
PLATFORM KWALITEITSPROMOTIE

Domus Medica - SSMG - RIZIV - IMA - KCE - BVAS - KARTEL

XXXXXXXXXX XXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XXX
XXXX XXXXXXXX

BORSTKANKERSCREENING

Individuele feedback

Medisch huis nummer : xxxxxxxx

Ambulante voorschrijfgegevens

Medische huizen

Data 2002 tot en met 2007

November 2009

INHOUD VAN DE FEEDBACK BORSTKANKERSCREENING

Deel 1 : CONTEXT VAN DE FEEDBACK BORSTKANKERSCREENING	3
1.1 Screening van borstkanker: stand van zaken.....	3
1.2 Doelstelling	3
1.3 Voor wie is deze feedback bedoeld?	3
1.4 Methodologie	4
1.5 Contactpunt.....	4
Deel 2 : WETENSCHAPPELIJKE BOODSCHAPPEN	5
2.1 Welke voordelen bij een georganiseerd screeningsprogramma ?	5
2.2 Wat is uw rol ?	6
2.3 Waarom vrouwen van 50 tot en met 69 jaar ?	6
2.4 Waarom elke 2 jaar ?	6
2.5 Welke houding bij vrouwen met verhoogd risico ?	7
2.6 Welke plaats voor andere opsporingsmethoden ?	7
2.7 Echografie vereist bij dens borstweefsel ?	7
2.8 Welke raad voor vrouwen met borstimplantaten ?	7
2.9 Welke beperkingen aan borstkankerscreening ?	7
2.10 Welke resultaten verwacht men van een georganiseerd screeningsprogramma ?	8
2.11 Welke participatiegraad willen we bereiken ?	8
2.12 Bibliografie	8
2.13 Websites	9
Deel 3 : INDIVIDUELE FEEDBACKGEGEVENS	10
3.1 Wat is uw toegewezen patiëntenbestand en uw doelpopulatie ?	10
3.2. Hoeveel mammografische onderzoeken werden uitgevoerd bij uw doelpopulatie ?	11
3.3. Hoeveel vrouwen ondergingen een mammografisch onderzoek ?	11
3.4 Welk screeningsprofiel hebben de vrouwen die gedurende 6 jaar deel uitmaakten van uw doelpopulatie ?	11
3.5 Wie zijn de voorschrijvers van mammografische onderzoeken bij uw onderzochte doelpopulatie ?	11
3.5.1 Voorschrijvers van screeningsmammografieën	12
3.5.2 Voorschrijvers van mammografieën	12
GLOSSARIUM	13

Platform kwaliteitspromotie

Deze feedback is opgemaakt door het Platform Kwaliteitspromotie, een werkgroep van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie.

Verschillende instanties werken samen binnen het Platform Kwaliteitspromotie:

- de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen: Domus Medica en SSMG
- de overheid: RIZIV en Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
- de verzekeringsinstellingen en het Intermutualistisch Agentschap (IMA);
- de representatieve beroepsorganisaties van artsen: BVAS en Kartel
- en themaspecifieke projectpartners.

In het kader van deze feedback 'Borstkankerscreening' vermelden we:

- het Kankercentrum
- de gemeenschapsinstanties die het bevolkingsonderzoek organiseren: het Consortium van Erkende Regionale Screeningscentra, le Centre Communautaire de Référence, Brumammo
- de overheden van de gemeenschappen

Deel 1 : CONTEXT VAN DE FEEDBACK BORSTKANKERSCREENING

1.1 Screening van borstkanker: stand van zaken

Het screeningsprogramma borstkanker startte in juni 2001 in Vlaanderen en in juni 2002 in Brussel en Wallonië. De deelnamecijfers van 2002 tot 2007, in onderstaande tabel verdeeld over drie periodes van 2 jaar, tonen een duidelijke toename, ook al lijkt deze toename te vertragen.

Tabel : Evolutie van de deelname (in %) van vrouwen van 50 tot en met 69 jaar aan een mammografisch onderzoek door screeningsmammografie (450192-450203), door mammografie (450096, 461090) en in totaal.

	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Couverture door screeningsmammografie	22%	25%	30%
Couverture door mammografie	32%	31%	31%
Totale couverture	54%	56%	61%

Twee vaststellingen trekken hierbij de aandacht.

