterd publiek, migrantenvrouwen luisteren en kijken alleen naar radiozenders en televisieprogramma's uit hun land van herkomst).

5.1.3 Suggesties

De artsen hebben verschillende suggesties gedaan (sommige spreken elkaar tegen).

De behoeften beter plannen: beschikken over een bijgewerkt bestand van de doelpopulatie, de behoeften aan extra personeel en radiografiemateriaal plannen en begroten, voorzien in en begroten van een financiering van de laboratoria voor pathologische anatomie.

De gezondheidsprofessionelen er beter bij betrekken: een besluitvormingsplatform in het leven roepen op politiek niveau waarvan de gezondheidsprofessionelen op het terrein deel zouden uitmaken (huisartsen, gynaecologen met ziekenhuispraktijk, radiologen, pathologen-anatomen), rekening houden met het bestaan sinds vele jaren van een borstkankerscreening, erkennen van het recht van gynaecologen om mammotests uit te voeren, mogelijk maken dat huisartsen zelf de uitnodigingen versturen dankzij de verspreiding van aangepaste computerprogramma's, een efficiënte kwaliteitscontrole invoeren die door de artsen wordt aanvaard.

⁴⁵ Sommigen houden zich zelfs al bezig met het opleiden van huisartsen inzake preventieve activiteiten.

De informatie voor de gezondheidsprofessionelen verbeteren: regelmatig informatie toesturen via een legitieme instelling die bekend is bij het medisch korps, voorzien in opleidingsmodules met eventueel individuele coaching, nauwkeurigere informatie geven over het circuit van de clichés en de datum van ontvangst van de uitslagen, regelmatig evaluaties uitvoeren en de resultaten ervan delen met de gezondheidsprofessionelen.

De organisatie van het georganiseerde screeningsprogramma aanpassen: het programma van de verschillende gemeenschappen eenvormig maken, het programma voor sommigen centraliseren versus het behouden met steun op de vrije geneeskunde voor anderen, de doelpopulatie uitbreiden (leeftijd, statuut), zich richten op vrouwen die nog nooit een mammografie hebben laten nemen, het programma complementair maken door het mogelijk te maken over te stappen van de ene opsporingsmethode naar de andere, de radioloog toestaan dat hij dadelijk een nadere diagnose uitvoert (al dan niet met behoud van de tweede lezing), de tarieven voor mammografie en mammotest voor sommigen eenvormig maken of daarentegen financiële stimulansen in het leven roepen ten voordele van de mammotest, de kosteloosheid van de mammotest afschaffen voor sommigen versus deze kosteloosheid uitbreiden naar alle onderzoeken die noodzakelijk zijn voor een precieze diagnose voor anderen, het onthaal bij het onderzoek persoonlijker maken met attenter personeel (eventueel vrouwelijk).

Een betere voorlichting van de vrouwen: regelmatig informatiecampagnes voeren in de vorm van vragen en antwoorden, de uitnodiging persoonlijker maken (door ze te sturen vanwege de behandelende arts of het ziekenfonds), telefonisch contact opnemen met de vrouwen, in de uitnodiging een datum en een plaats voor de afspraak vermelden die dicht bij de woonplaats ligt, de termijn waarbinnen de vrouw de uitslagen krijgt verkorten tot minder dan 14 dagen.

5.1.4 Conclusie

Dit onderzoek toont aan dat de borstkankerscreening de gezondheidsprofessionelen niet onverschillig laat; ook al verschilt hun manier van werken, zij blijven zich ervan bewust dat een groot deel van de doelpopulatie nog niet wordt bereikt en dat het dan ook noodzakelijk is om maatregelen te nemen om hen wel te bereiken.

Onder de artsen zit het verschil in beoordeling van het programma (en vandaar het gebruik dat zij ervan maken) misschien in hun perceptie: een sociaal programma of een programma van volksgezondheid. De georganiseerde screening wordt door sommigen geassocieerd met een sociale voorziening ingevoerd om de bestaande screening voor iedereen toegankelijk te maken en de toegang van sociaal achtergestelde vrouwen tot deze screening mogelijk te maken; voor anderen is het een programma van volksgezondheid dat erop gericht is het sterftcijfer door borstkanker te doen dalen door zich ervan te vergewissen dat zo veel mogelijk vrouwen deelnemen en dat strikte kwaliteitscriteria worden toegepast.

Uit deze interviews blijkt ook dat het bevragen van de screening niet kan zonder een globalere reflectie die met name oog heeft voor de aspecten inzake standaardisering van de behandeling en de globale verzorging (statuut van de borstklinieken) om na te kunnen denken over coherente en continue strategieën.

Deze enquête leidt ongeveer tot dezelfde conclusies als die gevoerd door het Observatoire de la Santé du Hainaut (Gezondheidsobservatorium van Henegouwen) bij een steekproef van 182 huisartsen van de provincie^[46]. Ze toonde aan dat de huisartsen grote voorstanders zijn van de borstkankerscreening, maar niet van het programma en men onderstreepte dat het voorbarig was om concrete en geïntegreerde oplossingen te zoeken zonder vooraf de

46 «La participation du médecin généraliste : résultats de l'enquête» geciteerd in Hainaut Prévention Info, Informatiebrief aan de geneesheren over de preventieactiviteiten van het OSH, oktober 2005.

instemming te krijgen van het medisch korps. Men moet opmerken dat het gewicht van de voorschrijfgewoontes, het ongunstig advies van de gynaecoloog en de geringe bekendheid van het programma, volgens de enquête, een belangrijke rol spelen in de overtuiging van de huisarts.

5.2 Enquête bij de radiologen van de mammografie-eenheden

Eind 2004 voerde Brumammo een enquête uit bij de verantwoordelijken van de 31 radiologische eenheden die op dat moment bij het programma waren betrokken. Hieruit kwam naar voor dat de informatie betreffende het programma onvoldoende was, met name met betrekking tot de vrouwen die in aanmerking komen, de kosteloosheid en de periodiciteit. De vraag naar de complementariteit van het programma en de screening buiten het programma wordt ook opgeworpen. De radiologen onderstrepen tenslotte de verhoogde kostprijs van de technische controle en de ontoereikendheid van de feedback vanwege de firma's.

5.3 De perceptie van het programma door de vrouwen

Wat de **perceptie van het programma door de vrouwen en hun attitude** betreft, was het voor ons onmogelijk om een enquête te organiseren. Wij zullen dit aspect dus benaderen via de opinie van de gezondheidsprofessionelen en het verslag van de «uitwisselingsontmoetingen» met de bevolking, georganiseerd in Vorst door de vzw Forest Quartier Santé^[47]. Daarna zullen we het in perspectief zetten aan de hand van een enquête die gehouden werd in Frankrijk.

5.3.1 Bekeken door de ogen van de gezondheidsprofessionelen

Deze antwoorden komen uit de enquête geciteerd in paragraaf 6.1 bij 22 artsen en gynaecologen die werkzaam zijn in het Brussels Gewest. Hen werd volgende vraag gesteld: «Wat zijn, volgens u, de obstakels die de vrouwen ervan weerhouden om deel te nemen?»

47 «Forest Quartiers Santé» (FOS) is een project dat bestaat sinds 1992, ontstaan uit de ontmoeting tussen 2 wijkgezondheidscentra en 2 buurthuizen, alle gesitueerd in de gemeente Vorst. De algemene doelstelling van de vereniging is om met participatie van de betrokken actoren betere antwoorden uit te werken op de gezondheidsnoden van de bevolking. De vereniging promoot gezondheidsactiviteiten in lokale verenigingen, gemeentelijke gezondheidswerkshops, de activering van het lokale netwerk en overleg, opleidingen en actie-onderzoek, sportieve en culturele activiteiten voor de vrouwen, intergenerationele ontmoetingsactiviteiten.

- **Het feit dat de programma's van de 3 gemeenschappen niet geüniformiseerd zijn, de afwezigheid van doorstroming tussen de 2 opsporingsmethodes, de vermenigvuldiging van het aantal voorschrijvers, de vroegere gewoontes, de onpersoonlijke benadering** bevorderen de toegang tot het programma niet.
- **De kosteloosheid** devalueert de campagne voor sommigen (maar bevordert de toegang volgens anderen).
- **De informatie** is niet doeltreffend; in het bijzonder de artsen wijzen op het probleem van de uitnodiging die niet ontvangen, niet begrepen of niet gelezen wordt, omdat ze niet erkend wordt als een officieel of legitiem document; afhankelijk van de respondent moeten de brochures respectievelijk objectiever of selectiever zijn; in de vorm van vraag en antwoord; volgens sommigen is het de uitleg van de arts die de beslissing zal bepalen.
- **Hoewel sommigen de angst voor kanker vermelden, hebben velen het over de angst voor de pijn als belemmering voor de deelname.** Verscheidene respondenten vermelden manieren om deze angst te beperken (persoonlijker onthaal; attenter, vrouwelijk personeel).

- De wachttijd om een afspraak vast te leggen voor een mammotest of voor een aanvullend onderzoek of om geïnformeerd te worden over de resultaten wordt beschouwd als te lang en angstverwekkend.

5.3.2 Bekeken door de ogen van de vrouwen:

Dit weerspiegelt de mening van 50 vrouwen (inclusief deze buiten de leeftijdscategorie van de mammotest) die in kleine groepen hebben deelgenomen aan bijeenkomsten rond de borstkankerscreeningscampagne. Deze uitwisselingen passen in een reeks ateliers waarbij de professionelen en de bevolking rond deze problematiek worden samengebracht sinds oktober 2005 door Forest Quartier Santé om de mogelijke acties te bespreken die genomen moeten worden teneinde een ruimere deelname van de vrouwen aan de screening te bekomen.

- **De vrouwen vinden dat ze onvoldoende geïnformeerd zijn:**
 - over borstkanker: een knobbeltje in de borst is synoniem voor kanker, borstkanker is synoniem voor overlijden,
 - over de opsporingscampagne: doel van de campagne («nagaan of alles goed gaat» of «een kanker zoeken»), hoe deelnemen, de personen die ingeschreven zijn in een wijkgezondheidscentrum voor een vast bedrag, zijn bang dat het feit dat ze zich met een uitnodiging aanmelden in een centrum, extra kosten met zich meebrengt, aangezien het gaat om een externe structuur buiten het wijkgezondheidscentrum^[48], sommigen vrezen dat de arts het resultaat verbergt.
- **Ze verwachten dat het initiatief genomen wordt door de arts:** het zelfonderzoek veroorzaakt te veel stress («te veel mogelijke knobbeltjes»), de schaamte belet vrouwen om de stap te zetten, ze verkiezen dat de arts deze onderzoeken doet en de informatie routinematig doorgeeft, een «plots» onderzoek leidt tot meer onzekerheid, ze willen dat er een duidelijk «protocol» zou bestaan van de preventieve handelingen («om de x jaar moet u...»).
- **De aanbeveling van de arts is essentieel:** het is duidelijk dat het advies van de arts een sleutelrol speelt in de instemming met en de deelname aan het programma.
- **De uitnodigingen vormen een probleem:** sommigen zeggen ze niet ontvangen te hebben, diegenen die ze ontvangen hebben, hebben ze niet beschouwd als een voorschrift, sommigen dachten dat het om reclame ging.
- De ontvangst van een uitnodiging voor een kankerscreening kan een **gevoel van «levenseinde»** versterken dat reeds aanwezig is bij bepaalde vrouwen die op dat ogenblik geconfronteerd worden met het proces van de menopauze, dat ook geassocieerd wordt met een «einde».
- De vrouwen drukken heel wat angsten uit die evenveel **belemmeringen** betekenen voor de deelname:
 - angst voor de compressie (verspreiding van een kanker als die bestaat),
 - angst voor de pijn (ervaren door henzelf of door peers), te meer daar die zeer vaak ontkend wordt door de technici-radiologen,
 - angst voor bestralingen (kankerverwekkend),
 - angst voor het resultaat.

⁴⁸ Het systeem van het vast bedrag dat wordt toegepast door bepaalde wijkgezondheidscentra impliceert de niet-betaling van alle algemene medische handelingen die uitgevoerd worden door het wijkgezondheidscentrum, maar de volledige betaling van de handelingen die uitgevoerd zouden worden door andere artsen.

- **Voor de vrouwen is de «kosteloosheid» van het onderzoek een pluspunt**, maar deze lijkt geen realiteit te zijn (waarschijnlijk door het niet van toepassing zijn van het derde-betaler-systeem bij screenings buiten het programma); niemand heeft de kosteloosheid vermeld als nadelig voor het programma.

5.3.3 Franse enquête

In 2005 werd in 8 Franse steden een kwalitatieve studie (40 kwalitatieve interviews en 3 groepsbijeenkomsten) gerealiseerd door het «Institut National du Cancer» bij 70 vrouwen van 45 tot 74 jaar uit diverse sociale milieus, al dan niet gescreend, die recent gebruik maakten van de georganiseerde screening of die gewoonlijk een screening buiten het programma laten uitvoeren.

De belangrijkste punten die uit deze studie naar voren komen, zijn de volgende:

De opsporing van kanker is een angstverwekkende screening door een gelijkstelling met de diagnose van kanker.

De georganiseerde borstkankerscreening heeft niet te lijden onder een informatietekort wat het bestaan ervan betreft. Ze wordt vooral geconfronteerd met een gebrek aan overtuiging van bepaalde vrouwen, waarbij men de neiging heeft om aan te sluiten bij de algemene attitudes van de bevolking in verband met de opsporing van kankers. Het gewicht van de angst voor kanker en de paradox die erin bestaat dat men zich zorgen moet maken over een ziekte zonder dat er symptomen merkbaar zijn, vormen een belemmering tot deelname. Het ont dramatiseren van de behandeling, de integratie ervan naast andere gezondheidsgewoontes, het mediaklimaat en de tekenen van een algemene mobilisatie zorgen opnieuw voor een gevoel van normaliteit, dat zo weer in evenwicht is gebracht met het gevoel van de ernst ervan bij de gescreende vrouwen.

De kankeropsporing is, voor de gescreende vrouwen, een handeling van zelfzorg die kwaliteitseisen met zich meebrengt, zowel met betrekking tot het onderzoek als tot de betrokken centra.

Er bestaat een tendens tot onderwaardering van een collectieve maatregel, ook al weerleggen de vrouwen die gebruik maken van de georganiseerde screening deze beduchtheid.

De «sociale» dimensie van de georganiseerde screening heeft de overhand boven het aspect «volksgezondheid»

De georganiseerde screening wordt vaak niet beschouwd als volksgezondheidsmaatregel, maar is in de geest van de vrouwen eerder verbonden met het register van de sociale actie. Hoewel het argument van kosteloosheid goed ingeburgerd is, vormt het geen argument voor instemming, omdat het de idee versterkt van een programma bestemd voor de kansarme vrouwen.

In dezelfde zin doen de totaalbenadering en het gebrek aan keuzes die ervaren worden in de georganiseerde screening («passieve vrouwen») afbreuk aan de screening als vrijwillige actie.

De cruciale rol van het medisch voorschrift

De rol van de geneesheren is fundamenteel in het overtuigen, maar ook op het vlak van het aanbrengen van praktische informatie over het onderzoek en de kwaliteit ervan. Ook het feit dat de vrouwen het gevoel hebben dat de huisarts of de gynaecoloog afwezig is in de organisatie van de georganiseerde screening vormt een zwak punt.

De vrouwen die deelnamen aan de georganiseerde screening, hebben, ondanks het feit dat ze tevreden waren, een aantal punten van kritiek en verwachtingen geuit:

- het klimaat van het onderzoek noopt tot inspanningen op het vlak van pedagogie en onthaal,
- het belang van de dialoog met de radioloog tijdens het onderzoek en bij de voorstelling van de resultaten,
- de pedagogie van de dubbele lezing van de clichés: de noodzaak van deze dubbele lezing moet worden uitgelegd om de wachttijden die eruit voortvloeien aanvaardbaarder te maken,
- zowel de argumenten en de informatie die voorgesteld worden in de uitnodigingsbrief als de herkenbaarheid van de verzender ervan (onbekende beheersstructuur, talloze logo's van partners) moeten worden verbeterd.

6. Resultaten van de analyse van het register van de mammotests uitgevoerd in Brussel

6.1 Bestudeerde periodes en populatie

De informatie die wordt voorgesteld in deze sectie heeft betrekking op alle vrouwen die in de periode 2003-2005 in Brussel een mammotest lieten uitvoeren. Wat de berekening van de dekking en de participatiegraad betreft, hebben wij ons beperkt tot de inwonsters van Brussel en tot de eerste ronde van het programma, d.w.z. tot de periode 2003-2004. Voor bepaalde activiteiten hebben we eveneens de gegevens van 2002 opgenomen.

De geanalyseerde gegevens zijn afkomstig van het «register van de mammotests» dat wordt bijgehouden door de VZW Brumammo. Voor elke vrouw die een mammotest laat uitvoeren, wordt bij de eerste lezing in de radiologie-eenheid een blad ingevuld voor het verzamelen van de gegevens. Dit blad wordt samen met de clichés doorgestuurd naar Brumammo. Bij de tweede en in voorkomend geval de derde lezing wordt een gelijkaardig blad ingevuld. Al deze informatie wordt gecodeerd bij Brumammo om het beheer van de individuele dossiers van de vrouwen toe te laten. Deze anoniem gemaakte gegevens worden eveneens gebruikt om de evaluatie van het programma mogelijk te maken.

De beschikbare gegevens hebben een aantal beperkingen, waaronder in hoofdzaak:

- Het gaat om gegevens die afkomstig zijn van veel verschillende radiologie-eenheden die, zoals bij veel andere routinegegevens, genoteerd worden door personeel dat daartoe niet specifiek is opgeleid en zonder andere controle van de kwaliteit van de gegevens dan deze die kan worden uitgevoerd door de invoerders van de gegevens.
- De opvolggegevens (hoofdzakelijk de resultaten van de aanvullende onderzoeken en de ontvangststermijn van de resultaten voor de vrouwen wier mammotest positief is), worden op dit ogenblik niet verzameld, wat de evaluatie van de performantie van het programma beperkt.

6.2 Activiteiten

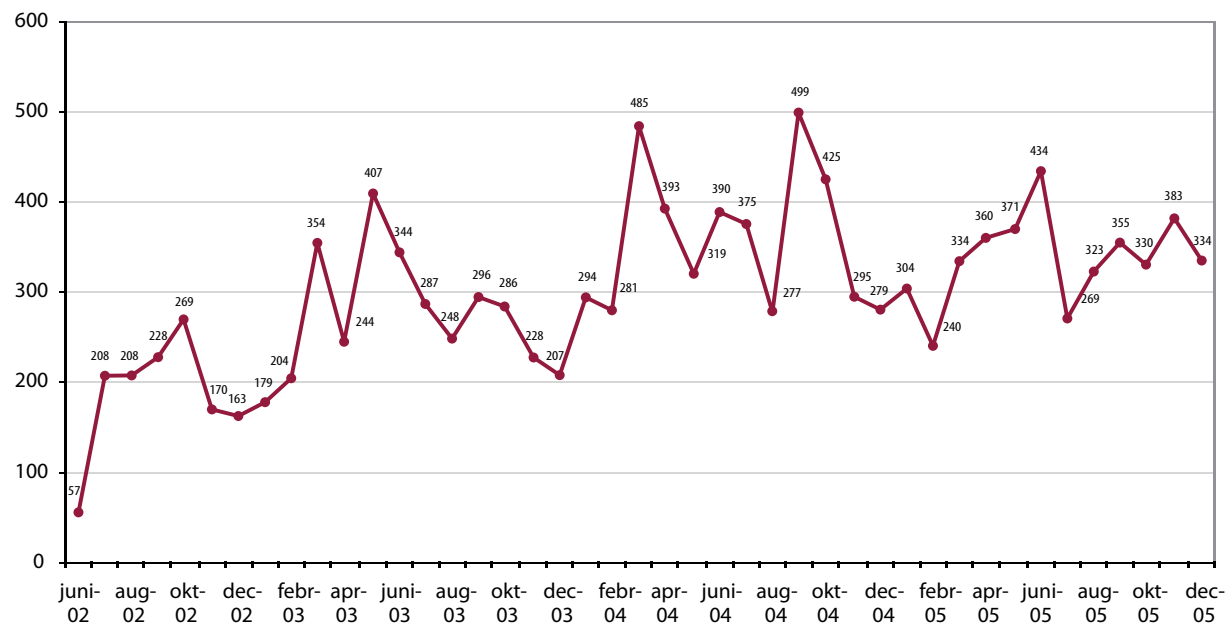
6.2.1 Aantal uitgevoerde mammotests, volgens het jaar en de woonplaats

Het programma ging officieel van start in juni 2002. Het aantal uitgevoerde mammotests steeg van juni 2002 tot begin van het jaar 2004. Daarna stabiliseerde dit aantal zich in 2004. Het ging lichtjes achteruit in 2005 vergeleken met 2004 (tabel 6.1 en figuur 6.1 en 6.2).

Tabel 6.1 Aantal in Brussel uitgevoerde mammotests per jaar, sinds de aanvang van het programma	
Jaar waarin de mammotest werd uitgevoerd	Aantal
2002	1 303
2003	3 284
2004	4 312
2005	4 037
Totaal	12 936

Figuur 6.1

Maandelijks aantal uitgevoerde mammotests in de Brusselse radiologie-eenheden sinds het begin van het screeningsprogramma



Een groot gedeelte (19 %) van de mammotests uitgevoerd in Brussel heeft betrekking op vrouwen die in Vlaanderen wonen, een zeer klein aantal heeft betrekking op vrouwen die in Wallonië wonen (tabel 6.2 en figuur 6.2).

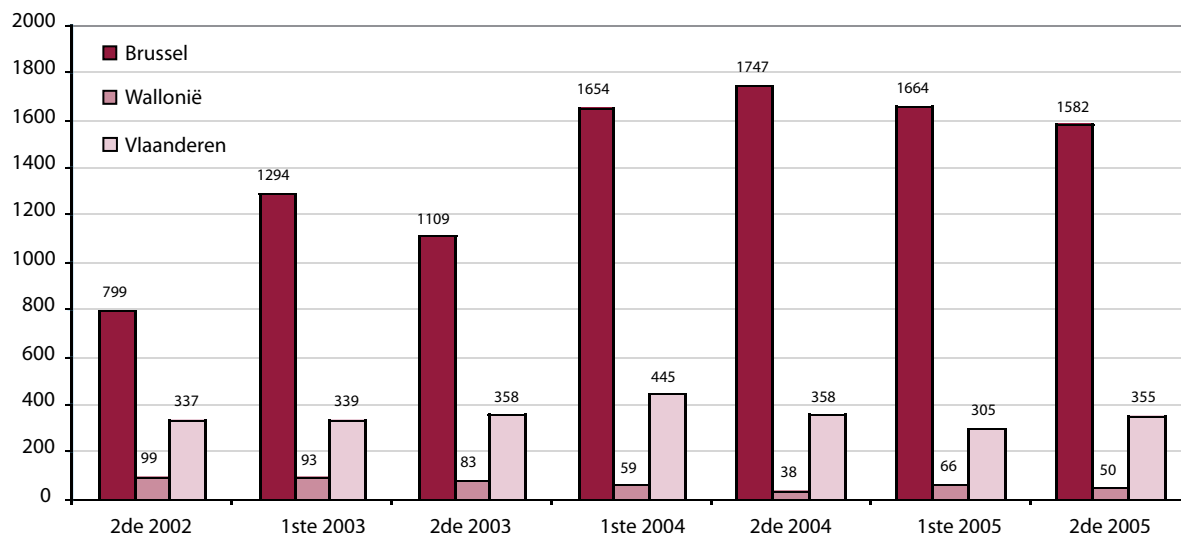
Tabel 6.2 : Aantal in Brussel uitgevoerde mammotests naar de woonregio van de vrouw, 2003-2005		
Woonregio van de vrouw	Aantal	%
Brussel	9 050	78,0
Wallonië	389	3,4
Vlaanderen	2 160	18,6
Totaal	11 599*	100,0

* 34 vrouwen met onbekende woonregio

In 2005 kende het programma dus een lichte vertraging. Wat de vrouwen betreft die in Brussel wonen, ging het aantal uitgevoerde mammotests tussen 2003 en 2004 met 42 % vooruit, en ging het tussen 2004 en 2005 met 5 % achteruit (figuur 6.2). Deze evolutie (toename en daarna daling van het aantal mammotests) heeft betrekking op de meeste Brusselse gemeenten. Bepaalde gemeenten kennen geen daling maar een stabilisatie van het aantal mammotests in 2005 (tabel 6.3). De daling is nog meer uitgesproken voor de vrouwen die in Vlaanderen wonen en die hun mammotest in Brussel laten uitvoeren (-18 % van 2004 tot 2005).

