

## **Bevolkingsonderzoek borstkankerscreening**

Vergelijking van de derde  
(2007-2008) en de vierde campagne (2009-2010)

Rapport nummer 8 van het Intermutualistisch Agentschap

**September 2014**

Intermutualistisch Agentschap  
Tervurenlaan 188/A  
1150 Brussel  
[www.aim-ima.be](http://www.aim-ima.be)

Dit rapport werd verwezenlijkt door :

Valérie Fabri	<a href="mailto:valerie.fabri@mutsoc.be">valerie.fabri@mutsoc.be</a>
Agnès Leclercq	<a href="mailto:agnes.leclercq@mloz.be">agnes.leclercq@mloz.be</a>
Michel Boutsen	<a href="mailto:michel.boutsen@mutsoc.be">michel.boutsen@mutsoc.be</a>

In deze PDF-versie worden de resultaten op het niveau van het Rijk en de Gewesten voorgesteld. De indicatoren op het detailniveau van het arrondissement en de gefuseerde gemeente zijn beschikbaar op aanvraag bij [valerie.fabri@mutsoc.be](mailto:valerie.fabri@mutsoc.be) of op de website van het Intermutualistisch Agentschap : [www.aim-ima.be](http://www.aim-ima.be).

# Inhoudstafel

<b>I. Context</b>	<b>4</b>
<b>II. Beschikbare data en methode</b>	<b>5</b>
II.1. Beschrijving van de data	5
II.1.1. Oorsprong en beperkingen van de data	5
II.1.2. Onderzochte verstrekkingen	5
II.1.3. Socio-demografische indicatoren	7
II.1.4. Bestudeerde periodes	8
II.2. Beschrijving van de onderzochte populatie	8
II.2.1. Onderzochte populatie	8
II.2.2. Selecteerbare populatie	10
II.2.3. Selecteerbare, maar geëxcludeerde populatie	11
II.3. Berekening van de dekkingsgraad	13
<b>III. Resultaten</b>	<b>14</b>
III.1. Beschrijving van de onderzochte populatie : aantal vrouwen en socio-demografische kenmerken	14
III.2. Aantal onderzochte vrouwen via diagnostische mammografie en mammotest	16
III.3. Evaluatie van de dekkingsgraad	17
III.3.1. Dekkingsgraad per periode van twee jaar	17
III.4. Nieuwe, regelmatige en verloren populatie in 2009-2010	21
III.4.1. Definities	21
III.4.2. Resultaten	23
III.5. Opvolging van vrouwen over 10 jaar : Overlevingsanalyse (2002-2011)	26
III.5.1. Inleiding	26
III.5.2. Methodologie	26
III.5.3. Resultaten	27
III.5.4. Besluit	30
III.6. Kwalitatieve parameters van de screening	31
III.6.1. Aanvullende senologische onderzoeken van medische beeldvorming na het referentie-mammografisch onderzoek	31
III.6.2. Termijn tussen het referentie-mammografisch onderzoek en aanvullende senologische onderzoeken	33
III.6.3. Mammografische onderzoeken gevolgd door een aanvullende punctie/biopsie	35
<b>IV. Pistes voor de verbetering van de deelnamegraad</b>	<b>38</b>
IV.1. Context	38
IV.2. Initiatieven	38
<b>V. Conclusie</b>	<b>43</b>
V. 1. Nationaal borstkankerscreeningsprogramma : balans na 10 jaar georganiseerde screening	43
V.2. Deelname aan de screening	43
V.3. Kwalitatieve parameters van de screening	45
V.4. Invraagstelling van de balans voordelen-nadelen van een georganiseerde borstkankerscreening	46
<b>VI. Nomenclatuur</b>	<b>47</b>
<b>VII. Kost van de screening</b>	<b>51</b>
<b>VIII. RVT - Rechthebbenden op Verhoogde Tegemoetkoming</b>	<b>52</b>
<b>IX. Bibliografie</b>	<b>53</b>
IX.1. Europese aanbevelingen	53
IX.2. Studies	53
IX.3. Koninklijke besluiten en protocollen	56
IX.4. Internetsites van de Gemeenschappen	56
<b>X. Bedankingen</b>	<b>56</b>

# I. CONTEXT

In 1993 publiceerde de Europese Gemeenschap een eerste « European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening<sup>1</sup>».

Op dat ogenblik is een consensus aanwezig aangaande het nut van de organisatie op systematische wijze van een borstkankerscreeningsprogramma via mammografie bij asymptomatische vrouwen tussen 50 en 70 jaar, voor zover dit programma begeleid wordt door een regelgevend kader dat de kwaliteit ervan verzekert. Een dekkingsgraad van 70% zou leiden tot een daling met 30% van het sterftecijfer.

In 2001 zet België een nationale borstkankerscreeningscampagne op poten die de mogelijkheid biedt aan alle vrouwen tussen 50 en 69 jaar om elke twee jaar gratis gescreend te worden door middel van een mammotest. De mammotest voldoet aan de kwaliteitsnormen van “Europa tegen Kanker”: het materiaal is onderworpen aan strikte kwaliteitscontroles en de mammotest maakt het onderwerp uit van een tweede lezing door een onafhankelijke radioloog. Er wordt eveneens aanbevolen om niet meer dan 5% bijkomende echografieën uit te voeren (aanvullend onderzoek medische beeldvorming).

Sinds zijn oprichting volgt het Intermutualistisch Agentschap (IMA) de evolutie van het programma op en heeft ze de cijfers ervan vergeleken met de situatie voor het programma. Het IMA onderzoekt de deelname aan het programma en de impact ervan op de opportunistische screening.

In dit achtste IMA-rapport zal de vierde ronde van het programma (periode 2009-2010) vergeleken worden met de derde ronde (periode 2007-2008). Het feit dat we vandaag tot bijna 10 jaar programma kunnen teruggaan, laat toe beter het gedrag van de vrouwen tegenover opportunistische of georganiseerde screening in te schatten. Een longitudinale analyse van de doelgroep geeft zo de mogelijkheid het aandeel trouwe populatie te nuanceren, evenals de substitutie van opportunistische screening door het georganiseerd programma en omgekeerd. Een overlevingsanalyse geeft eveneens de trouw aan een screeningspiste aan en laat toe rekening te houden met de reële termijn tussen twee mammografische onderzoeken. Bepaalde kwaliteitscriteria, zoals het percentage bijkomende onderzoeken, het percentage biopsieën en tumorectomieën en de eraan verbonden termijnen worden eveneens in dit achtste rapport onderzocht. Het rapport beschrijft eveneens twee pilootprojecten die ontwikkeld werden met het oog op een verbetering van de deelnamepercentages aan het screeningsprogramma.

---

<sup>1</sup> European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, European Communities, 1993

## II. BESCHIKBARE DATA EN METHODE

### *II.1. Beschrijving van de data*

#### **II.1.1. Oorsprong en beperkingen van de data**

Het Intermutualistisch Agentschap verzamelt het geheel van de data beschikbaar binnen de verzekeringsinstellingen (VI). Dit rapport steunt op twee type gegevens:

1. Data die de doelgroep beschrijven : leeftijd, geslacht, sociaal statuut,
2. De facturatiegegevens van gezondheidszorguitgaven terugbetaald binnen de verplichte ziekteverzekering (ZIV). Deze verstrekkingen werden uitgevoerd tussen 1 januari 2007 en 31 december 2010 en aan de VI gefactureerd tot 30 juni 2011.

We herhalen hier dat deze gegevens geen medische informatie bevatten, zoals de gezondheidsklacht die aan de basis van een verstrekking ligt, noch de resultaten van een onderzoek, noch de diagnose.

#### **II.1.2. Onderzochte verstrekkingen**

##### **Algemeenheden**

De senologische verstrekkingen – mammotesten, ‘diagnostische’ mammografieën, echografie, MRI, punctie, biopsie, exeresis, tumorectomie en mamectomieën worden beschreven in hoofdstuk VI ‘Nomenclatuur’.

##### **Mammografieën**

Voor juni 2001, was er in de nomenclatuur geneeskundige verzorging slechts één beschrijving voor mammografie, ongeacht het feit of ze uitgevoerd werd om diagnostische redenen of voor screeningsdoeleinden.

Sinds de start van het screeningsprogramma, wordt het onderscheid gemaakt tussen :

- De ‘diagnostische’ mammografie (de oude codes voor mammografie) die uitgevoerd zou moeten worden met het oog op het stellen van een diagnose of de opvolging van een behandeling, maar die al te vaak geattesteerd wordt in het kader van een opportunistische screening:

450096 : mammografie van een borst, in ambulante setting uitgevoerd door een radioloog

461090 : mammografie van een borst, in ambulante setting uitgevoerd door een gynaecoloog

Teneinde zoveel mogelijk de notie opportunistische screening te benaderen, hebben we geopteerd om enkel de ambulante diagnostische mammografieën te bestuderen en hebben we de diagnostische mammografieën in ziekenhuismilieu buiten de analyse gehouden.

- De screeningsmammografie of mammotest (nieuwe code sinds juni 2001):

450192-450203 : Mammografie van beide borsten (eerste lezing), in het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek ; het betreft hier codes al naargelang de prestatie in ambulant of ziekenhuismilieu uitgevoerd werd,

450214-450225 : Tweede lezing van een screeningsmammografie van beide borsten; opnieuw betreft het hier codes aangewend al naargelang de prestatie in ambulant of ziekenhuismilieu uitgevoerd werd.

We herinneren eraan dat mammotests enkel uitgevoerd kunnen worden door erkende mammografische eenheden, onderworpen aan een strikte kwaliteitscontrole en die een tweede lectuur moeten organiseren.

Voor meer duidelijkheid worden onder 'diagnostische' mammografie alle mammografieën begrepen die onder de codes 450096 en 461090 geattesteerd werden, ongeacht de finaliteit (diagnose of screening) en onder 'mammotests' alle mammografieën uitgevoerd in het kader van het screeningsprogramma.

Tot slot, wanneer in dit rapport sprake is van 'mammografisch onderzoek' dan heeft dit betrekking op één van de twee types mammografieën – op één of twee borsten – uitgevoerd bij een vrouw op dezelfde datum naar aanleiding van een raadpleging bij een radioloog of een gynaecoloog.

Aangezien ziekenfondsdata enkel de prestaties registreren die aan hen gefactureerd werden, zijn de mammografieën uitgevoerd in het kader van lokale screeningsprogramma's, gefinancierd door de provincies, en die voor 2001 in Vlaanderen liepen en voor juni 2002 in Wallonië, niet in deze data opgenomen. Concreet gaat het om initiatieven die liepen in de provincies Limburg, Vlaams-Brabant en Luik.

Sinds juni 2001 in Vlaanderen en juni 2002 in Wallonië, werden deze programma's geïntegreerd in het nationaal screeningsprogramma en hebben de provincies hun financiering stopgezet. Om de dekking te berekenen, hebben we geen rekening gehouden met deze provinciale initiatieven in het totaal aantal mammotests, vermits we niet beschikken over de socio-demografische kenmerken van de vrouwen bij wie die mammotests uitgevoerd werden.

### **Aanvullende senologische onderzoeken**

De Europese richtlijnen<sup>2</sup> vermelden een reeks prestatie-indicatoren die toelaten de doelmatigheid en het goed functioneren van screeningsprogramma te meten.

Eén van deze indicatoren betreft de verhouding bijkomende onderzoeken medische beeldvorming (additional imaging) op het totaal aantal mammografieën.

Indien deze mammografieën correct uitgevoerd<sup>3</sup> en gelezen worden, zou de verhouding bijkomende onderzoeken medische beeldvorming van de borst – uitgevoerd teneinde het radiografisch beeld te vervolledigen - niet 1 op 20 mogen overschrijden (5%). Onder bijkomende onderzoeken medische beeldvorming wordt verstaan: echografie, 'diagnostische' mammografie en een NMR onderzoek.

---

<sup>2</sup> European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, European communities, 2006

<sup>3</sup> Een herhaling van een mammotest ten gevolge van een technisch probleem, bijvoorbeeld in relatie tot de positionering, wordt niet als een aanvullend onderzoek beschouwd

Een ander kwaliteitscriterium wordt gevormd door de verhouding goedaardige/kwaadaardige biopsieën (Benign /Malignant Biopsy). Dit criterium meet het aantal onnodige invasieve procedures. Bij afwezigheid van diagnostische informatie, geven we hier ter indicatieve titel het aandeel mammografieën gevolgd door een biopsie weer.

We dienen hier te wijzen op het feit dat de facturering via nomenclatuurcodes niet echt expliciet is aangaande het type uitgevoerde punctie of biopsie. We hebben de codes «Borstbiopsie» (227091-227102) en «Borstpunctie» (355670-355681) geselecteerd, vertrekkend van de hypothese dat deze niet aangewend worden voor de uitvoering van een therapeutische verstrekking, maar wel een diagnostische functie vervullen.

Deze twee kwaliteitscriteria werden geëvalueerd door het aantal bijkomende senologische onderzoeken te bestuderen, die binnen een termijn van 90 dagen na de 'diagnostische' mammografie of de mammotest – hier 'referentie-onderzoek' genoemd – geattesteerd werden. Onder aanvullende senologische onderzoeken wordt verstaan: echografie, diagnostische mammografie volgend op een mammotest en een NMR-onderzoek van de borst (additional imaging), evenals puncties en biopsieën.

### **II.1.3. Socio-demografische indicatoren**

Onze populatiegegevens kunnen op basis van verschillende socio-demografische indicatoren beschreven worden :

- **De leeftijd per klasse van 5 jaar**, berekend aan het begin van elke periode;
- **De verblijfsplaats op basis van de NIS-code<sup>4</sup>**, wat toelaat om de verblijfsplaats in verschillende geografische entiteiten te integreren : Gewest, provincie, arrondissement, gefuseerde gemeente en logo. Hoewel de organisatie van borstkankerscreeningscampagnes tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen behoort, zullen de resultaten per Gewest en per provincie voorgesteld worden. De detailgegevens op gemeentelijk niveau zijn op vraag beschikbaar bij [valerie.fabri@mutsoc.be](mailto:valerie.fabri@mutsoc.be) of via [www.aim-ima.be](http://www.aim-ima.be).
- **Het terugbetalingsregime van de rechthebbende**. We maken het onderscheid tussen twee categorieën : de personen met recht op een verhoogde tegemoetkoming binnen de verplichte ziekteverzekering (RVT) en de anderen (gewone RH). De RVT-rechthebbenden zijn financieel zwakkere personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming voor hun uitgaven gezondheidszorg en geneesmiddelen. Cf. bijlage VIII.

---

<sup>4</sup> [statbel.fgov.be/figures/d12\\_nl.asp](http://statbel.fgov.be/figures/d12_nl.asp)

#### II.1.4. Bestudeerde periodes

In dit achtste rapport, hebben we gekozen om twee periodes van twee jaar te bestuderen :

- **De periode van 1 januari 2007 tot 31 december 2008**, «derde ronde » genoemd, komt overeen met
  - De **vierde gedeeltelijke ronde** in Vlaanderen, aangezien het programma er in juni 2001 opgestart werd;
  - De **derde volledige ronde** in Wallonië en Brussel, aangezien het programma er in de zomer van 2002 opgestart werd.
- **De periode van 1 januari 2009 tot 31 december 2010**, «vierde ronde » genoemd, komt overeen met
  - De **vijfde gedeeltelijke ronde** in Vlaanderen;
  - De **vierde volledige ronde** in Wallonië en Brussel.

### II.2. *Beschrijving van de onderzochte populatie*

#### II.2.1. Onderzochte populatie

Volgens de richtlijnen vastgelegd door de *European guidelines*<sup>5</sup>, **wordt de doelgroep** van een borstkankerscreeningsprogramma samengesteld uit alle vrouwen die op basis van hun leeftijd geacht worden te genieten van een screening. In de praktijk omvat de **selecteerbare populatie** voor dit programma alle vrouwen van de leeftijd tussen 50 en 69 jaar, rechthebbende binnen de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering<sup>6 7</sup>.

In theorie zou de borstkankerscreening enkel betrekking moeten hebben op asymptomatische vrouwen zonder antecedenten van borstpathologieën.

Op het IMA-niveau is het onmogelijk, omwille van het ontbreken van diagnostische informatie, om het onderscheid te maken tussen asymptomatische en symptomatische vrouwen.