- In de periode 2002 - 2007 liet 24% van de doelgroepvrouwen (N = 852.550) geen enkele mammografisch onderzoek nemen. Bovendien werd 15% slechts één keer in die 6 jaar onderzocht.
- Vóór de start van het bevolkingsonderzoek lieten 38 % van de doelgroepvrouwen zich spontaan preventief onderzoeken (via mammografie). In 2006 – 2007 werden wel 30 % van de doelgroepvrouwen onderzocht via screeningsmammografie maar nog altijd 31 % via mammografie. Het is belangrijk dat artsen en vrouwen omschakelen van de vroegere gewoonte van opportunistische screening (via mammografie) naar het huidige aanbevolen bevolkingsonderzoek (via screeningsmammografie).

In dit kader bezorgt het Platform Kwaliteitspromotie u deze feedback.

De participatie van vrouwen van 50 tot en met 69 jaar aan het bevolkingsonderzoek is nog niet optimaal.

Mogelijks is een belangrijk percentage van uw patiëntenbestand (nog) niet betrokken bij het screeningsprogramma. U vindt hierover cijfers in het derde deel van deze feedback.

1.2 Doelstelling

Deze feedback heeft drie doelstellingen:

1. Herinneren aan de wetenschappelijke aanbevelingen voor de opsporing van borstkanker in de algemene bevolking.
2. Praktijkrelevante cijfers aanreiken over de opsporing van borstkanker.
3. Stimuleren van de opsporing van borstkanker via screeningsmammografie bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar.

De feedback kan dienen als instrument voor auto-evaluatie en kwaliteitsbevordering, ondermeer via bespreking en reflectie in de eigen LOK.

1.3 Voor wie is deze feedback bedoeld?

Deze feedback richt zich tot alle medische huizen. Screeningsgegevens worden globaal per medisch huis bestudeerd en met andere medische huizen vergeleken.

De feedback verwijst naar de praktijk van alle artsen samen, werkend in het medische huis.

De feedback wordt ook verzonden naar huisartsen, gynaecologen en radiologen.

1.4 Methodologie

De gebruikte methodologie in deze feedback is gelijkaardig aan vorige editie (april 2006). Maar de berekende periodes zijn verschillend waardoor het niet zinvol is om de cijfergegevens van deze feedback te vergelijken met die van vorige editie.

Meer informatie over de methodologie vindt u

- op de website van het RIZIV : www.riziv.fgov.be ,
rubriek Zorgverleners > Artsen > Kwaliteitspromotie > Feedbackcampagnes > Feedback
Borstkankerscreening
- op de website van het Intermutualistisch Agentschap : www.nic-ima.be ,
rubriek Projecten > Borstkankerscreening > Feedback Borstkankerscreening.

Op deze sites vindt u ook voorbeelden van een anonieme feedback voor een huisarts, medisch huis, gynaecoloog en radioloog.

1.5 Contactpunt

Alle schriftelijke reacties en opmerkingen over de inhoud van dit document of vragen over de interpretatie van de cijfers zijn welkom. Uw reacties kunnen ons helpen om de kwaliteit van deze feedback te verbeteren.

Platform Kwaliteitspromotie
c/o Directie RDQ, Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV
Tervurenlaan 211 Bureel T688, 1150 Brussel
med.feedback@riziv.fgov.be
Fax: 02/ 739 79 73

Verantwoordelijke uitgever: Jo De Cock – RIZIV

Elke totale of gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Disclaimer: Het is geenszins de bedoeling dat de boodschappen uit deze feedback letterlijk opgevolgd worden of als standaard gebruikt worden voor elke individuele patiënt. Standaarden zijn gebaseerd op alle beschikbare klinische gegevens en kunnen veranderen naar gelang de wetenschappelijke kennis en technologie evolueren. Deze boodschappen dienen enkel als een richtlijn beschouwd te worden. Het navolgen van richtlijnen garandeert niet bij elke patiënt een succesvol resultaat. Bovendien mogen ze niet vooropgesteld worden als de enige handelswijze en andere aanvaardbare praktijken uitsluit die hetzelfde resultaat nastreven. De uiteindelijke beslissing om een bepaalde klinische procedure te volgen ligt bij de zorgverstrekker, rekening houdend met de klinische gegevens van de patiënt en met de beschikbare diagnostische middelen en behandelingsmogelijkheden.

Deel 2 : WETENSCHAPPELIJKE BOODSCHAPPEN

Deze feedback gaat over **SCREENING**. We spreken hier over **vrouwen die geen specifieke klinische redenen hebben om een borstonderzoek te ondergaan**.

Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar wil vrouwen opsporen met een afwijkende screeningsmammografie die aanvullend medisch onderzoek vereisen. Aanvullende onderzoeken zijn maar nodig bij 5 tot 7% van de onderzochte vrouwen. Per 1000 onderzochte vrouwen wordt bij 6 tot 8 vrouwen de diagnose borstkanker gesteld.

Bij het doorlezen van dit document houdt u altijd het verschil voor ogen tussen enerzijds een **diagnostisch borstonderzoek** op basis van een specifieke klinische reden bij een patiënte en anderzijds een **screeningsmammografie** aangeboden aan een algemene bevolking (van vrouwen) met als enig criterium 'leeftijd tussen 50 en 69 jaar'.

Patiënte Klinische reden	Vrouw tussen 50 en 69 jaar Zonder specifieke klinische reden
Diagnostisch borstonderzoek	Georganiseerde screening (bevolkingsonderzoek)
Klinisch onderzoek, mammografie, echografie, en zo nodig punctie, ...	Screeningsmammografie

2.1 Welke voordelen bij een georganiseerd screeningsprogramma ?

De term « georganiseerde screening » verwijst naar een welbepaald opsporingsprogramma dat in ons land in 2000 werd opgestart. Het programma wordt uitgevoerd conform de aanbevolen Europese kwaliteitsnormen: technische controle van de mammografietoestellen om het beste beeld te bekomen aan de laagste stralingsdosis, controle van beeldpositionering en -kwaliteit. Om deel te nemen aan dit programma moeten de mammografische eenheden beantwoorden aan deze normen.

De dubbele lezing van de opnamen is verplicht : 2 radiologen, onafhankelijk van elkaar, protocolleren de foto's. Zo nodig volgt het advies van een derde radioloog, bij tegenstrijdige lezing door beide eerstgenoemde lezers. In België stelt de dubbele lezing ons in staat 10% extra kankers, niet opgespoord door de eerste lezer, vast te stellen.

Binnen het kader van de georganiseerde screening wordt de **kwaliteit** van de screeningsmammografie **gecontroleerd**. Per borst worden 2 radiografieën met 2 verschillende incidenties genomen. De kwaliteitscontrole maakt het mogelijk om het aantal vals negatieve en vals positieve resultaten tot een minimum te herleiden. Dat is nodig want het onderzoek is gericht op een bevolking met een lage ziekteprevalentie.

Het onderzoek is **gratis** (zonder remgeld, indien de vrouw in regel is met de verplichte ziekteverzekering) en heeft een eigen RIZIV-nomenclatuurcode.

Om de lopende screeningsprogramma's te evalueren hebben de Europese experts verschillende indicatoren van performantie gedefinieerd zoals de participatiegraad, de detectiegraad van kanker, de proportie van kleine kankerletsels, de proportie van kankers met negatieve lymfeklieren, enz. In België worden de aanbevolen Europese drempelwaarden van deze indicatoren behaald, behalve op het vlak van de participatiegraad.

2.2 Wat is uw rol ?

Sensibiliseren, informeren, raad geven

Artsen spelen een sleutelrol bij de georganiseerde screening:

- om - voor screeningdoeleinden - bij de doelgroep enkel gebruik te maken van de screeningsmammografie,
- om vrouwen te sensibiliseren,
- om vrouwen die een screeningsuitnodiging ontvingen aan te moedigen daadwerkelijk naar het onderzoek te gaan,
- om een vrouw voor te lichten over:
 - haar eigen risico op borstkanker,
 - de voordelen van een systematisch screeningsonderzoek,
 - de beperkingen en mogelijke nevenwerkingen ervan.

Vrouwen die zich voornamelijk verlaten op de media zijn slecht geïnformeerd over de negatieve effecten en de beperkingen van screening waardoor ze te hoge verwachtingen hebben over de doeltreffendheid ervan. Anderen staan weigerachtig tegenover het onderzoek omdat ze de noodzaak er niet van inzien of omdat ze er bang voor zijn.

Het voorschrift maken

Zowel de huisarts als de gynaecoloog kunnen een screeningsmammografie voorschrijven aan een vrouw van 50 tot 69 jaar (tweejaarlijks). Het is belangrijk dat artsen zich ervan vergewissen dat

- het voorschrift duidelijk vermeldt dat het gaat om een screeningsmammografie, in het kader van het bevolkingsonderzoek;
- die screeningsmammografie zal doorgaan in een erkende mammografische eenheid (de lijst is beschikbaar op de website van de Vlaamse Overheid);
- de voorgeschreven screeningsmammografie wordt uitgevoerd en het radiografisch onderzoek niet wordt omgebogen tot een mammografie.