Figuur 6.2

Aantal uitgevoerde mammotests in de Brusselse radiologie-eenheden sinds het begin van het programma, per semester, naargelang de woonregio



Tabel 6.3

Jaarlijkse evolutie van het aantal in Brussel uitgevoerde mammotests naargelang de woongemeente, 2003-2005

Woongemeente	Aantal			Evolutie	
	2003	2004	2005	2003 tot 2004	2004 tot 2005
Anderlecht	236	354	310	50 %	-12 %
Oudergem	73	168	94	130 %	-44 %
Sint-Agatha-Berchem	70	113	112	61 %	-1 %
Brussel	296	377	407	27 %	8 %
Etterbeek	106	113	106	7 %	-6 %
Evere	70	112	124	60 %	11 %
Vorst	123	161	156	31 %	-3 %
Ganshoren	78	139	97	78 %	-30 %
Elsene	115	176	152	53 %	-14 %
Jette	200	270	275	35 %	2 %
Koekelberg	41	63	52	54 %	-17 %
Sint-Jans-Molenbeek	190	290	292	53 %	1 %
Sint-Gillis	69	104	88	51 %	-15 %
Sint-Joost-ten-Node	39	72	63	85 %	-13 %
Schaarbeek	226	298	333	32 %	12 %
Ukkel	121	163	165	35 %	1 %
Watermaal-Bosvoorde	66	70	95	6 %	36 %
Sint-Lambrechts-Woluwe	174	208	186	20 %	-11 %
Sint-Pieters-Woluwe	110	150	139	36 %	-7 %
Totaal Brussels Gewest	2403	3401	3246	42 %	-5 %

6.2.2 Aantal uitgevoerde mammotests, naargelang de radiologie-eenheid

In het totaal voerden 31 radiologie-eenheden en 51 eerste lezers alle mammotests uit in Brussel in 2003-2005 (tabel 6.4). Van de 51 eerste lezers voeren er 18 lezingen uit in verschillende eenheden (tot 4 verschillende eenheden voor één lezer).

De vier eerste eenheden, in termen van aantal uitgevoerde mammotests, realiseerden 56% van de mammotests in de eerste ronde. Deze verlaagden alle vier hun activiteit in 2005.

De meerderheid van de eenheden (24/31) voerden minstens 10 mammotests uit per maand^[49].

Eén enkele eenheid overtreft ruim de andere wat het aantal uitgevoerde mammotests betreft. Deze eenheid voert 31 % van de mammotests uit in Brussel. Eén enkele lezer van deze eenheid heeft 28 % (n=3209) van de mammotests in Brussel voor zijn rekening genomen in de periode 2003-2005. Het aantal door deze eenheid uitgevoerde mammotests daalt echter van 2004 tot 2005, net als in vele andere eenheden.

In Frankrijk legde een «Accord pour le Bon Usage des Soins (ACBUS)» met betrekking tot de mammografie, dat werd afgesloten tussen de professionelen en de ziekteverzekeringsfondsen, een minimumdebet per radioloog op van 500 mammografieën per jaar^[50].

De Europese aanbevelingen zijn nog strenger, aangezien ze voor elke radioloog een minimale participatie-activiteit aan het programma opleggen van twee dagen per week met een minimum van 20 mammotests per week (European guidelines for quality assurance in mammography screening, European Commission, 2001)^[51].

Het totale aantal mammografieën per eenheid en per radioloog kan op dit ogenblik in Brussel niet worden ingeschat. De informatie waarover we beschikken, heeft immers enkel betrekking op de mammografieën die worden uitgevoerd in het kader van het officiële programma. Het aantal mammografieën «buiten het programma» is dus nog niet beschikbaar.

⁴⁹ Van deze eenheden heeft er 1 zicht teruggetrokken op het einde van 2004 en is een andere niet meer erkend sinds 2006.

⁵⁰ Geciteerd in «Le cancer du sein», Br. Séradour, Editions Springer, 2004.

⁵¹ In 2004 in Vlaanderen, telde men 127 eerste lezers die gemiddeld 619 lezingen per jaar deden.

Tabel 6.4		Evolutie van het aantal in Brussel uitgevoerde mammotests naargelang de radiologie- eenheid									
	Semester							Totaal	Evolutie 2003 – 2004	Evolutie 2004 – 2005	Gemiddeld maandelijks aantal 2003 – 2005
	2 ^{de} 2002	1 ^{ste} 2003	2 ^{de} 2003	1 ^{ste} 2004	2 ^{de} 2004	1 ^{ste} 2005	2 ^{de} 2005				
1	478	510	543	663	646	561	564	3 965	+24 %	-14 %	97
2	173	247	144	222	134	163	143	1 226	-9 %	-14 %	29
3	73	154	88	164	197	161	174	1 011	+49 %	-7 %	26
4	114	152	153	97	109	85	74	784	-32 %	-23 %	19
5	46	64	51	95	103	119	108	586	+72 %	+15 %	15
6	42	45	51	95	85	101	81	500	+88 %	+1 %	13
7	48	46	57	73	81	85	67	457	+50 %	-1 %	11
8	28	49	57	45	64	73	72	388	+3 %	33 %	10
9	22	41	48	63	64	73	0	311	+43 %	-43 %	8
10	0	25	35	52	50	71	77	310	+70 %	+45 %	9
11	0	24	25	48	63	59	77	296	+127 %	+23 %	8
12	138	21	20	27	19	29	26	280	+12 %	+20 %	4
13	16	26	27	32	53	45	59	258	+60 %	+22 %	7
14	0	24	23	57	55	52	45	256	+138 %	-13 %	7
15	1	32	38	37	44	33	63	248	+16 %	+19 %	7
16	5	34	23	38	40	39	34	213	+37 %	-6 %	6
17	18	12	19	42	47	32	39	209	+187 %	-20 %	5
18	21	39	21	42	35	30	20	208	+28 %	-35 %	5
19	1	32	20	51	24	25	54	207	+44 %	+5 %	6
20	1	46	23	29	38	24	37	198	*	*	5
21	0	27	17	26	34	38	26	168	*	*	5
22	2	27	18	23	32	31	35	168	*	*	5
23	0	0	4	38	39	37	33	151	*	*	4
24	11	11	12	22	20	22	10	108	*	*	3
25	1	13	7	17	23	14	18	93	*	*	3
26	0	0	7	9	11	12	10	49	*	*	1
27	0	4	3	4	13	7	17	48	*	*	1
28	0	0	0	13	6	9	14	42	*	*	1
29	0	13	9	18	-	-	-	40	*	*	1
30	0	5	1	10	8	5	10	39	*	*	1
31	0	0	0	10	13	8	7	38	*	*	1
Totaal								12 871			323

*Aantal mammotests 2002-2005 lager dan 200

6.3 Leeftijd van de vrouwen

Er worden erg weinig mammotests (ongeveer 1,5 %) uitgevoerd voor vrouwen die niet behoren tot de leeftijdscategorie van 50-69 jaar, waarin de vrouwen zitten waarop het programma gericht is. De meeste ervan vinden plaats bij vrouwen van 49 jaar, waarvan een deel 50 wordt in het jaar van de mammotest, wat betekent dat ze niet «buiten het programma» vallen.

Binnen de doelgroep zijn alle leeftijdscategorieën op dezelfde manier vertegenwoordigd. De jongere vrouwen (50-59 jaar) zijn proportioneel sterker vertegenwoordigd omdat ze ook sterker vertegenwoordigd zijn in de Brusselse populatie.

Tabel 6.5 Leeftijd van de vrouwen bij de uitvoering van de mammotest						
Leeftijd	Geheel van de uitgevoerde mammotests Periode 2003-2005		Mammotests uitgevoerd bij Brusselse vrouwen Periode 2003-2005		Mammotests uitgevoerd bij Brusselse vrouwen Periode 2003-2004 (Eerste ronde)	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
<45 jaar	1*	0,0	1*	0,0	1*	0,0
45-49 jaar	133 [£]	1,1	52	0,6	39	0,7
50-54 jaar	3 374	29,0	2 523	27,9	1 644	28,3
55-59 jaar	3 145	27,1	2 466	27,3	1 570	27,1
60-64 jaar	2 590	22,3	2 037	22,5	1 299	22,4
65-69 jaar	2 346	20,2	1 934	21,4	1 214	20,9
70-74 jaar	36 [§]	0,3	33	0,4	33	0,6
75-79 jaar	1	0,0	1	0,0	1	0,0
Totaal	11 626		9 047		5 801	

* Eén vrouw van 34 jaar £ Waarvan 126 van 49 jaar § Waarvan 28 van 70 jaar

6.4 Manier van deelnemen van de vrouwen

6.4.1 Heeft de vrouw zich aangemeld met een voorschrift of met een uitnodiging?

De vrouwen kunnen aan het opsporingsprogramma deelnemen door hun uitnodiging voor te leggen of op voorlegging van een voorschrift van hun gynaecoloog of huisarts.

Op de fiche «eerste lezing mammotest» staat de volgende vraag: «Heeft de vrouw zich aangemeld met een voorschrift of met een uitnodiging?». Dit gegeven stelt diverse interpretatieproblemen. Als de patiëntes zich aanmelden met een uitnodigingsbrief en een voorschrift, worden ze geregistreerd als komend op voorschrift, en dus wordt het aandeel vrouwen dat op uitnodiging komt onderschat. Bovendien wordt de vraag niet ingevuld voor 22 % van de vrouwen (28 % in 2003, 12 % in 2004, 27 % in 2005). De volledigheid van de informatie verschilt ook sterk naargelang van de radiologie-eenheid.

Tabel 6.6 beschrijft de verdeling ervan bij de respondenten. Rekening houdend met de beschreven beperkingen, moet de nodige voorzichtigheid aan de dag worden gelegd bij

het interpreteren van de resultaten. In 2003-2005 bood 60 % van de vrouwen zich aan met een voorschrift en kwam 40 % met alleen maar een uitnodiging.

Het aantal vrouwen dat een mammotest liet uitvoeren op voorschrift van een arts daalde na de eerste ronde aanzienlijk, om in 2005 duidelijk lagere aantallen te bereiken dan deze van bij het begin van de eerste ronde. Dit aantal daalt in absolute cijfers en in verhouding tot de vrouwen die een mammotest lieten uitvoeren (45 % in 2005 versus 76 % in 2003).

Omgekeerd nam het aantal en het aandeel vrouwen die enkel met een uitnodiging kwamen duidelijk toe in deze periode 2003-2005.

Tabel 6.6	Aandeel vrouwen dat een mammotest liet uitvoeren met een uitnodiging en/of een voorschrift				
	2003	2004	2005	p-waarde	Totaal
Uitnodiging	560 (24 %)	1501 (40 %)	1611 (55 %)		3672 (40 %)
Voorschrift*	1814 (76 %)	2285 (60 %)	1345 (45 %)	<0,001	5444 (60 %)
	2374	3786	2956		9116

* Met inbegrip van de vrouwen die tegelijkertijd een uitnodiging en een voorschrift bijhadden (aantal niet bekend)

6.4.2 Factoren die de vrouw deden beslissen om de mammotest te laten uitvoeren

De fiche van de eerste lezing voorziet eveneens de vraag aan de vrouw, aan de hand van een vooraf gedefinieerde lijst, welke de factoren zijn die haar ertoe hebben aangezet om een mammotest te laten uitvoeren. De kwaliteit van de bevraging van de vrouw en de overname van dit gegeven op de mammotestfiche zijn niet gevalideerd en de resultaten moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Van de 11633 vrouwen die geregistreerd werden in 2003-2005, vermeldde 62 % één van de factoren op de lijst. De analyse van de genoemde factoren is gebeurd op de groep van vrouwen die een antwoord gaven, d.w.z. de vrouwen die ten minste één factor hadden vermeld. Van deze 7203 respondenten vermeldde de meerderheid (96 %) slechts één factor (tabel 6.7).

De stimulerende factor die het meest vermeld werd door de vrouwen die een mammotest lieten uitvoeren in Brussel, is de uitnodiging (44 % van hen vermeldt de uitnodiging). De inwonsters van Brussel die aan het programma deelnamen vermelden de uitnodiging vaker als bepalende factor (53%) dan de vrouwen die in Vlaanderen wonen (9%).

Deze cijfers weerspiegelen het belang van het «tweede spoor» (uitnodiging) tegenover het «eerste spoor» (voorschrift) voor de deelname aan het georganiseerde programma, in het bijzonder voor de Brusselse vrouwen. Deze resultaten weerspiegelen daarom wel nog geen goede doeltreffendheid van de uitnodigingen, absoluut gezien, daar het aantal mammotests zeer laag ligt (zie sectie dekking).

De tweede factor die vermeld wordt als bijdragend tot de beslissing van de vrouwen is hun gynaecoloog (27 %). Voor de vrouwen die een mammotest ondergingen in het Brussels Gewest, wordt de gynaecoloog veel vaker vermeld als stimulans door de vrouwen die in Vlaanderen wonen dan door de vrouwen die in Brussel of in Wallonië wonen. Het gaat hier

uiteraard niet om regionale vergelijkingen, aangezien de vrouwen die in Vlaanderen wonen en die het voorwerp uitmaken van deze analyse een bijzondere groep vrouwen zijn die hun mammotest laten uitvoeren in een eenheid van het Brussels Gewest (voor 82 % van deze vrouwen betreft het dezelfde eenheid).

De derde factor die wordt vermeld als bijdragend tot de beslissing van de vrouwen is hun **huisarts**. De huisarts wordt vermeld door 23 % van de vrouwen. De huisarts is de bepalende factor voor één Brusselse deelnemster op vier.

De media worden bijna nooit vermeld als bepalende factor, ongeacht de woonregio.

Tabel 6.7 Factoren die door de vrouwen werden opgegeven als bijdragend tot hun beslissing een mammotest te laten uitvoeren, per woonregio					
Vermelde factor (niet exclusief)	Totaal	Woonregio			p-waarde*
		Brussel n (%)	Vlaanderen n (%)	Wallonië n (%)	
Uitnodiging	3162 (44 %)	2976 (53 %)	126 (9 %)	60 (22 %)	<0,001
Gynaecoloog	1920 (27 %)	1025 (18 %)	850 (64 %)	47 (17 %)	<0,001
Huisarts	1619 (23 %)	1399 (25 %)	194 (15 %)	26 (10 %)	<0,001
Media	37 (1 %)	28 (1 %)	7 (1 %)	2 (1 %)	0,871

* Voor de vergelijking tussen de regio's

Gelijklopend met de daling van het totale aantal mammotests tussen 2004 en 2005, zien we een daling van het aantal voorschriften (tabel 6.6) en een daling van het aantal vrouwen die aangezet worden tot deelname aan het programma door hun gynaecoloog (en in mindere mate door hun huisarts) (tabel 6.8).

Het aantal vrouwen dat de uitnodiging vermeldt als doorslaggevende factor neemt daarentegen sterk toe van 2003 tot 2004, maar blijft stabiel van 2004 tot 2005.

Tabel 6.8 Factoren die door de vrouwen werden opgegeven als bijdragend tot hun beslissing om een mammotest te laten uitvoeren, per jaar				
Vermelde factor (niet exclusief)	Jaar dat de mammotest werd uitgevoerd			p-waarde
	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	
Uitnodiging	697 (34 %)	1212 (45 %)	1263 (52 %)	<0,001
Gynaecoloog	697 (34 %)	702 (26 %)	527 (22 %)	<0,001
Huisarts	501 (24 %)	609 (23 %)	511 (21 %)	0,05
Media	22 (1 %)	8 (0 %)	8 (0 %)	<0,001

6.4.3 Conclusies met betrekking tot de stimulerende factoren

De vertraging van het programma in 2005 lijkt dus meer te wijten aan de lagere deelname van de geneesheren dan aan een lagere respons op de uitnodigingen. In het bijzonder de deelname van de gynaecologen aan het programma loopt terug. De rol van de media lijkt volledig marginaal in de beslissing van de vrouwen.

6.5 Termijn tussen mammotest en verzending van het resultaat, 2003-2005

Tabel 6.9 geeft aan dat de termijn tussen de mammotest die de vrouw laat uitvoeren en de datum waarop de resultaten worden verzonden naar de radioloog die de eerste lezing heeft uitgevoerd verbeterd is in 2005 tegenover de eerste ronde (2003-2004). De verhouding van de resultaten die verstuurd werden tijdens de eerste week ging van 7 % in 2003 naar 17 % in 2005 (p-waarde<0,001). De mediane tijd tussen de uitvoering van de mammotest en de verzending van het resultaat bedroeg 15 dagen in 2003, 14 dagen in 2004 en 12 dagen in 2005 (p-waarde<0,001)^[52].

We noteren dat deze tijd geen enkele informatie verschaft over de termijn waarbinnen de vrouw het resultaat krijgt: dit resultaat moet toekomen bij de radioloog, gelezen worden en door hem worden doorgestuurd naar de verwijzende arts, die op zijn beurt de vrouw op de hoogte brengt.

Tabel 6.9	Termijn tussen de mammotest en het opsturen van het resultaat aan de eerste lezer, evolutie van 2003 tot 2005								
	2003			2004			2005		
	N	%	% cumulatief	n	%	% cumulatief	n	%	% cumulatief
1 ^{ste} week	197	7,3	7,3	275	6,4	6,4	672	16,7	16,7
2 ^{de} tot 4 ^{de} week	2066	76,5	83,8	3558	82,7	89,1	2973	73,8	90,5
5 ^{de} week of meer	438	16,2	100,0	469	10,9	100,0	384	9,5	100,0

De termijn mammotest-verzending van het resultaat kan worden opgedeeld in:

1. Termijn mammotest-tweede lezing.
2. Termijn tweede lezing-verzending van het resultaat naar de eerste lezer.

De eerste hangt tegelijk af van de radiologie-eenheid en van het referentiecentrum. De tweede is eigen aan het referentiecentrum.

52 De Vlaamse Gemeenschap beveelt aan dat in 90 % van de gevallen, de termijn tussen de mammotest en de mededeling van het resultaat aan de vrouw 2 weken zou bedragen. In 2004 bedroeg de gemiddelde termijn 20,7 dagen (17,3 in 2005) met 60 % van de termijnen gelijk aan of minder dan 15 dagen (79 % in 2005).

53 In het besluit van 20/01/06 van de regering van de Franse Gemeenschap inzake de opsporing van borstkanker door middel van mammografie, wordt aan de radioloog-eerste lezer gevraagd om clichés en protocol te verstrekken aan het referentiecentrum binnen een termijn van ten hoogste een week na de uitvoering van de mammotest.

6.5.1 Termijn tussen mammotest en 2^{de} lezing

Deze termijn impliceert 2 betrokkenen: de radioloog en Brumammo. De radioloog moet, wanneer de mammotest uitgevoerd is, de resultaten van een eerste lezing noteren en samen met de clichés opsturen naar Brumammo. Brumammo moet een tweede lezing uitvoeren.

De mediane tijd tussen de uitvoering van de mammotest en de tweede lezing bedraagt 10 dagen voor de periode 2003-2005 en 21 % van de tweede lezingen worden uitgevoerd in de loop van de week die volgt op de mammotest^[53].

Deze termijn wordt meer in detail voorgesteld in de tabel in bijlage 13.

Er is geen verbetering van de termijnen mammotests – tweede lezing van 2003 tot 2005 (tabel 6.10). Tussen 20 % en 23 % van de tweede lezingen gebeuren in de loop van de week dat de mammotest werd afgenomen. De verhouding van de tweede lezingen gerealiseerd binnen een zeer korte termijn (eerste 5 dagen) daalt. De verhouding van de overdreven lange termijnen blijft stabiel.

Om de termijn in te korten, werden de procedures voor het ophalen van de clichés door Brumammo herzien: op dit ogenblik gebeurt het ophalen van de clichés op verzoek van de radiologen op de dag zelf en worden de tweede lezingen 4 dagen op 5 uitgevoerd.

Tabel 6.10 Termijn tussen mammotest en 2 ^{de} lezing, evolutie van 2003 tot 2005									
	2003			2004			2005		
	N	%	% cumulatief	n	%	% cumulatief	n	%	% cumulatief
1 ^{ste} vijf dagen	373	11,6	11,6	281	6,5	6,5	315	7,8	7,8
6 ^{de} ou 7 ^{de} jour	358	11,1	22,7	560	13,0	19,5	566	14,0	21,8
2 ^{de} tot 4 ^{de} week	2226	69,0	91,7	3151	73,2	92,7	2825	70,0	91,8
5 ^{de} week of meer	270	8,4	100,0	312	7,2	100,0	329	8,2	100,0

6.5.2 Termijn tussen tweede lezing en verzending van het resultaat

De mediane tijd tussen de tweede lezing en het verzenden van de brief naar de radioloog is gevoelig verbeterd van 2003 tot 2005 (p-waarde<0.001). Zo werd immers 86 % van de brieven de dag zelf of de dag na de tweede lezing verzonden, terwijl dat slechts 32 % was in 2003 en 50 % in 2004. Daar deze termijn eigen is aan het referentiecentrum, is de verbetering van de termijn mammotest-verzending van het resultaat dus te danken aan de verbetering van de verwerkingssnelheid van de informatie bij Brumammo.

Tabel 6.11 Termijn tussen 2 ^{de} lezing en verzending van de brief, evolutie van 2003 tot 2005									
	2003			2004			2005		
	N	%	% cumulatief	n	%	% cumulatief	n	%	% cumulatief
Dezelfde dag als L2	279	10,4	10,4	805	18,7	18,7	2258	56,0	56,0
De dag volgend op L2	590	22,0	32,4	1359	31,6	50,3	1204	29,9	85,9
Dag 2 tot 8	1414	52,6	85,0	1807	42,1	92,4	529	13,1	99,0
Dag 9 of meer	404	15,0	100,0	326	7,6	100,0	38	0,9	99,9

6.5.3 Conclusie met betrekking tot de termijnen

Algemeen gezien is de termijn tussen de uitvoering van de mammotest door de vrouw en de datum van verzending van het resultaat naar de radioloog die de eerste lezing heeft uitgevoerd, van 2003 tot 2005 vooruitgegaan, dankzij een verbetering van de verwerking van de informatie door het referentiecentrum. De totale termijn tot aan de verzending van het resultaat blijft echter lang (tabel 6.12). Om een idee te krijgen van de termijn tussen de mammotest en de mededeling van het resultaat aan de vrouw, moet men overigens bij deze mediane tijd van 12 dagen de tijd toevoegen van de mededeling van het resultaat aan de behandelende arts en vervolgens aan de vrouw, waarover we geen informatie hebben. Gelet op de complexiteit van het parcours van het resultaat, zouden deze bijkomende termijn en het risico op fouten bij het doorsturen van de resultaten niet onverwaarloosbaar kunnen zijn. Het is dan ook belangrijk dat ze ingeschat zouden kunnen worden.