Aangezien we over geen informatie beschikken aangaande klachten of symptomen die de vrouw ertoe zou leiden tot een consultatie door de vrouw voor een oppuntstelling met een diagnostische mammografie tot gevolg, hebben we voorafgaandelijk de vrouwen die een borstchirurgie ondergaan hebben, geïsoleerd.

Om tot een benadering te komen van het aantal vrouwen met een verleden met borstchirurgie, hebben we een raming gemaakt **van het aantal vrouwen die voor de screening een borstchirurgie ondergaan hebben (van 2002 tot 2006) en deze die een diagnostische mammografie ondergaan hebben voor één enkele borst (en 2006-2007).**

---

<sup>5</sup> European guidelines for quality assurance in mammography screening, Fourth edition European communities, 2006

<sup>6</sup> Aangangsel bij het protocolakkoord van 25 oktober 2000 tot samenwerking tussen de Federale Overheid en de Gemeenschappen inzake mammografische borstkankerscreening en betreffende de overdracht van de gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering, de follow-up en de evaluatie van het programma voor mammografische borstkankerscreening. 30 mei 2001, Interministeriële Conferentie Volksgezondheid

<sup>7</sup> Le programme de dépistage du cancer du sein Programme de la Communauté française en partenariat avec les provinces wallonnes ; D. Beghin, A. Vandenbroucke, A. charbonnier, V Fabri ; Mars 2004



Wij hebben deze oefening uitgevoerd onder de vrouwen die minstens een diagnostische mammografie van één of twee borsten in 2006 en/of 2007 ondergaan hebben.

3,8% van deze vrouwen hebben een mammografie uitgevoerd van slechts één borst.

5,6% vertonen antecedenten van kwaadaardige of goedaardige borstchirurgie.

Hieruit kan besloten worden dat minstens 9,4% van de diagnostische mammografieën verstrekt werd bij vrouwen die antecedenten van borstchirurgie vertonen.

We hebben vervolgens de dekkingsgraad gemeten met exclusie van de vrouwen met antecedenten van borstchirurgie en dit cijfer vergeleken met de dekkingsgraad van de onderzochte bevolking in 2006-2007.

**Tabel 1 : Dekkingsgraad 2006-2007 voor de onderzochte doelgroep met en zonder antecedenten van borstchirurgie**

Periode 2006-2007	Onderzochte doelgroep	Onderzochte doelgroep "zonder antecedenten van chirurgie"
<b>Totale dekkingsgraad België</b>	<b>61%</b>	<b>60%</b>
Vlaams Gewest	65%	64%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	54%	52%
Waals Gewest	56%	55%
<b>Dekking via mammotest België</b>	<b>30%</b>	<b>31%</b>
Vlaams Gewest	44%	45%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	10%	10%
Waals Gewest	9%	9%
<b>Dekking via diagnostische mammografie België</b>	<b>31%</b>	<b>29%</b>
Vlaams Gewest	21%	19%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	44%	42%
Waals Gewest	47%	45%

De vergelijking van de dekkingsgraden van de twee populaties met en zonder antecedenten vertoont heel weinig verschil.

In dit rapport hebben we geopteerd om de vrouwen met antecedenten van borstchirurgie in de onderzochte populatie te behouden.

**De onderzochte populatie in dit rapport heeft dus betrekking op het geheel van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar, aangesloten bij een ziekenfonds (selecteerbare populatie), zonder onderscheid aangaande hun antecedenten aangaande borstchirurgie**

De populatie die als noemer gebruikt wordt om de dekkingsgraad per periode van twee jaar te berekenen, wordt **onderzochte populatie** genoemd.

## II.2.2. Selecteerbare populatie

**Tabel 2 : Selecteerbare populatie per jaar, periode en provincie**

Gewest	Provincie	2007-2008			2009-2010		
		Aantal selecteerbare vrouwen het 1ste jaar van de periode	Aantal selecteerbare vrouwen het 2de jaar van de periode	Selecteerbare populatie	Aantal selecteerbare vrouwen het 1ste jaar van de periode	Aantal selecteerbare vrouwen het 2de jaar van de periode	Selecteerbare populatie
	onbepaald	23.022	23.022	25.512	20.082	20.084	20.952
<b>Vlaams Gewest</b>		<b>760.468</b>	<b>771.144</b>	<b>805.627</b>	<b>784.871</b>	<b>796.329</b>	<b>831.109</b>
	Antwerpen	207.548	210.936	220.171	214.949	218.506	227.800
	West-Vlaanderen	149.697	150.737	157.863	153.284	154.267	161.685
	Oost-Vlaanderen	172.884	175.105	182.975	177.707	180.139	188.158
	Limburg	100.276	102.098	106.555	104.848	106.676	111.160
	Vlaams-Brabant	130.063	132.268	138.063	134.083	136.741	142.306
<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>		<b>103.422</b>	<b>105.127</b>	<b>109.549</b>	<b>107.368</b>	<b>109.495</b>	<b>114.034</b>
<b>Waals Gewest</b>		<b>419.329</b>	<b>426.541</b>	<b>444.269</b>	<b>435.248</b>	<b>441.693</b>	<b>460.079</b>
	Henegouwen	160.844	163.750	170.476	166.641	169.118	175.984
	Luik	128.615	130.758	136.272	133.148	134.900	140.705
	Luxemburg	27.204	27.522	28.806	28.379	28.681	30.005
	Namen	56.419	57.239	59.736	58.636	59.584	62.061
	Waals-Brabant	46.247	47.272	48.979	48.444	49.410	51.324
<b>België</b>		<b>1.307.050</b>	<b>1.327.515</b>	<b>1.384.957</b>	<b>1.347.569</b>	<b>1.367.601</b>	<b>1.426.174</b>

Sinds de start van het programma, heeft **de definitie van de selecteerbare populatie** een aantal lichte wijzigingen gekend. Los van de invoering van de mammotest voor gehospitaliseerde vrouwen, werd ook de definitie van de selecteerbare populatie aangepast : vroeger kon iedere vrouw aan de gratis screeningscampagne deelnemen vanaf de dag van haar 50 jaar tot op de dag dat ze 70 werd. Sinds mei 2003, kan deelgenomen worden vanaf het jaar dat ze 50 wordt tot op het jaar dat ze 69 is. De selecteerbare populatie is dus iets jonger geworden.

Teneinde de twee periodes met elkaar te kunnen vergelijken, hebben we geopteerd voor de huidige definitie van de selecteerbare populatie, ongeacht de periode.

De selecteerbare populatie wordt zo dus bepaald door alle vrouwen tussen 50 en 69, gedekt door de verplichte ziekteverkering, en dit gedurende de onderzochte periodes van 2007-2008 en 2009-2010.

**Selecteerbare populatie op basis van de geografische entiteit** (Gewest, provincie, ...) : de lokalisatie van de vrouw wordt bepaald op basis van de NIS-code van haar verblijfplaats.

### II.2.3. Selecteerbare, maar geëxcludeerde populatie

**Tabel 3 : Aantal selecteerbare en geëxcludeerde vrouwen per periode en provincie**

Gewest	Provincie	2007-2008						
		Selecteerbare populatie in 2007 of 2008	Selecteerbare populatie 2 opeenvolgende jaren	Uitgesloten vrouwen want niet selecteerbaar 2 opeenvolgende jaren	Vrouwen overleden gedurende één selectiejaar	Vrouwen met missende gegevens	Totaal uitgesloten populatie	Onderzochte populatie
	onbepaald	(a)				(b)	(a-b)	
		25.512	23.022	2.490	103	12.277	25.512	0
<b>Vlaams Gewest</b>		<b>805.627</b>	<b>725.985</b>	<b>79.642</b>	<b>7.906</b>	<b>722</b>	<b>80.259</b>	<b>725.368</b>
	Antwerpen	220.171	198.313	21.858	2.225	224	22.055	198.116
	West-Vlaanderen	157.863	142.571	15.292	1.528	92	15.372	142.491
	Oost-Vlaanderen	182.975	165.014	17.961	1.852	121	18.052	164.923
	Limburg	106.555	95.819	10.736	985	108	10.834	95.721
	Vlaams-Brabant	138.063	124.268	13.795	1.316	177	13.946	124.117
<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>		<b>109.549</b>	<b>99.000</b>	<b>10.549</b>	<b>1.337</b>	<b>485</b>	<b>10.981</b>	<b>98.568</b>
<b>Waals Gewest</b>		<b>444.269</b>	<b>401.601</b>	<b>42.668</b>	<b>5.660</b>	<b>471</b>	<b>43.079</b>	<b>401.190</b>
	Henegouwen	170.476	154.118	16.358	2.314	138	16.476	154.000
	Luik	136.272	123.101	13.171	1.755	127	13.284	122.988
	Luxemburg	28.806	25.920	2.886	373	37	2.920	25.886
	Namen	59.736	53.922	5.814	769	69	5.873	53.863
	Waals-Brabant	48.979	44.540	4.439	449	100	4.526	44.453
<b>België</b>		<b>1.384.957</b>	<b>1.249.608</b>	<b>135.349</b>	<b>15.006</b>	<b>13.955</b>	<b>159.831</b>	<b>1.225.126</b>
	Aandeel van de selecteerbare populatie	100%	90%	10%	1%	1%	12%	88%

		2009-2010						
		Selecteerbare populatie in 2009 of 2010	Selecteerbare populatie 2 opeenvolgende jaren	Uitgesloten vrouwen want niet selecteerbaar 2 opeenvolgende jaren	Vrouwen overleden gedurende één selectiejaar	Vrouwen met missende gegevens	Totaal uitgesloten populatie	Onderzochte populatie
Gewest	Provincie onbepaald	(a)				(b)	(a-b)	
		20.952	19.214	1.738	105	6.222	20.952	0
<b>Vlaams Gewest</b>		<b>831.109</b>	<b>750.091</b>	<b>81.018</b>	<b>8.154</b>	<b>686</b>	<b>85.430</b>	<b>745.679</b>
	Antwerpen	227.800	205.655	22.145	2.282	212	23.406	204.394
	West-Vlaanderen	161.685	145.866	15.819	1.626	104	16.665	145.020
	Oost-Vlaanderen	188.158	169.688	18.470	1.972	100	19.478	168.680
	Limburg	111.160	100.364	10.796	1.034	84	11.335	99.825
	Vlaams-Brabant	142.306	128.518	13.788	1.240	186	14.546	127.760
<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>		<b>114.034</b>	<b>102.829</b>	<b>11.205</b>	<b>1.293</b>	<b>476</b>	<b>12.214</b>	<b>101.820</b>
<b>Waals Gewest</b>		<b>460.079</b>	<b>416.862</b>	<b>43.217</b>	<b>5.810</b>	<b>478</b>	<b>46.407</b>	<b>413.672</b>
	Henegouwen	175.984	159.775	16.209	2.396	137	17.465	158.519
	Luik	140.705	127.343	13.362	1.784	168	14.370	126.335
	Luxemburg	30.005	27.055	2.950	389	28	3.157	26.848
	Namen	62.061	56.159	5.902	726	62	6.316	55.745
	Waals-Brabant	51.324	46.530	4.794	515	83	5.099	46.225
<b>België</b>		<b>1.426.174</b>	<b>1.288.996</b>	<b>137.178</b>	<b>15.362</b>	<b>7.862</b>	<b>165.003</b>	<b>1.261.171</b>
Aandeel van de selecteerbare populatie		100%	90%	10%	1%	1%	12%	88%

### Uitgesloten populatie op basis van de leeftijd

De doelgroep werd in de eerste plaats beperkt tot de vrouwen die deel uitmaken van de leeftijdscategorieën van de doelgroep gedurende de twee jaar van de onderzochte periode. Dit betekent dus dat de vrouwen die reeds de leeftijd van 69 jaar bereikt hebben aan het begin van de periode van twee jaar, niet meer tot de doelgroep behoren tijdens het tweede jaar van de periode en dus niet meer in rekening genomen worden. Dit geldt eveneens voor de vrouwen die pas de leeftijd van 50 jaar bereikt hebben tijdens het tweede jaar van de periode.

### Uitgesloten populatie vanwege overlijden

We hebben vervolgens enkel rekening gehouden met vrouwen die nog in leven waren op het einde van de periode van twee jaar.

### Uitgesloten populatie vanwege ontbrekende data

Tot slot hebben we de vrouwen uitgesloten voor wie we niet beschikten over volledige of correcte gegevens aangaande de NIS-code van de verblijfplaats (in het merendeel van de gevallen betreft het vrouwen niet gedomicilieerd in een Belgische gemeente, wat onder meer het geval is voor grensarbeiders) en/of het terugbetalingsregime

### **Onderzochte populatie of doelgroep, per periode**

De uiteindelijk onderzochte populatie omvat dus per periode van twee jaar, de selecteerbare vrouwen die elk jaar van de onderzochte periode in de leeftijdscategorie tussen 50 en 69 jaar zitten en die nog in leven zijn op het einde van deze periode.

Na toepassing van de hierboven beschreven exclusiecriteria, werken we voor elke periode met een « onderzochte » populatie die overeenstemt met de selecteerbare populatie, verminderd met 12%.

### *11.3. Berekening van de dekkingsgraad*

In theorie wordt de dekkingsgraad van een screeningscampagne gedefinieerd als het aantal vrouwen die een mammotest laten uitvoeren hebben, gedeeld door het aantal vrouwen deel uitmakend van de doelgroep. Aangezien aanbevolen wordt een screeningsmammografie om de twee jaar te laten uitvoeren, wordt de dekkingsgraad hier over een periode van twee jaar berekend.

- **In de teller, de deelnemende populatie** of het aantal vrouwen die minstens een mammografisch onderzoek ondergaan hebben tijdens de periode,
- **In de noemer, de onderzochte populatie** of het aantal vrouwen van 50 tot 69 jaar, selecteerbaar tijdens de twee jaar van de periode en nog in leven op het einde ervan.

In België bestond de opportunistische screening reeds voor de opstart van de campagne en blijft ze naast het georganiseerde screeningsprogramma bestaan. Daarom onderscheiden we verschillende types van dekkingsgraad: de dekkingsgraad via mammotest, de dekkingsgraad via diagnostische mammografie en de totale dekkingsgraad.