De opvolging verzekeren

Vrouwen met een afwijkende screeningsmammografie moeten aanvullende diagnostische onderzoeken ondergaan om kanker vast te stellen of uit te sluiten. Bij een afwijkend screeningsresultaat zorgt de verwijzende arts er voor dat de aanvullende onderzoeken bij de vrouw in kwestie ook gebeuren.

Een goed geïnformeerde arts is dé gesprekspartner bij uitstek voor vrouwen uit de doelgroep.

2.3 Waarom vrouwen van 50 tot en met 69 jaar ?

Bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar heeft de screeningsmammografie haar doeltreffendheid bewezen met een 25 tot 30% sterftedaling door borstkanker op bevolkingsniveau.

Bij vrouwen van 40 tot 49 jaar heeft geen enkele studie een significante daling van de specifieke mortaliteit kunnen aantonen, terwijl negatieve effecten duidelijk zijn aangetoond (méér vals positieven en vals negatieven, méér overdiagnose, méér overbehandeling en méér stralingsrisico).

Bij vrouwen ouder dan 70 jaar zal de beslissing om een mammografisch onderzoek voor te schrijven afhangen van de levensverwachting en de co-morbiditeit van de betrokkene.

2.4 Waarom elke 2 jaar ?

Het screeningsprogramma in België stelt een interval van 2 jaar voor. In de wetenschappelijke literatuur schommelen de tijdsintervallen tussen 1 en 3 jaar. Spijtig genoeg heeft geen enkele klinische studie de impact van verschillende intervallen op de mortaliteit bestudeerd. Gezien het gebrek aan afdoend bewijs raden de aanbevelingen van de Europese Unie een interval van 2 tot 3 jaar aan.

2.5 Welke houding bij vrouwen met verhoogd risico ?

Aanwezigheid van bepaalde risicofactoren rechtvaardigen een opvolging die aangepast is aan het individueel risico:

- familiale antecedenten van borst- of ovariumkanker bij verwanten in eerste graad, in het bijzonder indien die zieke verwanten jonger dan 50 jaar waren,
- persoonlijke antecedenten van borstkanker (inclusief het carcinoma in situ) of hoogrisico-letsels (atypische hyperplasie, phylloides tumor),
- genetische aanleg (genen BRCA 1 en 2).

2.6 Welke plaats voor andere opsporingsmethoden ?

Klinisch onderzoek	Niet aanbevolen in screening Onvoldoende gegevens die aantonen dat dit nuttig is. Verwaarloosbaar toegevoegd effect in combinatie met screeningsmammografie. Onvoldoende positief voorspellende waarde.
Zelfonderzoek van de borsten	Niet aanbevolen in screening Geen effectiviteit als vroegtijdige opsporing. Groot aantal vals positieve onderzoeken.
Echografie	Niet aanbevolen in screening Gebrek aan afdoende gegevens over effectiviteit. Groot aantal vals positieve onderzoeken. Geen (externe) kwaliteitscontrole Wel van belang als diagnostische techniek bij specifieke problemen.
Magnetische Nucleaire Resonantie	Niet aanbevolen in screening Technische problemen, hoge kosten. Wel van belang als diagnostische techniek bij specifieke problemen Aanbevolen bij bepaalde vrouwen met verhoogd risico (mutatie gen BRCA).

2.7 Echografie vereist bij dens borstweefsel ?

Omdat er geen gunstig effect op de sterftedaling is aangetoond raadt geen enkele aanbeveling echografie aan als onderdeel van een screeningsprogramma naar borstkanker, ook niet bij dens borstweefsel. Dergelijke praktijk leidt tot een hoog aantal biopsies per opgespoorde kanker.

2.8 Welke raad voor vrouwen met borstimplantaten ?

Deze vrouwen kunnen eveneens baat hebben bij een screeningsmammografie. Indien nodig zal de radioloog aangepaste RX-opnamen laten uitvoeren.

2.9 Welke beperkingen aan borstkankerscreening ?

De screeningsmammografie levert vrouwen van 50 tot 69 jaar een reëel voordeel op, maar negatieve aspecten moeten ook in rekening worden gebracht.