Tabel 6.12 Termijnen in 2005, samenvattend		
	Mediane termijn	≤ één week
Mammotest-tweede lezing	11 dagen	22 %
Tweede lezing-verzending van het resultaat aan de eerste lezer	<1 dag	98 %
Mammotest-verzending van het resultaat aan de eerste lezer	12 dagen	17 %

6.6 Resultaten van de mammotest: densiteit van het borstweefsel en heroproeping voor echografie

Tabel 6.13 geeft aan dat volgens de eerste lezer 12 % (n=1141) van de vrouwen dens borstweefsel heeft (wat de clichés van de mammografie moeilijk interpreteerbaar maakt). Volgens de tweede lezer gaat het om 7,5 % (n=841) van de vrouwen. Van de vrouwen met dens borstweefsel, stelt de eerste lezer voor om er 58 % terug te roepen voor een echografie en de tweede lezer stelt voor om er 51 % terug te roepen. Meer gedetailleerde informatie hierover vindt u in bijlage 14.

Deze vrouwen die worden teruggeroepen voor een echografie door de eerste lezer omdat ze dens borstweefsel hebben, vertegenwoordigen 7 % van alle onderzochte vrouwen; wat het heroproepen door de tweede lezer betreft, vertegenwoordigen deze vrouwen 4 % van alle onderzochte vrouwen. In het geval van een vraag tot echografie omwille van dens borstweefsel wordt de vrouw heropgeroepen, ongeacht of het de eerste of tweede lezer is die er om vraagt. In het totaal wordt dus 7 % van de vrouwen teruggeroepen door één van beide lezers om een echografie te laten uitvoeren, omdat ze dens borstweefsel hebben.

Daar de echografie niet uitgevoerd wordt op hetzelfde ogenblik als de mammotest, worden de patiëntes teruggeroepen om het onderzoek later te laten uitvoeren.

Tabel 6.13 Conclusies van de 1 ^{ste} en 2 ^{de} lezers met betrekking tot de densiteit van het borstweefsel		
	L1*	L2*
Dens borstweefsel	11,7 %	7,5 %
Heroproeping voor een echografie van de vrouwen met dens borstweefsel	58,1 %	50,7 %
Heroproeping voor een echografie omwille van dens borstweefsel van het totaal van de vrouwen	6,8 %	3,8 %

* Na uitsluiting van de vrouwen van wie de informatie niet genoteerd werd of onsamenhangend is

6.7 Resultaten van de mammotest: aanwezigheid van mammografische abnormaliteiten

De eerste lezing gebeurt in de eenheid waar de vrouw de mammotest heeft laten uitvoeren. De eenheid van de eerste lezing herneemt op de fiche de conclusies van de eerste lezing en de aanbevelingen voor opvolging, en stuurt de fiche en de clichés door naar het referentiecentrum. De tweede lezing wordt uitgevoerd in het referentiecentrum zonder dat de tweede lezer kennis heeft van de resultaten die werden opgetekend door de eerste lezer. Vervolgens worden de resultaten van de lezingen gecodeerd en met elkaar vergeleken en wordt, in geval van onenigheid, een derde lezing aanbevolen waarbij de derde lezer het laatste woord heeft. Het doel van deze strategie is vooral de gevoeligheid te verhogen (de valse negatieven te verlagen) met het risico om aan specificiteit in te boeten. Volgens de Europese richtlijnen mag deze verhoging van de gevoeligheid variëren van 5 tot 15 % naargelang van de gebruikte methodologie en de bekwaamheid van de lezers; deze dubbele lezing is verplicht bij de gedecentraliseerde programma's, waarbij het verlies aan specificiteit beperkt wordt door de interventie van een derde expert-lezer.

6.7.1 Resultaten van de mammotest: aanwezigheid van abnormaliteiten volgens de eerste en de tweede lezer

In het algemeen beoordeelt de eerste lezer de mammografie vaker als abnormaal dan de tweede lezer. We zien 11,0 % positieve mammotests (kwaadaardigheid onbepaald) volgens de eerste lezer en 6,9 % volgens de tweede lezer. De eerste lezers vermelden ook vaker goedaardige anomalieën dan de tweede lezers: 25,0 % tegenover 18,8 %.

	Conclusie van de eerste en tweede lezing (n=11633)			
	Lezer 1		Lezer 2	
	n	%	n	%
Niet interpreteerbaar omwille van technische redenen (te herdoen)	11	0,1 %	21	0,2 %
Geen abnormaliteit	7432	63,9 %	8613	74,0 %
Goedaardig letsel	2911	25,0 %	2189	18,8 %
Positief, onbepaald	1162	10,0 %	734	6,3 %
Positief, kwaadaardig of waarschijnlijk kwaadaardig	117	1,0 %	73	0,6 %
Onbekend	0	0,0 %	3	0,0 %

De radiologen-eerste lezers geven eveneens aanbevelingen met betrekking tot de opvolging van de patiënte. De gegevens met betrekking tot deze aanbevelingen voor opvolging zijn van lagere kwaliteit. Ze zijn soms tegenstrijdig aan het resultaat van de lezingen die geregistreerd worden in de databank (voorbeeld: voor 35 vrouwen met een positief resultaat wordt geen enkel onderzoek aanbevolen, voor 69 vrouwen met een positief resultaat wordt een controle na 6 maanden of een jaar aanbevolen). Dit lijkt verklaard te kunnen worden door fouten in het overnemen van de aanbevelingen die werden geformuleerd door de radiologen in de radiologie-eenheden. Het referentiecentrum codeert wat op het formulier staat. Er is geen protocol aangehecht aan het cliché, en het referentiecentrum neemt aan

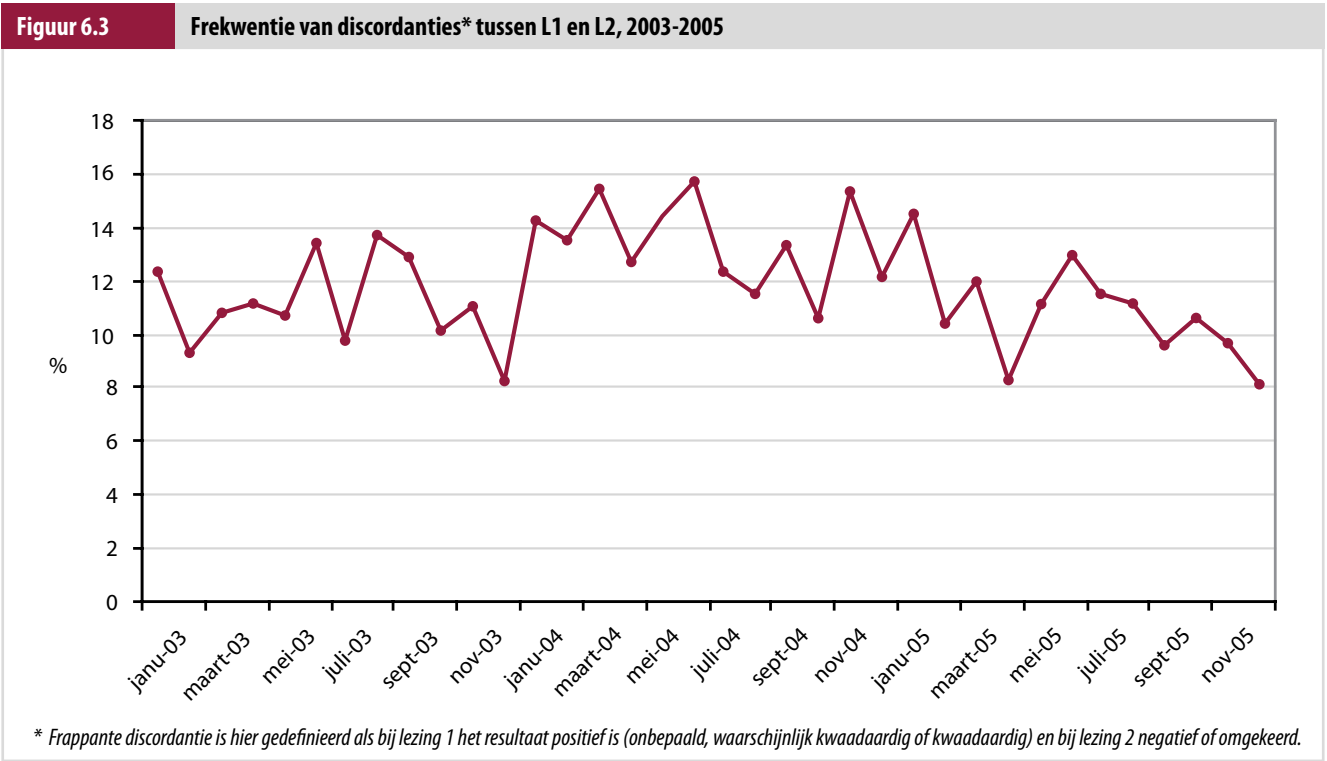
dat het resultaat van lezing 1 zoals genoteerd op de fiche overeenstemt met het resultaat dat werd meegedeeld door de eerste lezer. Op dit ogenblik trachten de codeurs, in geval van incoherentie met de aanbeveling die op de fiche staat, contact op te nemen met de lezers en, in de mate van het mogelijke, worden de gegevens gecorrigeerd^[54].

6.7.2 Concordantie/discordantie en uitvoering van een 3^{de} lezing

Algemeen gezien zijn er in de loop van de periode 2003-2005 88,1% gevallen waarbij de resultaten van de eerste en tweede lezers overeenstemmen. Er zijn 11,9 % «flagrante» discordanties (positief voor de ene en negatief voor de andere), wat overeenstemt met 1382 vrouwen (concordantiecoëfficiënt kappa=0.27). De verhouding van discordante paren evolueert weinig in de loop van de periode (ze was iets groter in 2004 vergeleken met 2003 en 2005 (p-waarde<0,001) (figuur 6.3)). Meer gedetailleerde resultaten met betrekking tot concordantie en discordantie worden voorgesteld in bijlage 15.

54 Als de gegevens niet verbeterd kunnen worden, wordt uitgegaan van de hypothese dat in geval van incoherentie tussen resultaat en aanbeveling, het resultaat zonder fouten werd overgeschreven en het de aanbeveling voor follow-up is die niet correct werd overgeschreven.

De verhouding van discordanties wordt hier voorgesteld als indicatie; het is onmogelijk om er conclusies uit te trekken over de kwaliteit van het programma. Ondanks het feit dat de tweede lezers worden gekozen uit de radiologen met het meeste ervaring, gaat het niet over «referentielezers» of een «gouden standaard». Opvolgingsgegevens betreffende de gedetecteerde kankers zijn niet beschikbaar, terwijl dit type gegevens veel informatie kan opleveren met betrekking tot de strategie van de tweede lezing. In het bijzonder zouden ze toelaten na te gaan of de sensibiliteit stijgt, zoals verwacht wordt.



Algemeen genomen zijn de discordanties verdeeld op de manier die wordt beschreven in tabel 6.15. Twee derden van de discordanties hebben betrekking op gevallen waarin de tweede lezer de mammografie «negatief» verklaart, terwijl de eerste lezer ze «positief» had verklaard.

Tabel 6.15 Discordantie tussen L1 en L2 met betrekking tot het resultaat van de mammografie		
Discordantie	n	%
L1+ et L2-	926	67 %
L1- et L2+	456	33 %
Totaal	1382	

Als een discordantie wordt vastgesteld tussen de eerste en de tweede lezing, wordt een derde lezing aanbevolen, op basis van een computeralgoritme (zie bijlage 16).

Van de 1382 mammotests waarvoor een frappante discordantie (zoals wij ze definieerden in onze analyses) werd vastgesteld, werd er voor 1381 een 3^{de} lezing geregistreerd. Tabel 6.16 toont de verdeling van de discordanties na 3^{de} lezing.

De derde lezer bevestigt vaker het resultaat dat werd aangegeven door lezer 2 dan door lezer 1. In 38 % van de discordanties bevestigt de derde lezer immers de eerste lezer, en in 62 % van de discordanties bevestigt de derde lezer de tweede. In het geval van discordantie stemt de eindconclusie (deze die opgestuurd wordt naar de behandelende arts) altijd overeen met deze van lezer 3.

Meer dan de helft van de vrouwen voor wie een frappante discordantie werd vastgesteld had, na een positieve eerste lezing en een negatieve tweede lezing, een negatief resultaat dat bevestigd werd door de derde lezer. Voor deze vrouwen is het meegedeelde resultaat dus negatief.

Tabel 6.16 Type van de discordantie naargelang het resultaat van L3			
Discordantie		n	%
L1+ et L2-	L3+	181	13,2 %
	L3-	743	54,0 %
L1- et L2+	L3+	110	8,0 %
	L3-	342	24,9 %
Totaal		1376*	

* Een aantal gevallen werd uitgesloten van de analyse omwille van niet interpreteerbaar of onbekend voor L3.

Tabel 6.17 geeft de evolutie weer van de verhouding van 3^{de} lezingen in de loop der tijd. Sinds het begin van het programma worden de 3^{de} lezingen gerealiseerd voor de «flagrante» discordanties die hierboven worden beschreven, maar ook in het geval van kleinere discordanties. Het beslissingsalgoritme met betrekking tot de uitvoering van een derde lezing werd in 2004 aangepast door Brumammo en bepaalde types kleine discordanties maken nu niet langer het voorwerp uit van een 3^{de} lezing. Naar aanleiding van deze aanpassing stellen we een grote en significante daling vast van het percentage 3^{de} lezingen, dat 11,8 % bereikte in 2005 (p-waarde=0,001) (tabel 6.17)^[55]. Meer resultaten zijn beschikbaar in bijlage 15.

Tabel 6.17 Frekwentie van L3, 2003-2005			
	2003	2004	2005
Aandeel L3	24,5 %	19,9 %	11,8 %
Aantal L3	805	859	475

55 In het Vlaams Gewest werd in de periode 2003-2004 voor 7,3 % van de mammografieën een derde lezing uitgevoerd.

6.7.3 Resultaten van de mammotest: eindresultaat van de lezingen en heroproeppercentage

Tabel 6.18 beschrijft de resultaten die verstuurd worden naar de vrouwen na afloop van het proces van de dubbele/drievoudige lezing. Het eindresultaat is positief voor 607 vrouwen in de periode 2003-2005. Het betreft 5,2 % van de onderzochte vrouwen. Bovendien wordt een goedaardig letsel opgespoord bij 20 % van de vrouwen.

Tabel 6.18 Eindresultaat na het proces van dubbele/drievoudige lezing, 2003-2005		
	N	%
Niet interpreteerbaar omwille van technische redenen (te herdoen)	13	0,1
Geen abnormaliteiten	8 685	74,7
Goedaardig letsel	2 305	19,8
Positief, onbepaald	525	4,5
Positief kwaadaardig of waarschijnlijk kwaadaardig	82	0,7
Onbekend	23	0,2
Totaal	11 633	

In principe voorziet het algoritme geen heroproeping bij goedaardige letsels.

Tabel 6.19 beschrijft de aanbevolen aanvullende onderzoeken voor de vrouwen wier mammotest positief is. Voor de meeste vrouwen wordt in eerste instantie alleen een echografie aanbevolen.

Tabel 6.19 Aanbevolen opvolging in het geval van een positieve mammotest, 2003-2005		
	N	%
Alleen echografie	329	54,2
Echografie en mammografie	99	16,3
Alleen mammografie	42	6,9
Trucut of biopsie, met of zonder mammografie en echografie	97	16,0
Onderzoek onbekend	40	6,6
Totaal	607	

In het totaal wordt dus 12,5 % van de vrouwen heropgeroepen (d.w.z. 1456 vrouwen), hetzij voor een onmiddellijk aanvullend onderzoek, hetzij omdat ze dens borstweefsel hebben, waardoor de mammotest niet geïnterpreteerd kan worden, of omdat de mammotest niet geïnterpreteerd kan worden om technische redenen (tabel 6.20). Wij hebben hier geen rekening gehouden met het aandeel vrouwen dat wordt heropgeroepen voor nazicht van goedaardige anomalieën, daar dit moeilijk in te schatten is.

Tabel 6.20 Redenen van heroproeping voor bijkomende onderzoeken, 2003-2005		
	N	%
Geen heroproeping	10 177	87,5
Niet interpreteerbaar om technische redenen	13	0,1
Heroproeping echografie omwille van dens borstweefsel	836	7,2
Positieve mammotest	607	5,2
Totaal	11 633	

In het Brussels Gewest bedraagt het percentage vrouwen dat wordt heropgeroepen wegens detectie van een anomalie of een technisch probleem 5,3 % voor de hele periode (met uitsluiting van de heroproeping omwille van dens borstweefsel). Op Europees niveau wordt het heroproeppercentage gedefinieerd als het aantal vrouwen die men aanraadt om terug te komen om een aanvullend onderzoek te laten uitvoeren, ongeacht of dit het gevolg is van technische problemen of een anomalie van welke aard ook. Volgens de Europese normen moet het heroproeppercentage, in de eerste ronde, lager liggen dan 7 % (aanvaardbaar percentage) en indien mogelijk lager dan 5 % (gewenst percentage)^[56]. In Vlaanderen bedraagt het heroproeppercentage voor de periode 2003-2004 5,0 %.

Tabel 6.21 toont de evolutie van de heroproeppercentages in Brussel naargelang men al dan niet rekening houdt met de vrouwen die terug moeten komen voor een echografie omdat ze dens borstweefsel hebben. In Brussel bedroeg het heroproeppercentage 4,4 % in 2005, zonder rekening te houden met de heroproeping omwille van dens borstweefsel. Het aandeel vrouwen dat wordt heropgeroepen omdat hun mammografisch onderzoek positief was, is gedaald tussen de eerste ronde (2003-2004) en 2005 (p-waarde=0,008). Het aandeel heropgeroepen vrouwen (alle redenen bij elkaar) neemt eveneens af (p-waarde<0,0001).

Tabel 6.21 Aandeel heroproeping, 2003-2005			
Reden van de heroproeping	2003 N=3284	2004 N=4312	2005 N=4037
Positieve mammografie	5,7 %	5,6 %	4,4 %
Echografie omwille van dens borstweefsel*	9,2 %	6,5 %	6,3 %
Mammotest niet interpreteerbaar	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Totaal	15,0 %	12,2 %	10,8 %

* We beschikken over geen enkele informatie met betrekking tot het aantal vrouwen onder hen die een positieve echografie vertoonden.

6.7.4 Opvolging

De evaluatie van de screeningprogramma’s vereist, volgens de Europese normen, de invoering van een systematische opvolging van de vrouwen op het vlak van resultaten van de bijkomende onderzoeken die werden uitgevoerd en de follow-up die eraan wordt gegeven. Deze follow-up vereist dat opnieuw contact wordt opgenomen met de behandelende artsen en met de artsen die moeten instaan voor de opvolging. Dit moet via de opvolging van de vrouwen met een positief resultaat toelaten om zeer belangrijke indicatoren te berekenen zoals de detectiegraad en het aandeel van de vals positieve resultaten. Deze follow-up laat ook toe om via de opvolging van de vrouwen wier resultaat

⁵⁶ Het heroproeppercentage om technische redenen moet, volgens Europa, lager liggen dan 3 % (aanvaardbaar percentage) maar indien mogelijk lager dan 1 % (gewenst percentage)

negatief is en in samenwerking met het Kankerregister, het aandeel valse negatieve resultaten en intervalekankers te berekenen. De opvolging zou eveneens kunnen toelaten de termijnen te bepalen waarbinnen de vrouw de resultaten ontvangt, en het aandeel van de fouten in de transmissie of niet-transmissie van de resultaten.

In Brussel wordt het resultaat doorgestuurd naar de vrouw via de radioloog-eerste lezer en de verwijzende arts (die het voorschrift heeft geschreven of die vermeld wordt door de vrouw die zich op de radiologie-eenheid aanmeldt met een uitnodiging). Aan het einde van het proces van de tweede lezing stuurt het referentiecentrum een brief naar de eerste lezer, en deze informeert de verwijzende arts, die op zijn beurt de vrouw op de hoogte brengt.

Als de mammotest positief is, wordt een formulier bij het resultaat gevoegd waarop gevraagd wordt aan de verwijzende arts om het referentiecentrum mee te delen of de patiënte wel degelijk geïnformeerd werd en de plaats te vermelden waar het bijkomend onderzoek zal plaatsvinden. Als er geen enkele informatie toekomt op het referentiecentrum binnen een termijn van een maand, wordt er een herinneringsbrief verstuurd naar de arts. Als een reactie uitblijft, stopt de herinneringsprocedure hier. Het is zelfs in deze gevallen niet voorzien dat de vrouw rechtstreeks ingelicht wordt. In 2005, na afloop van deze procedure, werden 114 formulieren teruggestuurd op 180 positieve mammotests (63 %). Voor 37 % van de vrouwen met een positieve mammotest (66 vrouwen), bestaat er dus geen zekerheid omtrent het feit of deze vrouwen op de hoogte werden gebracht van het resultaat van de mammotest. De resultaten van de bijkomende onderzoeken worden niet systematisch opgevolgd door het referentiecentrum. Een onbeduidend aantal histologische protocollen werd spontaan opgestuurd door de verwijzende artsen (6 in 2005).

57 Bron: «Résultats préliminaires de l'étude sur la performance du programme en 2004», Brumammo, Dr F. Collart, Dr JB Burriion (voorlopige resultaten).

58 Waarschijnlijkheid voor een vrouw met een positieve mammotest om aan borstkanker te lijden (het cijfer hangt sterk af van de prevalentie van borstkanker, met een prevalentie van minder dan 1 % kan men een lage PPW verwachten).

59 Men veronderstelt dat de «positieve» vrouwen die uit het oog werden verloren zich niet onderscheiden van de andere met betrekking tot het aandeel voorkomende kankers. De cijfers moeten natuurlijk met veel omzichtigheid worden geïnterpreteerd gezien het gaat om lage cijfers voortgekomen uit een éénmalige enquête.

60 Men dient er rekening mee te houden dat deze vrouwen aangeduid worden als «uit het zicht verloren» op het moment van de retrospectieve enquête en niet in de maand volgend op de mammotest.

De opvolging gebeurt dus niet op een systematische manier. Er werd slechts één enquête gedaan door het referentiecentrum^[57] die betrekking had op 207 vrouwen met woonplaats in Brussel, die werden uitgenodigd door het programma in 2004 en van wie de mammotest positief was. De screeningseenheden en de verwijzende artsen werden gecontacteerd.

Bij de enquête werd het resultaat van de aanvullende onderzoeken verkregen voor 75 % van deze vrouwen (155 vrouwen): voor 25 vrouwen werd een kanker ontdekt (lobulair of ductaal, in situ of invasief, behalve atypische hyperplasie) en voor 130 waren de bijkomende onderzoeken negatief (echografie, RMN, biopsie).

De positieve predictieve waarde van de screenings-procedure^[58] in deze enquête ligt dus op 16,1 % (betrouwbaarheidsintervallen op 95 %: 10,9%-23,1 %).

