



DRAAIBOEK BEVOLKINGSONDERZOEK BORSTKANKER

Inhoud

1.	Gezondheidsdoelstelling	3
2.	Incidentie, prevalentie en sterfte in Vlaanderen	3
2.1	Incidentie	3
2.2	Prevalentie	4
2.3	Sterfte	5
3.	Europese richtlijnen	5
4.	Vlaamse regelgeving en afspraken met de federale en andere overheden (protocolakkoorden)	5
5.	Toelating voor de Bevolkingsonderzoeken Kanker door de WG BVO.....	6
6.	Goed bestuur	8
6.1	Algemene taakomschrijving (actieplan)	8
6.2	Taakverdeling Bevolkingsonderzoek Borstkanker	11
6.3	Overzicht kwaliteitsindicatoren met berekeningswijze en verantwoordelijke actoren.....	12
6.4	Klachtenprocedure	16
7.	Procedure gegevensregistratie -en uitwisseling	17
8.	Participatie	20
8.1	Informatie- en sensibiliseringsplan.....	20
8.2	Procedure taaladvies	20
8.3	Materialen.....	23
9.	Kwaliteit Bevolkingsonderzoek kanker	24
9.1	Doelgroepselectie en uitnodiging	24
9.2.	Toepassen screeningsinstrument.....	51
9.3	Analyse en beoordeling	59

1. Gezondheidsdoelstelling

Van 2025 tot 2035 realiseren we maximale gezondheidswinst voor de bevolking in Vlaanderen door een passend, kwaliteitsvol en wetenschappelijk onderbouwd screeningsaanbod op maat van de doelgroep voor borst-, baarmoederhals- en dikkedarmkanker en volgen we nieuwe ontwikkelingen nauwgezet op.

<https://www.departementzorg.be/nl/gezondheidsdoelstelling-bevolkingsonderzoeken-naar-kanker>

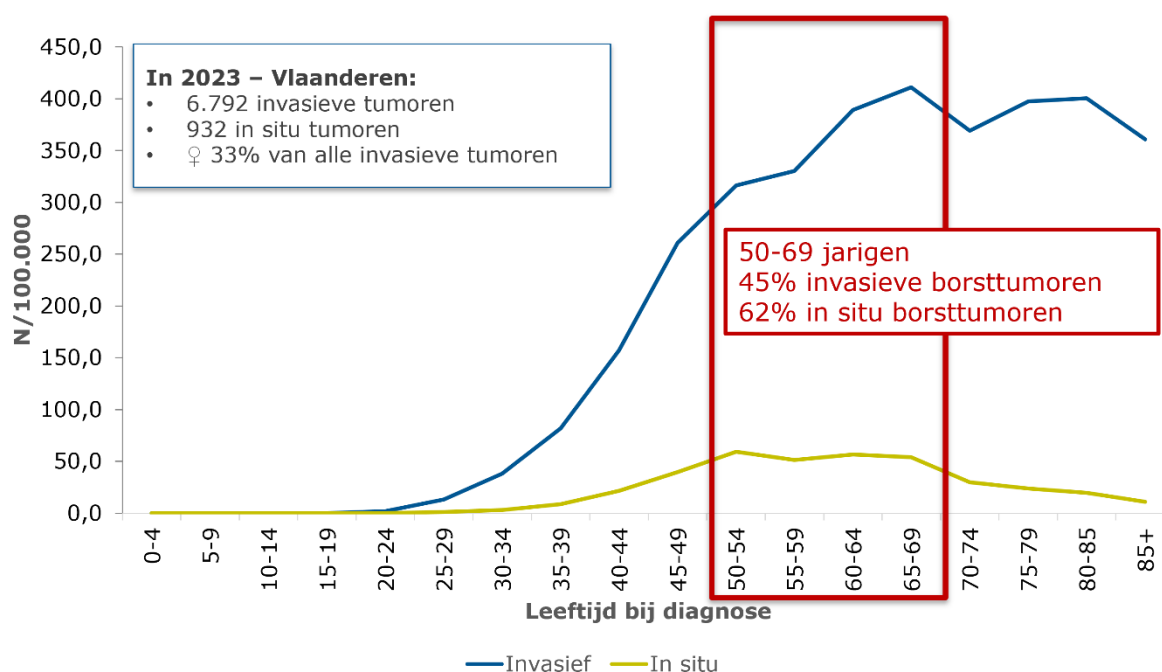
2. Incidentie, prevalentie en sterfte in Vlaanderen

2.1 Incidentie

Borstkanker (ICD-10-code C50) is in Vlaanderen de meest voorkomende vorm van kanker. De vergelijking met registratiecijfers van enkele andere Europese landen suggereert dat België één van de hoogste incidentiecijfers heeft voor borstkanker bij vrouwen. Borstkanker maakt 33% uit van alle invasieve tumoren bij vrouwen.