Vals positieve onderzoeken, aanvullende diagnostische onderzoeken en angst.

1 vrouw op 15 à 20 gescreende vrouwen wordt opgeroepen voor aanvullend onderzoek: extra mammografisch onderzoek, klinisch onderzoek, echografie en eventueel biopsie.

Per 10 vrouwen (opgeroepen voor aanvullend onderzoek) wordt slechts bij 1 vrouw borstkanker vastgesteld. Bij 9 op 10 van de opgeroepen vrouwen blijkt de screeningsmammografie dus vals positief (geen kanker).

Vals negatieve onderzoeken, intervalkankers en onterechte geruststelling

Volgens de literatuur schommelt de gevoeligheid van screeningsmammografie tussen 71 en 95 % (bij vrouwen van 40 tot 74 jaar). De gevoeligheid bij het eerste screeningsonderzoek bedraagt 88 % bij vrouwen van 50 tot 59 jaar (Canadees onderzoek CNBSS2 in KCE rapport).

Een aantal vrouwen wordt dus ten onrechte gerustgesteld. Deze vals negatieve onderzoeken kunnen aan de basis liggen van diagnostische vertraging: de vrouw, ten onrechte gerustgesteld, gaat bij alarmsymptomen niet onmiddellijk op raadpleging.

Screening beschermt niet tegen een intervalekanker (het letsel verschijnt tussen 2 screeningsonderzoeken).

Detectie van tumoren die asymptomatisch zouden gebleven zijn.

Het risico om kankers op te sporen die, zonder screeningsonderzoek, asymptomatisch zouden zijn gebleven, wordt momenteel geschat als 1 op 3. Een deel van deze tumoren zijn de "intraductale carcinoma's in situ", waarvan het natuurlijk beloop zonder behandeling onduidelijk blijft.

Risico verbonden aan de RX-screenings techniek.

Het risico op stralingsgeïnduceerde kanker is momenteel erg laag dankzij de technische controle van de screeningsapparatuur. Dit risico wordt geschat tussen 10 en 50 overlijdens per miljoen vrouwen die vanaf 50 jaar regelmatig deelnemen aan een screeningsprogramma (met 10 tot 20 screeningsonderzoeken).

2.10 Welke resultaten verwacht men van een georganiseerd screeningsprogramma ?

De belangrijkste doelstelling van een screeningsprogramma bestaat erin om de overlevingskansen van vrouwen met borstkanker te verbeteren dankzij opsporing in een vroegtijdiger stadium. Gezien de vrij lange gemiddelde overlevingsduur van vrouwen behandeld voor borstkanker, duurt het 7 à 8 jaar bij een participatiegraad van 75% vooraleer een gunstig resultaat van het screeningsprogramma ook in de mortaliteitsstatistieken zichtbaar wordt.

2.11 Welke participatiegraad willen we bereiken ?

Volgens de Europese aanbevelingen bedraagt de 'gewenste' deelnamegraad meer dan 75% . De doelstelling (daling van de borstkankermortaliteit) is enkel haalbaar bij een hoge participatiegraad van de doelgroepen dit gedurende vele jaren.

2.12 Bibliografie

De weblinks naar onderstaande documenten zijn beschikbaar op de RIZIV website: www.riziv.fgov.be , rubriek Zorgverleners > Artsen > Kwaliteitspromotie > Feedbackcampagnes > Feedback Borstkankerscreening.

Aanbevelingen

- European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, fourth edition. European Commission (2006).
- Garmyn B, Govaerts F, Van de Vyver N, Teughels S, Tjalma W, Van Hal G, Goelen G, Van Limbergen E, Verslegers I, Van Goethem M. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Borstkankerscreening. Huisarts Nu 2008;37:2-27.
- Verslag van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's. COM (2008) 882 definitief. Tenuitvoerlegging van de Aanbeveling van de Raad van 2 december 2003 over kankerscreening (2003/878/EG).