Als we deze waarde extrapoleren naar alle positieve mammotests van 2004, kan de opsporingsgraad van borstkanker dus worden geraamd op 9,0 per 1000 vrouwen bij wie een mammotest werd afgenomen (38 gedetecteerde kankers)^[59].

In Vlaanderen bedraagt de opsporingsgraad voor de jaren 2003-2004 5,4 per 1000 maar het is riskant om deze twee cijfers te vergelijken: de grootte van de Brusselse steekproef is immers klein en de gegevens zijn niet op dezelfde manier verzameld.

Wat de 52 vrouwen met een positieve mammotest betreft voor wie de resultaten van de bijkomende onderzoeken niet werden verkregen bij de enquête (overeenkomend met 25% van de positieve mammotests), zijn er 24 vrouwen waarbij de behandelende arts niet heeft geantwoord aan de onderzoekers. Voor de 28 overige vrouwen (14% van de positieve mammotests) heeft de arts die zij als verwijzend opgaven verklaard de vrouw niet te kunnen informeren daar hij de vrouw uit het oog was verloren^[60] (men weet dus niet of deze vrouwen hun resultaten hebben gekregen).

In Vlaanderen zijn voor de periode 2003-2004 de opvolggegevens gekend voor 77,4 % van de dossiers. In Vlaanderen wordt het resultaat echter door het referentiecentrum opgestuurd naar het thuisadres van de vrouw, een week nadat het naar de verwijzende arts

werd gestuurd. De situatie dat de vrouw uit het oog wordt verloren, is dus niet vergelijkbaar met Brussel, waar, rekening houdend met de complexiteit van het traject van de resultaten het grootste aantal vrouwen het risico loopt niet geïnformeerd te worden.

6.8 Dekking en participatiegraad

Voor het bepalen van de dekking en van de participatiegraad aan het programma, hebben wij de databank gebruikt die ons werd verstrekt door Brumammo. De totale doelgroep voor de eerste ronde is gebaseerd op het Rijksregister. Op 1 januari 2004 telde dit 106 827 vrouwen wonend in Brussel en tussen 49 en 69 jaar oud.

In het bestand met de populatie van Brumammo op basis waarvan de uitnodigingen werden verstuurd, vinden we slechts 73 809 vrouwen terug (bestand dat in januari 2003 werd doorgestuurd door de KSZ)^[61].

Slechts 63 763 vrouwen kregen een uitnodiging voor het programma. Er bestaan diverse redenen die verklaren waarom vrouwen niet werden uitgenodigd: een onbruikbaar adres (28 %), overlijden (4 %), fouten verbonden met de dwingender regels van de uitnodigingen en de terugbetaling door het RIZIV (37%), fouten in de software die de uitnodigingen genereert (25 %)^[62], ongekende redenen (7 %). In onderstaande tabel wordt een gedetailleerd overzicht gegeven van deze redenen.

Tabel 6.22 Redenen van niet-verzending van uitnodigingen voor de periode 2003-2004, Brussel	
Uitnodigingen	Aantal
Uitgenodigd	63 763
Niet uitgenodigd (NU)	
• NU onbruikbaar adres in de KSZ	2 833
• NU Overleden	371
• NU beperkingen verbonden aan uitnodigingen en terugbetaling RIZIV	
– onpare dag in 1954	2 743
– onpare dag in januari 1934	133
– pare dag april tot december (zonder november) 1934	822
• NU uitnodigingen niet gegenereerd door het computerprogramma voor de vrouwen	
– pare dag in november	2 486
• NU andere redenen*	658*
Totaal in de KSZ	73 809

* Van deze 658 vrouwen hebben er tussen de 4 en de 18 al een mammotest ondergaan vooraleer uitgenodigd te worden.

Het percentage vrouwen dat werd uitgenodigd ten opzichte van de vrouwen van dezelfde leeftijdscategorie die zijn ingeschreven in het Rijksregister bedraagt 59,7 % voor het Brussels Gewest.

In tabel 6.23 wordt deze «dekking» weergegeven per gemeente.

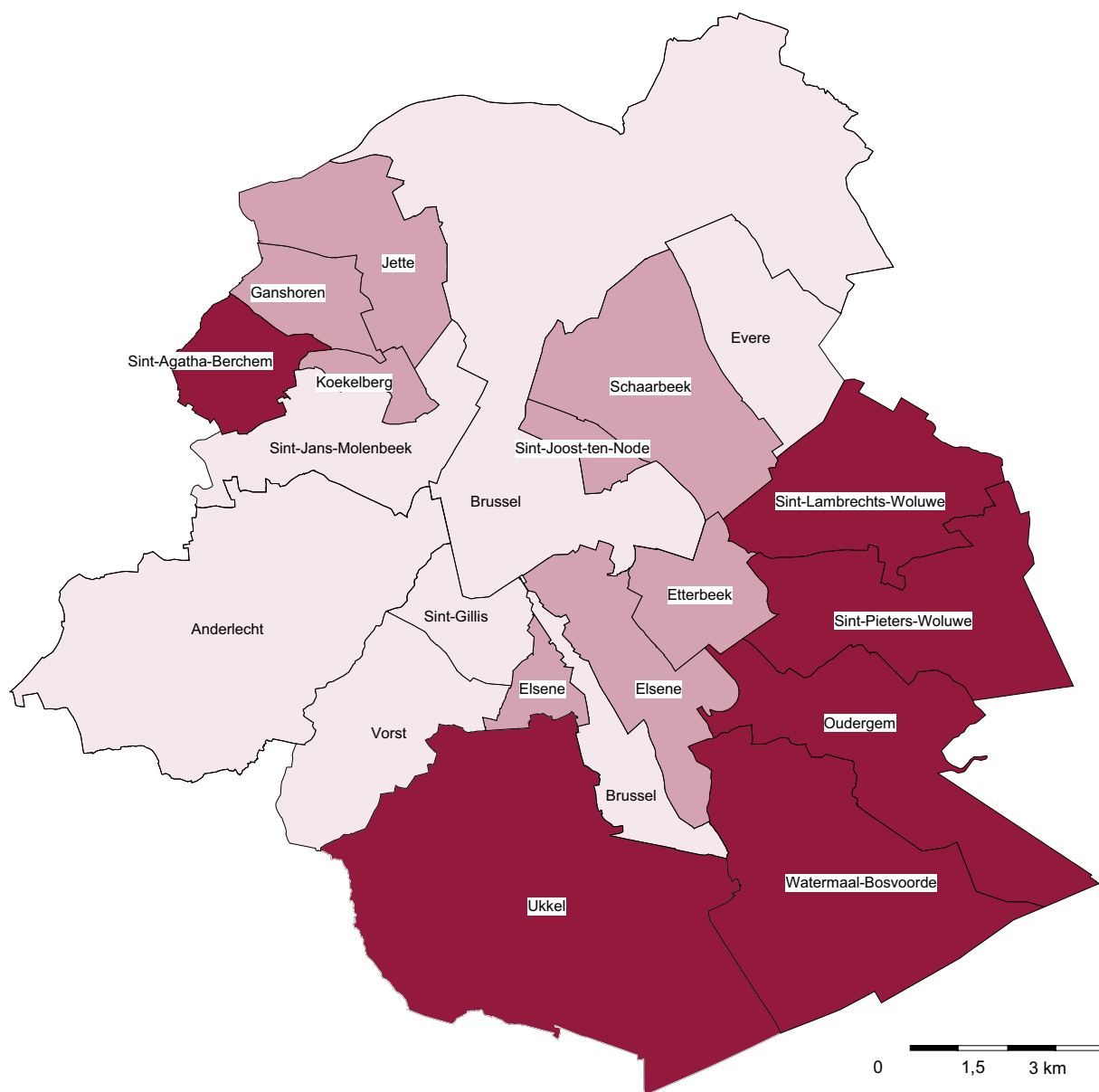
⁶¹ Als gevolg van een technische fout van een verzekeringsinstelling voor 31 % van de vrouwen, zie bijlage 12.

⁶² Volgens de informatie die we ontvingen van Brumammo nadat de analyses reeds waren gedaan zouden de vrouwen die op een pare dag in november geboren zijn wel degelijk uitgenodigd geweest zijn wat zou neerkomen op een totaal van 66249 uitgenodigde vrouwen.

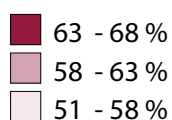
Tabel 6.23		Percentage uitgenodigde vrouwen tussen 50 en 69 jaar ten opzichte van de vrouwen die zijn ingeschreven in het rijksregister, per gemeente, Brussel, 2003-2004	
Gemeente	Rijksregister	Uitnodigingen	Dekking (%)
Anderlecht	10 005	5 181	51,8
Oudergem	3 550	2 287	64,4
Sint-Agatha-Berchem	2 349	1 498	63,8
Brussel-Stad	13 678	7 810	57,1
Etterbeek	4 187	2 466	58,9
Evere	4 043	2 316	57,3
Vorst	5 285	2 979	56,4
Ganshoren	2 700	1 698	62,9
Elsene	7 210	4 211	58,4
Jette	4 917	3 041	61,9
Koekelberg	1 784	1 061	59,5
Sint-Jans-Molenbeek	7 416	4 075	55,0
Sint-Gillis	3 757	1 920	51,1
Sint-Joost-ten-Node	1 741	1 020	59,0
Schaarbeek	10 145	6 224	61,4
Ukkel	9 826	6 666	67,8
Watermaal-Bosvoorde	3 291	2 092	63,6
Sint-Lambrechts-Woluwe	6 055	3 964	65,5
Sint-Pieters-Woluwe	4 888	3 254	66,6
Totaal Brussels Gewest	106 827	63 763	59,7

Kaart 6.1

Aandeel uitgenodigde vrouwen op het totaal van de vrouwen van 50-69 jaar in het rijksregister, per gemeente (Brussel, ronde 2003-2004)



% vrouwen die werden uitgenodigd voor een mammotest
t.o.v. vrouwen (50-69 jaar) in het Rijksregister



Bron: Brumammo 2003-2004
© Observatorium voor Gezondheid en Welzijn 2006

Bovenstaande kaart weerspiegelt de onvolledigheid van het bestand dat in 2003 werd doorgestuurd door de KSZ. Dit had te maken met een technisch probleem bij de extractie door een verzekeringsinstelling, de aangeslotenen van deze verzekeringsinstelling zijn ongelijk verdeeld over de gemeenten (stadscentrum en eerste kroon). We onderstrepen dat gemiddeld 60 % van de vrouwen van de beoogde leeftijdsgroep werd uitgenodigd in het Brussels Gewest. Het oplossen van de hoger genoemde problemen laat verhopen dat dit percentage fors zal stijgen vanaf 2006.

De dekkingsgraad van de mammotest meet het aandeel van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar die een mammotest ondergingen ten opzichte van de vrouwen uit deze leeftijdsgroep die in het rijksregister zijn ingeschreven.

Uiteindelijk werd bij 5 755 Brusselse vrouwen die deel uitmaakten van de doelgroep een mammotest uitgevoerd in de eerste ronde (al dan niet uitgenodigd), te weten 5,4 % van de doelpopulatie van het Rijksregister.

De dekkingsgraad van mammotests voor dezelfde periode bedraagt 35 % in Vlaanderen en 9,8 % in Wallonië.

De dekkingsgraad is zo ongeveer hetzelfde voor de verschillende leeftijdsgroepen van de doelgroep (5,5% voor de 50-54 jarigen; 5,8% voor de 55-59 jarigen; 5,9% voor de 60-64 jarigen en 5,6% voor de 64-69 jarigen) ^[63].

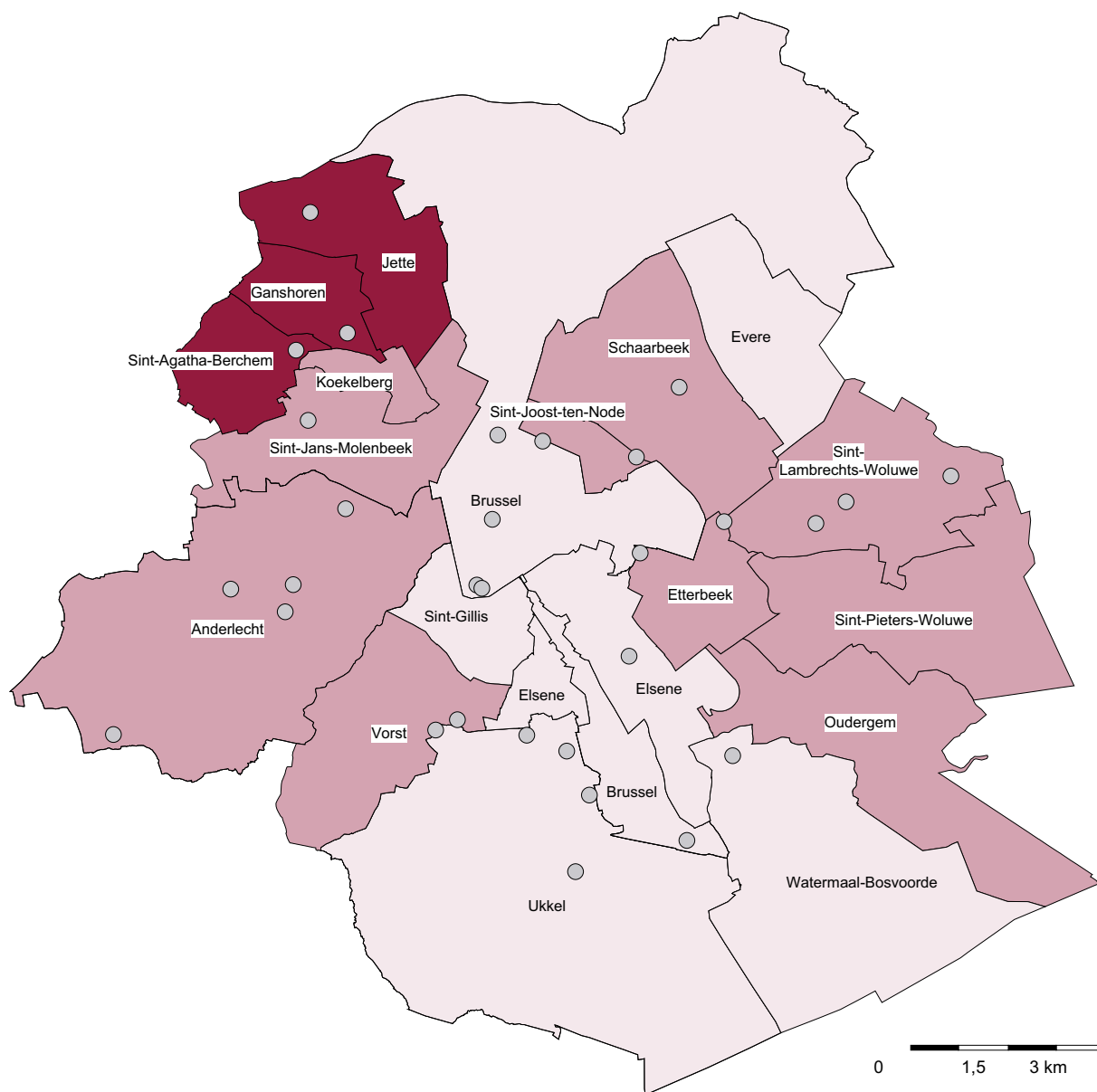
Hieronder wordt de dekkingsgraad weergegeven per gemeente.

Tabel 6.24 Percentage van de vrouwen van 50 tot 69 jaar die een mammotest lieten uitvoeren ten opzichte van de vrouwen in het rijksregister, per gemeente, Brussel, 2003-2004			
Gemeente	Rijksregister	Mammotest	Dekking (%)
Anderlecht	10 005	583	5,83
Oudergem	3 550	240	6,76
Sint-Agatha-Berchem	2 349	182	7,75
Brussel-Stad	13 678	668	4,88
Etterbeek	4 187	217	5,18
Evere	4 043	181	4,48
Vorst	5 285	281	5,32
Ganshoren	2 700	217	8,04
Elsene	7 210	286	3,97
Jette	4 917	466	9,48
Koekelberg	1 784	104	5,83
Sint-Jans-Molenbeek	7 416	477	6,43
Sint-Gillis	3 757	173	4,60
Sint-Joost-ten-Node	1 741	110	6,32
Schaarbeek	10 145	518	5,11
Ukkel	9 826	281	2,86
Watermaal-Bosvoorde	3 291	135	4,10
Sint-Lambrechts-Woluwe	6 055	377	6,23
Sint-Pieters-Woluwe	4 888	259	5,30
Totaal Brussels Gewest	106 827	5 755	5,39

63 De globale dekking (5,4%) houdt ook rekening met de vrouwen van 49 jaar waarbij de dekking veel lager ligt (2,2%).

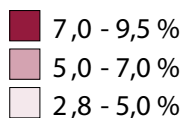
Kaart 6.2

Aandeel vrouwen die een mammotest ondergingen op het totaal van de vrouwen van 50-69 jaar volgens het rijksregister, per gemeente (Brussel, ronde 2003-2004)



● Erkend screeningscentrum

% vrouwen die mammotest lieten uitvoeren
t.o.v. vrouwen (50-69 jaar) in het Rijksregister

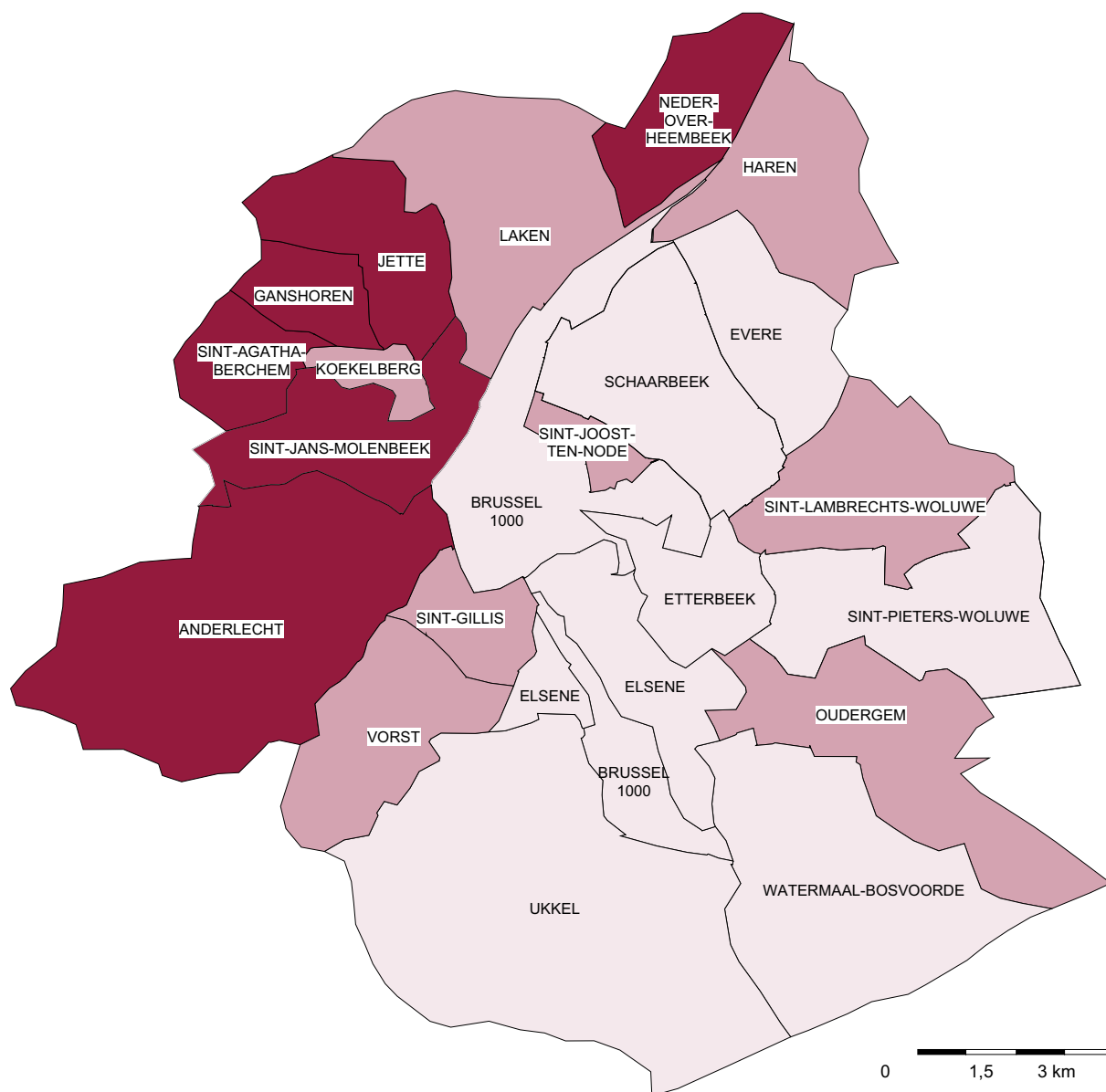


Bron: Brumammo 2003-2004
© Observatorium voor Gezondheid en Welzijn 2006

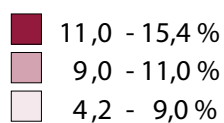
Het is interessant om deze kaart te vergelijken met de vorige: het percentage uitgenodigde vrouwen per gemeente is niet bepalend voor de dekkingsgraad per gemeente. De aanwezigheid van erkende eenheden lijkt ook geen rol te spelen behalve misschien de nabijheid van deze van het AZ VUB. Het is mogelijk dat dit ziekenhuis, door zijn dynamiek omtrent de opsporingscampagne van borstkanker, een positief beeld verspreidt van het programma en daardoor de artsen en de vrouwen van de aanpalende gemeenten ertoe aanzet om deel te nemen. Daar de dekkingsgraad gemeten wordt vóór de promotie-interventies door de gemeenten (zie hoger paragraaf 4.4.2), kunnen de verschillen tussen gemeenten hier niets mee te maken hebben.

De participatiegraad meet het aantal vrouwen dat een mammotest liet doen in vergelijking met het aantal uitgenodigde vrouwen en bedraagt 9,0 % in het Brussels Gewest. Volgens de Europese normen zou de participatiegraad niet lager mogen liggen dan 70 %. In Vlaanderen bedraagt de participatiegraad 35,3 % voor de jaren 2003-2004. De participatiegraad per gemeente staat vermeld in tabel 6.25.

Tabel 6.25 Participatiegraad aan het georganiseerde borstkankerscreeningsprogramma, per gemeente (postcode), Brussel, 2003-2004			
Gemeente	Uitgenodigd	Mammotest	Participatie (%)
Brussel 1000	3 545	251	7,1
Laken	3 125	285	9,1
Schaarbeek	6 224	518	8,3
Etterbeek	2 466	217	8,8
Elsene	4 211	286	6,8
Sint-Gillis	1 920	173	9,0
Anderlecht	5 181	583	11,3
Sint-Jans-Molenbeek	4 075	477	11,7
Koekelberg	1 061	104	9,8
Sint-Agatha-Berchem	1 498	182	12,2
Ganshoren	1 698	217	12,8
Jette	3 041	466	15,3
Neder-Over-Heembeek	893	107	12,0
Haren	247	25	10,1
Evere	2 316	181	7,8
Sint-Pieters-Woluwe	3 254	259	8,0
Oudergem	2 287	240	10,5
Watermaal-Bosvoorde	2 092	135	6,5
Ukkel	6 666	281	4,2
Vorst	2 979	281	9,4
Sint-Lambrechts-Woluwe	3 964	377	9,5
Sint-Joost-ten-Node	1 020	110	10,8
Totaal Brussels Gewest	63 763	5 755	9,0



% vrouwen die mammotest lieten uitvoeren
t.o.v. vrouwen (55-69 jaar) die werden uitgenodigd



Bron: Brumammo 2003-2004
© Observatorium voor Gezondheid en Welzijn 2006

Het gebrek aan gegevens over de sociaal-economische of andere kenmerken van de vrouwen (die al dan niet deelnemen aan de mammotest) en het gebrek aan gegevens over het aantal vrouwen die een screening laten uitvoeren buiten het programma, bemoeilijkt de interpretatie van deze gegevens.