In figuur 1 is de leeftijdsspecifieke incidentie in Vlaanderen weergegeven, zowel voor de invasieve als de in situ borstkanker. In 2023 werden er in Vlaanderen 6.792 nieuwe invasieve tumoren gediagnosticeerd en 932 nieuwe in situ tumoren, waarvan respectievelijke 45% en 62% binnen de te screenen leeftijdsgroep van 50 tot 69 jaar valt.

Figuur 1: Leeftijdsspecifieke incidentie van nieuwe diagnoses van invasieve en in situ borstkanker in Vlaanderen voor de periode 2000-2023



Bron: Belgian Cancer Registry, <https://kankerregister.org/>

2.2 Prevalentie

De prevalentie van kanker omvat alle personen die nog in leven zijn op een bepaalde datum en bij wie in een voorbije periode een vorm van kanker is vastgesteld. Kankerprevalentie wordt zowel bepaald door de kankerincidentie als de kankeroverleving. Zo zullen kankers met een hoge incidentie en een goede overleving een hoge prevalentie hebben, terwijl kankers met hoge incidentie maar met een slechte overleving een lage prevalentie hebben. Op basis van beschikbare kankerincidentie- en overlijdensgegevens werd de 1-, 5-, 10- en 15-jaars prevalentie van (invasieve) kankers in Vlaanderen berekend. De 1-, 5-, 10- en 15-jaarsprevalentiecijfers op 31/12/2023 voor alle invasieve borstkankers voor vrouwen in het Vlaamse Gewest zijn weergegeven in tabel 1. Deze prevalentiecijfers geven aan hoeveel mensen er op 31/12/2023 nog in leven zijn en in de periode van 1, 5, 10 of 15 jaar hieraan voorafgaand borstkanker kregen.

Tabel 1: Prevalentie van invasieve borstkanker bij vrouwen in Vlaanderen voor alle leeftijden en per tijdsspanne sinds tijdstip van diagnose (situatie op 31/12/2023) (ICD-10 C50)

	1-Jaar	5-Jaar	10-Jaar	15-Jaar
Aantal vrouwen (N)	6636	30136	53564	72182
Proportie (N per 100.000)	192,7	875,0	1555,2	2095,7

Bron: Belgian Cancer Registry, <https://kankerregister.org/>

De 5-jaarsprevalentie voor invasieve borstkanker is 875 vrouwen per vrouwelijke populatie van 100.000. Dit wil zeggen dat 0,87% van de Vlaamse vrouwen in de periode van 5 jaar voorafgaand aan 31/12/2023 de diagnose van invasieve borstkanker kreeg en nog steeds in leven is op die datum. De 1-, 5-, 10- en 15-jaarsprevalentiecijfers voor invasieve borstkanker op 31/12/2023 voor het Vlaamse Gewest per leeftijdsgroep zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2: Prevalentie van invasieve borstkanker bij vrouwen in Vlaanderen per leeftijdsgroep en per tijdsspanne sinds tijdstip van diagnose (situatie op 31/12/2023) (ICD-10 C50)

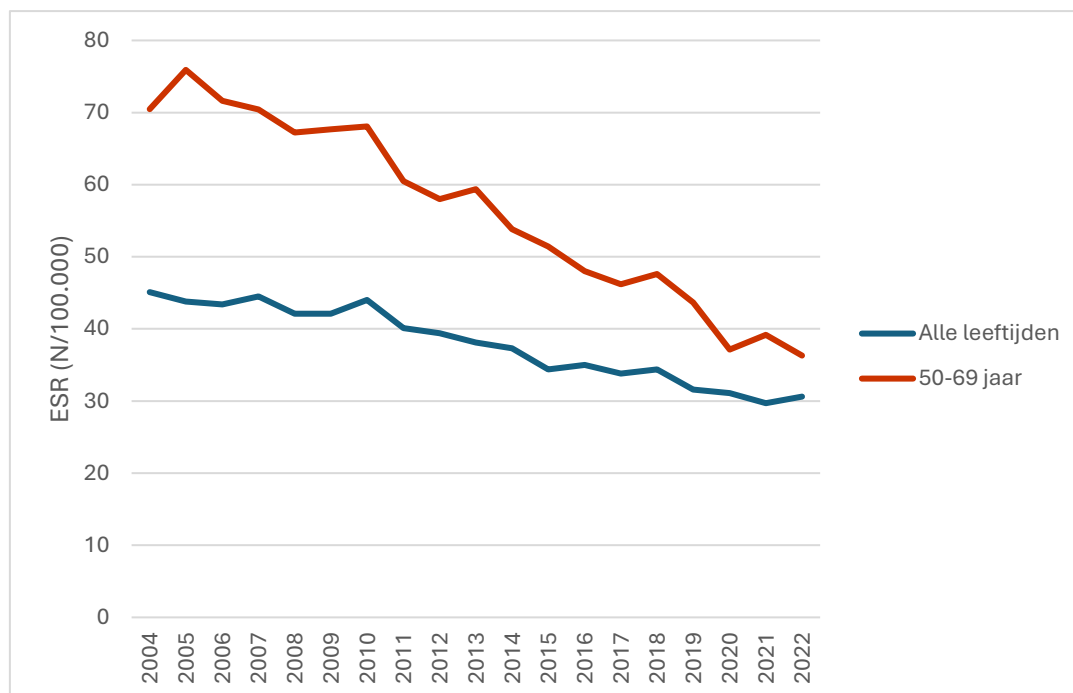
Leeftijdsgroep		1-Jaar	5-Jaar	10-Jaar	15-Jaar
50-59 jaar	Aantal vrouwen (N)	1348	6510	11640	14752
	Proportie (N per 100.000)	296,5	1432,0	2560,4	3244,9
60-69 jaar	Aantal vrouwen (N)	1708	7811	14215	20006
	Proportie (N per 100.000)	389,6	1781,8	3242,6	4563,6