- **De dekkingsgraad via mammotest** of het aantal vrouwen van de onderzochte populatie die een mammotest ondergaan heeft ( $MT \geq 1$ ), met of zonder diagnostische mammografie ( $MD \geq 0$ ), gedurende de onderzochte periode van 2 jaar, gedeeld door de onderzochte populatie.
- Bij afwezigheid van de klinische indicatie van de diagnostische mammografie en uitgaande van de veronderstelling dat het merendeel van de vrouwen die een onderzoek via diagnostische mammografie ondergaan hebben dit doen in het kader van een opportunistische screening, berekenen we de **dekkingsgraad via diagnostische mammografie** om de dekkingsgraad via opportunistische screening bij die vrouwen te evalueren. Deze dekkingsgraad verwijst zo naar het aantal vrouwen van de onderzochte populatie die minstens een 'diagnostische' mammografie ( $MD \geq 1$ ) hebben laten uitvoeren, zonder een mammotest ( $MT = 0$ ) in de onderzochte periode van 2 jaar, gedeeld door de onderzochte populatie.
- De **totale dekkingsgraad** vormt de som van de dekkingsgraad via mammotest (programma) en de dekkingsgraad via diagnostische mammografie (opportunistische screening). Deze geeft het aantal vrouwen van de onderzochte populatie aan die minstens één 'diagnostische' mammografie en/of een mammotest ( $MD + MT \geq 1$ ) geattesteerd kregen gedurende de onderzochte periode van twee jaar, gedeeld door de onderzochte populatie

### III. RESULTATEN

#### III.1. Beschrijving van de onderzochte populatie : aantal vrouwen en socio-demografische kenmerken

**Tabel 4 : Aantal onderzochte vrouwen per Gewest en provincie**

Gewest	Provincie	2007-2008	2009-2010
<b>Vlaams Gewest</b>		<b>725.368</b>	<b>745.679</b>
	Antwerpen	198.116	204.394
	West-Vlaanderen	142.491	145.020
	Oost-Vlaanderen	164.923	168.680
	Limburg	95.721	99.825
	Vlaams-Brabant	124.117	127.760
<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>		<b>98.568</b>	<b>101.820</b>
<b>Waals Gewest</b>		<b>401.190</b>	<b>413.672</b>
	Henegouwen	154.000	158.519
	Luik	122.988	126.335
	Luxemburg	25.886	26.848
	Namen	53.863	55.745
	Waals-Brabant	44.453	46.225
<b>België</b>		<b>1.225.126</b>	<b>1.261.171</b>

**Tabel 5 : Socio-demografische kenmerken van de onderzochte populatie per Gewest en leeftijdsklasse**

Gewest	2007-2008								Totaal Aantal vrouwen
	50-54		55-59		60-64		65-69		
	Aantal vrouwen	%	Aantal vrouwen	%	Aantal vrouwen	%	Aantal vrouwen	%	
Vlaams Gewest	212.305	29%	191.608	26%	175.481	24%	145.974	20%	725.368
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	29.057	29%	26.696	27%	23.684	24%	19.131	19%	98.568
Waals Gewest	118.986	30%	113.288	28%	94.950	24%	73.966	18%	401.190
België	360.348	29%	331.592	27%	294.115	24%	239.071	20%	1.225.126

Gewest	2009-2010								Totaal Aantal vrouwen
	50-54		55-59		60-64		65-69		
	Aantal vrouwen	%	Aantal vrouwen	%	Aantal vrouwen	%	Aantal vrouwen	%	
Vlaams Gewest	221.515	30%	196.413	26%	182.499	24%	145.252	19%	745.679
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	30.320	30%	27.602	27%	24.453	24%	19.445	19%	101.820
Waals Gewest	122.005	29%	113.395	27%	105.876	26%	72.396	18%	413.672
België	373.840	30%	337.410	27%	312.828	25%	237.093	19%	1.261.171

**Tabel 6 : Socio-demografische kenmerken van de onderzochte populatie per Gewest en terugbetalingsregime**

	2007-2008					
	Gewone RH		RVT		Totaal	
	Aantal vrouwen	%	Aantal vrouwen	%	Aantal vrouwen	%
Vlaams Gewest	603.316	83%	122.052	17%	725.368	100%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	70.085	71%	28.483	29%	98.568	100%
Waals Gewest	309.147	77%	92.043	23%	401.190	100%
België	982.548	80%	242.578	20%	1.225.126	100%

  

	2009-2010					
	Gewone RH		RVT		Totaal	
	Aantal vrouwen	%	Aantal vrouwen	%	Aantal vrouwen	%
Vlaams Gewest	625.405	84%	120.274	16%	745.679	100%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	71.431	70%	30.389	30%	101.820	100%
Waals Gewest	318.150	77%	95.522	23%	413.672	100%
België	1.014.986	80%	246.185	20%	1.261.171	100%

Het aantal vrouwen met RVT heeft een toename gekend van 2% t.o.v. 2006 ten gevolge van de invoering in 2007 van het OMNIO statuut (gezinnen met een laag inkomen kunnen op aanvraag genieten van de verhoogde tegemoetkoming).

Voor 2007 werd dit statuut voorbehouden aan personen die zich in een bijzondere sociale situatie bevonden, zoals bijvoorbeeld de WIGW (weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen) of de werklozen van lange duur. Cf. bijlage VIII.

### III.2. Aantal onderzochte vrouwen via diagnostische mammografie en mammotest

**Tabel 7 : Aantal onderzochte vrouwen**

2007-2008				
Gewest	Onderzochte populatie	Aantal vrouwen met minstens één diagnostische mammografie per periode en geen mammotest	Aantal vrouwen met één mammotest per periode	Aantal vrouwen met minstens één diagnostische mammografie en/of één mammotest
Vlaams Gewest	725.368	145.378	320.062	465.440
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	98.568	42.523	9.710	52.233
Waals Gewest	401.190	187.245	34.293	221.538
<b>België</b>	<b>1.225.126</b>	<b>375.146</b>	<b>364.065</b>	<b>739.211</b>

2009-2010				
Gewest	Onderzochte populatie	Aantal vrouwen met minstens één diagnostische mammografie per periode en geen mammotest	Aantal vrouwen met één mammotest per periode	Aantal vrouwen met minstens één diagnostische mammografie en/of één mammotest
Vlaams Gewest	745.679	139.977	338.728	478.705
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	101.820	42.923	10.769	53.692
Waals Gewest	413.672	195.683	30.051	225.734
<b>België</b>	<b>1.261.171</b>	<b>378.583</b>	<b>319.548</b>	<b>758.131</b>

Opmerking : het aantal vrouwen onderzocht via mammotest of diagnostische mammografie wordt toegewezen aan het Gewest volgens de woonplaats van de vrouw en niet volgens de plaats van verstrekking van de mammotest. Dit kan aanleiding geven tot verschillen bij de afrekeningen van de mammotests in vergelijking met wat de Gemeenschappen aangeven als verstrekte prestaties.



Opmerking: de som van de vrouwen met diagnostische mammografieën en de vrouwen met mammotest gedeeld door de populatie per periode stemt niet overeen met de dekkinggraad vermits bepaalde vrouwen de twee types mammografische onderzoeken ondergaan hebben over die periode.

### III.3. Evaluatie van de dekkinggraad

#### III.3.1. Dekkinggraad per periode van twee jaar

**Tabel 8 : Evolutie van de dekkinggraad<sup>8</sup>**

	Dekkinggraad via mammotest					Dekkinggraad via diagnostische mammografie					Totale dekkinggraad Mammotest en/of diagnostische mammografie				
	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2007-2008	2009-2010	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2007-2008	2009-2010	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2007-2008	2009-2010
Vlaams Gewest	7.5%	33%	37%	44%	45%	33%	22%	21%	20%	19%	40%	54%	58%	64%	64%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	0.3%	3.3%	6.6%	10%	11%	48%	46%	45%	43%	42%	48%	50%	51%	53%	53%
Waals Gewest	0%	6.5%	8.8%	9%	7%	47%	47%	46%	47%	47%	47%	53%	55%	55%	55%
België	4.5%	22%	25%	30%	30%	39%	32%	31%	31%	30%	43%	54%	56%	60%	60%

Deze tabel beschrijft de evolutie van de dekkinggraden via diagnostische mammografie en/of mammotest sinds de periode « pre-programma » (2000-2001) tot aan de vierde ronde (2009-2010).

#### In 2007-2008

**In Vlaanderen**, stelt men een toename van de dekkinggraad via mammotest vast van 7% om globaal 44% te bedragen.

De substitutie van diagnostische mammografieën door mammotests wordt niet meer vastgesteld, de dekkinggraad via diagnostische mammografieën blijft hangen op 20%. De totale dekkinggraad bedraagt 64% en is slechts 6% verwijderd van de dekkinggraad van 70% die volgens de Europese richtlijnen als aanvaardbaar beschouwd wordt.

**Te Brussel** neemt de dekkinggraad via mammotest met iets meer dan 3% toe om 10% te bedragen. De totale dekkinggraad van 53% bevindt zich slechts 5 punten boven de vastgestelde dekkinggraad voor de start van het programma in 2000-2001.

**In Wallonië** blijft de dekkinggraad via mammotest stabiel op 9% en de totale dekkinggraad evolueert niet boven de 55%.

De dekkinggraad via diagnostische mammografieën blijft quasi constant in de drie Gewesten.

<sup>8</sup> De evolutie van de dekkinggraad wordt bijgewerkt op de website <http://atlas.aim-ima.be> van het Intermutualistisch Agentschap.

## In 2009-2010

Er wordt quasi geen evolutie vastgesteld, zowel op het vlak van deelname aan het programma (mammothest) als op het vlak van opportunistische screening (diagnostische mammografie) en dit in de drie Gewesten.

Na de vijfde ronde in Vlaanderen, bereikt de dekkingsgraad via mammothest 45% en 64% van de vrouwen worden gescreend. Na vier rondes, blijft de deelnamegraad aan het programma in Brussel en Wallonië laag - 11% en 7%.

De opportunistische screening behoudt zijn dominante rol in Brussel en Wallonië, om respectievelijk 42% en 47% te halen.

In Wallonië daalt de dekkingsgraad via mammothest van 9% naar 7% onder meer omdat in december 2009 een wijziging in de regelgeving oplegt dat enkel digitale mammografieën aanvaard worden binnen het programma. Mammografische eenheden die enkel analoog werken stappen dan uit het programma.

De totale dekking stabiliseert zich op 53% te Brussel en 55% in Wallonië, waar ze heel weinig toegenomen is.

*Ter herinnering, voor de start van het programma, in 1999-2000<sup>9</sup>, stelde men een deelname aan de opportunistische screening van 33% in Vlaanderen, 47% te Brussel en 45% in Wallonië vast.*

**Tabel 9 : Dekkingsgraad per provincie**

Gewest	Provincie	Dekkingsgraad via diagnostische mammografieën		Dekkingsgraad via mammothest		Totale dekkingsgraad	
		2007-2008	2009-2010	2007-2008	2009-2010	2007-2008	2009-2010
<b>Vlaams Gewest</b>		<b>20%</b>	<b>19%</b>	<b>44%</b>	<b>45%</b>	<b>64%</b>	<b>64%</b>
	Antwerpen	21%	20%	43%	43%	64%	64%
	West-Vlaanderen	15%	14%	46%	47%	60%	61%
	Oost-Vlaanderen	21%	20%	43%	45%	65%	65%
	Limburg	15%	14%	55%	54%	69%	68%
	Vlaams-Brabant	26%	25%	38%	41%	65%	66%
<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>		<b>43%</b>	<b>42%</b>	<b>10%</b>	<b>11%</b>	<b>53%</b>	<b>53%</b>
<b>Waals Gewest</b>		<b>47%</b>	<b>47%</b>	<b>9%</b>	<b>7%</b>	<b>55%</b>	<b>55%</b>
	Henegouwen	46%	47%	9%	7%	55%	54%
	Luik	47%	47%	7%	7%	54%	54%
	Luxemburg	44%	42%	11%	8%	54%	50%
	Namen	47%	48%	9%	7%	55%	55%
	Waals-Brabant	50%	50%	12%	10%	61%	60%
<b>België</b>		<b>31%</b>	<b>30%</b>	<b>30%</b>	<b>30%</b>	<b>60%</b>	<b>60%</b>

De verschillen qua deelname aan het programma en qua opportunistische screening blijven behouden tussen provincies.

<sup>9</sup> Rapport 2 van het IMA.

Limburg en Waals-Brabant die voor de start van het programma aan pilotprojecten van screening deelnamen, kennen nog altijd de hoogste deelname aan het programma en de hoogste dekkingsgraad binnen hun Gewest.

**Tabel 10 a : Dekkingsgraad per periode en per leeftijdsklasse - 2007-2008**

2007-2008															
Gewest	Dekkingsgraad via diagnostische mammografieën					Dekkingsgraad via mammotest					Totale dekkingsgraad				
	50-54	55-59	60-64	65-69	Totaal	50-54	55-59	60-64	65-69	Totaal	50-54	55-59	60-64	65-69	Totaal
Vlaanderen	22%	21%	19%	17%	20%	45%	46%	46%	39%	44%	67%	67%	65%	55%	64%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	46%	45%	42%	37%	43%	10%	10%	10%	10%	10%	56%	55%	52%	47%	53%
Wallonië	50%	48%	46%	40%	47%	8%	9%	9%	9%	9%	58%	57%	55%	48%	55%
België	33%	32%	30%	26%	31%	30%	30%	31%	27%	30%	63%	63%	61%	53%	60%

**Tabel 10 b : Dekkingsgraad per periode en per leeftijdsklasse - 2009-2010**

2009-2010															
Gewest	Dekkingsgraad via diagnostische mammografieën					Dekkingsgraad via mammotest					Totale dekkingsgraad				
	50-54	55-59	60-64	65-69	Totaal	50-54	55-59	60-64	65-69	Totaal	50-54	55-59	60-64	65-69	Totaal
Vlaanderen	20%	19%	18%	17%	19%	45%	47%	47%	41%	45%	65%	66%	65%	58%	64%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	45%	42%	42%	38%	42%	10%	11%	11%	10%	11%	55%	54%	53%	48%	53%
Wallonië	51%	48%	47%	41%	47%	6%	7%	8%	8%	7%	57%	55%	55%	49%	55%
België	32%	31%	30%	26%	30%	30%	31%	31%	28%	30%	62%	62%	61%	54%	60%

Zoals reeds vastgesteld voor het programma, daalt de dekkingsgraad van de opportunistische screening bij stijgende leeftijd en dit voor de drie Gewesten. In Wallonië en Brussel spreekt het programma alle leeftijdscategorieën op een gelijke manier aan, terwijl in Vlaanderen de dekking via mammotest gevoelig daalt bij de vrouwen van 65-69 jaar.

Deze daling van verminderde deelname aan de screening in functie van de leeftijd weerspiegelt zich in de totale dekkingsgraad, in het bijzonder bij de vrouwen van 65-69 jaar, bij wie de dekkingsgraad lager ligt.

**Tabel 11 : Dekking per periode en terugbetalingsregime (RVT, gewone RH)**

2007-2008												
Gewest	Aantal onderzochte vrouwen			Dekkingsgraad via diagnostische mammografieën			Dekkingsgraad via mammotest			Totale dekkingsgraad		
	Gewone RH	RVT	Totaal	Gewone RH	RVT	Totaal	Gewone RH	RVT	Totaal	Gewone RH	RVT	Totaal
Vlaams Gewest	603.316	122.052	<b>725.368</b>	21%	14%	20%	45%	39%	44%	67%	52%	64%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	70.085	28.483	98.568	48%	32%	43%	10%	10%	10%	57%	42%	53%
Waals Gewest	309.147	92.043	401.190	50%	35%	47%	8%	9%	9%	59%	44%	55%
België	<b>982.548</b>	<b>242.578</b>	<b>1.225.126</b>	<b>32%</b>	<b>24%</b>	<b>31%</b>	<b>31%</b>	<b>24%</b>	<b>30%</b>	<b>63%</b>	<b>48%</b>	<b>60%</b>

## 2009-2010

Gewest	Aantal onderzochte vrouwen			Dekkingsgraad via diagnostische mammografieën			Dekkingsgraad via mammotest			Totale dekkingsgraad		
	Gewone RH	RVT	Totaal	Gewone RH	RVT	Totaal	Gewone RH	RVT	Totaal	Gewone RH	RVT	Totaal
Vlaams Gewest	627.857	121.639	745.679	20%	13%	19%	46%	40%	45%	66%	53%	64%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	71.757	30.660	101.820	47%	31%	42%	10%	12%	11%	57%	43%	53%
Waals Gewest	319.695	96.751	413.672	51%	36%	47%	7%	7%	7%	58%	44%	55%
<b>België</b>	<b>1.019.309</b>	<b>249.050</b>	<b>1.261.171</b>	<b>31%</b>	<b>24%</b>	<b>30%</b>	<b>32%</b>	<b>24%</b>	<b>30%</b>	<b>63%</b>	<b>48%</b>	<b>60%</b>

Sinds de periode voor het programma, nemen sociaal achtergestelde vrouwen (RVT) minder deel aan de opportunistische screening (Gewone RH/RVT = 1,5 in Vlaanderen en Brussel, 1,4 in Wallonië). Te Brussel en Wallonië sensibiliseert het georganiseerde screeningsprogramma op een zelfde wijze de vrouwen, ongeacht hun statuut (RVT of gewone RH).

In Vlaanderen, waar het programma veel ruimer gevolgd wordt, blijft een zwakkere deelnamegraad aan het programma vastgesteld worden bij vrouwen met RVT (gewone RH 46%/RVT 40% = 1,15).

In de drie Gewesten blijft de totale dekkingsgraad van sociaal zwakkere vrouwen (RVT) minstens 13% onder die van de vrouwen gewone RH.