Er is niettemin een duidelijke opdeling van het gewest merkbaar tussen het westen en het oosten.

Deze resultaten suggereren dat het programma eerder de gemeenten bereikt waar de bevolking ouder is en het mediaan inkomen gemiddeld, zoals in het westen van het gewest alsook in bepaalde gemeenten waar de meerderheid van de bevolking kansarm is (gemeenten van de eerste kroon). De invloed van het AZ VUB zou ook hier een rol kunnen spelen voor de rondomgelegen gemeenten.

Om de eventuele invloed te bestuderen van de sociaal-economische status op de voorgaande resultaten, hebben we de correlatie nagegaan tussen enerzijds de participatiegraad aan de mammotest per statistische sector en anderzijds het mediane inkomen en de verhouding werkloze vrouwen in deze statistische sectoren. Wat het mediane inkomen betreft, is de correlatie omgekeerd (hoe lager het mediane inkomen, hoe hoger de deelname) en significant hoewel zwak, met een Pearsoncoëfficiënt van -0.149 ($p=0.002$).

Wat het aandeel werkloze vrouwen betreft, zien we opnieuw een significante maar zwakke correlatie (Spearmancoëfficiënt van 0.131 met $p=0.006$): hoe hoger het aandeel werkloze vrouwen, hoe hoger de participatiegraad.

Dit bevestigt dus de vaststellingen van de auteurs van het rapport van het IMA: het programma lijkt bij voorkeur de vrouwen van de kansarme wijken te bereiken.

7. Andere beschikbare gegevens over het opsporen van borstkanker

In dit deel van het rapport gebruiken we andere bronnen dan deze van Brumammo, wat ons toelaat de context van het programma te verduidelijken.

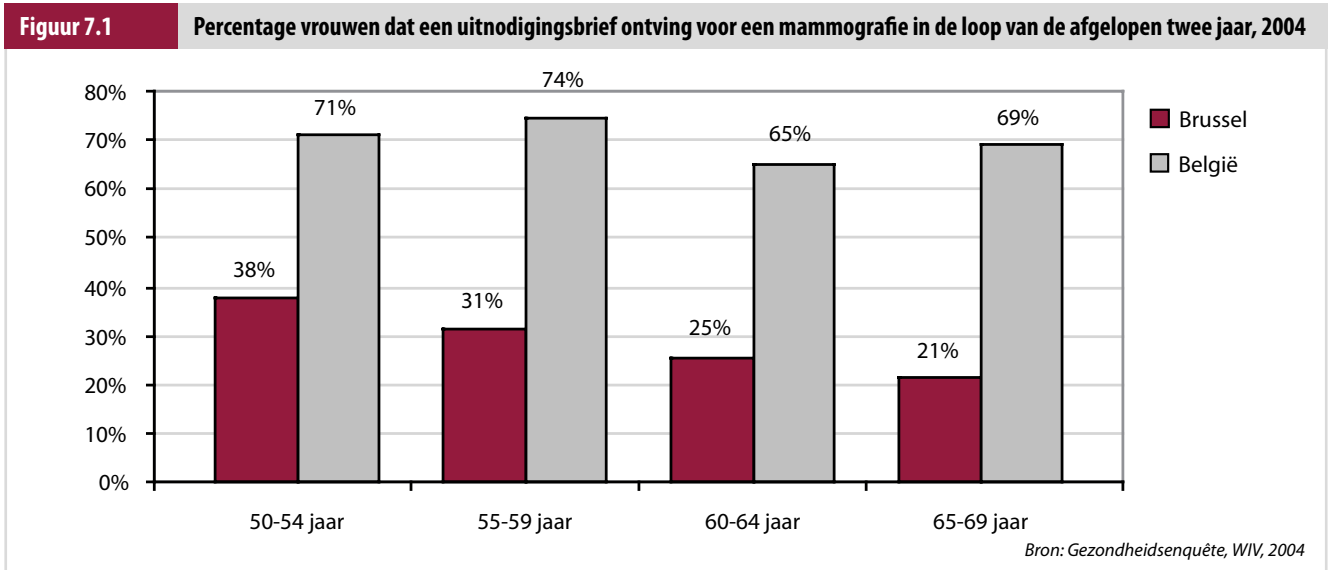
Wij vatten gegevens samen die gepubliceerd werden in rapporten die betrekking hebben op België, zoals de Gezondheidsenquête door middel van interview, die elke 4 jaar georganiseerd wordt door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, of de jaarverslagen over de screening van borstkanker van het Intermutualistisch Agentschap waarin de facturatie- en populatiegegevens opgenomen zijn van alle Belgische verzekeringsorganen.

7.1 Gezondheidsenquête

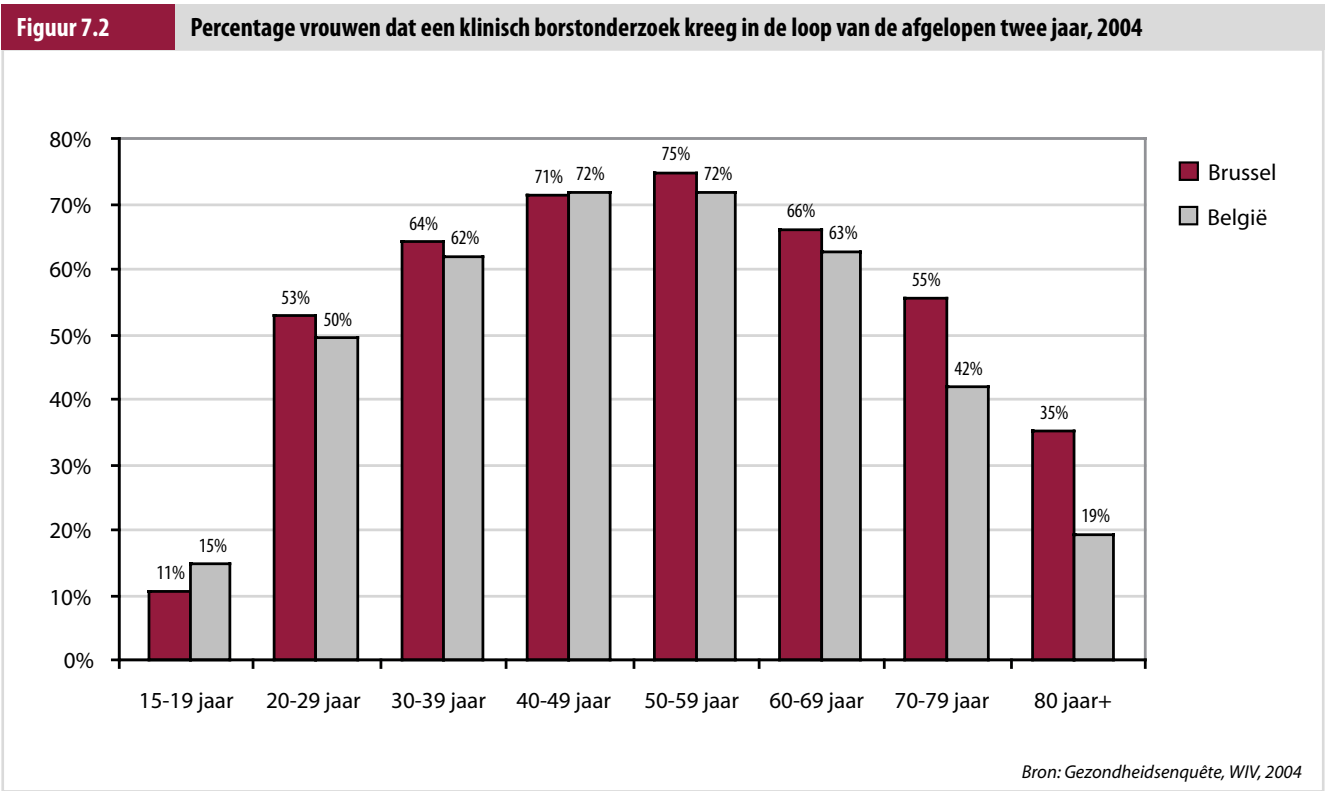
De Gezondheidsenquête laat toe de evolutie van de opsporing van borstkanker te volgen in de tijd, en dit in functie van verschillende socio-economische paramaters die niet beschikbaar zijn in de routinegegevens. Ze overschat niettemin ongetwijfeld de dekkinggraad van de mammografie, want ze baseert zich op de verklaring van de vrouwen, wat aanleiding kan geven tot geheugenbias (denkt een mammografie gehad te hebben in de afgelopen twee jaar, terwijl de reële datum vroeger is) en bias van schuldgevoel (zegt een mammografie gehad te hebben, maar dat was niet het geval).

Het percentage vrouwen dat verklaart een uitnodigingsbrief ontvangen te hebben in de loop van de twee jaar die voorafgaan aan de enquête, en dit voor alle leeftijdscategorieën waarop het programma betrekking heeft, is duidelijk lager in het Brussels Gewest (30 %) dan in het hele land (70 %).

In deze enquête kan men geen onderscheid maken tussen een uitnodigingsbrief die afkomstig is van het georganiseerde programma en een brief die bijvoorbeeld afkomstig zou zijn van een behandelende arts of van een preventiecentrum. Het gaat echter wel degelijk over vrouwen die zich herinneren een uitnodiging gekregen te hebben, wat tegelijk de verzending van een uitnodiging en de herkenning/het begrip door de vrouwen van deze uitnodiging veronderstelt. Het lage aantal vrouwen dat verklaart een uitnodiging ontvangen te hebben in het Brussels Gewest, stemt goed overeen met de kwalitatieve informatie die werd vergaard zowel bij de vrouwen als bij de dokters. De onvolledigheid van de databank van de populatie (zie verder) kan niet de enige verklaring voor dit zeer lage percentage zijn. Het feit dat dit percentage daalt met de leeftijd vraagt ook om opheldering.



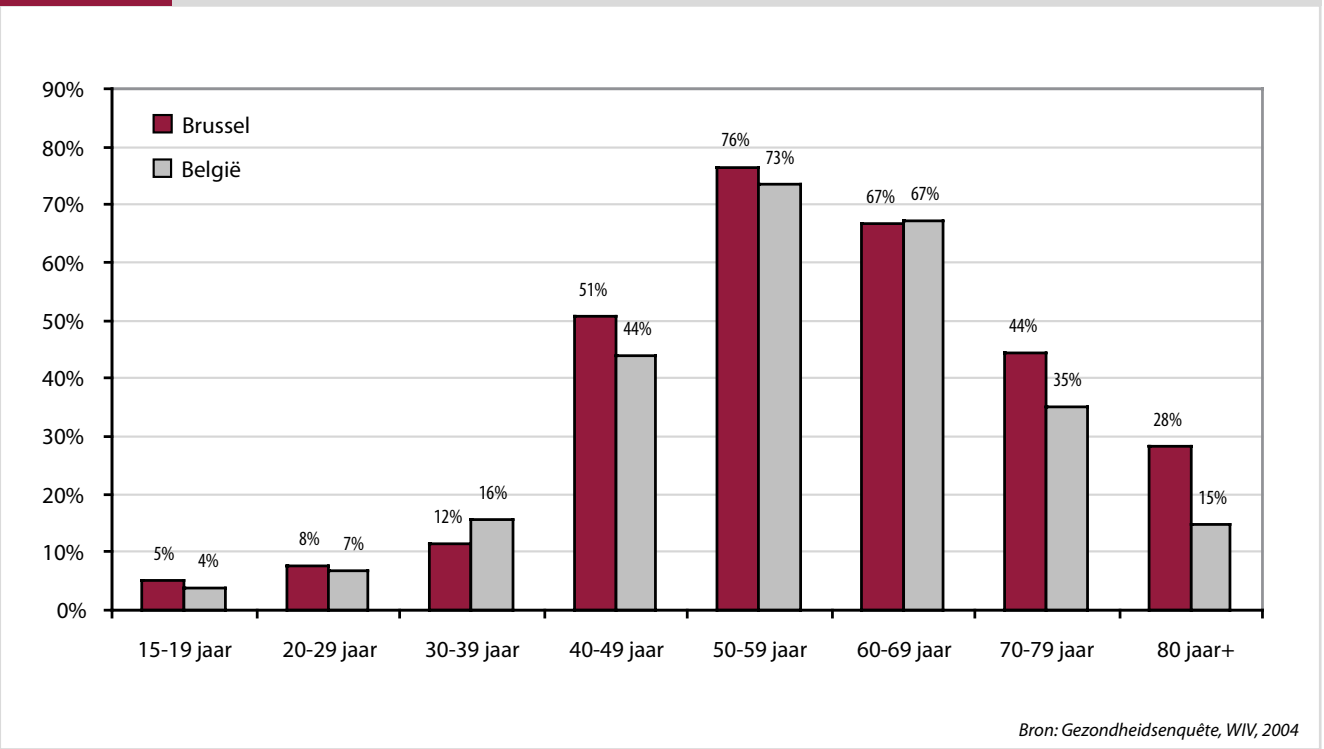
Het lage aantal vrouwen dat verklaart een uitnodiging ontvangen te hebben in het Brussels Gewest lijkt echter de Brusselse vrouwen niet te benadelen op het vlak van een preventieve opvolging. 59 % van de Brusselse vrouwen ouder dan 15 jaar ondergingen de afgelopen twee jaar immers een klinisch borstonderzoek (geen verschil tussen de gewesten). Dit deel is het grootst tussen 50 en 59 jaar en daalt daarna met de leeftijd, wat een geringere gynaecologische follow-up aantoont van de oudere vrouwen.



Hetzelfde percentage Brusselse vrouwen kreeg een mammografie in de loop van de afgelopen twee jaar als in de andere gewesten^[64].

De best gedekte leeftijdscategorieën door de mammografie zijn deze waarop het georganiseerde screeningsprogramma betrekking heeft (72 % dekking voor de vrouwen tussen 50 en 69 jaar) maar men kan vaststellen dat 51 % van de 40-49-jarigen en 44 % van de 70-79-jarigen een mammografie heeft ondergaan in de loop van de twee jaar die voorafgingen aan het onderzoek, wat het belang weerspiegelt van de mammografieën «buiten het programma», en dit in het bijzonder in het Brussels Gewest.

Figuur 7.3 **Percentage vrouwen dat een mammografie kreeg in de loop van de afgelopen twee jaar, 2004**

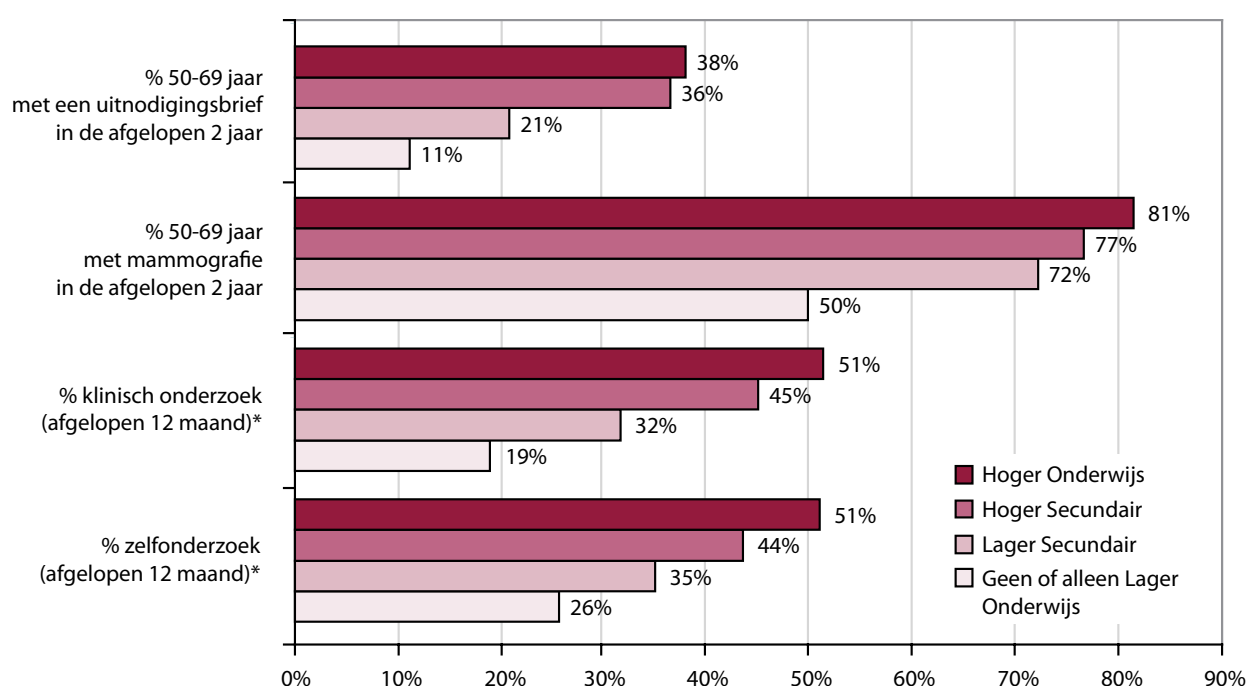


64 De vragen die gesteld werden, waren: Wanneer heeft u voor het laatst een mammografie laten doen? (met keuzemogelijkheid uit verschillende periodes) In welk jaar liet u deze mammografie uitvoeren? Er kan dus geen onderscheid worden gemaakt tussen screeningsmammografieën en diagnostische mammografieën, georganiseerde screening en screening buiten het programma.

Tot slot, en dit geldt voor de preventie in het algemeen, merken we zeer uitgesproken sociale ongelijkheden wat de opsporing van borstkanker betreft. Tussen 50 en 69 jaar neemt de kans om in aanmerking te komen voor deze screening sterk toe met het opleidingsniveau: 50 % van de vrouwen met een niveau van lagere school kregen een mammografie in de loop van de afgelopen twee jaar tegenover 81 % van de vrouwen die hoger onderwijs volgden. Het is interessant om op te merken dat dit fenomeen zich ook voordoet in Wallonië, maar niet in Vlaanderen.

Figuur 7.4

Screeningspraktijk voor borstkanker in functie van het onderwijsniveau, Brussels Gewest, 2004



*Na controle voor leeftijd (logistische regressie)
Bron: Gezondheidsenquête, WIV, 2004

7.2 Rapporten van het Intermutualistisch Agentschap

De rapporten van het Intermutualistisch Agentschap^[65] zijn interessant om meer dan één reden: ze zijn gebaseerd op de terugbetalingsgegevens van alle verzekeringsinstellingen, wat hun een zekere volledigheid verleent, en ze laten toe vergelijkingen te maken tussen de drie gewesten van het land. Het gebruik van nomenclatuurcodes laat toe een onderscheid te maken tussen de mammografieën «buiten het programma» (screening of diagnostisch) en de mammotests, wat een idee geeft van de penetratiegraad van de programma's. Bovendien laten deze individuele gegevens toe een verzorgingstraject te analyseren, ook al worden ze hier voorgesteld op geaggregeerd niveau. Ze bevatten tot slot socio-demografische gegevens over de doelpopulatie: woonplaats, leeftijd en terugbetalingsstelsel. Aan de andere kant zijn de gegevens pas beschikbaar met een jaar vertraging, bevatten ze geen enkele medische informatie (zoals de klacht die het onderzoek motiveerde, het resultaat van een onderzoek of de diagnose) en stemmen de gekozen periodes niet altijd overeen met de uitvoeringsperiode van de «eerste ronde» in het Brussels Gewest.

Uit deze rapporten blijkt dat de meeste ambulant uitgevoerde mammografieën in het opportunistische traject screeningsmammografieën zijn en geen diagnostische mammografieën^[66].

In 2003-2004 stijgt de totale dekking^[67] tot 51 % in het Brussels Gewest (47 % in 2000-2001) waarvan 5,4 % dekking door mammotests. In 2003 zijn 7,2 % van de mammografieën in Brussel mammotests, terwijl in Vlaanderen 54 % van de mammografieën mammotests zijn. In Vlaanderen ging de totale dekking van 40 % (2000-2001) naar 56 % in 2003-2004; de mammotests werden na verloop van tijd niet enkel toegevoegd aan de mammografieën «buiten het programma», maar kwamen er ook gedeeltelijk voor in de plaats.

De langzame start van het programma in Brussel (eveneens waargenomen in Wallonië) is wellicht gedeeltelijk te wijten aan een reeds bestaande hoge dekking van de screening «buiten het programma».

Terwijl de screening buiten het programma hoofdzakelijk de jongste vrouwen betrof van de leeftijdsgroep van 50-69 jaar, stellen we vast dat het georganiseerde programma alle leeftijdscategorieën bereikt, wat leidt tot een grotere stijging bij de vrouwen van 65 tot 69 jaar (waaronder meer «nieuwe» vrouwen).

Het feit van al dan niet van een verhoogde tegemoetkoming te genieten^[68] kan worden gebruikt als een «proxy» van de sociale status. Men stelt vast dat in België de vrouwen die begunstigde zijn van een verhoogde tegemoetkoming (BVT), in mindere mate een beroep doen op de screening «buiten het programma» dan de andere vrouwen: 24 % dekking voor de vrouwen met BVT versus 33 % voor de vrouwen die geen BVT genieten (2003-2004).

In het georganiseerde programma zijn de dekkingsverschillen tussen de categorieën met en zonder BVT kleiner (21 % tegenover 25 % voor de periode 2003-2004).

Het geringe aandeel van de georganiseerde screening in alle mammografieën samen laat echter niet toe om de dekkingsverschillen tussen de vrouwen met en zonder BVT, van de ene periode tot de andere op significante wijze te verminderen.

Het georganiseerde programma lijkt dus de deelname van de oudere en minder bedeelde vrouwen bij wie de voordien bestaande dekking gering was, te bevorderen.

Het percentage van mammografische onderzoeken gevolgd door een aanvullend onderzoek^[69] nam toe tussen 2001 en 2004 in de beide trajecten, en men merkt dat in 2004, 81 % van de mammografieën «buiten het programma» en 9 % van de mammotests gevolgd worden door aanvullende onderzoeken in het Brussels Gewest (respectievelijk 81 % en 7,9 % van de mammografieën worden in hetzelfde jaar gevolgd door echografieën).

⁶⁵ Zie bibliografische referenties 11 en 12.

⁶⁶ Het feit dat weinig van deze mammografieën gevolgd worden door een punctie of een biopsie (4,6 % in 2004 in het Brussels Gewest) sterkt de auteurs in deze hypothese.

⁶⁷ De totale dekking meet het aantal vrouwen van de bestudeerde populatie die ten minste één diagnostische mammografie of één mammotest ondergingen in de bestudeerde periode van twee jaar, gedeeld door het aantal vrouwen dat in aanmerking komt (vrouwen van 50 tot 69 jaar die aangesloten zijn bij een ziekenfonds) elk jaar van de periode (2003 en 2004) en die nog in leven zijn na afloop van de periode.