Bron: Belgian Cancer Registry, <https://kankerregister.org/>

2.3 Sterfte

De voor leeftijd gestandaardiseerde mortaliteit door borstkanker in Vlaanderen is weergegeven in figuur 2 en dit voor alle leeftijden, maar ook voor de leeftijdscategorie 50-69. Er is duidelijk een sterkere dalende trend in de mortaliteit voor de leeftijdsgroep 50-69 jarigen t.o.v. alle leeftijden.

Figuur 2: Evolutie van de sterfte door borstkanker in Vlaanderen voor alle leeftijden en voor de leeftijdscategorie 50-69 jaar (2004-2022)



ESR: voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie gebruik makend van Europese standaardpopulatie van 2013 (N/100.000 persoonsjaren)

Bron: www.statbel.fgov.be

3. Europese richtlijnen

European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis:

[European Commission Initiative on Breast Cancer | Cancer Screening, Diagnosis and Care](#)

4. Vlaamse regelgeving en afspraken met de federale en andere overheden (protocolakkoorden)

Preventiedecreet: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/decreet-van-21-november-2003-betreffende-het-preventieve-gezondheidsbeleid>

Preventieprotocol 20160316: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/protocolakkoord-van-21-maart-2016-tussen-de-federale-overheid-en-de-overheden-bedoeld-in-artikel-128>

5. Toelating voor de Bevolkingsonderzoeken Kanker door de WG BVO

Advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (10/07/2024)

https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2024-08/24-02_WG_BVO_HPV-screening.pdf

Advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (10/06/2011)

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/BVO%20WG%20advies%2011-05.pdf>



Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek

10/06/2011

ADVIES nr. 11-05

Betreft: advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar Borstkanker

5.1 Advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar Borstkanker

5.1.1 Situering

Dit bevolkingsonderzoek betreft het opsporen van borstkanker bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar, volgens de procedures vermeld in het draaiboek 'Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker' (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/draaiboek-bevolkingsonderzoek-borstkanker>).

De Vlaamse overheid organiseert reeds vanaf 15 juni 2001 het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Zij is verantwoordelijk voor het erkennen van de mammografische eenheden en de centra voor borstkankeropsporing en voor het subsidiëren van partners voor de realisatie van opdrachten binnen het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, meer bepaald het Consortium, de

centra voor borstkankeropsporing, de Logo's, VIGEZ, Domus Medica en de Vlaamse Liga tegen Kanker.

Verwijzend naar artikel 29 van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 december 2008 betreffende bevolkingsonderzoek in het kader van ziektepreventie:

“De volgende bevolkingsonderzoeken worden tot drie jaar na de inwerkingtreding van dit besluit geacht te voldoen aan de bepalingen van dit besluit:

1° Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker;

2° Vlaams bevolkingsonderzoek naar aangeboren metabole aandoeningen.”

moet tegen ten laatste 1 maart 2012 het huidige bevolkingsonderzoek naar borstkanker georganiseerd worden conform de bepalingen van het besluit over bevolkingsonderzoek. Een advies vragen aan de werkgroep Bevolkingsonderzoek, is een voorwaarde om een bevolkingsonderzoek namens de Vlaamse Regering te kunnen organiseren (zie artikel 4, 5°, van de regelgeving over bevolkingsonderzoek).