Rapporten en studies

- Paulus D, Mambourg F, Bonneux L. Borstkankerscreening. Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2005 april. KCE Reports vol. 11A. Ref. D/2005/10.273/05. www.kce.fgov.be.
- KCE Reports vol. 63A: Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie : een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van borstkanker. 20/08/2007 (2nd print; 1st print, 26/07/2007). Update gepland in december 2009. www.kce.fgov.be
- Puddu M, Tafforeau J. Opportuniteit van borstkankerscreening bij vrouwen tussen 40 en 49 jaar. Stand van zaken in België : elementen voor een gezondheidsbeleid. IPH/EPI Reports Nr. 2005-001. www.iph.fgov.be
- Fabri V., Remacle A. Programma Borstkankerscreening : Vergelijking van de eerste drie rondes. Verslag nr. 6 van het Intermutualistisch Agentschap. Januari 2009. www.nic-ima.be

2.13 Websites

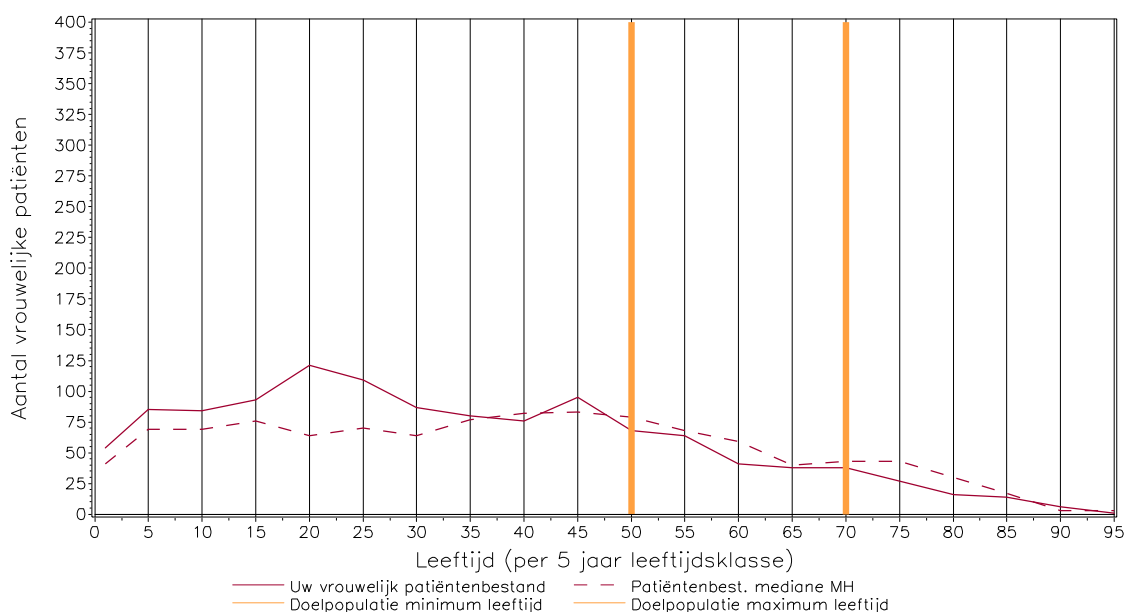
RIZIV	www.riziv.fgov.be
FOD Volksgezondheid	www.health.fgov.be
Vlaamse Overheid	www.borstkankeropsparing.be
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	www.brumammo.be
Franstalige Gemeenschap	www.lemammotest.be ofwel
	www.sante.cfwb.be
Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg	www.kce.fgov.be
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid	www.iph.fgov.be
Intermutualistisch Agentschap	www.nic-ima.be
Domus Medica	www.domusmedica.be
SSMG	www.ssmg.be

Deel 3 : INDIVIDUELE FEEDBACKGEGEVENS

3.1. Wat is uw toegewezen patiëntenbestand en uw doelpopulatie ?

**Figuur 1 : Aantal vrouwelijke patiënten per leeftijdsgroep
Uw toegewezen vrouwelijk patiëntenbestand**
in vergelijking met het toegewezen vrouwelijke patiëntenbestand
van de mediane (P 50) van de Belgische medische huizen (MH)

(Data 2006-2007 - medisch huis xxxxxxxx)



Uw toegewezen patiëntenbestand bestaat uit de patiënten die minstens één maand waren ingeschreven in uw medisch huis tijdens de periode 2006-2007

Elke patiënt wordt slechts toegewezen aan één medisch huis : patiënten die tijdens de periode 2006-2007 in meerdere medische huizen waren ingeschreven, worden toegewezen aan het medisch huis met het grootst aantal maandforfaits.