**Tabel 12 : Dekking per periode en socio-professioneel statuut**

Gewest	2007-2008					
	Algemene regeling			Regeling zelfstandigen		
	Dekkingsgraad via diagnostische mammografieën	Dekkingsgraad via mammotest	Totale dekkingsgraad	Dekkingsgraad via diagnostische mammografieën	Dekkingsgraad via mammotest	Totale dekkingsgraad
Vlaams Gewest	20%	45%	65%	22%	40%	62%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	43%	10%	53%	51%	6%	57%
Waals Gewest	47%	9%	56%	48%	7%	55%
<b>België</b>	<b>31%</b>	<b>30%</b>	<b>61%</b>	<b>31%</b>	<b>28%</b>	<b>59%</b>

Gewest	2009-2010					
	Algemene regeling			Regeling zelfstandigen		
	Dekkingsgraad via diagnostische mammografieën	Dekkingsgraad via mammotest	Totale dekkingsgraad	Dekkingsgraad via diagnostische mammografieën	Dekkingsgraad via mammotest	Totale dekkingsgraad
Vlaams Gewest	19%	46%	64%	21%	40%	61%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	42%	11%	52%	50%	6%	56%
Waals Gewest	47%	7%	55%	49%	5%	54%
<b>België</b>	<b>30%</b>	<b>30%</b>	<b>60%</b>	<b>31%</b>	<b>28%</b>	<b>59%</b>

De vrouwen van de regeling zelfstandigen nemen iets minder deel aan het programma en ondergaan iets meer opportunistische screening dan vrouwen van de algemene regeling. Dit verschil komt scherper tot uiting in Brussel. Tot slot is de totale dekkingsgraad quasi dezelfde voor beide regimes.

We wijzen erop dat de diagnostische mammografie als een “groot risico” gecatalogeerd staat en dus sinds altijd op dezelfde manier terugbetaald werd binnen de twee stelsels. De raadplegingen bij een gynaecoloog en radioloog daarentegen worden pas sinds 2008 in de verplichte ziekteverzekering van de regeling zelfstandigen terugbetaald.

### *III.4. Nieuwe, regelmatige en verloren populatie in 2009-2010*

#### **III.4.1. Definities**

De individuele longitudinale data van het IMA laten het toe de vrouwen over de tijd heen op te volgen, onder meer op het vlak van aanwending van mammografische onderzoeken, wat het mogelijk maakt volgende vragen te beantwoorden :

- Hoeveel vrouwen kwamen nieuw binnen in het programma ?
- Hoeveel vrouwen blijven trouw aan het circuit van diagnostische mammografieën en hoeveel aan dat van de mammotest ?
- Hoeveel vrouwen verlaten de cohorte van onderzochte vrouwen ?

#### **Geëxcludeerde populatie omwille van leeftijd**

Vooreerst werd de doelgroep beperkt tot de vrouwen die deel uitmaken van de geselecteerde leeftijdscategorieën in de twee periodes, dus zowel selecteerbaar in 2007-2008 als 2009-2010. Voor de hele periode tussen 2007 en 2010 moesten die vrouwen dus in aanmerking komen voor screening.

#### **Geëxcludeerde populatie omwille van overlijden**

Vervolgens hebben we enkel rekening gehouden met de vrouwen die op het einde van de twee periodes niet overleden waren.

#### **Geëxcludeerde bevolking omwille van ontbrekende gegevens**

Tot slot hebben we vrouwen geëxcludeerd voor dewelke we niet over de volledige of correcte gegevens beschikten aangaande de NIS-code en/of het terugbetalingsstatuut voor elk van de periodes.

Net zoals voor de berekening van de dekkingsgraad, zouden de noties « trouw », « nieuw » en « verloren » stricto sensu enkel moeten toegepast worden op de onderzoeken gericht op screening en dus niet op vrouwen die een onderzoek ondergaan hebben ten gevolge van een klacht of een vastgesteld symptoom. Het is immers mogelijk dat een diagnostisch mammografisch onderzoek (MO) geen MO voor screening is maar een « opvolgings »-MO van een diagnostische mammografie (DM) of van een mammotest (MT) is. Hoewel hun aandeel heel waarschijnlijk beperkt blijft, hebben we geen onderscheid in deze diagnostische mammografieën gemaakt. In de eerste plaats omdat de aard van onze dataset niet toelaat de diagnostische mammografieën uitgevoerd met klinische doeleinden te onderscheiden van de andere. Anderzijds kan het type van onderzoek op basis van de termijn tussen twee MO moeilijk bepaald worden op basis van de statistische spreiding van deze termijnen. De begrippen « trouw », « nieuw » en « verloren » dienen dus met de nodige nuance geïnterpreteerd worden.

## Definities <sup>10</sup> :

(a) % nieuwe populatie :

Teller : het aantal vrouwen dat in de periode 2007-2008 geen enkel mammografisch onderzoek (MO) heeft laten uitvoeren en die in 2009-2010 minstens 1 MO geattesteerd kreeg.

Noemer : het aantal vrouwen dat in 2009-2010 minstens 1 MO geattesteerd kreeg.

*Of (nieuwe populatie)/(nieuwe populatie + trouwe populatie)*

(b) % nieuwe populatie met mammotest (MT) :

Teller : het aantal vrouwen dat in de periode 2007-2008 geen enkel MO heeft laten uitvoeren en die in 2009-2010 minstens 1 MT geattesteerd kreeg.

Noemer : het aantal vrouwen dat in 2009-2010 minstens 1 MO geattesteerd kreeg.

(c) % trouwe populatie :

Teller : het aantal vrouwen dat minstens 1 MO onderzoek in 2007-2008 en minstens 1 MO in 2009-2010 geattesteerd kregen

Noemer : het aantal vrouwen dat minstens 1 MO geattesteerd kreeg in 2007-2008 en/of minstens 1 MO in 2009-2010.

*Of (trouwe populatie)/(nieuwe populatie + trouwe populatie + verloren populatie)*

(f) % trouwe populatie met MT:

Teller : het aantal vrouwen die 1 MT in 2007-2008 en 1 MT in 2009-2010 geattesteerd kregen.

Noemer : het aantal vrouwen dat minstens 1 MO geattesteerd kreeg in 2007-2008 en/of minstens 1 MO in 2009-2010.

(g) % verloren populatie :

Teller : het aantal vrouwen dat minstens één MO heeft laten uitvoeren in 2007-2008 en geen in 2009-2010.

Noemer : het aantal vrouwen dat minstens 1 MO heeft laten uitvoeren in 2007-2008.

*Of (verloren populatie)/(trouwe populatie + verloren populatie)*

(h) % verloren populatie met MT:

Teller : het aantal vrouwen dat 1 MT in 2007-2008 liet uitvoeren en geen MO in 2009-2010.

Noemer : het aantal vrouwen met 1 MT in 2007-2008.

*! De definitie van de noemer werd gewijzigd in vergelijking met de vorige rapporten.*

---

<sup>10</sup> De kolommen (d) et (e) vermeld in de vorige rapporten, werden in dit rapport niet berekend. We hebben geopteerd om de benoeming van de kolommen te behouden, teneinde een gemakkelijke vergelijking met de vorige rapporten te maken.

### III.4.2. Resultaten

**Tabel 13 : Nieuwe, trouwe en verloren populatie in 2009-2010 (t.o.v. 2007-2008)**

Gewest/provincie	% nieuwe populatie (a)	% nieuwe populatie met MT (b)	% trouwe populatie (c)	% trouwe populatie met MT (f)	% Verloren populatie (g)	% verloren populatie met MT (h)
<b>Vlaams Gewest</b>	<b>15%</b>	<b>10%</b>	<b>72%</b>	<b>47%</b>	<b>17%</b>	<b>17%</b>
Antwerpen	15%	10%	72%	45%	18%	18%
West-Vlaanderen	16%	12%	71%	51%	18%	17%
Oost-Vlaanderen	14%	10%	73%	45%	17%	17%
Limburg	11%	9%	76%	58%	16%	15%
Vlaams-Brabant	16%	10%	72%	40%	16%	15%
<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>	<b>23%</b>	<b>7%</b>	<b>61%</b>	<b>7%</b>	<b>25%</b>	<b>34%</b>
<b>Waals Gewest</b>	<b>21%</b>	<b>5%</b>	<b>63%</b>	<b>5%</b>	<b>25%</b>	<b>37%</b>
Henegouwen	21%	4%	63%	5%	24%	37%
Luik	24%	5%	60%	4%	26%	37%
Luxemburg	21%	5%	60%	6%	29%	40%
Namen	20%	4%	64%	5%	24%	40%
Waals-Brabant	19%	5%	66%	7%	22%	30%
<b>België</b>	<b>17%</b>	<b>8%</b>	<b>69%</b>	<b>31%</b>	<b>20%</b>	<b>19%</b>

Tijdens de volledige eerste ronde voor Wallonië en Brussel, in 2003-2004<sup>11</sup>, bedroeg het aandeel nieuwe populatie in Vlaanderen 39%, 26% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 29% in het Waals Gewest.

In 2009-2010 is het aandeel nieuwe populatie sterk afgenomen in het Vlaams Gewest (15%) en lichtjes in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (23%) en het Waals Gewest (21%).

Dit kan verklaard worden door de boost die het programma vanaf het begin in Vlaanderen gekend heeft, waar de gewoontes van opportunistische screening veel minder ingebakken waren.

Men stelt vast dat in Vlaanderen, waar het programma veel meer vrouwen aangetrokken heeft dan in Wallonië en Brussel, dit aandeel nieuwe populatie met MT veel lager ligt dan in het verleden, maar nog altijd hoger ligt dan deze vastgesteld in Brussel en Wallonië.

Tijdens de eerste volledige ronde voor Wallonië en Brussel, 2003-2004, bedroeg het aandeel verloren populatie 27% in het Vlaams Gewest, 26% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 23% in het Waals Gewest.

Na de tweede volledige ronde, in 2005-2006<sup>12</sup>, lagen deze percentages op 19% in het Vlaams Gewest, 24% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 22% in het Waals Gewest.

In de tabel supra, bedragen deze percentages voor de vierde volledige ronde, in 2009-2010, 17% in het Vlaamse Gewest, 25% in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest en 25% in het Waals Gewest.

<sup>11</sup> Borstkankerscreeningsprogramma. Periodes 2001-2002 en 2003-2004 Rapport nummer 4 van het Intermutualistisch Agentschap.

De vrouwen in het Vlaams Gewest worden trouw aan het programma, terwijl men in Wallonië en Brussel nog altijd een groot aandeel nieuwe populatie vaststelt (23%) en vooral een groot aandeel verloren populatie (meer dan 1 vrouw op 3 die vroeger deelnam aan het programma).

Een gelijkaardige vaststelling wordt gemaakt aangaande de trouwe populatie aan een mammotest in Vlaanderen (47%) in vergelijking met de twee andere Gewesten (5% en 7%).

**Tabel 14 : Nieuwe, trouwe en verloren populatie in 2009-2010 (t.o.v. 2007-2008) volgens leeftijd**

Gewest	% nieuwe populatie (a)	% nieuwe populatie met MT (b)	% trouwe populatie (c)	% trouwe populatie met MT (f)	% Verloren populatie (g)	% verloren populatie met MT (h)
<b>Vlaams Gewest</b>	<b>15%</b>	<b>10%</b>	<b>72%</b>	<b>47%</b>	<b>17%</b>	<b>17%</b>
50-54	18%	13%	69%	42%	19%	18%
55-59	15%	10%	73%	47%	16%	15%
60-64	13%	9%	75%	50%	15%	14%
65-69	13%	9%	71%	47%	21%	21%
<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>	<b>23%</b>	<b>7%</b>	<b>61%</b>	<b>7%</b>	<b>25%</b>	<b>34%</b>
50-54	25%	7%	60%	6%	25%	33%
55-59	23%	7%	61%	7%	25%	34%
60-64	22%	8%	63%	7%	24%	32%
65-69	24%	8%	60%	7%	27%	38%
<b>Waals Gewest</b>	<b>21%</b>	<b>5%</b>	<b>63%</b>	<b>5%</b>	<b>25%</b>	<b>37%</b>
50-54	23%	5%	62%	3%	24%	36%
55-59	22%	4%	63%	5%	24%	36%
60-64	21%	5%	64%	6%	23%	34%
65-69	21%	5%	61%	6%	27%	40%
<b>België</b>	<b>17%</b>	<b>8%</b>	<b>69%</b>	<b>31%</b>	<b>20%</b>	<b>19%</b>
50-54	20%	10%	66%	27%	21%	20%
55-59	17%	8%	69%	31%	19%	18%
60-64	16%	8%	71%	33%	18%	16%
65-69	16%	8%	67%	32%	23%	23%

In het Vlaams Gewest, nemen de aandelen trouwe populatie en trouwe populatie met MT van 50 tot 64 geleidelijk toe, om vervolgens af te nemen bij vrouwen tussen 65 en 69 jaar. Parallel hieraan neemt het aandeel nieuwe vrouwen geleidelijk af met de leeftijd, evenals het percentage verloren vrouwen dat lichtjes toeneemt bij de oudere vrouwen.

In het Brussels Hoofdstedelijk en het Waals Gewest, worden de aandelen nieuwe, trouwe en verloren populatie weinig beïnvloed door de leeftijd.



**Tabel 15 : Nieuwe, trouwe en verloren populatie in 2009-2010 (t.o.v. 2007-2008) volgens Gewest en terugbetalingsregime**

Gewest	% nieuwe populatie (a)	% nieuwe populatie met MT (b)	% trouwe populatie (c)	% trouwe populatie met MT (f)	% Verloren populatie (g)	% verloren populatie met MT (h)
<b>Vlaams Gewest</b>	<b>14%</b>	<b>10%</b>	<b>72%</b>	<b>47%</b>	<b>18%</b>	<b>17%</b>
Gewone RH	14%	9%	73%	47%	17%	16%
RVT	18%	13%	66%	47%	23%	21%
<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>	<b>23%</b>	<b>7%</b>	<b>61%</b>	<b>7%</b>	<b>25%</b>	<b>34%</b>
Gewone RH	20%	6%	65%	6%	23%	32%
RVT	34%	12%	50%	8%	34%	39%
<b>Waals Gewest</b>	<b>21%</b>	<b>4%</b>	<b>63%</b>	<b>5%</b>	<b>26%</b>	<b>37%</b>
Gewone RH	19%	4%	65%	5%	24%	35%
RVT	27%	6%	55%	6%	32%	40%
<b>België</b>	<b>17%</b>	<b>8%</b>	<b>69%</b>	<b>31%</b>	<b>21%</b>	<b>19%</b>
Gewone RH	16%	8%	70%	32%	19%	18%
RVT	23%	11%	60%	28%	27%	25%

Zoals vastgesteld bij de dekkingsgraad, hebben sociaal zwakkere vrouwen – RVT – een andere houding t.o.v. screening dan de andere vrouwen.

Hoewel de verschillen niet zo groot zijn, ligt het aandeel nieuwe en verloren populatie iets hoger bij de vrouwen met RVT, in het bijzonder voor het aandeel nieuwe populatie met mammotest. Het aandeel trouwe populatie voor de mammotest, dus trouw aan het circuit met mammotest is gelijkaardig bij de vrouwen met en zonder RVT in Vlaanderen en ligt iets hoger bij de populatie RVT in Wallonië en Brussel. In de drie Gewesten ligt het aandeel trouwe populatie aan screening via mammotest of diagnostische mammografie lager bij de vrouwen met RVT in vergelijking met de vrouwen die niet van de verhoogde tegemoetkoming genieten.

## *III.5. Opvolging van vrouwen over 10 jaar : Overlevingsanalyse (2002-2011)*

### **III.5.1. Inleiding**

Zoals we het aangetoond hebben naar aanleiding van de berekening van niet of deels gescreende vrouwen over een periode van 6 jaar in het rapport 7, vormt de dekkinggraad een indicator voor deelname aan (opportunistische of geprogrammeerde) screening op een gegeven ogenblik. De dekkinggraad laat niet toe de regelmaat aan deelname over een langere periode te meten.

Een aanzet hiervoor wordt gegeven in het vorige hoofdstuk, waar het aandeel nieuwe (voor het eerst gescreende), trouwe of verloren (uit de screening stappende) populatie berekend wordt.

Een overlevingsanalyse laat toe de vrouwen over de jaren heen op te volgen en hun regelmaat, hun trouw of hun overgang van het ene screeningscircuit naar het andere in te schatten. Hierbij dient geen rekening gehouden te worden met de leeftijd waarop ze met hun screening van start gaan, noch met de vastgestelde termijn tussen twee screeningsrondes.

In het rapport 7, teneinde het aandeel niet gescreende vrouwen over zes jaar te kunnen inschatten, hebben we de vrouwen geselecteerd die gedurende die 6 jaar deel uitmaakten van de doelgroep. Om die reden hebben de oudere en jongere vrouwen uitgesloten. Een overlevingsanalyse laat toe de exclusie van die vrouwen niet uit te voeren.