5.1.2 Samenvatting bevolkingsonderzoek

Met dit bevolkingsonderzoek wil de Vlaamse overheid om de twee jaar een voor de vrouw gratis screeningsmammografie aanbieden aan alle vrouwen van 50 tot en met 69 jaar die verblijven in het Vlaamse gewest. Specifiek aan dit bevolkingsonderzoek is dat de toegang van vrouwen uit de doelgroep kan gebeuren via twee sporen.

In het eerste spoor worden de vrouwen door haar huisarts of gynaecoloog verwezen voor een screeningsmammografie. Het tweede spoor bestaat er in dat de vrouw deelneemt via de uitnodigingsbrief die ze van het centrum voor borstkankeropsporing toegestuurd krijgt.

Om de kwaliteit te garanderen, gebeurt het bevolkingsonderzoek zo veel mogelijk volgens de meest recente Europese aanbevelingen. Essentieel hierbij zijn de kwaliteitsvereisten voor de mammografische eenheden, de kwaliteitsvereisten voor de centra voor borstkankeropsporing, de nauwkeurige registratie van alle gegevens met het oog op evaluatie en het systeem van de dubbele lezing.

Bij de organisatie van het bevolkingsonderzoek zijn veel actoren betrokken. Om een goede afstemming tussen al deze actoren te bekomen, is een Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar borstkanker opgericht waar regelmatig en gestructureerd overleg plaatsvindt. De Vlaamse overheid zit deze werkgroep voor.

5.1.3 Advies van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek

De werkgroep adviseert gunstig over dit bevolkingsonderzoek, maar vraagt om bij de verdere uitvoering ervan in elk geval rekening te houden met de volgende punten:

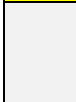
1. In functie van mogelijke nieuwe evidentie (o.a. studie door het federaal Kenniscentrum) moet overwogen worden op termijn de doelgroep uit te breiden (bovengrens optrekken tot 75 jaar).

2. Vrouwen motiveren om te blijven deelnemen (om de twee jaar) aan het bevolkingsonderzoek is een aandachtspunt.
3. In informatiefolders en uitnodigingen moeten juiste en becijferde gegevens over de te verwachten voor- en nadelen van screening van meet af aan evenwichtig aan bod komen: o.a. het aantal levens dat kan worden gered door screening, de kans op overleving en het aantal deelnemers dat er geen baat bij zal hebben; wat de kans is om een afwijkend resultaat te hebben, wat de ongunstige effecten zijn van diagnose en behandeling.
4. Er zijn subgroepen van de bevolking die niet deelnemen aan preventie-initiatieven. De klassieke communicatietechnieken zijn niet effectief genoeg voor die groep. Folders en website veronderstellen immers een hoge graad van geletterdheid. Extra aandacht voor en inspanningen naar kwetsbare groepen is daarom nodig bij elk bevolkingsonderzoek. Dit houdt ook in dat de initiatiefnemer van het bevolkingsonderzoek van bij de start van het bevolkingsonderzoek minstens een aantoonbare en evalueerbare inspanning moet leveren om iedereen uit de doelgroep via aangepaste sensibilisatie en uitnodigingen te bereiken. De organisatie met terreinwerking kan bijvoorbeeld nagaan of het aangewezen is om verschillende manieren van uitnodigen toe te passen om de participatie te verhogen.

6. Goed bestuur

6.1 Algemene taakomschrijving (actieplan)

Figuur 3 geeft een overzicht van de belangrijkste verbanden tussen de actoren, opgesplitst per functie. Zoals deze figuur toont, zijn de relaties tussen de verschillende actoren die betrokken zijn bij de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker redelijk complex. De complexiteit is te verklaren door de veelheid van organisaties en actoren die nodig zijn om de uitvoering van alle stappen in de bevolkingsonderzoeken tot een goed einde te brengen, en, in mindere mate, door de bevoegdheidsverdeling tussen federaal en gemeenschaps- en gewestniveau. De kleuren van de blokjes wijzen op de betrokkenheid bij de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker:

	actor die rechtstreeks betrokken is bij het bevolkingsonderzoek (qua beleid of bij uitvoering)
	actor die indirect betrokken is bij het bevolkingsonderzoek (vooral omwille van federale bevoegdheden)
	actor die indirect betrokken is bij het bevolkingsonderzoek (vooral op het lokale niveau)
	actor die specifiek betrokken is bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker
	actor die specifiek betrokken is bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker
	actor die specifiek betrokken is bij het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker.