⁶⁸ De aangeslotenen in een moeilijke economische situatie krijgen een grotere tussenkomst van de Ziekte- en invaliditeitsverzekering, d.w.z. een grote terugbetaling van zorgen; voor de periode 2003-2004, kreeg 23 % van de vrouwen van 50 tot 69 jaar die bestudeerd werden in het IMA-rapport een verhoogde tegemoetkoming in het Brussels Gewest. (Bron IMA)

⁶⁹ Het kan gaan om diagnostische mammografieonderzoeken, echografieën en/of MRI's uitgevoerd binnen een termijn van 3 maanden na het mammografisch onderzoek.

Dit vraagt om meer commentaar.

Er bestaat een groot verschil tussen de percentages van onderzoeken gevolgd door een echografie voor de twee trajecten. Het traject «buiten het programma» telt inderdaad wellicht meer risicovrouwen dan het traject van de georganiseerde screening en ook meer jonge vrouwen die mogelijk dens borstweefsel hebben. Het hoge percentage echografieën in het traject «buiten het programma» suggereert echter een systematisch karakter van het voorschrift van de echografie.

Overigens toont het feit dat deze percentages blijven toenemen aan dat de aanbevelingen met betrekking tot de afwezigheid van het bewezen nut van de systematische echografie niet worden opgevolgd.

Wat de termijn betreft, worden de meeste echografieën de dag zelf uitgevoerd als ze volgen op een mammografie «buiten het programma», terwijl de gemiddelde tussentijd 49 dagen bedraagt voor de echografieën die volgen op een mammotest^[70]. Dit interval wordt berekend aan de hand van alle vrouwen die in 2004 onderworpen werden aan een mammotest en in het rapport wordt niet gezegd welke termijn werd waargenomen bij de vrouwen die een manifeste anomalie vertoonden bij de mammotest.

70 In het georganiseerde screeningsprogramma verbiedt de nomenclatuur om een aanvullend onderzoek uit te voeren op de dag van de mammotest.

8. Conclusies

Borstkanker is de meest voorkomende kanker bij de vrouw in België (meer dan 1/3 van de kankergevallen bij vrouwen). Borstkanker is ook de eerste doodsoorzaak door kanker bij de vrouw (19,3 % van het overlijden bij kanker, 4,3 % van alle sterfgevallen).

Het is dus een belangrijk volksgezondheidsprobleem en er bestaat een consensus met betrekking tot het organiseren van een systematische screening door mammotest van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar.

In het Brussels Gewest ging het georganiseerde borstkankerscreeningsprogramma van start in juni 2002 met een referentiecentrum (Brumammo) en 32 voorlopig erkende radiologie-eenheden. Dit programma ontstond in de algemene context van een breed verbreide screeningspraktijk «buiten het programma».

Deze screening dekte ongeveer 50 % van de doelgroep maar op een zeer ongelijke wijze voor wat betreft de leeftijd van de vrouwen en hun sociale achtergrond. Eén van de uitdagingen van het programma was dan ook om de dekking te verhogen bij de niet-gedekte populaties. De eerste resultaten suggereren dat het programma de oudere en de minder welstellende vrouwen beter bereikt dan de screenings «buiten het programma» en dat het dus een belangrijk potentieel heeft in termen van de vermindering van de ongelijkheden.

De resultaatsindicatoren zijn niet allemaal beschikbaar maar deze die konden worden berekend vallen allemaal binnen de Europese normen: de heroproepingsgraad (mammotest met een verdachte abnormaliteit) bedraagt 5,3 % (zonder de 7,2 % vrouwen mee te tellen voor dewelke een echografie werd aangevraagd wegens dens borstweefsel) en de detectiegraad (% kankers bij de gescreende vrouwen) wordt geschat op 9,0 per 1000.

Van bij het opzetten van het programma zijn er veel technische en organisatorische problemen moeten overwonnen worden die een weerslag hebben gehad op de resultaten van de eerste ronde van de uitnodigingen. Deze zijn nu opgelost. Eén van de blijvende problemen is de termijn waarbinnen de vrouwen hun resultaten ontvangen: wanneer de vertragingen verbonden aan het referentiecentrum verbeterd zijn, moet er nog nagedacht worden met alle actoren over het informeringscircuit van de vrouwen.

Eén van de uitdagingen voor de volgende ronde betreft de verhoging van de participatiegraad van de vrouwen; ook al heeft het programma goed zijn rol kunnen spelen door het toelaten van de oudere en minder welstellende vrouwen deel te nemen aan de screening, blijft de participatiegraad aan de lage kant. De deelname van de artsen is zeker een essentiële motor voor het programma en de (lichte) tendens van een lagere betrokkenheid in 2005 vraagt om een discussie met alle actoren over de noodzakelijke factoren voor een grotere mobilisatie.

Tot besluit, ondanks het feit dat het programma in het Brussels Gewest goed van start is gegaan, blijven de resultaten in termen van participatie onder de verwachtingen voor de ronde 2003-2004.

Het verkrijgen van een exhaustieve lijst van de doelpopulatie, een betere dialoog tussen de gezondheidsprofessionelen en politieke beleidsmakers, een verhoogde deelname van de artsen en verbetering van het begrip van de vrouwen alsook de strikte controle van de werking van het programma zijn zeker sleutels tot de verbetering van het georganiseerde opsporingsprogramma van borstkanker in het Brussels Gewest.

9. Bronnen

1. Le dépistage organise du cancer du sein. Questions et priorités pour un nouvel élan. Colloque national du 28/09/2005, Institut National du Cancer, Paris.
2. Les cancers du sein chez la femme. La Revue Prescrire, octobre 2003/Tome 23 N°243, 680-687.
3. Dépister les cancers du sein sans mammographie ? La Revue Prescrire, avril 2006/Tome 26 N°271, 286-289.
4. Mammographie et dépistage des cancers du sein. La revue Prescrire, mai 2006/Tome 26 N° 272, 348- 374.
5. Paulus D, Mambourg F, Bonneux L. Borstkankerscreening. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2005 april. KCE Reports vol.11A. Ref D/2005/10.273/05. <http://www.centredexpertise.fgov.be>
6. Z-Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth Edition, 2006, European Communities.
7. Puddu M, Tafforeau J. Opportuniteit van borstkankerscreening bij vrouwen tussen de 40 en 49 jaar – Stand van zaken in België elementen voor een gezondheidsbeleid. IPH/ EPI Reports Nr. 2005-0001. <http://www.iph.fgov.be>.
8. VZW Brumammo, Activiteitenverslag 2004. Maart 2005.
9. VZW Brumammo, Activiteitenverslag 2005. Juni 2006.
10. Evaluation Breast Cancer screening programme, working document. Scientific Institute of Public Health, 2005.
11. Campagne Borstkankerscreening. Periodes 2000-2001 en 2002-2003. Rapport nr.3 van het Intermutualistisch Agentschap, Juli 2005.
12. Programma Borstkankerscreening. Periodes 2000-2001 en 2002-2004. Rapport nr.3 van het Intermutualistisch Agentschap, September 2006.
13. Séradour B, Le dépistage du cancer du sein, Un enjeu de Santé publique. Springer, Paris, 2004.
14. Ministerie Vlaamse Gemeenschap, Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker. 2005.
15. Otto SJ, Fracheboud J, Looman CW, Broeders MJ, Boer R, Hendriks JH *et al.* Initiation of population-based mammography screening in Dutch municipalities and effect on breast-cancer mortality: a systematic review. Lancet 361[9367], 1411-1417. 26-4-2003.
16. Tabar L, Yen MF, Vitak B, Chen HH, Smith RA, Duffy SW. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. Lancet 361[9367], 1405-1410. 26-4-2003.
17. Les effets indésirables des mammographies de dépistage des cancers du sein. La Revue Prescrire. Avril 2006/Tome 26 N°271, 269-275.
18. Pièges et difficultés de l'évaluation des dépistages des cancers : l'exemple des cancers du sein. La Revue Prescrire. Avril 2006/Tome 26 N°271, 304-310.
19. Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. Gezondheidsenquête, België, 2004. REF: D/2006/2505/4, 2006.
20. Feedback Borstkankerscreening Huisartsen, Opleiding animatoren LOG-groepen Gynaecologie en Radiologie. Brussel, 18-05-2006.
21. Draaiboek. Vlaams Bevolkingonderzoek naar borstkanker, 16-12-05.

10. Glossarium

Senologisch onderzoek:

onderzoek uitgevoerd wanneer een klinische abnormaliteit nader dient te worden onderzocht of bij een mammotest die een anomalie vertoont.

BVT (begunstigde voor een verhoogde tegemoetkoming):

bepaalde categorieën van de bevolking krijgen een verhoogde tegemoetkoming voor de gezondheidszorgen (geen of verlaagd remgeld) onder bepaalde inkomensvoorwaarden.

Intervalkanker:

diagnose van een borstkanker bij een vrouw die een negatief verklaarde mammotest onderging, in de volgende omstandigheden: diagnose vóór de volgende uitnodiging voor de mammotest, diagnose binnen een periode van twee jaar bij de vrouw die de hoogste leeftijdsgrens bereikt voor de screening (d.w.z. 69 jaar).

Screening «buiten het programma»:

screening die plaatsvindt buiten een georganiseerd programma.

Initiële screening:

eerste screeningsonderzoek in het kader van het programma voor een bepaalde vrouw, los van de screeningsronde (round) waarin de screening werd uitgevoerd.

Doelgroepvrouwen:

vrouwen tussen 50 en 69 jaar, ingeschreven in het Rijksregister.

Vrouwen die in aanmerking komen:

doelgroepvrouwen die ingeschreven staan bij de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Uitgenodigde vrouwen:

vrouwen naar wie een uitnodigingsbrief werd verstuurd.

Deelnemende vrouwen:

vrouwen die de mammotest hebben ondergaan, na een uitnodiging of op voorschrift van een arts.

Diagnostische mammografie:

mammografie uitgevoerd hetzij buiten het screeningsprogramma in het kader van een verder onderzoek van een symptoom of klinische abnormaliteit, hetzij in het kader van het programma om een door de mammotest opgespoorde abnormaliteit nader te onderzoeken.

Mammotest:

radiologisch onderzoek van elke borst vanuit twee hoeken (= mammografie) uitgevoerd in het kader van het georganiseerde borstkankerscreeningprogramma.

Negatieve mammotest:

onderzoek dat geen abnormaliteit aan het licht brengt.

Positieve mammotest:

onderzoek dat een abnormaliteit aan het licht brengt en moet leiden tot bijkomend onderzoek dat erop gericht is een kankerdiagnose te stellen of uit te sluiten.

Verwijzende arts:

arts die de mammotest heeft voorgeschreven of arts die door de patiënte werd aangewezen om de uitslagen te ontvangen en de opvolging ervan te verzekeren.

Eerste ronde (first round):

eerste periode (hier 2 jaar) gedurende dewelke de hele doelpopulatie wordt uitgenodigd.

Radioloog-eerste lezer:

radioloog die werkzaam is in een erkende mammografie-eenheid.

Radioloog-tweede lezer:

radioloog eerste lezer belast met de uitvoering van een tweede lezing in het referentiecentrum en met het continu evalueren van de medisch-radiologische kwaliteit van de mammotests.

Radioloog-derde lezer:

radioloog-tweede lezer belast met de derde lezing van de mammotests in het geval van meningsverschil tussen de eerste en de tweede lezer.

Bruto mediaan inkomen:

Bruto inkomen waarvoor er evenveel huishoudens zijn die een lager inkomen hebben dan dat er huishoudens zijn met een hoger inkomen (inkomen dat zich in het midden situeert van de verdeling van de inkomens geklasseerd op grootteorde).

Opsporingsgraad:

aantal bevestigde kankers die opgespoord worden in een screeningronde per 1000 vrouwen die een mammotest lieten doen.

Incidentiegraad van borstkanker:

aantal nieuwe gevallen van borstkanker die gediagnosticeerd worden gedurende een bepaalde periode op het aantal personen dat in aanmerking komt gedurende dezelfde periode.

Participatiegraad:

aantal deelnemende vrouwen in verhouding tot het aantal vrouwen dat werd uitgenodigd.

Heroproepingsgraad:

aantal vrouwen dat wordt heropgeroepen voor een aanvullend onderzoek in verhouding tot het aantal vrouwen dat een mammotest liet uitvoeren.

Sterftecijfer door borstkanker:

aantal sterfgevallen door borstkanker voor een bepaalde periode op het aantal personen met een risico om aan borstkanker te overlijden voor dezelfde periode.

Erkende mammografische eenheid:

radiologisch centrum voor screening door mammografie erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie of Vlaamse of Franse Gemeenschap op basis van een eenvormigheidsattest.

Positieve predictieve waarde:

waarschijnlijkheid voor een vrouw met een positieve mammotest om aan borstkanker te lijden (het cijfer hangt nauw samen met de prevalentie van borstkanker, met een prevalentie lager dan 1 % kan men een lage PPW verwachten).

11. Methodologie

Statistische Significantie

De mate van statistische significantie evalueert de rol van de willekeurige fluctuaties (met andere woorden van het toeval) in de verkregen resultaten. Preciezer gezegd, evalueert zij de waarschijnlijkheid, p-waarde genoemd, dat het verkregen resultaat zich enkel voordoet door toeval. Doorgaans gebruikt men de grens van 5 % om te zeggen of het resultaat al dan niet significant is. Met andere woorden, een p-waarde $< 0,05$ wordt beschouwd als significant en dus gaat men ervan uit dat het resultaat niet te wijten is aan toeval.

Standaardisatie

Standaardisering is een methode die erin bestaat de cijfergegevens te corrigeren om vergelijkingen mogelijk te maken tussen de bevolkingsgroepen waarvan de leeftijdsstructuur anders is. De meeste standaardiseringsmethoden gebruiken een gewogen gemiddelde van specifieke cijfers in de leeftijdscategorieën (hier zullen wij enkel standaardisatie naar leeftijd bespreken, maar je kunt op dezelfde wijze standaardiseren voor een reeks andere kenmerken zoals bijvoorbeeld het geslacht).

Na een standaardiseringsmethode te hebben toegepast, verkrijgen we **volgens de leeftijd gestandaardiseerde mortaliteitscijfers** (men zegt ook aangepast). Wanneer wij de voor de leeftijd aangepaste cijfers vergelijken, kunnen de waargenomen verschillen tussen de cijfers niet te wijten zijn aan verschillen in de leeftijdsstructuur van de bevolking. Men spreekt daarentegen van **brutocijfer** voor de niet-gestandaardiseerde cijfers.

Sterftecijfer

Dit is de verhouding, voor een gegeven periode, van het aantal sterfgevallen in een bepaalde bevolking tot de effectieve omvang van deze bevolking in het midden van de periode. Deze verhouding wordt uitgedrukt in aantal sterfgevallen per 1000 inwoners en per jaar.

De bron voor de teller is het overlijdensbestand, aangelegd op basis van de statistische formulieren bij de overlijdensattesten en voor de noemer de effectieve bevolkingsomvang verstrekt door het Nationaal Instituut voor de Statistiek.

Het **sterftecijfer per oorzaak** wordt berekend door het aantal sterfgevallen te wijten aan een bepaalde oorzaak in de loop van de bestudeerde periode te delen door het aantal mensen in de bevolking in het midden van de periode. Dit cijfer wordt uitgedrukt in aantal sterfgevallen per 100 000 inwoners.

N.B. in de praktijk wordt de bevolking in het midden van de periode geraamd door het gemiddelde te berekenen van het aantal mensen aan het begin en aan het einde van het jaar.

12. Bijlagen

12.1 Bijlage 1 : Juridisch kader

Protocolakkoord van 25/10/2000 «tot samenwerking tussen de Federale Overheid en de Gemeenschappen inzake massale mammografische borstkankerscreening»: de federale overheid verbindt zich ertoe de medische honoraria te betalen en de Gemeenschappen nemen de organisatie van de screening op zich volgens gedefinieerde criteria.

Koninklijk besluit van 23/05/2001: voert een specifiek nomenclatuurnummer in voor de screeningmammografie met integrale terugbetaling door het RIZIV en principe van de derde betaler.

Bijvoegsel van 30/05/2001 bij het protocol van 25 oktober 2000: legt de principes en voorwaarden vast voor de uitvoering van het screeningprogramma door de Gemeenschappen.

Besluit van 19/07/2001 van het Verenigd College van de Gemeenschapscommissie: legt de erkenningsvoorwaarden vast van de screeningseenheden voor borstkanker.

Protocolakkoord van 22/06/2004 over de samenwerking tussen de Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad, de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap voor wat betreft de borstkankerscreening door mammografie.

Bijvoegsel van 13/06/2005 bij het protocolakkoord van 25/10/2000: verlengt het protocolakkoord voor een periode van 5 jaar vanaf 01/01/2004.

Besluit van het Verenigd College van 10/11/2005: heeft betrekking op de erkenning van de mammografie-eenheden die een digitaal mammografietoestel bezitten.

Ministerieel besluit van 13/12/2005: bepaalt de gebruiksvoorwaarden van de digitale mammografie voor de borstkankerscreening in het tweetalige Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Besluit van 20/01/2006 van de regering van de Franse Gemeenschap aangaande de borstkankerscreening door mammografie.

Besluit van 9/06/2006 van de Vlaamse Regering tot aanpassing van het besluit van de Vlaamse Regering van 2 februari 2001 betreffende de erkenning van mammografische eenheden en regionale screeningscentra voor de screening van borstkanker.

12.2 Bijlage 2 : Sterftecijfers voor borstkanker in de periode 1998-2004, Brussel

Leeftijd	Aantal overlijdens	Populatie 1998-2004*	Gestandaardiseerd sterftecijfer
0-4 jaar	0	219 413,5	0
5-9 jaar	0	195 641,0	0
10-14 jaar	0	185 051,5	0
15-19 jaar	0	185 992,5	0
20-24 jaar	0	240 265,0	0
25-29 jaar	3	295 399,0	1,0
30-34 jaar	8	283 017,0	2,8
35-39 jaar	34	258 640,0	13,1
40-44 jaar	42	238 549,5	17,6
45-49 jaar	94	221 896,5	42,4
50-54 jaar	116	207 058,5	56,0
55-59 jaar	128	176 711,0	72,4
60-64 jaar	144	155 016,5	92,9
65-69 jaar	171	156 827,5	109,0
70-74 jaar	184	162 377,5	113,3
75-79 jaar	211	157 421,0	134,0
80-84 jaar	204	107 078,5	190,5
85-89 jaar	167	70 216,0	237,8
90-94 jaar	97	33 933,5	285,9
95 jaar+	35	9 707,0	360,6
Totaal	1638	3 560 212,5	46,0

* Populatie 1998-2004 = som van de midjaarpopulaties van 1998 tot 2004.

12.3 Bijlage 3 :

Verwachte aantal borstkankers in het Brussels Gewest in 2005

Leeftijd	Brusselse vrouwen in 2005*	Incidentiegraad voor borstkanker /100 000 Vlaanderen **	Verwacht aantal borstkankers in Brussel
0-4 jaar	33 935	0	0
5-9 jaar	28 847	0	0
10-14 jaar	27 347	0	0
15-19 jaar	27 502	1,5	0
20-24 jaar	35 780	2,2	1
25-29 jaar	44 184	14,0	6
30-34 jaar	42 679	33,2	14
35-39 jaar	38 160	83,2	32
40-44 jaar	35 370	156,3	55
45-49 jaar	32 775	267,2	88
50-54 jaar	30 358	333,6	101
55-59 jaar	27 847	379,0	106
60-64 jaar	22 119	408,5	90
65-69 jaar	20 988	374,3	79
70-74 jaar	21 402	327,5	70
75-79 jaar	20 616	353,5	73
80-84 jaar	18 789	311,7	59
85 jaar+	14 465	295,5	43
Totaal	523 163		816

* Bron: Rijksregister

** Bron: «Cancer Incidence and Survival in Flanders 2000-2001»; Van Eycken E., De Wever N.; Flemish Cancer Registry Network.

12.4 Bijlage 4 : Lijst van de erkende radiologische eenheden

Eenheden erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Hôpital français
César de Paepe
Cellebroersstraat 11, 1000 Brussel
Tel. 02/506.71.53

UMC Sint Pieter
Hoogstraat 322, 1000 Brussel
Tel. 02/535.44.86

Algemene Kliniek Sint-Jan
Kruidtuinlaan 32, 1000 Brussel
Tel. 02/221.91.15

Instituut Bordet
Héger Bordetstraat 1, 1000 Brussel
Tel. 02/541.32.68

CHIREC
Vestingsplaats van de polikliniek Medisch
Centrum Europa Lambermont
Gedachtenstraat 1-5, 1030 Schaarbeek
Tel. 02/240.60.60

Europa Ziekenhuizen
Vestingsplaats Sint-Michiel
Linhoutstraat 150, 1040 Etterbeek
Tel. 02/737.85.01

CHIREC
Vestingsplaats van de Kliniek Leopoldpark
Froissartstraat 38, 1040 Etterbeek
Tel. 02/287.51.50

Privaat Centrum voor Radiologie van Dr
Laduron
Franklin Rooseveltlaan 127, 1050 Elsene
Tel. 02/672.19.29

IRIS Ziekenhuizen Zuid – Vestingsplaats
Etterbeek Elsene
Jan Paquotstraat 63, 1050 Elsene
Tel. 02/641.46.25

Dr. Pierre Tréfois
Luitenant Liedelstraat 14, 1070 Anderlecht
Tel. 02/523.23.05

Algemeen Mammografische en
Echografisch Centrum
Paul Jansonlaan 28, 1070 Anderlecht
Tel. 02/521.85.39

Ste-Anne St-Remi Kliniek
Jules Graindorlaan 66, 1070 Anderlecht
Tel. 02/556.50.14

IRIS Ziekenhuizen Zuid
Vestingsplaats Bracops
Doctor Huetstraat 79, 1070 Anderlecht
Tel. 02/556.15.00

Radiologiepraktijk van Dr. Bersou
Louis Mettwielaan 37 / 6, 1080 Sint-Jans-
Molenbeek
Tel. 02/468.20.17

Ziekenhuiscentrum Frans Gasthuis Koningin
Elisabeth
Josse Goffinlaan 180, 1082 Sint-Agatha-
Berchem
Tel. 02/468.04.90

CHIREC
Vestingsplaats van de Kliniek van de Basiliek
Pangaertstraat 37-47, 1083 Ganshoren
Tel. 02/422.42.40

Dr. J.-J. Borremans
Waterwildlaan 9 / 37, 1170 Watermaal-
Bosvoorde
Tel. 02/672.31.60

Medische Beeldvorming van de Borst
Winston Churchilllaan 87 / 6, 1180 Ukkel
Tel. 02/374.51.90

Brussels Senology Center
Winston Churchilllaan 239, 1180 Ukkel
Tel. 02/340.14.14

CHIREC
Vestingsplaats Medisch Instituut Edith Cavell
Edith Cavellstraat 32, 1180 Ukkel
Tel. 02/340.41.71

Europa Ziekenhuizen
Vestingsplaats Sint-Elisabeth
De Frélaan 206, 1180 Ukkel
Tel. 02/373.17.70

Privaat Centrum voor Radiodiagnose
Prins de Lignelaan 116, 1180 Ukkel
Tel. 02/373.99.22

IRIS Ziekenhuizen Zuid
Vestingsplaats Molière Longchamp
Marconistraat 142, 1190 Vorst
Tel. 02/348.54.73

Dr. Thierry Hubert
Maarschalk Joffrelaan, 125, 1190 Vorst
Tel. 02/347.27.25

Centrum voor Medische Beeldvorming
- Broquevillelaan
Broquevillelaan 249,
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe
Tel. 02/770.89.40

Centrum voor Medische Beeldvorming van
de Borst
Paul Hymanslaan 55,
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe
Tel. 02/770.49.86

Polikliniek van het OCMW van Sint-Joost-
Ten-Node
Eeckelaersstraat 37A,
1210 Sint-Joost-Ten-Node
Tel. 02/220.29.42

**Eenheid erkend door de
Vlaamse Gemeenschap**

Kankerpreventiecentrum Radiologie
en Medische Beeldvorming van het
Accademische Ziekenhuis van de Vrije
Universiteit Brussel
Laarbeeklaan 101, 1090 Jette
Tel. 02/477.53.35

**Eenheden erkend door de
Franse Gemeenschap**

UCL - Unité de prévention et dépistage du
cancer
Clos Chapelle aux Champs 30,
1200 Woluwé-Saint-Lambert
Tél. 02/764.30.35

Hôpital Erasme Université Libre de Bruxelles
Route de Lennik 808, 1070 Anderlecht
Tél. 02/555.46.31

Polyclinique du Lothier (Hôpital Erasme)
Quai aux Pierres de Taille 16, 1000 Bruxelles
Tél. 02/221.87.10

12.5 Bijlage 5 : Informatiebrochure



• Wat is voor mij het nut van een mam-
motest ?