De overlevingsanalyse laat eveneens toe rekening te houden met de effectieve termijn tussen twee mammografische onderzoeken, wat vaak niet overeenstemt met de theoretische termijn van twee jaar zoals aangeraden door de guidelines<sup>13</sup>.

### **III.5.2. Methodologie**

We wijzen erop dat net als voor de berekening van de dekkinggraden, we geen onderscheid maken tussen de diagnostische mammografieën uitgevoerd m.h.o. screening en deze die tot doel hebben een diagnose te stellen of een oppuntstelling nastreven. Alle diagnostische mammografieën worden verondersteld uitgevoerd te worden m.h.o. screening.

Om deze overlevingscurve uit te werken, hebben we de vrouwen van 50 tot 69 jaar gevolgd die hun screening tussen 2002 en 2009<sup>14</sup>, opstartten<sup>15</sup>. Dit heeft betrekking op 1.010.399 vrouwen.

De niet gescreende vrouwen worden hier dus niet opgenomen in de studie.

Elke mammografie – diagnostische of mammotest – wordt als een **evenement** beschouwd, zonder onderscheid naar type van mammografie.

---

<sup>13</sup> Epidemiological guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, fourth edition European Communities, 2006

<sup>14</sup> Van 01.01.2002 tot 31.12.2009

<sup>15</sup> Het feit of een vrouw al dan niet een mammografisch onderzoek, MO, heeft laten uitvoeren voor 2002, speelt niet mee

De waargenomen **termijn** tussen twee mammografieën (mammothest of diagnostische mammografie) is kleiner of gelijk aan drie jaar in 80,6% van de gevallen. We dienen op te merken dat bepaalde diagnostische mammografieën – « oppuntstellingen » - uitgevoerd worden in een kortere termijn dan de aanbevolen twee jaar en zo op kunstmatige wijze de gemeten intervallen tussen twee screenings verkorten.

**We hebben deze termijn van drie jaar weerhouden** als termijn waarna we ervan uitgaan dat de vrouwen hun screening opgegeven hebben, screening die ze in theorie binnen een termijn van twee jaar zouden moeten uitvoeren.

Deze termijn van drie jaar laat eveneens toe rekening te houden met vrouwen die deelnemen aan het screeningsprogramma, die om de twee jaar uitgenodigd worden en die hun screening binnen een langere termijn dan de theoretische twee jaar uitvoeren, dit terwijl vrouwen die deelnemen aan een opportunistische screening dit soms aan een hogere frequentie doen.

**De beschrijving van de populatie gescreende vrouwen** gebeurt 6 jaar na de eerste screening uitgevoerd tussen 2002 en 2009.

**De overlevingsanalyse bestudeert de deelname van vrouwen aan de screening in functie van**

- Het type screening : diagnostische mammografie of mammothest uitgevoerd op het ogenblik van de intrede in de overlevingsanalyse, met andere woorden op het ogenblik dat de vrouw haar eerste MO geattesteerd krijgt binnen de periode van 2002 tot 2009;
- De leeftijd : de leeftijdsklasse 50-59 wordt vergeleken met deze van 60-69 jaar
- Het Gewest : het Brussels Hoofdstedelijk en het Waals Gewest worden gegroepeerd en vergeleken met het Vlaams Gewest<sup>16</sup> ;
- Het terugbetalingsregime : RVT/gewone RH.

### **III.5.3. Resultaten**

**De beschrijving van de populatie** wordt uitgevoerd 6 jaar na de eerste screening.

De samenstelling van de Belgische populatie gescreende vrouwen die hun screening « aangevat » hebben tussen 2002 en 2009, is als volgt :

- 40,6% van de vrouwen beginnen met een mammothest ;
- 36,6% van de vrouwen zijn ouder dan 60 ;
- 40,9% van de vrouwen zijn woonachtig in Wallonië en Brussel;
- 16,7% is rechthebbende met RVT.

---

<sup>16</sup> Het Waals en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vertonen een gelijkaardig profiel op het vlak van spontane en opportunistische screening.

**De vergelijking van het Vlaams Gewest met de samengevoegde Brussels Hoofdstedelijk en Waals Gewesten geeft aan dat :**

- Vlaanderen iets minder 60-plussers telt (35,9% versus 37,3%) in vergelijking met de regio “Wallonië-Brussel” ;
- De uitvoering van de mammotest in Vlaanderen overheersend is (64,0% versus 15,1%) ;
- Er verhoudingsgewijs minder vrouwen met RVT gescreend worden in Vlaanderen (14,1% versus 20,6%).

**Het aandeel altijd gescreende vrouwen (minstens om de drie jaar) bedraagt na 6 jaar opvolging 55,2% voor het Rijk :**

- Het aanvangscircuit lijkt weinig belang te hebben op het vlak van aanhouden van screening : 54,1% voor de mammotest versus 56,0% voor de diagnostische mammografie (Hazard Ratio  $HR=0,87$ )<sup>17</sup> ;
- Het verschil is heel groot in functie van de leeftijd : 61,2% bij vrouwen jonger dan 60 versus 45,0% voor vrouwen ouder dan 60 jaar ( $HR=1,65$ );
- Het verschil tussen de Gewesten is relatief klein : 58,0% in Vlaanderen versus 51,1% in Wallonië en Brussel samen ( $HR=1,09$ ) ;
- Het aandeel altijd gescreende vrouwen bedraagt na 6 jaar is duidelijk veel groter bij gewone RH : 57,5% bij gewone RH versus 43,3% bij vrouwen met RVT ( $HR=1,47$ ) ;

**Het verschil in aandeel altijd gescreende vrouwen tussen de Gewesten na 6 jaar opvolging** kan niet verklaard worden door de socio-demografische samenstelling van de Gewesten.

De relatie tussen het genieten van het statuut van recht op verhoogde tegemoetkoming (RVT) en het lager aandeel gescreende vrouwen na 6 jaar opvolging is van dezelfde grootteorde in de twee Gewesten (59,8% bij de gewone RH en 46,4% bij de RVT in Vlaanderen en 53,9% bij de gewone RG tegenover 40,0% bij de RVT voor de regio's Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Wallonië samen).

Het aandeel vrouwen met RVT verklaart het verschil in  $HR = 1,09$  tussen de twee regio's niet, vermits na correctie door het RVT-aandeel, de HR quasi ongewijzigd blijft ( $HR=1,08$ ).

Op dezelfde wijze heeft ook het feit dat de vrouwen ouder dan 60 jaar een kleinere kans hebben om elke drie jaar gescreend te worden geen impact op het verschil tussen de regio's, vermits de HR op 1,08 blijft.

**Daarentegen bestaat er een belangrijke relatie tussen aanvangscircuit (MT of DM) en het Gewest :**

- In Vlaanderen is er omzeggens geen verschil vast te stellen tussen de aanvangscircuits : 56,7% worden na 6 jaar nog altijd gescreend in het aanvangscircuit mammotest versus 60,0% voor het aanvangscircuit diagnostische mammografie.

---

<sup>17</sup> De hazard ratio (HR) test de waarschijnlijkheid om gescreend te worden minstens één keer om de drie jaar na 6 jaar opvolging na de eerste screening.

- In de samengevoegde gewesten Brussel-Wallonië stelt men dat 53,7% van patiëntes die in het circuit diagnostische mammografie ingestapt zijn, na 6 jaar nog altijd gescreend worden versus slechts 36,7% voor het startcircuit mammotest. (HR= 0,65)

Een HR sterk verschillend van 1 geeft aan dat er interactie is tussen screeningcircuit en het Gewest en dat het niet mogelijk is de resultaten bij te werken voor het Gewest.

Het laag aandeel vrouwen die na 6 jaar nog altijd gescreend worden wanneer ze gestart zijn met een mammotest in het Brussels Hoofdstedelijk en het Waals Gewest, wordt niet verklaard door het aandeel RVT of de leeftijd, want de HR in functie van het circuit (MT of DM) (HR=0,65) verandert niet als men rekening houdt met RVT en/of leeftijd (HR= 0,67).

### **De overgang van het ene naar het andere circuit**

Het aandeel vrouwen dat van circuit veranderd is, bedraagt op Belgisch niveau globaal gezien 14,1% (7,6% van de vrouwen hebben één keer van circuit veranderd, 4,9% twee keer).

### Het aandeel vrouwen dat van circuit verandert is eveneens verschillend in het noorden en het zuiden van het land :

- Voor de samengevoegde Gewesten van Wallonië en Brussel, zijn de vrouwen die starten met een mammotest minder « trouw » dan de vrouwen beginnend met een diagnostische mammografie ; 32,9% van de vrouwen die met een mammotest gestart zijn veranderen van circuit tegen 12,1% voor de vrouwen die met een diagnostische mammografie de screening aangevangen hebben;
- Dit terwijl in Vlaanderen het tegengestelde geobserveerd wordt, waar de vrouwen trouwer zijn aan de mammotest; 19,6% van de vrouwen die gestart zijn met een mammotest veranderen van circuit tegenover 31,0% voor de piste diagnostische mammografie.

### **De circuitrouw hangt af van het jaar van aanvang van de screening door de vrouwen**

Het aandeel trouwe vrouwen aan een circuit neigt toe te nemen met de jaren.

Voor de vrouwen die de screening aanvatten in 2002, ligt het aandeel trouwe vrouwen in Vlaanderen die gestart zijn met een mammotest (en niet veranderen van circuit) op 72,9%, dit tegenover 67,4% voor de diagnostische mammografie.

Voor de samengevoegde regio's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waals Gewest, bedraagt het aandeel vrouwen gestart met een mammotest en die er trouw aan blijven slechts 51,0% tegenover 87,4% voor de diagnostische mammografie.

Voor de vrouwen die de screening aanvatten in 2005, ligt het aandeel trouwe vrouwen in Vlaanderen die gestart zijn met een mammotest (en niet veranderen van circuit) op 84,5%, vs. 70,8% voor de diagnostische mammografie.

Voor de samengevoegde regio's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waals Gewest, bedraagt het aandeel vrouwen gestart met een mammotest en die er trouw aan blijven 70,7% vs. 91,6% voor de diagnostische mammografie.

### III.5.4. Besluit

De vastgestelde termijn tussen twee mammografische onderzoeken ligt onder de 3 jaar in 80% van de gevallen.

De overlevingsanalyse onderbouwt de vaststellingen gedaan eerder in dit rapport en in vorige rapporten.

- Vrouwen ouder dan 60 jaar worden minder gescreend.
- De vrouwen met RVT, een sociaal zwakkere groep, worden minder gescreend en vooral op een minder regelmatige basis.
- De vrouwen binnen het Vlaams Gewest worden meer gescreend in het kader van het programma en zijn trouwer aan de mammotest dan aan de diagnostische mammografie. In de loop der jaren, zijn de vrouwen die de screening aanvatten met een mammotest hoe langer hoe trouwer aan hun circuit in vergelijking met de vrouwen die starten met een DM.
- De Brusselse en Waalse vrouwen worden meer gescreend door de diagnostische mammografie en zijn er trouwer aan. De vrouwen die de screening aanvatten met een diagnostische mammografie zijn eveneens trouwer aan hun screeningscircuit.
- Zoals de analyse aangaande de niet gescreende vrouwen reeds had aangetoond<sup>18</sup> is het aandeel nog steeds gescreende vrouwen na 6 jaar gelijkaardig in de drie Gewesten van het land en bedraagt het slechts 55% voor België in zijn geheel.
- **Het percentage na zes jaar nog altijd gescreende vrouwen ligt laag en herinnert eraan hoe moeilijk het is de doelgroep trouw te maken voor de screening, ongeacht of deze georganiseerd of georganiseerd is.**

---

<sup>18</sup> IMA-Rapport 7 over borstkankerscreening

### III.6. Kwalitatieve parameters van de screening

#### III.6.1. Aanvullende senologische onderzoeken van medische beeldvorming na het referentie-mammografisch onderzoek

**Tabel 16 : Aandeel en aantal onderzoeken medische beeldvorming uitgevoerd binnen het jaar volgend op het referentie-mammografisch onderzoek – met inbegrip van de dag van het referentie-onderzoek**

		België			Vlaams Gewest			Brussels Hoofdstedelijk Gewest			Waals Gewest		
		N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Diagnostische mammografie	periode 2007-2008	373.972	319.530	85%	144.888	118.875	82%	42.387	34.541	81%	186.697	166.114	89%
	periode 2009-2010*	327.552	282.780	86%	120.822	100.816	83%	37.450	30.816	82%	169.280	151.148	89%
Mammotest	periode 2007-2008	363.330	24.165	7%	319.433	18.122	6%	9.680	1.034	11%	34.217	5.009	15%
	periode 2009-2010*	297.482	18.331	6%	267.446	14.198	5%	8.130	973	12%	21.906	3.160	14%

\*De referentie-MO werden uitgevoerd tussen 01.01.2009 en 30.06.2010.

N = Aantal referentie-mammografische onderzoeken

n = Aantal referentie-mammografische onderzoeken gevolgd door aanvullende onderzoeken - diagnostische mammografie, echo of NMR - uitgevoerd binnen het jaar volgend op het referentie-onderzoek (inclusief de dag van het referentie-onderzoek zelf)

Het georganiseerde screeningsprogramma dient de kwaliteitscriteria zoals vastgelegd in de Europese aanbevelingen<sup>19</sup> te halen.

**Het percentage onderzoeken medische beeldvorming complementair aan de screeningsmammografie (Recall rate) – echografie, diagnostische mammografie, NMR -**

**Wordt als aanvaardbaar beschouwd als het < 7% en wenselijk als het <5% tijdens de eerste mammotest ;**

**En wordt als aanvaardbaar beschouwd als het < 5% en wenselijk als het <3% tijdens de volgende mammotests.**

- Het aandeel diagnostische mammografieën dat gevolgd wordt door aanvullende onderzoeken medische beeldvorming blijft overdreven hoog in de drie Gewesten van het land : van 83% tot 89% naargelang het Gewest ondanks het feit dat een groot deel onder hen uitgevoerd werd met het oog op screening. Bovendien worden 80% van deze aanvullende onderzoeken medische beeldvorming op dezelfde als de diagnostische mammografie uitgevoerd (cf. tabel 17) Dit percentage heeft sinds het in voege treden van het screeningsprogramma quasi geen evolutie gekend.

<sup>19</sup> Epidemiological guidelines for quality assurance in breast cancer screening, fourth edition. European communities, 2006

- Het aandeel mammotests gevolgd door minstens één onderzoek medische beeldvorming stemt overeen met de Europese aanbevelingen (3 tot 7%) in Vlaanderen voor 2009-2010.

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Waals Gewest blijft het aandeel aanvullende onderzoeken medische beeldvorming hoog. Dit is onder meer te wijten aan het feit dat in deze twee Gewesten de radiologen-lectoren een oppuntstelling vragen wanneer ze niet beschikken over een voorafgaandelijk cliché waarmee ze kunnen vergelijken. De intense oppuntstelling van borsten via echografie wordt ook vaker uitgevoerd. In Wallonië verklaren deze cijfers zich ook door het feit dat radiologen voorrang geven aan sensibiteit op specificiteit (angst voor vals negatieven, zonder angst voor vals positieven).

We herinneren eraan dat bij een mammotest twee onafhankelijke radiologen-lectoren zich akkoord moeten verklaren met de noodzaak van het aanvullend onderzoek medische beeldvorming.

**Tabel 17 : Aandeel en aantal onderzoeken medische beeldvorming uitgevoerd binnen het jaar volgend op het referentie-mammografisch onderzoek met UITSLUITING van de onderzoeken uitgevoerd de dag van het referentie-onderzoek**

Diagnostische mammografie	België			Vlaams Gewest			Brussels Hoofdstedelijk Gewest			Waals Gewest		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Periode 2007-2008	373.972	57.672	15%	144.888	23.321	16%	42.387	6.243	15%	186.697	28.108	15%
Periode 2009-2010*	327.552	57.234	17%	120.822	22.620	19%	37.450	6.092	16%	169.280	28.522	17%

\*De referentie-MO werden uitgevoerd tussen 01.01.2009 en 30.06.2010.