De pijlen wijzen op een eenrichtingsrelatie (→) of wederzijdse relaties (↔) en de kleuren naar de taak van de actor(en) binnen deze relatie:

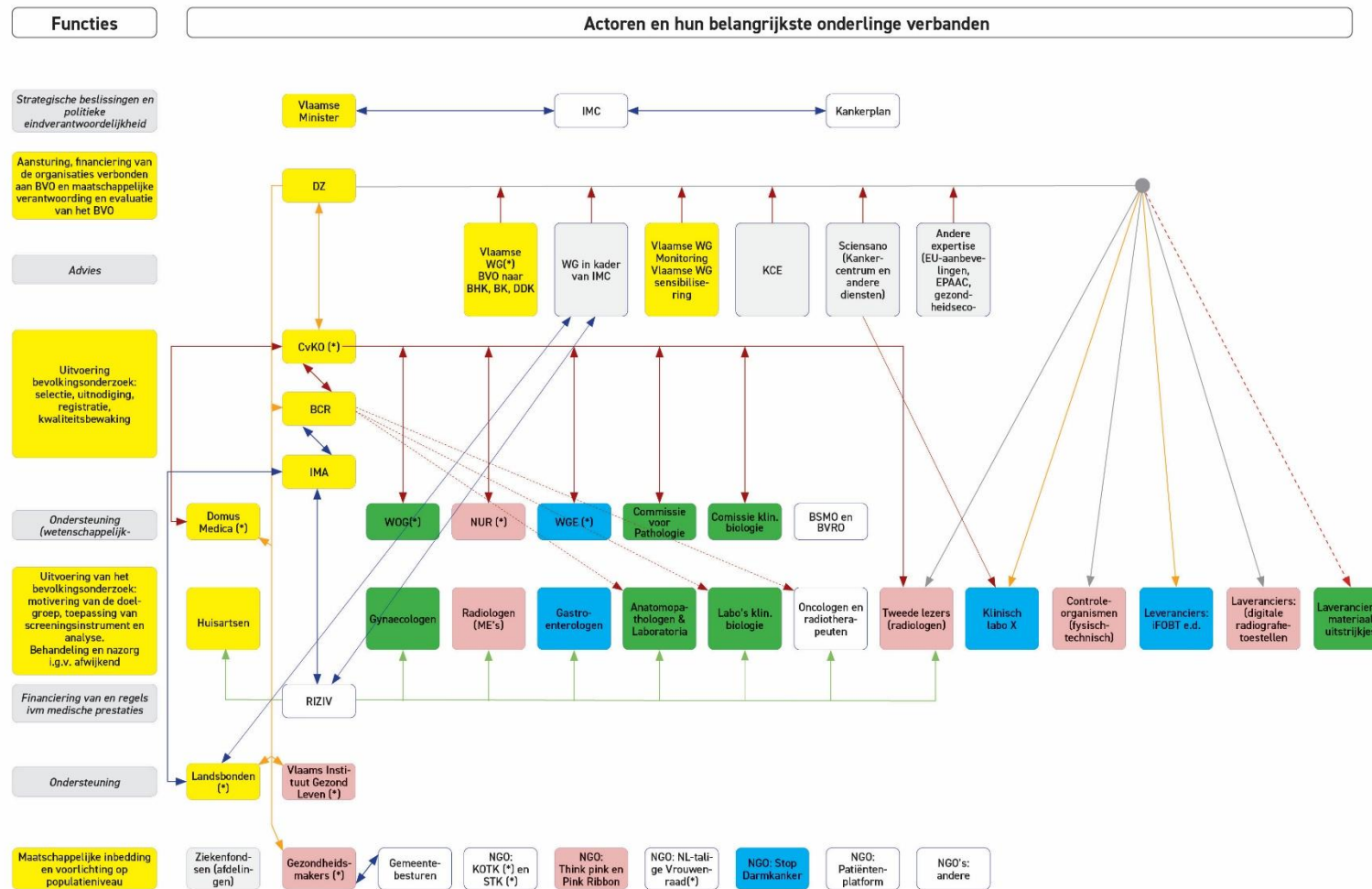
→	financiering door Vlaamse overheid voor uitvoering van het bevolkingsonderzoek, gekoppeld aan rapportering over financiële stand van zaken
→	erkenning voor taken in uitvoering van het bevolkingsonderzoek
→	overleg & samenwerking in het kader van het bevolkingsonderzoek (meestal via CvKO)
→	overleg & samenwerking in het kader van Belgische gezondheidszorg
→	advies & feedback
→	betaling voor medische prestaties.

* duidt aan dat de organisatie een afvaardiging in één van de Vlaamse werkgroepen heeft.

Meer toelichting bij de invulling van deze taken en verbanden wordt hieronder gegeven¹. De specifieke actoren en hun taken per bevolkingsonderzoek zijn opgelijst in de desbetreffende werkteksten over het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals-, borst-, en dikkedarmkanker, die ook werden voorbereid in aanloop naar de Gezondheidsconferentie.