De mammotest laat toe om afwijkingen ter
hoogte van de borsten op te sporen.
Vandaag wordt één vrouw op twaalf geduren-
de haar leven getroffen door borstkanker, en
dit meestal na 50 jaar. Veel van deze kankers
kunnen genezen worden indien ze vroegtijdig
behandeld worden. De mammotest laat toe
een vroegtijdige diagnose te stellen en
verhoogt zo de kans op genezing.

• Hoe verloopt de mammotest ?

De mammotest is een radiografie van de
borsten. Het onderzoek duurt ongeveer 10
minuten. U moet zich uitkleeden tot op de heu-
pen. Om een radiografie van goede kwaliteit
te bekomen, moeten de borsten even worden
samengedrukt. Dit laatste kan onaangenaam
zijn maar is pijnloos.

• Wat zijn de mogelijke resultaten van
de mammotest ?

Meestal zijn de resultaten normaal: er zijn
geen afwijkingen merkbaar (artsen zeggen dat
het onderzoek "negatief" is). Men wacht dan
twee jaar om een nieuwe mammotest te doen.
Indien u zelf een afwijking vaststelt tussen
twee mammotesten, neem dan onmiddellijk
contact op met uw huisarts of gynaecoloog.

Soms detecteert de mammotest een afwijking
(artsen zeggen dat het onderzoek "positief"
is). Dit betekent nog niet dat u borstkanker
hebt, maar dat bijkomende onderzoeken
nodig zijn. Meestal (9 gevallen op 10) blijkt
dan dat deze afwijkingen niet ernstig zijn.

Soms gaat het om een startend kankerletsel.
Een passende behandeling moet dan onmid-
delijk opgestart worden.

PRAKTISCH GEZIEN

• Wanneer moet ik een mammotest
doen ?

U heeft een uitnodigingsbrief voor een mam-
motest gekregen (of u zal er weldra één
krijgen)*. Deze brief is voldoende om in een
mammografische eenheid een mammotest te
laten uitvoeren.

Uw arts kan u eveneens een voorschrift voor
een mammotest geven. In dit geval heeft u
geen uitnodigingsbrief nodig.

• Waar moet ik gaan voor een mammotest ?

Een aantal mammografische eenheden wer-
den officieel erkend om een mammotest uit te
voeren. Deze eenheden moeten bepaalde
kwaliteitsnormen respecteren (apparatuur,
interpreteren van de radiografie door twee
verschillende radiologen, ...).
Het onderzoek is gratis indien u naar één van
deze officieel erkende mammografische een-
heden gaat.

* Deze brief zal u toegestuurd worden tijdens de maand van uw ver-
jaardag. In 2003 indien uw verjaardag valt op een onpare dag en in
2004 indien uw verjaardag valt op een pare dag.

U zal de lijst van deze centra als bijlage vin-
den bij uw uitnodigingsbrief of bij het
Coördinatiecentrum van het Brussels
Hoofdstedelijk Gewest :

Brummamo vzw
(Coördinatiecentrum van het Brussels
Hoofdstedelijk Gewest)

479 Leuvensesteenweg
1030 Brussel
Tel: 02 736 19 84; fax: 02 742 21 33
e-mail : info@brummamo.be
<http://www.brummammo.be>

• De resultaten : hoe en wanneer kan ik
deze bekomen ?

De officieel erkende mammografische eenhe-
den zullen ten laatste na drie weken later
resultaten doorsturen naar de huisarts of
gynaecoloog van uw keuze. U kan dan deze
arts contacteren.

• Wat doen indien een afwijking van de mammotest werd vastgesteld ?

Om hierover meer te weten, zal uw arts u voorstellen om bijkomend onderzoek te laten uitvoeren van de borsten (echografie, eventueel een "punctie" van de zone waar een afwijking werd vastgesteld, ...).

Indien de afwijking een beginnend kankerletsel is, dan is dit vaak nog zeer beperkt. De behandeling is dan eenvoudiger en de kansen op genezing zijn veel groter.

Voor 9 gevallen op 10 is de afwijking zonder enig gevaar. De arts zal u dan eventueel een behandeling voorstellen (sommige afwijkingen hoeven helemaal geen behandeling).

• Het zelfonderzoek van de borsten : blijven toepassen, zelfs na een mammotest

Het zelfonderzoek van de borsten wordt aangeraden op alle leeftijden. Voor een vrouw tussen 50 en 69 jaar zal dit echter nooit een mammotest kunnen vervangen.

Zelfs bij vrouwen die regelmatig (om de twee jaar) een mammotest laten uitvoeren, blijft het zelfonderzoek nuttig.

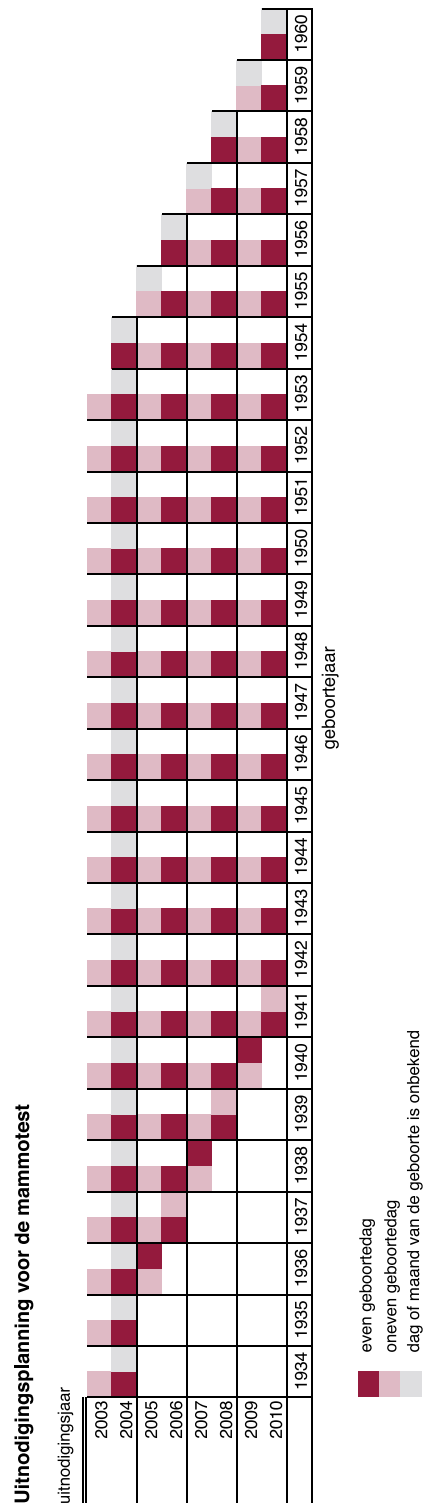
In de praktijk kan het gebeuren dat een kanker zich ontwikkelt tussen twee mammotesten, maar dit is uitzonderlijk.

Indien u meer informatie wenst, kan u zich wenden tot uw huisarts of gynaecoloog.

De mammotest is een radiografie van de borsten om preventief kanker op te sporen; alle vrouwen (tussen 50 en 69 jaar) kunnen gratis participeren. Alleen een borstsonderzoek via een mammotest kan zeer vroeg een kleine afwijking vaststellen, wat de behandeling vereenvoudigt.

 Coördinatiecentrum van het Brussels
Hoofdstedelijke Gewest
479 Leuvensesteenweg
1030 Brussel
Tel: 02736 19 94 Fax: 02 742 21 33
e-mail: info@brunamimo.be <http://www.brunamimo.be>

12.6 Bijlage 6 : Uitnodigingsplanning



Uitnodigingsplanning voor de mammotest (2005-2006)

2005

2000 Indien u geboren bent in 1936, op een even of oneven dag, zal u uitgenodigd worden in het begin van het jaar 2005

Indien u geboren bent tussen 1937 en 1955, op een oneven dag, zal u uitgenodigd worden in 2005 in de loop van de maand van uw geboorte

Indien u geboren bent in 1955, niet vermelde dag of maand, zal u uitgenodigd worden in de loop van 2005

2006

2000 Indien u geboren bent in 1937, op een even of oneven dag, zal u uitgenodigd worden in het begin van 2006

Indien u geboren bent in 1938 en 1956, op een even dag, zal u uitgenodigd worden in 2006 in de loop van de maand van uw geboorte.

Indien u geboren bent in 1956, niet vermelde dag of maand, zal u uitgenodigd worden in de loop van 2006

12.7 Bijlage 7 : Uitnodigingsbrief



Centre Bruxellois de Coordination
pour le Dépistage du Cancer du Sein

Brussels Coördinatiecentrum
voor Borstkankeropsporing

Mme/Mevr. XXX XXX XXXXXX

X /XX

X /XX

1030 SCHAERBEEK-SCHAARBEEK

Lettre d'invitation au Mammotest

(voir verso)

Uitnodigingsbrief voor de Mammotest

(zie verso)

Avec le soutien de / Met de steun van

Commission communautaire commune
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie



Communauté française



Vlaamse Gemeenschap



Attention : si vous êtes suivie pour un cancer du sein, ou si vous portez des prothèses mammaires, cette invitation ne vous concerne pas. Parlez-en à votre médecin traitant.

Madame,

Vous avez entre 50 et 69 ans. Le Programme de dépistage du cancer du sein vous propose de bénéficier tous les 2 ans d'une radiographie gratuite des seins appelée **Mammotest**. Le **Mammotest** augmente fortement les chances de détecter un cancer à ses débuts. Le traitement d'un cancer du sein identifié tôt est plus efficace et les chances de guérison sont bien meilleures. Si vous n'avez pas effectué de **Mammotest** depuis 2 ans, nous vous invitons à prendre rendez-vous dans une des unités de mammographie dont vous trouverez la liste en annexe.

Lors de la prise de rendez-vous, mentionnez explicitement que l'examen demandé est le **Mammotest**. Le jour du rendez-vous, n'oubliez pas de vous munir de cette **invitation**, de votre carte **SIS**, de deux **vignettes** de mutuelle, des **nom et adresse** de votre médecin généraliste et/ ou de votre gynécologue. Apportez également les **dernières radiographies** de vos seins, si vous les possédez.

Bien que cette invitation n'ait pas de date limite, nous vous recommandons de procéder au **Mammotest** dès à présent.

Une question ? Le dépliant ci-joint pourra probablement vous apporter une réponse. Dans le cas contraire, n'hésitez pas à contacter votre médecin traitant ou le Centre Bruxellois de Coordination pour le dépistage du cancer du sein / Brumammo asbl 02 736 19 84, tous les jours de 9h00 à 12h30.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Prof. Dr. A-R. Grivegnée
Président

Let op : indien u behandeld wordt voor borstkanker of indien u een borstprothese hebt, dan geldt deze uitnodiging niet voor u. Spreek erover met uw behandelend geneesheer.

Mevrouw,

Bent u tussen 50 en 69 jaar oud, dan biedt het Programma voor Borstkankeropsporing u de mogelijkheid om gratis om de 2 jaar een radiografisch borstonderzoek of Mammotest te laten uitvoeren. Dankzij de **Mammotest** kan een kanker in een vroeg stadium herkend worden. Een kanker die vroegtijdig herkend wordt kan efficiënter behandeld worden en de kans op genezing neemt toe. Indien u de voorbije 2 jaar geen **Mammotest** liet uitvoeren, dan nodigen wij u uit om een afspraak te maken in een erkende mammografische eenheid (zie de bijgevoegde lijst).

Wanneer u een afspraak maakt, meldt dan duidelijk dat u een **Mammotest** wenst. De dag van het onderzoek moet u **deze uitnodiging meebrengen**, uw **SIS-kaart**, twee **stickers** van uw ziekenfonds, de **naam en het adres** van uw huisarts of uw gynaecoloog/ogee. Breng ook de laatste **mammografieën** mee, indien u er hebt.

Deze uitnodiging blijft onbeperkt geldig. Toch raden wij u aan voor uw gezondheid om spoedig een **Mammotest** te laten uitvoeren.

Hebt u vragen? In de bijgevoegde brochure kan u waarschijnlijk de nodige antwoorden vinden. Indien niet, dan kan u steeds uw behandelende geneesheer of het Brussels Coördinatiecentrum voor Borstkankeropsporing contacteren / Brumammo vzw 02 736 19 84, alle dagen van 9u00 tot 12u30.

Met vriendelijke hoogachting,
Prof. Dr. A-R. Grivegnée
Voorzitter

12.8 Bijlage 8 :
Fiche van de eerste lezing



Centre Bruxellois de Coördination
pour le Dépistage du Cancer du Sein
Brussels Coördinationcentrum
voor Borstkankeropsporing

Fiche 1^e lezing

Datum van de Mammotest : / /

Ambulant ☐ of hospitalisatie ☐
Uitnodiging ☐ of voorschrift ☐

In te vullen door de radioloog (1^e lezer) :

Naam, Voornaam i

Nr Riziv van de 1^e lezer (stempel): Handtekening :

Identificatie van de mammografische eenheid : (stempel) i

Toestemming van de patiënte :
Bij deze geef ik mijn toestemming om mijn medische gegevens in het kader van het programma voor borstkankeropsporing te laten registreren en verwerken. Ik geef toestemming aan het Brussels coördinatiecentrum voor borstkankeropsporing om de resultaten van eventueel bijkomende onderzoeken bij mijn behandelend geneesheer en op het Register van borstpathologieën op te vragen. De verwerking van de gegevens dient om de kwaliteit van het opsporingsprogramma te evalueren en te verbeteren. De gegevens worden met de grootste vertrouwelijkheid behandeld, onder de verantwoordelijkheid van de arts van het coördinatiecentrum. Ik heb het recht van toegang tot en correctie van de inlichtingen die mij aanbelangen

Datum :.....

Handtekening voorafgegaan met de vermelding "Voor akkoord" : i

In welke taal wenst u uw resultaten te ontvangen : FR NL i

Wie heeft U aangezet tot het laten uitvoeren van een mammotest :
Huisarts ☐ Gynaecoloog ☐ Vriendin ☐ Uitnodiging ☐ Media ☐ Andere ☐

De mammotest is alleen gratis indien één maal om de twee jaar uitgevoerd

1. Administratieve gegevens van de patiënte: (twee strookjes van de mutualiteit toevoegen of invullen in drukletters aub)

Naam, Voornaam i

Geboortedatum (D/M/J) / /

Adres : Postcode Plaats : i

Naam van de mutualiteit of nr : i

Inschrijvingsnummer bij de mutualiteit : i

Uniek indentificatienummer (SIS kaart) : i

Huisarts (stempel bij voorkeur of in drukletters) i

Naam, Voornaam

Adres :

Postcode Plaats :

Voorschrijver (stempel bij voorkeur of in drukletters) i

Naam, Voornaam:

Adres :

Postcode Plaats :

Datum van het voorschrift : / / i

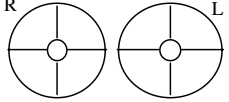
Naar wie moet de briefwisseling gaan : Huisarts ☐ Voorschrijver ☐ i

Technoloog : ja ☐ nee ☐ onbekend ☐

Naam, Voornaam : Initialen :

info@brumammo.be

1

2. Bijkomende nuttige informatie : (in te vullen door technoloog of door radioloog)			
A/ Huidafwijkingen :		RB	LB
0 Lidteken van een vorige operatie		0	0
0 Naevus, Wrat		0	0
0 Ander :		0	0
Preciseer :			
		R	L
			
B/ Hormonale behandeling :			
Antecedenten : Menopauze		ja 0	neen 0
Hormonale behandeling		ja 0	neen 0
Of anticonceptiva (pil)		ja 0	neen 0
3/ Vergelijking met oudere beelden : 0 JA (Datum : / /) 0 NEEN			
0 Statu quo			
0 Anomalie (nieuw gevormd)			
0 Wijziging van de anomalie			
3.1/ Beschrijving van de afwijkingen			
		R sup.	L sup.
		R ext.	L ext.
		inf	inf
		int	int
Borst rechts :		Borst links :	
Opaciteit: 0 niet verdacht		Opaciteit: 0 niet verdacht	
0 verdacht : 0 flou 0 stellair 0 distorsie		0 verdacht : 0 flou 0 stellair 0 distorsie	
Breuk in de architectuur 0		Breuk in de architectuur 0	
Asymmetrische densiteit 0		Asymmetrische densiteit 0	
Calcificaties : 0 verdacht 0 niet verdacht		Calcificaties : 0 verdacht 0 niet verdacht	
3.2/ Classificatie voor de densiteit :			
Rechter borst :		Linker borst :	
0 adipeus 0 gemengd 0 dens		0 adipeus 0 gemengd 0 dens	
Indien u dens aankruist, wenst u dat de patiënte een echografie ondergaat ? ja 0 neen 0			
4/ Technische kwaliteit :			
? Goede kwaliteit :		Borst rechts:	Borst links:
? Slechte kwaliteit :			
Technisch probleem, fysisch		0	0
Artefact		0	0
Collimatie		0	0
Flou		0	0
Visualisatie van het rooster		0	0
Positionnering		0	0
Opmerkingen :			
5/ Conclusie : (conclusies aankruisen voor elke borst)			
Rechter borst		Linker borst	
0. geen interpretatie mogelijk door technische reden		0. geen interpretatie mogelijk door technische reden	
Mammotest <u>negatief</u>		Mammotest <u>negatief</u>	
1. geen afwijking		1. geen afwijking	
2. goedaardige afwijking		2. goedaardige afwijking	
Mammotest <u>positief</u>		Mammotest <u>positief</u>	
3. waarschijnlijk goedaardig/niet bepaald		3. waarschijnlijk goedaardig/niet bepaald	
4. waarschijnlijk kwaadaardig		4. waarschijnlijk kwaadaardig	
5. kwaadaardig		5. kwaadaardig	
6/ Aanbevelingen voor follow-up : (uw suggestie aankruisen)			
0 Geen bijkomend onderzoek			
0 Bijkomende onderzoeken			
0 Controle over 6 maanden of 0 Controle binnen 1 jaar			

ABSOLUUT IN TE VULLEN

info@brumammo.be

2

12.9 Bijlage 9 : Opvolgingsfiche

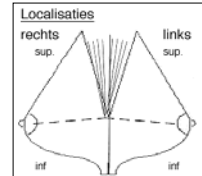
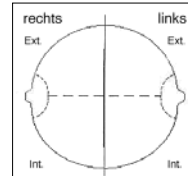
OPVOLGING VAN DE “POSITIEVE” MAMMOTESTS

Naam en Voornaam:
Geboortedatum:
Datum van de mammotest:

SIS Code
Mammografische eenheid

Beschrijving van de abnormaliteiten die verder onderzoek noodzaken

	Rechterborst	Linkerborst
Opaciteit	0	0
Microverkalking	0	0
Breuk in de architectuur	0	0
Asymmetrische densiteit	0	0



Uitgevoerde onderzoeken

Aanvullende clichés	0 ja	0 nee
Echographie	0 ja	0 nee
MRI	0 ja	0 nee
Cytopunctie	0 ja	0 nee
Histopunctie	0 ja	0 nee

Microbiopsie	0 ja*	0 nee
Macrobiopsie	0 ja*	0 nee
Chirurgische biopsie	0 ja*	0 nee
Zonder bericht	0 ja*	0 nee

*** Gelieve een kopij bij te sluiten van het histologisch protocol of de naam van de chirurg of patholoog te vermelden.**

Histologische resultaten (belangrijkste letsel)

Normaal / goedaardig	
Atypische hyperplasie	
Lobulaire in situ kanker	
Ductale in situ kanker	
Invasieve kanker	
Zonder specificatie	

Bij invasieve kanker

Histologisch type:	Microinvasief			
	Ductaal Invasief	SBR I	SBR II	SBR III
	Lobulair Invasief			
	Gemengd			
	Andere Invasief			
	Zonder specificatie			
Grootte van de tumor in mm: (Op het operatieve onderdeel)				
Aantal geanalyseerde lymfeknopen:				
Aantal positieve lymfeknopen:				
Type chirurgische behandeling:	Tumorectomie			
	Kwadrantectomie			
	Mastectomie			
	Zonder specificatie			

12.10 Bijlage 10 : Kenmerken van de geïnterviewde artsen

De profielen van deze artsen waren als volgt verdeeld:

- 12 huisartsen met patiënten uit gemengde sociaal-economische kringen, buiten twee extreme gevallen (respectievelijk eerder welstellende patiënten en eerder arme patiënten), waarvan 4 werkzaam in een wijkgezondheidscentrum of groepspraktijk.
- 10 gynaecologen, van wie er 5 uitsluitend een ziekenhuispraktijk hebben, 1 enkel een ambulante praktijk heeft en 4 een gemengde praktijk hebben.
- 10 vrouwen, 12 mannen.
- 15 Franstaligen, 7 Nederlandstaligen.
- tussen 30 en 70 jaar oud.

Geslacht	Type	Leeftijd onbekend	30-39 jaar	40-49 jaar	50-59 jaar	>59 jaar	Totaal
Vrouwelijk	Huisarts	1	1	1	2		5
	Gynaecoloog ziekenhuis		1	1			2
	Gynaecoloog privé					1	1
	Gynaecoloog gemengd	1		1			2
							= 10
Mannelijk	Huisarts	2		3	2		7
	Gynaecoloog ziekenhuis		2	1			3
	Gynaecoloog privé						0
	Gynaecoloog gemengd		1		1		2
							= 12
Totaal		4	5	7	5	1	= 22

12.11 Bijlage 11 : Brumammo : leden van de Raad van Bestuur en van de Algemene Vergadering

Leden van de Raad van Bestuur

- Catherine Breucq, radiologe, vertegenwoordiger van het Academisch Ziekenhuis VUB
- André-Robert Grivegnée, radioloog, vertegenwoordiger van het Jules Bordet Instituut
- Anne Vandenbroucke, radiotherapeute, vertegenwoordiger van het Universitaire Ziekenhuis Sint-Luc
- Marlies Vos, vertegenwoordiger van de Minister Guy Vanhengel.