N = Aantal referentie-mammografische onderzoeken

n = Aantal referentie-mammografische onderzoeken gevolgd door aanvullende onderzoeken - diagnostische mammografie, echo of MRI - uitgevoerd binnen het jaar volgend op het referentie-onderzoek met exclusie van onderzoeken de dag van het referentie-onderzoek zelf.

- In 2009-2010, wordt slechts 20% (57.234/297.482) van de aanvullende onderzoeken medische beeldvorming na een diagnostische mammografie niet de dag zelf uitgevoerd. Dit aandeel is gelijklopend over de drie Gewesten..

Opmerking : deze tabel bestaat niet voor de mammotests omdat deze niet gevolgd kunnen worden door aanvullende onderzoeken medische beeldvorming de dag zelf.



### III.6.2. Termijn tussen het referentie-mammografisch onderzoek en aanvullende senologische onderzoeken

De geselecteerde verstrekkingen voor deze verschillende categorieën worden in detail weergegeven in hoofdstuk VI.

**Tabel 18 : Percentielen van de termijnen (in dagen) tussen de mammotest en de verschillende aanvullende senologische onderzoeken uitgevoerd binnen de drie maanden - Periode van het referentie-onderzoek: 2009-2010.**

		2009-2010											
		Diagnostische mammografieën gevolgd door een aanvullend onderzoek					Mammotests gevolgd door een aanvullend onderzoek						
		N	P10	P25	P50	P75	P90	N	P10	P25	P50	P75	P90
Diagnostische mammografie (op punt stelling)	Vlaanderen	1.147	5	9	19	41	69	5.621	17	22	29	40	51
	Brussel	446	6	11	21	43	68	294	17	24	34	51	68
	Wallonië	1.828	6	11	22	43	74	1.804	15	21	31	47	63
	België	3.421	6	10	21	42	71	7.719	16	22	30	41	55
Echographie	Vlaanderen	106.641	0	0	0	0	0	10.591	14	21	28	38	51
	Brussel	32.441	0	0	0	0	0	792	14	22	35	54	71
	Wallonië	161.328	0	0	0	0	0	2.785	15	21	31	47	63
	België	300.410	0	0	0	0	0	14.168	14	21	29	41	56
MRI	Vlaanderen	2.998	2	7	15	29	50	1.233	22	29	40	54	68
	Brussel	542	5	9	17	31	53	37	19	34	43	61	79
	Wallonië	2.403	6	12	20	35	56	175	23	31	44	59	73
	België	5.943	4	9	17	32	53	1.445	22	29	41	55	69

Periode van het referentieonderzoek : 01.01.2009-30.06.2010

De 'European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis'<sup>20</sup> bevelen de volgende termijnen aan :

- de **termijn tussen de screeningsmammografie en het resultaat**, « delay between screening and result » wordt als aanvaardbaar beschouwd als hij  $\leq 15$  werkdagen bedraagt in 95% van de gevallen en wenselijk als hij  $\leq 15$  werkdagen bedraagt in  $> 95\%$ . Hij wordt eveneens als aanvaardbaar beschouwd als hij  $\leq 10$  werkdagen bedraagt in 90% van de gevallen en wenselijk als hij  $\leq 10$  werkdagen bedraagt in  $> 90\%$ .
- de **termijn tussen een resultaat en de op punt stelling**, « delay between result of screening and offered assessment » wordt eveneens aanbevolen. Deze termijn wordt als aanvaardbaar beschouwd als hij  $\leq 5$  werkdagen bedraagt in 90% van de gevallen en wenselijk als hij  $\leq 5$  werkdagen bedraagt in  $> 90\%$ . Hij wordt eveneens als aanvaardbaar beschouwd als hij  $\leq 3$  werkdagen bedraagt in 70% van de gevallen en wenselijk als hij  $\leq 3$  werkdagen bedraagt in  $> 70\%$ .

<sup>20</sup> European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, fourth edition © European Communities, 2006

Bij afwezigheid van informatie over het resultaat, laat de som van deze twee termijnen (15+5 dagen) ons toe **een termijn te bepalen tussen screening en aanvullend onderzoek**. Deze termijn zou dus als aanvaardbaar beschouwd kunnen worden als hij  $\leq (15 + 5) 20$  werkdagen in 90% van de gevallen, en wenselijk als hij  $\leq 20$  werkdagen in  $> 90\%$ .

In 2009-2010, bedraagt het aandeel aanvullende senologische onderzoeken na een mammotest uitgevoerd in een aanvaardbare termijn van 20 werkdagen tussen de 10% en 25%.

De mediane termijn tussen een mammotest en een aanvullend mammografisch onderzoek vermindert in België sinds de lancering van het programma. Van 45 dagen in 2003 bedroeg het 30 dagen in 2009-2010. Deze termijn van oppuntstelling is sterk verminderd in Brussel (34 dagen) en in Wallonië (31 dagen) om zo quasi de in Vlaanderen vastgestelde termijn (29 dagen) te benaderen. Deze termijn zou in de toekomst nog kunnen verminderen ten gevolge van de invoering van digitale mammografieën.

Ondanks de duidelijke verbetering van de termijnen voor oppuntstelling, worden de Europese aanbevelingen nog niet gehaald. We herinneren eraan dat de termijn van de oppuntstelling van de mammotest afhangt van een reeks van etappes, vertrekkend van de informatie van de behandelende arts, van zijn bereidheid om de patiënte te informeren over het resultaat, van de termijn om een afspraak te maken voor een diagnostische mammografie of een echografie, of nog van de bereidheid van de patiënte om het aanvullend onderzoek te ondergaan.

### III.6.3. Mammografische onderzoeken gevolgd door een aanvullende punctie/biopsie

**Tabel 19 : Aandeel van het aantal MO gevolgd door een biopsie en aandeel biopsieën gevolgd door een heelkundige ingreep (exaeresis, tumorectomie en/of mastectomie) binnen de 365 dagen<sup>21</sup> volgend op het referentie-onderzoek**

	Mammotests				
	N mammo- tests	Puncties/biopsieën na mammotest		Chirurgie na puncties/biopsieën	
		n (a) punctie/ biopsieën	n(a)/N	n (b) chirurgie	n(b)/ n(a)
Vlaams Gewest	267.446	2.786	1,0%	1.531	55,0%
Antwerpen	71.320	894	1,3%	446	49,9%
West-Vlaanderen	53.636	588	1,1%	294	50,0%
Oost-Vlaanderen	59.085	531	0,9%	310	58,4%
Limburg	42.167	317	0,8%	212	66,9%
Vlaams-Brabant	41.238	456	1,1%	269	59,0%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	8.130	153	1,9%	54	35,3%
Waals Gewest	21.906	626	2,9%	194	31,0%
Henegouwen	7.931	242	3,1%	88	36,4%
Luik	6.000	202	3,4%	47	23,3%
Luxemburg	1.674	39	2,3%	9	23,1%
Namen	2.848	60	2,1%	24	40,0%
Waals-Brabant	3.453	83	2,4%	26	31,3%
<b>België</b>	<b>297.482</b>	<b>3.565</b>	<b>1,2%</b>	<b>1.779</b>	<b>49,9%</b>

Periode van het referentieonderzoek : 01.01.2009-30.06.2010

In 2009-2010, hangt het aandeel mammotests gevolgd door puncties of biopsieën af van het Gewest: 1,0% in Vlaanderen, 1,9% in Brussel en 2,9% in Wallonië. Dit uitvoeren van puncties/biopsieën ligt omgekeerd evenredig met het aandeel puncties/biopsieën gevolgd door chirurgie: 55% in Vlaanderen, 35% te Brussel, 31% in Wallonië.

De vierde uitgave van de *European guidelines for quality assurance in mammography screening and diagnosis*, beschrijft eveneens de « **benign to malignant biopsy ratio** » als performantie-indicator van het programma. Dit is de verhouding tussen de goedaardige en kwaadaardige biopsieën.

<sup>21</sup> De bekomen percentages in dit rapport liggen hoger dan deze van het rapport 7, omdat de opvolgingsperiode in dit rapport 8 12 maanden is in plaats van 3 maanden in het rapport 7.

Deze verhouding wordt als aanvaardbaar beschouwd als hij 1 op 1 bedraagt in de eerste ronde of in de verdere rondes.

Hij wordt als wenselijk beschouwd als hij kleiner of gelijk is aan 0,5 in de eerste ronde en kleiner of gelijk aan 0,2 in de volgende rondes.

Bij gebrek aan pathologische of klinische informatie, voeren we een benadering van deze indicator uit op basis van de verstrekkingen van puncties en/of biopsieën. We beschouwen de biopsieën gevolgd door chirurgie, zoals een exaeresis, tumorectomie of mastectomie als kwaadaardig.

Voor het jaar 2009 en het eerste semester 2010, stellen we 1179 mammotests gevolgd door punctie/biopsie en chirurgie vast, plus 5014 diagnostische mammografieën gevolgd door punctie/biopsie en chirurgie.<sup>22</sup>

Het percentage biopsieën gevolgd door chirurgie ligt het hoogst in Vlaanderen (55%), gevolgd door Brussel (35%) en Wallonië (31%).

De verhouding « **benign to malignant biopsy ratio** » kan als « aanvaardbaar » beschouwd worden voor het screeningsprogramma in Antwerpen en in West-Vlaanderen.

Diagnostische mammografieën					
	N mammo- tests	Puncties/biopsieën na mammotest		Chirurgie na puncties/biopsieën	
		n (a) punctie/ biopsieën	n(a)/N	n (b) chirurgie	n(b)/ n(a)
Vlaams Gewest	158.272	6.674	4,2%	2.870	43,0%
Antwerpen	35.930	1.602	4,5%	698	43,6%
West-Vlaanderen	17.346	861	5,0%	430	49,9%
Oost-Vlaanderen	28.407	983	3,5%	493	50,2%
Limburg	11.648	480	4,1%	218	45,4%
Vlaams-Brabant	27.491	1.131	4,1%	477	42,2%
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	37.450	1.617	4,3%	554	34,3%
Waals Gewest	169.280	8.160	4,8%	2.144	26,3%
Henegouwen	65.423	3.084	4,7%	887	28,8%
Luik	50.876	2.554	5,0%	621	24,3%
Luxemburg	9.268	498	5,4%	107	21,5%
Namen	23.395	1.120	4,8%	254	22,7%
Waals-Brabant	20.318	904	4,4%	275	30,4%
België	327.552	14.834	4,5%	5.014	33,8%

Periode van het referentieonderzoek : 01.01.2009-30.06.2010

<sup>22</sup> De Stichting Kankerregister telt 4.508 gestelde kankerdiagnoses in 2009 en 4.715 in 2010. <http://www.kankerregister.org>

We dienen erop te wijzen dat 33.8% van de **puncties/biopsieën uitgevoerd na een diagnostische mammografie** gevolgd worden door exaeresis, tumorectomie of mastectomie. Dit percentage ligt eveneens hoger in Vlaanderen (43%) dan in Brussel (34%) et Wallonië (26%).

**Tabel 20 : Percentielen van de termijnen (in dagen) tussen het M.O. en de uitgevoerde biopsieën binnen de 3 maanden en de percentielen van de termijnen (in dagen) tussen het M.O. en de chirurgie uitgevoerd binnen de 12 maanden**

		2009-2010											
		Diagnostische mammografieën						Mammothests					
		N	P10	P25	P50	P75	P90	N	P10	P25	P50	P75	P90
Biopsie	Vlaanderen	4.535	0	0	6	17	37	2.423	15	22	33	46	62
	Brussel	1.454	0	0	0	9	28	133	17	23	35	53	69
	Wallonië	7.331	0	0	0	1	21	613	15	21	32	49	64
<b>België</b>		<b>13.320</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>28</b>	<b>3.169</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>33</b>	<b>47</b>	<b>63</b>
Chirurgie	Vlaanderen	2.952	10	15	25	54	179	1.845	28	37	51	78	197
	Brussel	665	19	27	43	124	220	65	32	52	70	109	181
	Wallonië	2.505	17	25	36	74	206	236	35	47	64	105	207
<b>België</b>		<b>6.122</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>32</b>	<b>68</b>	<b>196</b>	<b>2.146</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>53</b>	<b>83</b>	<b>197</b>

Periode van het referentieonderzoek : 01.01.2009-30.06.2010

De vastgestelde termijnen voor de biopsieën volgen op enkele dagen na deze voor de oppuntstelling via aanvullende medische beeldvorming. Na een mammothest, worden 50% van de biopsieën binnen de maand uitgevoerd (32 tot 35 dagen) en 90% binnen de twee maanden (62 tot 69 dagen).

De termijnen tussen mammothest en chirurgie liggen onder de 2 maanden voor de helft van de vrouwen (P50) en hoger dan 6 maanden voor 10% onder hen (P90).

Deze laatste groep wordt waarschijnlijk deels via neoadjuvante chemotherapie behandeld.

## IV. Pistes voor de verbetering van de deelnamegraad

### IV.1 Context

De verschillende IMA-rapporten hebben de te zwakke dekking voor de screening naar voren gebracht.

In het voorgaande rapport, heeft de opvolging van vrouwen over 6 jaar aangetoond dat in de drie Gewesten een kwart van de vrouwen geen enkel mammografisch onderzoek laten uitvoeren heeft gedurende de drie geobserveerde periodes. Op het niveau van het Rijk werden enkel 37% van de vrouwen 3 keer onderzocht. De meer recente data hebben deze trend bevestigd. De overlevingsanalyse voorgesteld in dit rapport geeft aan dat slechts 55% van de vrouwen die deelgenomen hebben aan een screening tussen 2002 en 2009, na 6 jaar nog altijd deelnemen.

Teneinde deelname aan het screeningsprogramma te stimuleren en de trouw eraan te verhogen, hebben de actoren betrokken bij het georganiseerde screeningsprogramma (Gemeenschappen, Kankerregister, Stichting tegen Kanker, kankercentrum, RIZIV en ziekenfondsen) in 2009 een aantal pistes uitgewerkt :

- identificatie en bepaling van de kenmerken van « niet gescreende » vrouwen ;
- uitvoeren van studies bij deze vrouwen teneinde de hindernissen aan de deelname aan de screening te identificeren ;
- de betrokkenheid van huisartsen bij de promotie en het voorschrijven van de georganiseerde screening uittesten ;
- lokale promotiecampagnes om het nationaal screeningsprogramma te ondersteunen en aan te moedigen.

Deze pistes werden uitgetest aan de hand van verschillende initiatieven.

### IV.2 Initiatieven

#### IV.2.1. Studie voor de bepaling van de determinanten van niet-deelname aan de screening

In het kader van de onvoldoende deelname aan de screening, hebben de drie Gemeenschappen bevoegd voor het programma, de Stichting tegen Kanker en het IMA in partnership de kenmerken van de doelgroep van deze screening onderzocht, in het bijzonder de kenmerken van de vrouwen die niet deelnemen.

#### **IV.2.2. Cartografisch instrument (Toolkit)**

In samenwerking met de hierboven vermelde partners heeft het IMA, naast de analyse van de bepalende factoren van niet deelname aan de screening, een « cartografisch instrument »<sup>23</sup> ontwikkeld, dat toelaat promotie-acties voor deelname aan borstkankerscreeningscampagnes op lokaal niveau uit te werken en evalueren, van het gewestelijk niveau tot het niveau van de statistische sector.

#### **IV.2.3. In 2010-2011 hebben de Femmes Prévoyantes Socialistes<sup>24</sup>, in samenwerking met Solidarité - Mutualité Socialiste een detectie-actie georganiseerd**

aangaande borstkankerscreening in verschillende wijken (van Brussel en Wallonië) waar een lagere participatiegraad dan het Belgisch gemiddelde vastgesteld werd. Dit onderzoek had tot doel de remmen tot deelname aan borstkankerscreening aan de oppervlakte te brengen en hierop te reageren via concrete acties, de impact ervan te evalueren om vervolgens pistes van oplossing en aanbevelingen voor te stellen.