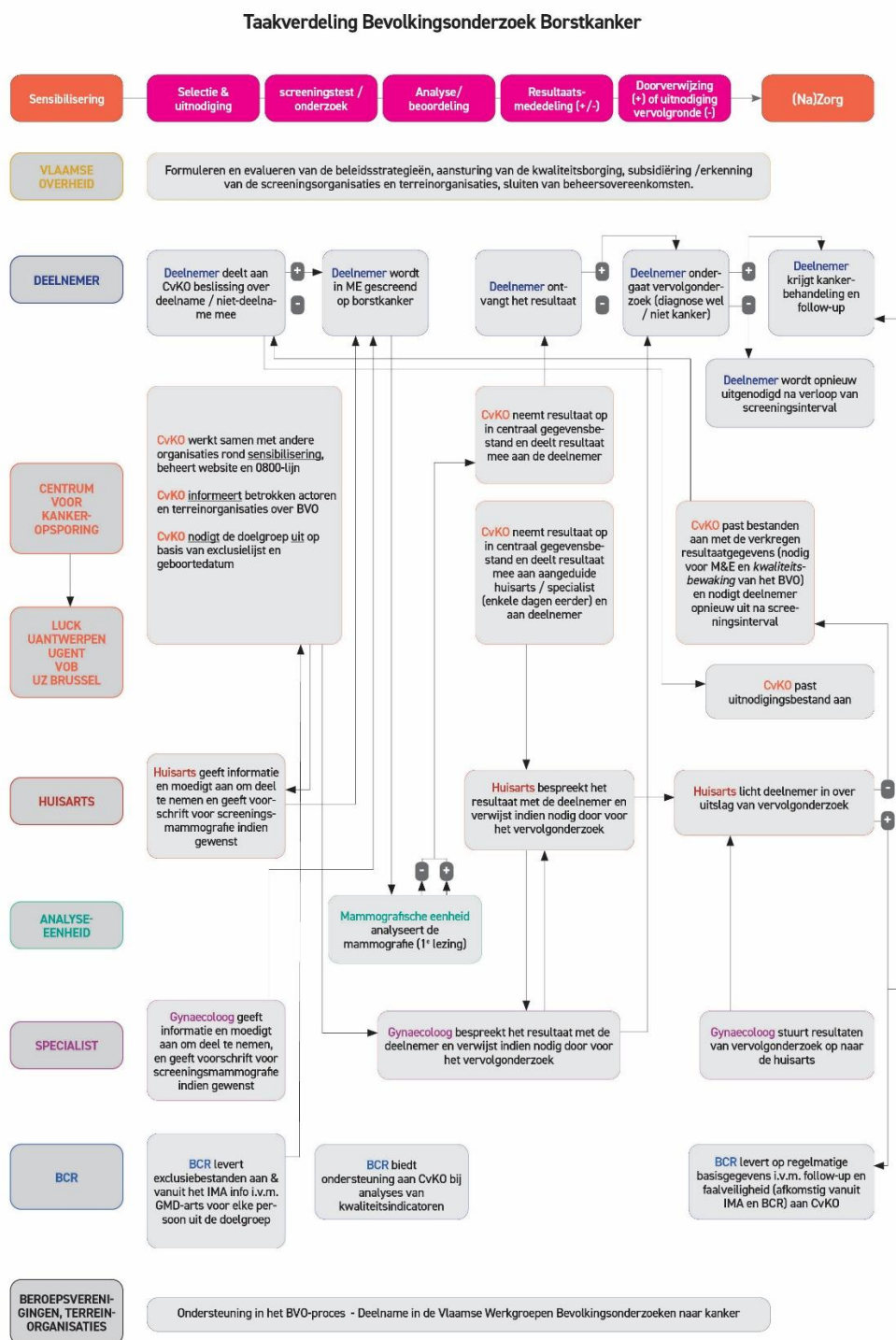
¹ De pijl tussen Sciensano en het geselecteerde labo voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker wijst op de accreditatie van laboratoria waarvoor Sciensano verantwoordelijk is.

Figuur 3: Organisatiestructuur van het Vlaams bevolkingsonderzoek naar kanker



6.2 Taakverdeling Bevolkingsonderzoek Borstkanker

Figuur 4: Taakverdeling Bevolkingsonderzoek Borstkanker



6.3 Overzicht kwaliteitsindicatoren met berekeningswijze en verantwoordelijke actoren

Jaarlijks wordt een rapport gepubliceerd, door CvKO en BCR, met de belangrijkste kwaliteitsindicatoren, en hun berekeningswijze.