Leden van de Algemene Vergadering

- Catherine Breucq, radiologe, vertegenwoordiger van het Academisch Ziekenhuis VUB
- Michèle Grégoire, vertegenwoordiger van de Minister Benoît Cerexhe
- Robert Grivegnée, radioloog, vertegenwoordiger van het Jules Bordet Instituut
- Anne Vandenbroucke, radiotherapeute, vertegenwoordiger van het Universitaire Ziekenhuis Sint-Luc
- Marlies Vos, vertegenwoordiger van de Minister Guy Vanhengel
- De VZW Hippocrate, vertegenwoordigd door Myriam Provost, arts of door Christophe Struyve, arts.

12.12 Bijlage 12 : Databank

1. Gegevens voorzien in het protocolakkoord

In de bijlage bij het protocol (met betrekking tot de transmissie van de gegevens die nodig zijn voor de uitvoering, de opvolging en de evaluatie van het programma voor de opsporing van borstkanker door middel van mammografie) wordt gepreciseerd dat alle vrouwen van 50 tot 69 jaar die ingeschreven zijn in de ziekte-invaliditeitsverzekering mogen deelnemen aan het opsporingsprogramma van borstkanker. Ze worden ertoe aangemoedigd door hun arts of uitgenodigd onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten om zich aan te melden in een erkende mammografie-eenheid.

Om de uitnodigingen te kunnen versturen, moeten de gegevens van de vrouwen van de doelgroep dus gekend zijn.

2. Werkgroep

Om de databank samen te stellen die nodig is voor het uitnodigen van de doelgroep, werd in 2001 een werkgroep opgericht. Ze bestond uit de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ), het Nationaal Intermutualistisch College (NIC), het RIZIV, Verzekeringsinstellingen (VI), de Vlaamse, Franse en Duitstalige gemeenschappen en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) van Brussel. Het doel van deze groep was het bespreken van de procedures om de doelgroep te bepalen van de vrouwen en de gegevens met betrekking tot deze vrouwen automatisch door te spelen aan de gemeenschappen, zodat zij de vrouwen konden uitnodigen om deel te nemen aan de kostenloze screening.

3. Extractieprocedures van de bestanden van 2001 tot 2003

Vanaf juni 2001 werd een eerste bestand samengesteld van alle vrouwen van 49 tot 69 jaar die waren ingeschreven bij een VI. De gegevens waren afkomstig van de VI's die de gegevens doorstuurden naar het RIZIV, dat na controle van de dubbels, het bestand doorgaf aan de KSZ. De KSZ voegde bij de ontvangen gegevens de gegevens van het Rijksregister. Het vervulde bestand werd teruggestuurd naar het RIZIV dat de gegevens dan doorstuurde naar elke gemeente. In januari 2002 en 2003 werd telkens een nieuw bestand samengesteld en doorgestuurd volgens dezelfde procedures.

De gegevens die werden doorgegeven in deze bestanden, bevatten de naam en voornamen, NIS-code van de woonplaats, naam van de gemeente, adres (straat, nr., PC), geslacht en geboortedatum. Een regelmatige verzending van de «mutaties» (overlijden, adreswijziging) was voorzien^[71].

De werkgroep kwam verschillende keren bijeen om de gegevensstroom te evalueren. Voor het Brussels Gewest bleek dat het aantal vrouwen dat was opgenomen in het bestand veel lager lag dan het aantal dat verwacht was volgens de bevolkingsgegevens van het NIS: het aantal vrouwen waarvan de gegevens bruikbaar waren, was gelijk aan 61 % van de doelgroep in 2002 en 67 % in 2003. Ondanks de vele vragen van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie aan de werkgroep en een onderzoek van een beperkte aantal gevallen door de KSZ, kon de oorzaak van dit probleem niet worden achterhaald.

De werkgroep kwam vanaf 2003 niet meer bijeen als gevolg van de problemen in verband met de financiering van het werk dat werd uitgevoerd door de KSZ. Er werd dus geen enkel nieuw bestand ontvangen voor het jaar 2004, maar de «mutaties» werden wel nog doorgestuurd. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gebeurden de uitnodigingen van

71 In het Brussels Hoofdstedelijk gewest liet tot in 2003 geen enkele software toe deze gegevens te beheren. Het programma was nog niet echt van start gegaan en de eerste bestanden (2001 en 2002) werden dus niet gebruikt om de vrouwen uit te nodigen.

de jaren 2003, 2004 en 2005 op basis van het bestand van 2003 en enkel de mutaties die betrekking hebben op de sterfgevallen werden geïntegreerd. De vrouwen die zouden moeten zijn toegetreden tot het programma omdat ze de leeftijd van 50 jaar bereikten, konden niet worden uitgenodigd, de adreswijzigingen werden niet opgenomen. Het bestand dat diende als basis voor de uitnodigingen was dus steeds minder volledig.

Toen eind 2005 het financiële probleem was opgelost, kwam de werkgroep opnieuw bijeen. Een diepgaander onderzoek door de KSZ en het NIC heeft uiteindelijk toegelaten de oorzaak van het probleem van de onvolledigheid van het bestand te achterhalen. Het betrof met name een technisch probleem op het niveau van het extractieproces van het doelpubliek in een VI. Dit probleem kon snel opgelost worden voor de nieuwe extractie van 2006 (zie volgende punt).

4. Extractieprocedures bestand 2006

Naar aanleiding van de evaluatie van de bestaande stroom werd eind 2005 een nieuw project uitgewerkt door de werkgroep.

Dit nieuwe project ging effectief van start in 2006.

De verzekeringsinstellingen hebben in januari 2006 de volledige doelgroep geïdentificeerd die is ingeschreven in een ziekenfonds. Elke nationale unie houdt zich bezig met het verzamelen van de gegevens van de ingeschreven vrouwen (rijksregisternummer of KSZ-nummer^[72]) in één van hun ziekenfondsen, met uitzondering van de vrouwen die in het buitenland verblijven, en stuurt de gegevens naar het Nationaal Intermutualistisch College. Na identificatie van de dubbels (vrouwen die doorgegeven worden door meerdere nationale unies) verstuurt het NIC een bestand naar de KSZ. De KSZ voegt bij elk NISS-nummer dat wordt meegedeeld door het NIC, het laatste adres dat vermeld staat in het Rijksregister.

Een bestand dat alle gegevens bevat van de vrouwen die moeten worden uitgenodigd, wordt dan in februari 2006 doorgestuurd naar de 3 deelnemende gemeenschappen (Franse Gemeenschap, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en Duitstalige Gemeenschap)^[73].

Het project voorziet dat de KSZ regelmatig (een wekelijks ritme is voorzien) de wijzigingen doorgeeft die zich voordeden met betrekking tot de vrouwen die reeds vermeld staan in het bestand (overlijden, verhuis), maar ook de gegevens met betrekking tot de «nieuwe vrouwen» die nog niet in het bestand zitten (bijvoorbeeld de gegevens van een vrouw die verhuist en in het Brussels Gewest komt wonen, worden doorgegeven aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zodanig dat deze vrouw ook uitgenodigd kan worden).

Het is voorzien dat de VI's elk jaar aan de KSZ de gegevens doorgeven van de vrouwen die het jaar voordien nog niet in de doelgroep zaten (de pas ingeschreven vrouwen, de vrouwen die pas de doelleeftijd bereikt hebben,...). De KSZ zal aan de gemeenschappen de «nieuwe dossiers» doorsturen. Ze zal ook wekelijks de wijzigingen blijven doorsturen die werden doorgevoerd voor alle vrouwen van het bestand (de nieuwe en de reeds ingeschreven vrouwen).

Het nieuwe bestand wordt sinds begin 2006 door Brumammo gebruikt om de vrouwen uit te nodigen. Alle wijzigingen worden er regelmatig in opgenomen.

De kostprijs van deze gegevensstroom is op dit ogenblik ten laste van de gemeenschappen (van de orde van 6000 € voor het Brussels Gewest voor het jaar 2006 en 800 € voor 2007).

Dit nieuwe project heeft het voordeel dat de erkende screeningcentra (hier Brumammo) automatisch de nodige gegevens krijgen om de vrouwen van de doelgroep te contacteren.

72 De gegevens die worden doorgegeven door de VI's zijn hetzij het rijksregisternummer (dit nummer laat toe het geslacht en de geboortedatum te herkennen) of het KSZ-nummer voor de vrouwen die niet ingeschreven zijn in het Rijksregister. Het KSZ-nummer is een identificatiesleutel die wordt toegekend door de KSZ voor de personen die ingeschreven zijn in het register bis. Dit nummer laat niet toe om het geslacht en de geboortedatum automatisch en met zekerheid af te leiden. Als de geboortedatum en het geslacht niet beschikbaar zijn bij de VI's moet dan ook het register van de KSZ worden geraadpleegd.

73 De Vlaamse overheid neemt niet deel aan de nieuwe gegevensstroom voor de screening van borstkanker die uitgaat van de KSZ. Ze gebruikt een selectie van gegevens die afkomstig zijn van het «Verrijkt Personenregister» (VPR). Dit register bevat de gegevens verstrekt door de KSZ en die gebruikt worden voor diverse projecten van de Vlaamse overheid (Vaccinnet, opsporing van borstkanker, zorgverzekering).

Er blijven echter nog een aantal problemen onopgelost, die ertoe zouden kunnen leiden dat vrouwen van de doelgroep uitgesloten worden van de gegevensstroom:

- de vrouwen die nog niet gekend zijn door een VI (volgens de berekeningen van de KSZ, was voor 2003 6 % van de Brusselse vrouwen die ingeschreven zijn in het Rijksregister nog niet gekend door een VI);
- de vrouwen ingeschreven in een VI maar voor wie deze geen dossier heeft aangemaakt in het repertorium van personen van de KSZ;

Er kunnen zich nog andere problemen voordoen, zoals een foutief of ongekend adres in het Rijksregister of het register van de KSZ, een achterstand in de actualisering van de gegevens van het Rijksregister (bijv. overlijden of verhuis nog niet geregistreerd).

Dat is de reden waarom het van essentieel belang is dat de bevolking goed geïnformeerd wordt via andere communicatiemiddelen dan de uitnodigingsbrief. De vrouwen die, om welke reden ook, niet zouden zijn opgenomen in de automatische stroom, kunnen zich dan richten tot hun arts of hun ziekenfonds om van de voordelen van het project te kunnen genieten.

De vrouwen die ingeschreven zijn bij de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering, maar die niet in België verblijven, mogen deelnemen aan het kostenloze opsporingsprogramma. Ze zullen echter niet per brief worden uitgenodigd. Ze moeten zich dus aanmelden bij een erkende screeningseenheid, voorzien van een voorschrift van een arts.

De resultaten van de kleine enquête die werd gedaan in 2002 door de KSZ toont categorieën vrouwen aan die geen gebruik kunnen maken van het programma omdat ze niet ingeschreven zijn bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering terwijl ze er recht op zouden hebben. Er zou een informatiecampagne moeten worden ontwikkeld over de stappen die men moet ondernemen om daadwerkelijk ingeschreven te worden, specifiek gericht op deze categorieën.

12.13 Bijlage 13 : Termijn tussen mammotest en 2^{de} lezing, 2003-2005

	n	%	% cumulatief
1ste drie dagen	388	3,4	3,4
4 ^{de} dag	339	2,9	6,3
5 ^{de} dag	242	2,1	8,4
6 ^{de} dag	455	3,9	12,3
7 ^{de} dag	1029	8,9	21,2
2 ^{de} week	5299	45,8	67,0
3 ^{de} week	2158	18,7	85,7
4 ^{de} week	745	6,4	92,1
5 ^{de} week	377	3,3	95,4
6 ^{de} week	198	1,7	97,1
7 ^{de} week	110	1,0	98,0
8 ^{de} week	84	0,7	98,8
9 ^{de} week of later	142	1,2	100,0

12.14 Bijlage 14 :
Concordantie tussen 1^{ste} en 2^{de} lezers betreffende
de densiteit van het borstweefsel

		Dens volgens L2		Totaal
		nee	ja, minstens 1 borst	
Dens volgens L1	nee	8093	215	8308
	Ja, minstens 1 borst	631	480	1111
Totaal		8724	695	9419

Onder de 9419 voor de concordantie evalueerbare lezersparen tellen we 91 % concordante paren (n=8573). De concordantiecoëfficiënt geeft een matige concordantie aan (kappa= 0,485 ; p-waarde<0,001).

12.15 Bijlage 15 :
Concordantie/discordantie tussen 1^{ste} en 2^{de} lezer over
de aanwezigheid van anomalieën, derde lezing

Evolutie in de tijd van het discordantieaandeel

Het aandeel discordante paren zoals wij ze hebben gedefinieerd in onze analyse (flagrante discordantie, d.w.z. resultaat van de eerste lezing positief en van de tweede negatief, of omgekeerd) was in 2004 groter dan in 2003 (p-waarde<0,001).

Frekwentie van de discordanties tussen L1 en L2 , 2003-2005			
	2003	2004	2005
Aandeel discordanties	11,2 %	13,5 %	10,8 %
Totaal aantal discordanties	366	580	436
Totaal aantal paren L1-L2	3269	4303	4026
Kappa-coëfficiënt	0,36	0,23	0,25

Frekwentie van de derde lezingen

Het beslissingsalgoritme met betrekking tot de uitvoering van een derde lezing werd in 2004 gewijzigd door Brumammo:

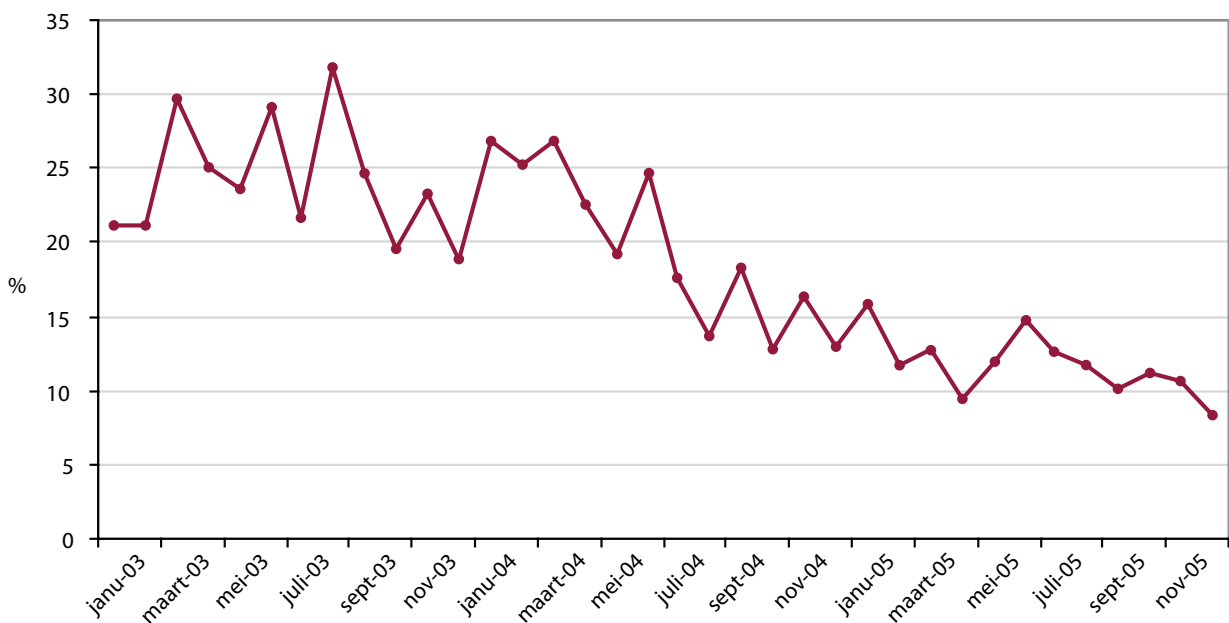
Augustus 2004: «als de 2 lezingen negatief zijn, geen derde lezing voor kleine discordanties».

Oktober 2004: «... noch indien positief met hetzelfde besluit en dezelfde opvolging» (zie algoritme in Bijlage 16).

Voordien werden er al derde lezingen uitgevoerd bij veel kleinere discordanties.

Deze wijzigingen hebben een grote invloed gehad op de verhouding van de uitgevoerde derde lezingen, die in 2005 sterk en significant daalde (p-waarde=0,001).

Frekwentie van een derde lezing, 2003-2005



Realisatie van een derde lezing in het geval van kleine discordantie

Van de 11598 vrouwen over wie men zich kan uitspreken, waren er 10216 concordante lezingen (ruwe concordantie, d.w.z. L1 en L2 positief of L1 en L2 negatief). Van deze vrouwen met twee in grote lijnen concordante lezingen, werd een derde lezing uitgevoerd in 7 % van de gevallen (voor kleine discordanties) (n=734).

Deze verhouding evolueerde echter sterk: 14,6 % in 2003, 7,4 % in 2004 en 1,0 % in 2005 (p-waarde <0,001). Dit is het gevolg van de aanpassingen van het algoritme.

Voor de 734 vrouwen met «ruwe concordantie» die een derde lezing kregen, werd het positieve of negatieve resultaat meestal bevestigd (94 % van de vrouwen). Voor 6 % van hen (n=45), werd het resultaat echter niet bevestigd. Voor 40 vrouwen werd een concordant positief resultaat uiteindelijk negatief beoordeeld door de derde lezer. Gelet op de mogelijke implicaties hebben we deze 40 gevallen nader bekeken.

Frekwentie van L3 binnen de concordanties L1 en L2, 2003-2005			
		n	%
Geen L3		9 482	92,8 %
L1/L2+	L3+	148	1,4 %
L1/L2-	L3-	539	5,3 %
L1/L2-	L3+	5	0,0 %
L1/L2+	L3-	40	0,4 %
Totaal		10 214*	

* twee L3 oninterpreteerbaar

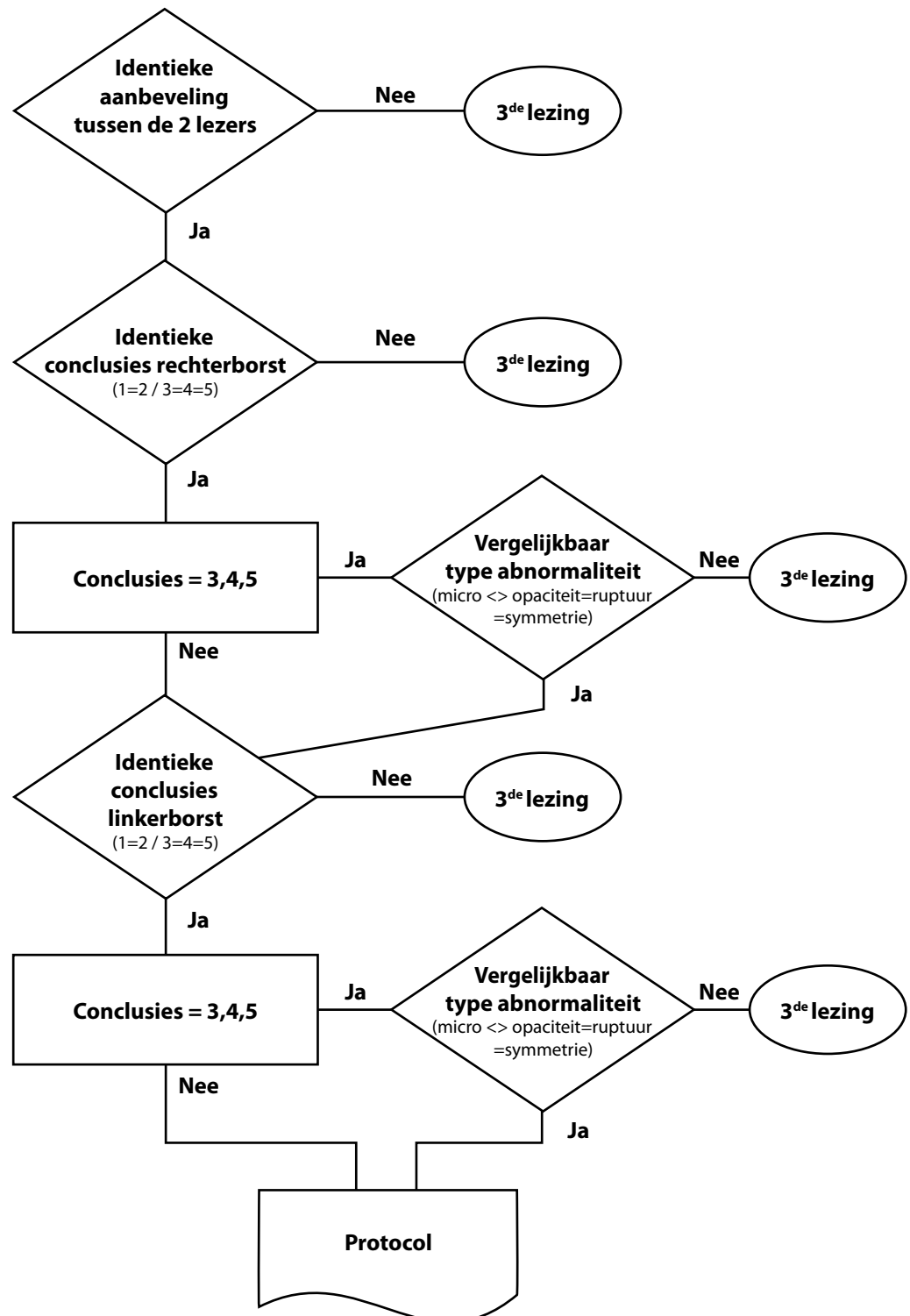
Voor 26 van deze 40 vrouwen kan dit worden verklaard door een discordantie tussen de resultaten met betrekking tot dezelfde borst, maar een algemene concordantie (voorbeeld: onbepaald links en geen enkele anomalie rechts volgens lezer 1, geen enkele anomalie links en onbepaald rechts volgens lezer 2); dus de beide lezers gaan akkoord om te zeggen dat er een onbepaald letsel bestaat, maar niet voor dezelfde borst. Het betreft dus een valse concordantie. Geen van beide lezers had een kwaadaardig of waarschijnlijk kwaadaardig letsel geregistreerd in deze 26 gevallen (het betrof altijd onbepaalde letsels).

In 14 gevallen ging het om kleinere discordanties, met een concordantie tussen L1 en L2 wat het besluit van onbepaald letsel betreft voor dezelfde borst, en die negatief werden bevonden door L3 (n=3) of als goedaardig bestempeld werden door L3 (n=11). De eindconclusies die werden meegedeeld aan de verwijzende arts stemmen overeen met de conclusies van L3, behalve voor één vrouw, waarbij ze overeenstemmen met de conclusies van de eerste twee lezers.

12.16 Bijlage 16 :

Beslissingsalgoritme van de derde lezing

(versie november 2005)





Dossiers van het Observatorium

Dit evaluatierapport laat toe de balans op te maken van de eerste ronde van twee jaar van het georganiseerde borstkankerscreening programma in het Brussels Gewest, en de trends bij het begin van de tweede ronde te bespreken.

Na de Belgische en Brusselse context te hebben verduidelijkt en de wetenschappelijke achtergronden van het programma in herinnering te hebben gebracht, beschrijft dit rapport de organisatie, de resulterende activiteiten, de participatie- en dekkingsgraad alsook het tijdsbestek en de mate waarin de mammografische onderzoeken een «positief» resultaat opleverden. Ook de resultaten van een exploratieve enquête gehouden bij 22 artsen werkzaam in het Brussels Gewest aangaande de perceptie en het gebruik van het programma werden opgenomen.

www.observatbru.be

Dit document is ook beschikbaar in het Frans

Ce document est également disponible en français sous le titre :
**«Rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé
du cancer du sein en Région bruxelloise»**