Totaal aantal vrouwelijke patiënten in uw toegewezen patiëntenbestand = 1197

Aantal vrouwelijke patiënten binnen de doelpopulatie (50 tot en met 69 jaar) van het screeningsprogramma = 220

Aantal vrouwelijke patiënten binnen de doelpopulatie (50 tot en met 69 jaar) van het mediane Belgische medische huis = 170

Tabel 1 : Uw doelpopulatie per periode van 2 jaar

(Data 2002-2007 - medisch huis xxxxxxxx)

	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Aantal vrouwen in de doelgroep tijdens het 1ste jaar v/d periode	177	184	200
Aantal vrouwen in de doelgroep tijdens het 2de jaar v/d periode	177	194	211
Totaal aantal vrouwen in de doelgroep in het 1ste en/of het 2de jaar v/d periode	186	201	220
Aantal bestudeerde vrouwen	167	174	189

Uw doelpopulatie bestaat uit uw vrouwelijke patiënten van 50 tot en met 69 jaar.

Aangezien we geen medische informatie hebben over deze patiënten bevat uw doelpopulatie ALLE vrouwen : met of zonder borstpathologie, met of zonder symptomen, met of zonder risicofactoren.

Het is mogelijk dat het aantal vrouwen bestudeerd in deze feedback (=tabel 1, onderste rij) iets lager is dan het reële aantal vrouwen van 50 tot en met 69 jaar uit uw toegewezen patiëntenbestand. Dit is een gevolg van de manier waarop uw doelpopulatie berekend werd. Zo werden vrouwen uitgesloten indien ze niet beide jaren van een periode tot de doelgroepleeftijd (50 tot en met 69 jaar) behoren. Ook werden vrouwen uitgesloten bij ontbrekende gegevens (van leeftijd, verzekeringsstelsel, NIS code). Bovendien werden enkel de vrouwen weerhouden die nog in leven waren bij afloop van elke periode van 2 jaar.

3.2. Hoeveel mammografische onderzoeken werden uitgevoerd bij uw doelpopulatie ?

Tabel 2 : Aantal mammografische onderzoeken bij uw doelpopulatie
in vergelijking met de doelpopulatie van de mediane (P50) van de medische huizen
in het Vlaamse gewest en in België per periode van 2 jaar
(Data 2002-2007 - medisch huis xxxxxxxx)

	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Aantal screeningsmammografieën (450192-450203)	83	90	107
Aantal mammografieën (450096,461090)	30	27	29
Totaal aantal mammografische onderzoeken	113	117	136
Verhouding (screeningsmammo./totaal aantal mammo. onderzoeken)	73%	77%	79%
Vergelijking met de mediane (P 50) van Vlaamse medische huizen	59%	60%	73%
Vergelijking met de mediane (P 50) van Belgische medische huizen	17%	27%	31%

3.3. Hoeveel vrouwen ondergingen een mammografisch onderzoek ?

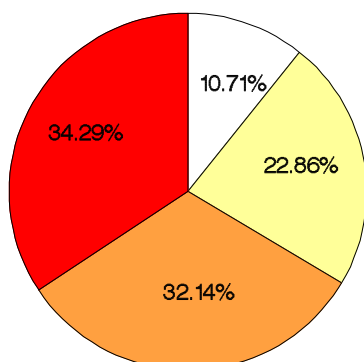
Tabel 3 : Percentage vrouwen van uw doelpopulatie die een mammografisch onderzoek (screeningsmammografie of mammografie) ondergingen
in vergelijking met de doelpopulatie van andere medische huizen
en de doelpopulatie van uw provincie, uw gewest en België.
(Data 2002-2007 - medisch huis xxxxxxxx)

	Pct vrouwen onderzocht d.m.v. mammografisch onderzoek (screeningsmammo. en/of mammografie)			Pct vrouwen onderzocht d.m.v. screeningsmammografie		
	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Uw doelpopulatie	62%	61%	68%	50%	52%	57%
Andere medische huizen (P50)	52%	49%	54%	11%	17%	19%
Uw provincie	59%	64%	71%	41%	48%	55%
Uw gewest	54%	58%	65%	33%	37%	44%
België	54%	56%	61%	22%	25%	30%

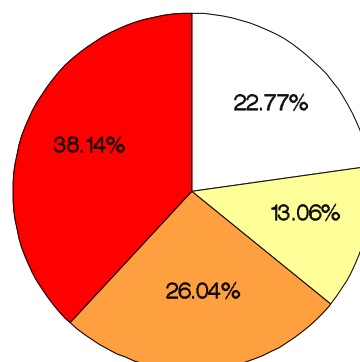
3.4. Welk screeningsprofiel hebben de vrouwen die gedurende 6 jaar deel uitmaakten van uw doelpopulatie ?