[Literatuur | Borstkanker \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

Tabel 3: Overzicht van de kwaliteitsparameters van het Bevolkingsonderzoek Borstkanker opgenomen in de rapporten

Parameter	Code	Evaluatieniveau	Gebruikt voor	Norm of streefwaarde	Definitie
Aantal lezingen	I-01	Tweede lezer	●Monitoring ●ARI-proces¹	Norm: per twee jaar minstens 5000	De som wordt gemaakt van screeningsmammografieën gelezen als eerste, tweede of derde lezer.
Technische heroproep	I-02	Mammografische eenheid	●Monitoring ●ARI-proces¹	Norm: 'technisch niet interpreteerbaar (recall)' in $\leq 3\%$ van de screeningsmammografieën (aanvaardbaar) en in $\leq 1\%$ van de screeningsmammografieën (wenselijk)	Het percentage vrouwen dat om technische redenen terug opgeroepen wordt om de screeningsmammografie te herhalen, van alle gescreende vrouwen.
Radiografisch goede kwaliteit	I-03	Mammografische eenheid	●Monitoring ●ARI-proces¹	Norm: 'goed' in $\geq 85\%$ van de screeningsmammografieën	Het percentage vrouwen met een voor tweede lezing aangeboden screeningsmammografie van goede

		(eerste lezer)			radiografische kwaliteit, van alle gescreende vrouwen. De foto's met als besluit "niet goed maar kan niet beter" worden voor de goede kwaliteit meegerekend als "niet-goede" foto's.
Beoordeling radiografische kwaliteit	I-04	Tweede lezer	●Monitoring ●ARI-proces¹	Norm: $\leq 95\%$ wordt als goed beoordeeld. Deze normen houden rekening met het feit dat: i. een kwaliteit van 100% niet haalbaar is bij vrouwen in deze leeftijdsgroep (frozen shoulder, rug of nekproblemen, enz.) ii. de Europese richtlijn een zekere marge toelaat van 'niet kwaliteitsvol'	Het percentage vrouwen met een voor tweede lezing aangeboden screeningsmammografie van goede radiografische kwaliteit, van alle gescreende vrouwen. De foto's met als besluit "niet goed maar kan niet beter" worden voor de goede kwaliteit meegerekend als "niet-goede" foto's.
Verwijsperscentage bij vrouwen die voor het eerst deelnemen ³	I-05a	Mammografische eenheid; eerste lezer;	●Monitoring	Norm: wenselijk: $< 5\%$; aanvaardbaar: $< 7\%$	Percentage van de gescreende vrouwen dat door de lezer opgeroepen wordt voor een bijkomend onderzoek, van de vrouwen in een eerste ronde volgens Heracles.

		tweede lezer			
Verwijspercentage bij vrouwen die al eerder deelnamen ⁴	I-05b	Mammografische eenheid; eerste lezer; tweede lezer	●Monitoring	Norm: wenselijk: <3%; aanvaardbaar: <5%	Percentage van de gescreende vrouwen dat door de lezer opgeroepen wordt voor een bijkomend onderzoek, van de vrouwen in een vervolgronde.
Verwijspercentage bij vrouwen die al eerder deelnamen met beschikbaarheid van vroegere screeningsmammografieën	I-05c	Mammografische eenheid; eerste lezer; tweede lezer	●Monitoring ●ARI-proces¹²	Norm: wenselijk: <3%; aanvaardbaar: <5%	Percentage van de gescreende vrouwen dat door de lezer opgeroepen wordt voor een bijkomend onderzoek, van de vrouwen in een vervolgronde waarvan de vorige screeningsmammografieën (genomen in dezelfde ME) aanwezig zijn volgens de tweede lezer. Deze noemer komt overeen met de teller van parameter I-10.
Totale doorlooptijd	I-06	Mammografische eenheid; CvKO afdeling	●Monitoring ●ARI-proces¹ ●Evaluatie agentschap	Norm: 90% ≤ 14 kalenderdagen	Het aantal kalenderdagen tussen de datum screeningsmammografie en de datum brief arts.

Aanlevertijd ME	I-07	Mammografische eenheid	●Monitoring ●ARI-proces¹	Norm: 90% ≤ 7 kalenderdagen	Het aantal kalenderdagen tussen de datum screeningsmammografie en de laatste datum van volgende 3 data: aankomst aanvraagformulier; aankomst eerste lezing; aankomst alle benodigde beelden in het CvKO. Deze norm kan alleen aanleiding geven tot sanctionering indien de norm voor I-06 niet wordt gehaald op het niveau van de ME.
Aanwezigheid vroegere screenings-mammo-grafieën	I-08	Mammografische eenheid	●Monitoring ●ARI-proces¹	Norm: wenselijk: ≥97%; aanvaardbaar: ≥90%	Als het een vrouw betreft die al heeft deelgenomen aan het Bevolkingsonderzoek Borstkanker, moet het dossier bij aankomst op het CvKO de vroegere opnames bevatten. Deze regel geldt voor vorige screenings-mammografie die uit de geëvalueerde ME afkomstig zijn.