De pistes ter verbetering die op basis van het onderzoek-actie aangebracht werden, zijn de volgende :

- de vrouwen informeren over de voor- en nadelen van screening, teneinde ze toe te laten met kennis van zaken te beslissen al dan niet deel te nemen ;
- de huisartsen meer betrekken in de acties ;
- verschillende praktische aspecten van het georganiseerd programma via mammotest verbeteren (zoals : vergemakkelijken van vastleggen van een afspraak; de kwaliteit van de relationele aspecten die het onderzoek omkaderen, verbeteren) ;
- het « wervend karakter » van informatiecampagnes en uitnodigingsbrieven vertoont zijn grenzen. Het is noodzakelijk om nieuwe manieren te vinden om de vrouwen die nooit aan om het even welke vorm van screening deelnemen, te bereiken ;
- het organiseren en formeel uitwerken van ontmoetingsfora voor eerste lijns- en volksgezondheidsactoren, teneinde een betere wisselwerking en meer doeltreffendheid van de respectievelijke activiteiten te genereren.

---

<sup>23</sup> De indicatoren aangewend voor die cartografisch instrument zijn momenteel bijgewerkt tot 2012 en zijn online beschikbaar op de website <http://atlas.aim-ima.be> van het Intermutualistisch Agentschap.

<sup>24</sup> <http://www.femmesprevoyantes.be/outils-publication/etudes/Sante/Pages/Depistage-cancer-du-seinZAP.aspx>

#### IV.2.4 Een pilootproject met het oog op promotie van de screeningscampagne werd uitgewerkt in West-Vlaanderen

Naar aanleiding van de niet-deelname van een groot deel van de doelgroep en dankzij het ontwikkelde cartografisch instrument, heeft het IMA zich in mei 2012 gericht tot het provinciaal intermutualistisch college van West-Vlaanderen met de vraag om een pilootproject in West-Vlaanderen te organiseren. Dit project werd ontwikkeld in overleg met de Vlaamse Gemeenschap (VAZG<sup>25</sup>) teneinde na te gaan in hoeverre de beschikbare informatie via het cartografisch instrument door de lokale autoriteiten en actoren op het veld aangewend kon worden, met het oog op een verbetering van de doeltreffendheid van lokale promotie-acties ter bevordering van screeningcampagnes.

Het project heeft zijn operationele fase aangevat begin 2013.

Vier 'test'gemeenten (Wervik, Koekelare, Brugge en Roeselare) werden geselecteerd op basis van de volgende criteria :

- Geografische spreiding binnen de provincie,
- Urbanisatiegraad en grootte (landelijke gemeente, kleine stad, centrumstad),
- 'atypische' situatie t.o.v. de provinciale dekkingsgraad,
- Gemeentelijk gemiddelde gelijkaardig aan het provinciale, maar binnen de gemeente grote variatie in de dekkingsgraad op wijkniveau.

Teneinde de coördinatie van de betrokken actoren te optimaliseren, werd aan elke gemeente gevraagd lokale acties te organiseren met alle betrokken actoren :OCMW, ziekenfondsen, Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), huisartsen, Logo's, vrouwenverenigingen, ...

De acties werden ontwikkeld rond twee thema's :

- Algemene sensibiliseringsacties georganiseerd in samenspraak met alle actoren, soms toegespitst op bepaalde wijken (Koekelare, Roeselare, Brugge).
- Expliciet uitspelen van de centrale rol van de huisarts (HA) als zorgcoördinator voor zijn patiënten, door middel van het Globaal medisch dossier (GMD) (Wervik, Roeselare, Koekelare).

Het bijgewerkt cartografisch instrument (data 2005-2010), werd gecombineerd met een ander door het IMA ontwikkeld programma dat toelaat aan elke huisarts zijn patiëntenbestand toe te wijzen. Voor de doelgroep van de screening in dit patiëntenbestand kan dan ook de deelnamegraad nagegaan worden.

---

<sup>25</sup> Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid



Via de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen<sup>26</sup>, hebben/zullen de geïnteresseerde huisartsen (te Wervik, Roeselare, Koekelare), een nominatieve lijst van patiëntes met GMD<sup>27</sup> ontvangen, die op 1 januari 2014 deel uitmaakten van de doelgroep en die gedurende de periode 2005-2010<sup>28</sup> nooit deelnamen aan de screening. Op basis van de bij hen aanwezige meest recente informatie, hebben de huisartsen deze gevalideerd en aangevuld voor die vrouwen die recent gescreend werden en waarvoor binnen de IMA-database nog geen informatie aanwezig was.

De huisartsen waren heel enthousiast bij de gedachte om dit type concrete informatie te ontvangen.

Op basis van deze lijst, kan de huisarts persoonlijk de niet gescreende patiënten sensibiliseren voor deelname aan het screeningsprogramma.

Te Wervik heeft dit aanleiding gegeven tot de verzending van een persoonlijke brief in 3 mogelijke talen (Nederlands, Frans of Russisch) van de huisarts aan zijn patiënte, waarbij de te hanteren taal bepaald werd door de huisarts. Aangezien het geen officiële communicatie is, maar een persoonlijk schrijven, valt dit immers niet onder de taalwetgeving opgelegd aan administraties. Die brief werd toegevoegd aan de officiële uitnodiging voor screening vertrekkend van het CvKO.

Te Brugge concentreren de acties zich in de wijk van Zeebrugge (met een hoge non-participatie) waar in hoofdzaak twee praktijken actief zijn. Op basis van die informatie, heeft het OCMW van Brugge een hele reeks initiatieven op touw gezet in samenspraak met deze twee praktijken.

In Roeselare zal eveneens deze persoonlijke aanpak vanuit de HA-praktijken gehanteerd worden, in combinatie met tal van initiatieven georganiseerd door de gemeente tijdens de week tegen kanker.

Bij de opstart van de acties in Koekelare beschikte men nog niet over het onderscheid van al dan niet gescreende vrouwen per praktijk. Daar heeft het CvKO voor de artspraktijken die hier mee akkoord gingen (bijna allemaal) een persoonlijke brief van de betrokken HA-praktijk aan alle GMD-houdende patiëntes van die praktijk bij de officiële uitnodigingsbrief gevoegd.

In de maanden oktober/november 2014 zullen de resultaten van deze benadering via persoonlijk schrijven getekend door de HA van de patiënte, in overleg met het CvKO kunnen geëvalueerd worden.

Te Wervik en te Roeselare zal op basis van de initieel samengestelde lijst van vrouwen die in de periode 2005-2010 niet deelnamen aan de screening, door het CvKO kunnen aangegeven worden hoeveel van die vrouwen nu wel deelgenomen hebben.

---

<sup>26</sup> Wet van 14 juli 1994, Art. 153 § 1. De adviserend geneesheren hebben als opdrachten :

1) **de sociaal verzekerden advies, informatie en sociale begeleiding te verlenen**, teneinde ervoor te zorgen dat hen de meest geschikte verzorging en behandeling tegen de beste prijs wordt verleend, rekening houdende met de globale middelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

2) **de zorgverleners te informeren**, teneinde de correcte toepassing van de reglementering betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging voor hen te verduidelijken, **door toe te zien op het optimale gebruik van de middelen** van deze verzekering;

<sup>27</sup> Een GMD onderschreven bij deze huisarts.

<sup>28</sup> Verstrekkingen uitgevoerd van 01.01.2005 tot 31.12.2012 (op basis van geboekte gegevens binnen de ziekenfondsen tot 30.06.2013)

Na evaluatie wensen de Wervikse huisartsen een vragenlijst naar hun patiëntes te sturen om hun redenen van niet-deelname beter te kennen.

**Tot slot zou dergelijke oefening ook het effect van het GMD+ op de borstkankerscreening kunnen evalueren.**

Bij wijze van voorbeeld, wordt hieronder de stand van zaken gegeven te Roeselare aangaande onderschrijving van een GMD+ en (niet) deelname aan de screening. Op een totaal van 49 praktijken actief in Roeselare, worden 660 patiëntes geïdentificeerd door het cartografisch instrument 2005-2010<sup>29</sup> waarvoor vastgesteld wordt dat ze gedurende die zes jaar niet gescreend werden. Van deze 660 patiëntes waren er 125 of 18,9% in het bezit van de GMD+.

**Tabel 21 : Niet gescreende vrouwen (NGV) met en zonder GMD+ per medische praktijk in Roeselare**

Aantal NGV per HA-praktijk	Aantal HA-praktijken	Aantal NGV	% NGV	Cumulatief % NGV	Aantal NGV met GMD+	% NGV met GMD+
>= 40	3	142	21,5%	21,5%	6	4,2%
>= 30	3	107	16,2%	37,7%	30	28,0%
>= 20	7	168	25,5%	63,2%	37	22,0%
>= 10	11	166	25,2%	88,3%	38	22,9%
>= 5	7	46	7,0%	95,3%	6	13,0%
< 5	18	31	4,7%	100,0%	8	25,8%
<b>Totaal</b>	<b>49</b>	<b>660</b>	<b>100,0%</b>		<b>125</b>	<b>18,9%</b>

<sup>29</sup> Die patiëntes maken op 1 januari 2014 nog altijd deel uit van de doelgroep

## V. Conclusie

### *V. 1. Nationaal borstkankerscreeningsprogramma : balans na 10 jaar georganiseerde screening*

In 1993 publiceerde de Europese Gemeenschap een eerste « European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening».

Op dat ogenblik is een consensus aanwezig aangaande het nut van de organisatie op systematische wijze van een borstkankerscreeningsprogramma via mammografie bij asymptomatische vrouwen tussen 50 en 70 jaar, voor zover deze begeleid wordt door een regelgevend kader dat de kwaliteit ervan verzekert. Een dekkingsgraad van 70% zou leiden tot een daling met 30% van het sterftecijfer.

In 2001 zet België een nationale borstkankerscreeningscampagne op poten die de mogelijkheid biedt aan alle vrouwen tussen 50 en 69 jaar om elke twee jaar gratis gescreend te worden door middel van een mammotest. De mammotest voldoet aan de kwaliteitsnormen van “Europa tegen Kanker”: het materiaal is onderworpen aan strikte kwaliteitscontroles en de mammotest maakt het onderwerp uit van een tweede lezing door een onafhankelijke radioloog. Er wordt eveneens aanbevolen om niet meer dan 5% bijkomende echografieën uit te voeren (aanvullend onderzoek medische beeldvorming).

Voor de inwerkingtreding van het programma, bestond in België reeds een ruime verspreide gewoonte van screening via de klassieke mammografie (hier diagnostische genoemd). De opportunistische screening biedt niet altijd de kwaliteitsgaranties van de georganiseerde screening en veroorzaakt een aanzienlijke bijkomende maatschappelijke kostprijs. Een klassieke mammografie gevolgd door een echografie kost immers 44 euro meer dan de mammotest. Na terugbetaling door de ziekteverzekering, dient de patiënte bovendien nog eens 15 euro persoonlijk aandeel te betalen. Bovendien wordt deze opportunistische screening gekenmerkt door een quasi systematisch beroep (in meer dan 80% van de gevallen) op een senologische balans (diagnostische mammografie en echografie).

### *V.2. Deelname aan de screening*

#### **Evolutie van de dekkingsgraad en regionale verschillen**

Sinds de inwerkingtreding van het programma, verzamelt het Intermutualistisch Agentschap de gegevens van alle verzekeringsinstellingen en geeft het een overzicht van de evolutie van het programma. De deelname aan het programma en de impact ervan op de opportunistische screening worden onder meer onderzocht.

Tussen 2008 en 2010 wordt een stagnatie op het vlak van deelname vastgesteld in de drie Gewesten, zowel voor wat betreft de georganiseerde als de opportunistische screening. De deelname aan het programma in Wallonië en Brussel blijft heel zwak.

Voor de lancering van het programma werden in België belangrijke regionale verschillen vastgesteld op het vlak van opportunistische screening. In Vlaanderen werden bij 33% van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar een diagnostische mammografie geattesteerd, terwijl dit aandeel in Brussel en Wallonië 48% en 47% bedroeg.

Na 10 jaar programma, in 2009-2010, blijven de regionale verschillen inzake deelname aan het screeningsprogramma via mammotest volharden. De dekkingsgraad via mammotest bedraagt 45% in Vlaanderen, 11% te Brussel en 7% in Wallonië. Deze verschillen in deelnamegraad aan het programma houden onder andere verband met de verschillen in deelnames aan de opportunistische screening voorafgaand aan het programma.

De globale dekkingsgraad (mammotest + diagnostische mammografie) is slechts met 10% toegenomen in Wallonië en Brussel om ongeveer 55% te bedragen. Vlaanderen bereikt 64%.

### **Aantrekking van vrouwen binnen de doelgroep tot de mammotest en trouw aan het programma**

In het Vlaams Gewest kent het aandeel nieuw aangetrokken vrouwen tot het screeningsprogramma een duidelijke daling (15%). Dit feit kan verklaard worden door de sterke groei die het programma vanaf de start in 2001 gekend heeft, omdat de gewoonten van opportunistische screening veel minder ingeburgerd waren. Het aandeel van de trouwe populatie aan de mammotest bedraagt 47%, weinig vrouwen (17%) verlaten het programma. De regelmaat (trouw) van deelname aan het programma verhoogt met de leeftijd, behalve voor de oudere vrouwen (65-69 jaar).

In Brussel en Wallonië vermindert het aandeel nieuwe populatie voor het programma slechts lichtjes, maar het blijft laag (26% en 29%). Het aandeel van de trouwe populatie blijft heel bescheiden (7% en 5%). Het aandeel verloren vrouwen bij een mammotest blijft daarentegen heel hoog (34% en 37%). De doelgroep is heel weinig trouw aan de mammotest.

### **Deelname in functie van de leeftijd**

Zoals reeds werd vastgesteld voor de start van het programma, vermindert de dekkingsgraad van de opportunistische screening geleidelijk aan met de stijging van de leeftijd, en dit voor de drie Gewesten.

In Wallonië en te Brussel, is de aantrekkingskracht van het programma gelijklopend in alle leeftijdscategorieën, terwijl in Vlaanderen de dekkingsgraad via mammotest lichtjes afneemt bij vrouwen van 65 tot 69 jaar.

In de drie Gewesten weerspiegelt de verminderde deelname aan screening met de leeftijd zich in de totale dekkingsgraad, in het bijzonder bij de vrouwen van 65 tot 69 jaar, waar de dekkingsgraad lager ligt.

De aantrekkingskracht van de mammotest is uniformer over alle leeftijdsklassen heen.

### **Deelname in functie van het sociaal statuut RVT**

Zoals reeds vastgesteld voor de start van het programma, en zoals te verwachten was, worden minder opportunistische screenings uitgevoerd bij vrouwen met het RVT-statuu, genietend van een verhoogde tegemoetkoming en sociaal zwakker.

In Brussel en Wallonië lijkt het erop dat het borstkankerscreeningsprogramma iets beter de vrouwen uit achtergestelde middens bereikt dan de opportunistische screening via diagnostische mammografie. Maar het aantal vrouwen dat deelneemt aan het programma blijft zeer laag.

In Vlaanderen, waar de opvolging van het programma veel ruimer is, blijft de participatiegraad van de vrouwen met RVT iets lager.

Ondanks het gratis karakter van de mammotest, blijft het verschil tussen vrouwen met recht op verhoogde tegemoetkoming en de anderen op het niveau van de totale dekkingsgraad bestaan.

### *V.3. Kwalitatieve parameters van de screening*

#### **De aanvullende onderzoeken medische beeldvorming**

De Europese guidelines raden één aanvullend onderzoek medische beeldvorming (hoofdzakelijk echografie, diagnostische mammografie) voor elke 20 gescreende vrouwen via mammotest in het kader van het programma.

In 2009-2010, worden 6% van de mammotests gevolgd door een aanvullend onderzoek medische beeldvorming. Ook hier worden eens te meer regionale verschillen vastgesteld : 5% in Vlaanderen, 12% te Brussel en 14% in Wallonië. Dit hoger aandeel echografieën in Wallonië en Brussel verklaart zich ten dele door de praktijk van intense oppuntstelling van borsten via echografie en door het produceren van nieuwe clichés wanneer de voorgaande clichés niet beschikbaar zijn

Het aandeel diagnostische mammografieën gevolgd door echografieën (senologisch bilan) blijft zeer hoog en bedraagt 86%. Het merendeel van de echografieën wordt uitgevoerd op dezelfde dag van de diagnostische mammografie.

#### **De termijnen**

Ondanks de duidelijke verbetering van de termijnen noodzakelijk voor de oppuntstelling, worden de Europese aanbevelingen nog niet gehaald.