Figuur 2 : Percentage vrouwen van uw doelpopulatie onderzocht via mammografie en/of screeningsmammografie gedurende 6 jaar: geen enkele keer, 1 keer, 2 keer of 3 keer.
(Data 2002-2007 - medisch huis xxxxxxxx)

Uw doelpopulatie
Doelpopulatie gedurende 6 jaar (N=140)



Vlaams Gewest
Doelpopulatie gedurende 6 jaar (N=507380)



□ Nooit onderzocht □ 1 keer onderzocht □ 2 keer onderzocht □ 3 keer onderzocht □ Andere

Andere = resterende screeningsprofiel klassen met een relatief laag percentage

3.5. Hoeveel vrouwen ondergingen een mammografisch onderzoek ?

3.5.1. Voorschrijvers van screeningsmammografieën

Tabel 4 : Percentage screeningsmammografieën (450192-450203) voorgeschreven in het Vlaamse Gewest door huisartsen en gynaecologen

(Data 2002-2007)

<i>Voorgescreven onderzoeken door :</i>	2002-2003	2004-2005	2006-2007
De huisartsen	13%	12%	12%
De gynaecologen	3%	2%	3%
Andere specialisten	1%	0%	5%
Onbepaalde voorschrijvers	83%	86%	80%

In 2006-2007 konden in het Vlaamse Gewest slechts 20% van de uitgevoerde screeningsmammografieën aan een verwijzer/voorschrijver gelinkt worden, hetgeen een zeer onvolledig beeld per type voorschrijver geeft.

We kunnen wel bevestigen dat in het Vlaamse Gewest minstens 12% van de screeningsmammografieën werden voorgeschreven door huisartsen en minstens 3% door gynaecologen. Het gaat om minimumpercentages.

Het hoge percentage ongekenke voorschrijvers kan door twee fenomenen verklaard worden:

- De meerderheid van de screeningsmammografieën worden uitgevoerd bij vrouwen die ingaan op een uitnodiging vanwege het screeningsprogramma. Deze screeningsmammografieën werden dus niet voorgeschreven door een zorgverstrekker.
- Daarnaast is het screeningscentrum niet verplicht om het RIZIV nummer van de voorschrijver te registreren in het geval het gaat om een vrouw die doorverwezen werd door een huisarts of gynaecoloog. Er zijn grote verschillen tussen de screeningscentra wat betreft het al dan niet registreren van de voorschrijver. Daarenboven is ook niet duidelijk wat het screeningscentrum registreert wanneer een vrouw zich aanbiedt met zowel een uitnodiging als een voorschrift.

3.5.2. Voorschrijvers van mammografieën

Tabel 5 : Percentage mammografieën (450096, 461090) voorgeschreven aan uw doelpopulatie door u en andere voorschrijvers in vergelijking met de mediane (P50) van de medische huizen in het Vlaamse Gewest en in België

(Data 2002-2007 - medisch huis xxxxxxxx)

<i>Voorgescreven onderzoeken door :</i>	2002-2003	2004-2005	2006-2007
U zelf	27%	30%	28%
De gynaecologen	53%	48%	62%
Andere huisartsen	3%	4%	0%
Andere specialisten	17%	19%	10%

<i>Vergelijking van uw praktijk met :</i>	2002-2003	2004-2005	2006-2007
De mediane van de Vlaamse medische huizen (P 50)	30%	33%	36%
De mediane van de Belgische medische huizen (P 50)	28%	26%	27%

GLOSSARIUM

Mammografie en screeningsmammografie

Het onderscheid zit in de reden of de aanleiding waarom de radiografie genomen wordt.

Mammografie (MM) :

Nomenclatuurcode 450096, 461090

= mammografie, per borst, inclusief de eventuele okselclichés (ongeacht het aantal clichés).

Screeningsmammografie (SM) :

Nomenclatuurcode 450192 – 450203

= mammografie van beide borsten uitgevoerd in het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek.

Mammografisch onderzoek

Een mammografisch onderzoek is een radiografisch onderzoek van de borst(en), waarbij het gaat om ofwel een gewone mammografie ofwel een screeningsmammografie.

Het totaal van de vrouwen met een mammografisch onderzoek verwijst dus naar de som van de vrouwen die een screeningsmammografie of een gewone mammografie zonder voorafgaande screeningsmammografie ondergaan hebben.