De mediaanwaarde van de aanbevolen termijn voor de oppuntstelling van een screeningsmammografie bedraagt 20 dagen, daar waar deze volgend op een mammotest 30 dagen bedraagt.

#### **Puncties en borstbiopsieën**

Het aandeel mammotests gevolgd door een punctie of een borstbiopsie bedroeg in 2009-2010 1,0% in Vlaanderen, 1,9% te Brussel en 2,9% in Wallonië.

Het aandeel diagnostische mammografieën gevolgd door een punctie of een borstbiopsie bedroeg 4,2% in Vlaanderen, 4,3% te Brussel en 4,8% in Wallonië.

### **Puncties of biopsieën gevolgd door chirurgie**

De verhouding « **benign to malignant biopsy ratio** » kan als « aanvaardbaar » » (1 kwaadaardige biopsie : 1 goedaardige biopsie) beschouwd worden in Antwerpen en in West-Vlaanderen.

### *V.4. Invraagstelling van de balans voordelen-nadelen van een georganiseerde borstkankerscreening*

Twintig jaar geleden werden, ten gevolge van een brede consensus aangaande de doeltreffendheid van een screeningsprogramma door middel van mammografie Europese guidelines gepubliceerd.

Sinds meerdere jaren stellen diverse studies het evenwicht voordeel/nadeel van georganiseerde borstkankerscreening in vraag. Het verwachte voordeel, met name een belangrijke daling van het sterftecijfer ten gevolge van borstkanker, wordt in twijfel getrokken door bepaalde auteurs.

De verbetering van de curatieve behandeling wordt onder andere naar voren geschoven. Studies<sup>30</sup> hebben een betere detectie van kleine kankers aangehaald, met als nadeel overdiagnose en bijgevolg overbehandeling. Bepaalde auteurs<sup>31</sup> pleiten bijgevolg voor een herziening van het systematisch screeningsbeleid van borstkanker d.m.v. mammografie. Terzelfdertijd blijven nieuwe studies de doeltreffendheid van het programma op lange termijn aantonen<sup>32</sup>.

Duidelijke informatie aangaande de voor- en nadelen van deelname aan het screeningsprogramma dient aan de doelgroep kenbaar gemaakt te worden, opdat deze met kennis van zaken kan beslissen over al dan niet deelname aan het programma.

---

<sup>30</sup> Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 6.

<sup>31</sup> [www.minerva-ebm.be](http://www.minerva-ebm.be)

<sup>32</sup> Swedish two country trial : impact of mammography screening on breast cancer mortality during 3 decades. Radiology 2011; 260; 658-63

## VI. NOMENCLATUUR

Nomenclatuurcode	Formulering	Datum van inwerkingtreding	Schrappingsdatum
<b>Mammografies</b>			
450096, 461090	'Diagnostische' mammografie in ambulante setting		
450192, 450203	Screeningsmammografie (mammotest) eerste lezing		
450214, 450225	Screeningsmammografie (mammotest) tweede lezing		
<b>Echografie van de borsten</b>			
460132, 460143, 469394, 469405			
<b>NMR van de borsten</b>			
459476, 459480			
<b>Ponctie en biopsie</b>			
355670	Punctie van de borstklier voor cytologisch onderzoek of inspuiting	01/01/1991	
355681	Punctie van de borstklier voor cytologisch onderzoek of inspuiting	01/01/1991	
227091	Incisie voor biopsie van de borstklieer	01/04/1985	
227102	Incisie voor biopsie van de borstklier	01/04/1985	
<b>Resectie en mastectomie</b>			
226962	Ingrep volgens Urban	05/06/1985	01/12/2008
226973	Ingrep volgens Halsted of Pattey met ex tempore pathologisch-anatomisch onderzoek	05/06/1985	01/12/2008
226984	Ingrep volgens Halsted of Pattey met ex tempore pathologisch-anatomisch onderzoek	05/06/1985	01/12/2008
226995	Ingrep volgens Halsted of Pattey	05/06/1985	01/12/2008

227006	Ingreep volgens Halsted of Pattey	05/06/1985	01/12/2008
227010	Verwijderen van een gezwel uit de weke weefsels boven de spierfascia maar met volledige resectie van het orgaan waarin het gezwel is gelegen	05/06/1985	01/12/2008
227021	Verwijderen van een gezwel uit de weke weefsels boven de spierfascia maar met volledige resectie van het orgaan waarin het gezwel is gelegen	05/06/1985	01/12/2008
227636	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor	01/12/2008	
227640	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor	01/12/2008	
227651	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor en resectie van schildwachtlymfeklier	01/12/2008	
227662	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor en resectie van schildwachtlymfeklier	01/12/2008	
227673	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor en resectie van schildwachtlymfeklier met peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek van de schildwachtlymfeklier	01/12/2008	
227684	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor en resectie van schildwachtlymfeklier met peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek van de schildwachtlymfeklier	01/12/2008	
227695	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor met okseluitruiming	01/12/2008	
227706	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor met okseluitruiming	01/12/2008	
227710	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor en resectie van schildwachtlymfeklier die wanneer tumoraal ingenomen bij peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek gevolgd wordt door een okseluitruiming	01/12/2008	



227721	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor en resectie van schildwachtlymfeklier die wanneer tumoraal ingenomen bij peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek gevolgd wordt door een okseluitruiming	01/12/2008
227732	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge	01/12/2008
227743	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge	01/12/2008
227754	Volledige, borstsparende, resectie van een bewezen kwaadaardig, niet voelbaar borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, na localisatieprocedure	01/12/2008
227765	Volledige, borstsparende, resectie van een bewezen kwaadaardig, niet voelbaar borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, na localisatieprocedure	01/12/2008
227776	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier	01/12/2008
227780	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier	01/12/2008
227791	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier, met peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek van de schildwachtlymfeklier	01/12/2008

227802	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier, met peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek van de schildwachtlymfeklier	01/12/2008
227813	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier, die wanneer tumoraal ingenomen bij peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek gevolgd wordt door een okseluitruiming	01/12/2008
227824	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier, die wanneer tumoraal ingenomen bij peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek gevolgd wordt door een okseluitruiming	01/12/2008
227835	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en een okseluitruiming	01/12/2008
227846	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en een okseluitruiming	01/12/2008

Opmerking : de codes 'Verwijderen van een gezwel of cyste uit de borstklier' (227032-227043), en 'Gedeeltelijke mammectomie of tumorectomie, geassocieerd met een curage van de okselklieren' (227054-227065) worden niet hernomen in de codes Resectie en mastectomie, omdat ze als codes, aan te wenden voor goedaardige pathologieën, beschouwd worden.

## VII. KOST VAN DE SCREENING

### Kostenvergelijking van opportunistische screening uitgevoerd door een radioloog of gynaecoloog en de georganiseerde screening

Van toepassing op 01.01.2014	Honoraria €	Gewone rechthebbenden		RVT	
		RIZIV	Patiënte	RIZIV	Patiënte
<b>Radioloog (geaccrediteerd)</b>					
1 mammografie (450096)	22,62	20,14	2,48	22,62	0
1 mammografie (450096)	22,62	20,14	2,48	22,62	0
Forfaitair Honorarium (460994)	23,89	23,89	0	23,89	0
Honorarium voor raadpleging (460795)	26,4	18,96	7,44	23,43	2,97
<b>Totaal van 2 mammografieën</b>	<b>95,53</b>	<b>83,13</b>	<b>12,4</b>	<b>92,56</b>	<b>2,97</b>
Echografie van de borst (460132)	19,82	17,45	2,37	19,82	0
<b>Totaal van 2 mammografieën + echo</b>	<b>115,35</b>	<b>100,58</b>	<b>14,77</b>	<b>112,38</b>	<b>2,97</b>
<b>Gynaecoloog (geaccrediteerd)</b>					
1 mammografie (461090)	22,62	20,14	2,48	22,62	0
1 mammografie (461090)	22,62	20,14	2,48	22,62	0
<b>Totaal van 2 mammografieën</b>	<b>45,24</b>	<b>40,28</b>	<b>4,96</b>	<b>45,24</b>	<b>0</b>
Echografie van de borst (469394)	19,82	17,45	2,37	19,82	0
<b>Totaal van 2 mammografieën + echo</b>	<b>65,06</b>	<b>57,73</b>	<b>7,33</b>	<b>65,06</b>	<b>0</b>
Consultatie (102535)	24,48	16,25	8,23	21,67	2,81
<b>Totaal van 2 mammografieën + echo + consultatie</b>	<b>89,54</b>	<b>73,98</b>	<b>15,56</b>	<b>86,73</b>	<b>2,81</b>
<b>Georganiseerde screening</b>					
Mammotest (450192)	<b>60,31</b>	<b>60,31</b>	0	<b>60,31</b>	<b>0</b>
Tweede lezing (450214)	6,03	6,03	0	6,03	0
<b>Totaal</b>	<b>66,34</b>	<b>66,34</b>	<b>0</b>	<b>66,34</b>	<b>0</b>

## VIII. RVT - RECHTHEBBENDEN OP VERHOOGDE TEGEMOETKOMING<sup>33</sup>

1. Automatische toekenning voor rechthebbenden met één van de volgende sociale uitkeringen (zonder inkomensvoorwaarde),
  - het leefloon van het OCMW
  - de inkomensgarantie voor ouderen
  - de toelage voor personen met een handicap, toegekend door de Federale overheidsdienst (FOD) sociale zekerheid
  - voor een kind met een erkende handicap van minstens 66%
  - voor de niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV's).
  - voor de wezen die vader en moeder verloren hebben.
  
2. In functie van het gezinsinkomen, na aanvraag bij het ziekenfonds.

De gerechtigden met een jaarinkomen beneden de 16.965,47 € € (+ 3.140,77 € per persoon ten laste) (01/01/2014).

- weduwnaar/weduwe, invalide, gepensioneerde, wees
- erkend als persoon met een handicap
- al minstens 1 jaar volledig werkloos of arbeidsongeschikt
- eenoudergezin

De gerechtigden met een jaarinkomen beneden de 16.743 € (+ 3.099 € € per persoon ten laste) (01/01/2014).

- Die zich niet in de bovenstaande situaties bevinden.

---

<sup>33</sup> Bron : [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be)

## **IX. Bibliografie**

### *IX.1. Europese aanbevelingen*

European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening,  
European Communities, 1993

Epidemiological guidelines for quality assurance in breast cancer screening and  
diagnosis, fourth edition  
European Communities, 2006

Quality assurance in the diagnosis of breast disease  
N.M. Perry, EUSOMA (European Society of Mastology), European Journal of Cancer  
37 (2001) 159-172

The requirements of a specialist breast unit  
EUSOMA (European Society of Mastology), European Journal of Cancer 36 (2000)  
2288-2293

### *IX.2. Studies*

Dépistage du cancer du sein: messages en support d'un choix informé  
Publication - KCE Reports 216 - Good Clinical Practice (GCP) - 2014

Incertitude croissante quant à l'utilité du dépistage du cancer du sein  
Lemiengre M. - Minerva Online 2014-07-15

Le programme actuel de dépistage du cancer du sein a-t-il encore un avenir ?  
Poelman T. - Minerva 2014 13(6):66-66

<http://www.gezondheidsconferentie-kankeropsporing.be>

Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2013,  
Issue 6.

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 7 de l'Agence Intermutualiste  
Comparaison des trois premiers tours 2002-2003, 2004-2005 et 2006-2007  
V. Fabri, A. Remacle; Agence Intermutualiste; Septembre 2010

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 6 de l'Agence Intermutualiste  
Comparaison des trois premiers tours 2001-2002, 2003-2004 et 2005-2006  
V. Fabri, A. Remacle; Agence Intermutualiste; Septembre 2009

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 5 de l'Agence Intermutualiste  
V. Fabri, A. Remacle, R. Mertens ; Agence Intermutualiste; Septembre 2007

Cancer du sein Dépistage Mammotest  
A. Vandembroucke ; Education Santé, n° 225 ; août 2007

Deuxième rapport d'évaluation du programme de dépistage du cancer du sein en  
Région bruxelloise - Périodes : 2003-2004 et 2005-2006  
Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale; Juin 2008

Les dossiers de l'observatoire : Rapport d'évaluation du programme de dépistage  
organisé du cancer du sein en Région bruxelloise, Période : juin 2002 à décembre  
2005  
Observatoire de la santé et du social Bruxelles  
Commission communautaire commune

Mammographies et dépistage des cancers du sein :  
Pour un choix éclairé des femmes désirant participer au dépistage  
La revue Prescrire ; 2006/ 26 n°272 ;p. 348-374

Dépister les cancers du sein sans mammographie ?;  
La revue Prescrire ; 2006/26 n°271 ;p. 286-289

Dossier médical global: Evolution et variation des taux de couverture de la  
population de septembre 2004 à octobre 2005  
JM.Laasman, B. Lange; UNMS; 2006

Vlaamsbevolkingonderzoek naar borstkanker  
Ministerie Vlaamse Gemeenschap; 2005

Dépistage du cancer du sein. KCE reports. vol IIB  
P. Dominique, M. Françoise, B. Luc ; Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé ;  
2005

Opportunité de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans  
M.Puddu, J. Tafforeau; IPH/EPI reports Nr 2005-001  
Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale  
ANAES ; 2005

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 5 de l'Agence Intermutualiste  
V. Fabri, A. Remacle, R. Mertens ; Agence Intermutualiste; Septembre 2007

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 4 de l'Agence Intermutualiste  
V. Fabri, A. Remacle, R. Mertens ; Agence Intermutualiste; Septembre 2006

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 3 de l'Agence Intermutualiste  
V. Fabri, A. Remacle, R. Mertens ; Agence Intermutualiste; Juin 2005

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 2 de l'Agence Intermutualiste  
Version 2

K. De Gauquier, A. Remacle, V. Fabri, R. Mertens ; Agence Intermutualiste;  
Novembre 2004

Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles,  
Dépistage du cancer du sein en médecine générale  
ANAES – SFMG ; Septembre 2004

Le programme de dépistage du cancer du sein  
Programme de la Communauté française en partenariat avec les provinces wallonnes  
D. Beghin, A. Vandenbroucke, A. charbonnier, V Fabri ; Mars 2004

Indicateurs Economiques et Sociaux  
Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés ; Edition 2004

Observatoire de la santé du Hainaut. Dépistage du cancer du sein. Evaluation de  
l'activité en Province du Hainaut ; Année 2003

Mammografische opsporing van borstkanker in België: analyse van de gezondheids  
enquêtes 1997 en 2001  
F. Capet, M. Arbijn, M. Arbaca ; IHP/EPI – Reports N°2003-08

Campagne de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 1 de l'Agence Intermutualiste  
V. Fabri, C. Gaussin, K. De Gauquier ; Agence Intermutualiste ; Octobre 2002

Trend of breast cancer mortality in Belgium.  
M. Arbyn, F. Capet, M. Abarca, IPH/EPI – D/2002/2505/47, 2002.

Le dépistage du cancer du sein en questions  
V. Fabri, Union Nationale des Mutualités socialistes ; Février 2001

Assessment of radiation risk from screening mammography.  
Freig SA ; Cancer 1996; 775: 818-822.

### *IX.3. Koninklijke besluiten en protocollen*

Ontwerpprotocol tot samenwerking tussen de Federale Overheid, het Ministerie van Sociale Zaken, van Volksgezondheid en Leefmilieu en de Gemeenschappen inzake mammografische borstkankerscreening.

25 oktober 2000, Interministeriële conferentie van Volksgezondheid

Koninklijk besluit verschenen op 31 mei 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen.

Koninklijk besluit verschenen op 31 mei 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Koninklijk besluit verschenen op 28 maart 2003 en van kracht op 1 mei 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

### *IX.4. Internetsites van de Gemeenschappen*

[www.lemammotest.be](http://www.lemammotest.be)

[www.brumammo.be](http://www.brumammo.be)

[www.zorg-en-gezondheid.be/Ziektes/Borstkankeropsporing](http://www.zorg-en-gezondheid.be/Ziektes/Borstkankeropsporing)

## **X. Bedankingen**

We bedanken in het bijzonder voor hun deelname, grondige lectuur en gerichte adviezen : :  
Anne Vandenbroucke, Jean-Benoît Burrion, Joeri Guillaume, Bram Peters, Caroline Boltz, Birgit Gielen, Elise Rummens.

---