¹ARI-proces: het proces waarin een aanmaning wordt gestuurd, een remediëringstraject wordt gestart, of een voornemen tot intrekking erkenning wordt opgestart. Dit proces wordt verder in het draaiboek uitgewerkt (hoofdstuk 3.3.2).

²in proeffase 2017-2018.

³Eerste ronde: eerste deelname van de vrouw in het BVO, onafhankelijk van eventuele eerdere deelname in het opportunistisch circuit.

⁴Vervolg ronde: elke deelname in het Bevolkingsonderzoek Borstkanker na de “eerste ronde” deelname.

Elke wijziging in de administratieve gegevens, o.a. de e-mailadressen van Mammografische Eenheden (ME) en eerste lezers moet tijdig doorgegeven worden aan het CvKO en het agentschap. De ME kan zich niet beroepen op het feit dat ze de briefwisseling van het CvKO en het agentschap niet heeft ontvangen, wanneer de ME niet tijdig of correct wijzigingen in de contactgegevens van de ME en de eerste lezers heeft doorgegeven.

Voor de radiografische, radiologische en administratieve kwaliteit wordt de overkoepelende term **medische-radiologische kwaliteit** gehanteerd. Daarnaast is er ook controle van de **fysisch-technische kwaliteit**, uitgevoerd door de controle instanties van fysisch-technische kwaliteit (Bepalingen artikel 15 van het Besluit van de Vlaamse Regering van 16 maart 2012 betreffende aspecten van het Vlaams Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (B1.3)). De ME moet steeds de nodige maatregelen treffen om eventuele afwijkingen ten opzichte van de medisch-radiologische en fysisch-technische kwaliteitsnormen te corrigeren. Tenzij anders vermeld, wordt de evaluatieperiode telkens gebaseerd op de datum screeningsmammografie. De resultaten van (hernomen) TNI (technisch niet interpreteerbare) foto's worden niet meegeteld in de berekening van goede kwaliteitsproportie, wel bij andere parameters.

Regelmatig overleg tussen de 2de lezers is vereist om de beoordeling uniform toe te passen.

De Pool van Radiologen (verder de Pool genoemd) is een groep van radiologen (vertegenwoordigers van eerste en tweede lezers), betrokken bij het Bevolkingsonderzoek Borstkanker, die wordt ingezet voor advies en kwaliteitsbewaking van medisch-radiologische aspecten van dit bevolkingsonderzoek. We verwijzen naar het [huishoudelijk reglement van de Pool](#).

6.4 Klachtenprocedure

Met een uniform, gestandaardiseerd registratieformulier bevolkingsonderzoeken worden de binnenkomende meldingen in een centraal onlinesysteem geregistreerd. Een melding wordt in 4 categorieën onderverdeeld:

- Een **klacht**: gedefinieerd als een ontevredenheid over iets. Een klacht ontstaat wanneer de verwachting van de deelnemer niet overeenkomt met de werkelijk beleefde toestand. De persoon ondervindt hinder van hetgeen zij meldt. Bijvoorbeeld: "Ik ontving geen resultaat".
- **Melding**: iets waarop men de aandacht vestigt, feedback over een onderdeel van het bevolkingsonderzoek. De aanmelder ondervindt geen hinder van hetgeen zij meldt. Bijvoorbeeld 'bevolkingsonderzoek is een zinloos.'
- **Suggestie**: een voorstel tot verbetering. Bijvoorbeeld 'Het zou beter de brief vermeld of men de afspraak al dan niet moet bevestigen.'
- **Vraag**: een verzoek om een inlichting of actie. Bijvoorbeeld: 'Kan ik wel deelnemen want ik heb borstprothesen?'

Elke categorie krijgt ook een bepaalde prioriteit toegewezen: een melding kan bijvoorbeeld een klacht zijn, maar prioriteit ‘notification’ hebben. Een persoon die heel erg kwaad is omdat zij geen uitnodiging krijgt voor bv. baarmoederhalskanker aangezien zij 65 jaar is (klacht dus over leeftijdsgrenzen), kan als prioriteit ‘notification’ hebben aangezien het CvKO naar aanleiding van deze melding de uitnodigingsstrategie niet zal aanpassen. Hieronder een overzicht van welke mogelijke prioriteiten aangewezen worden.

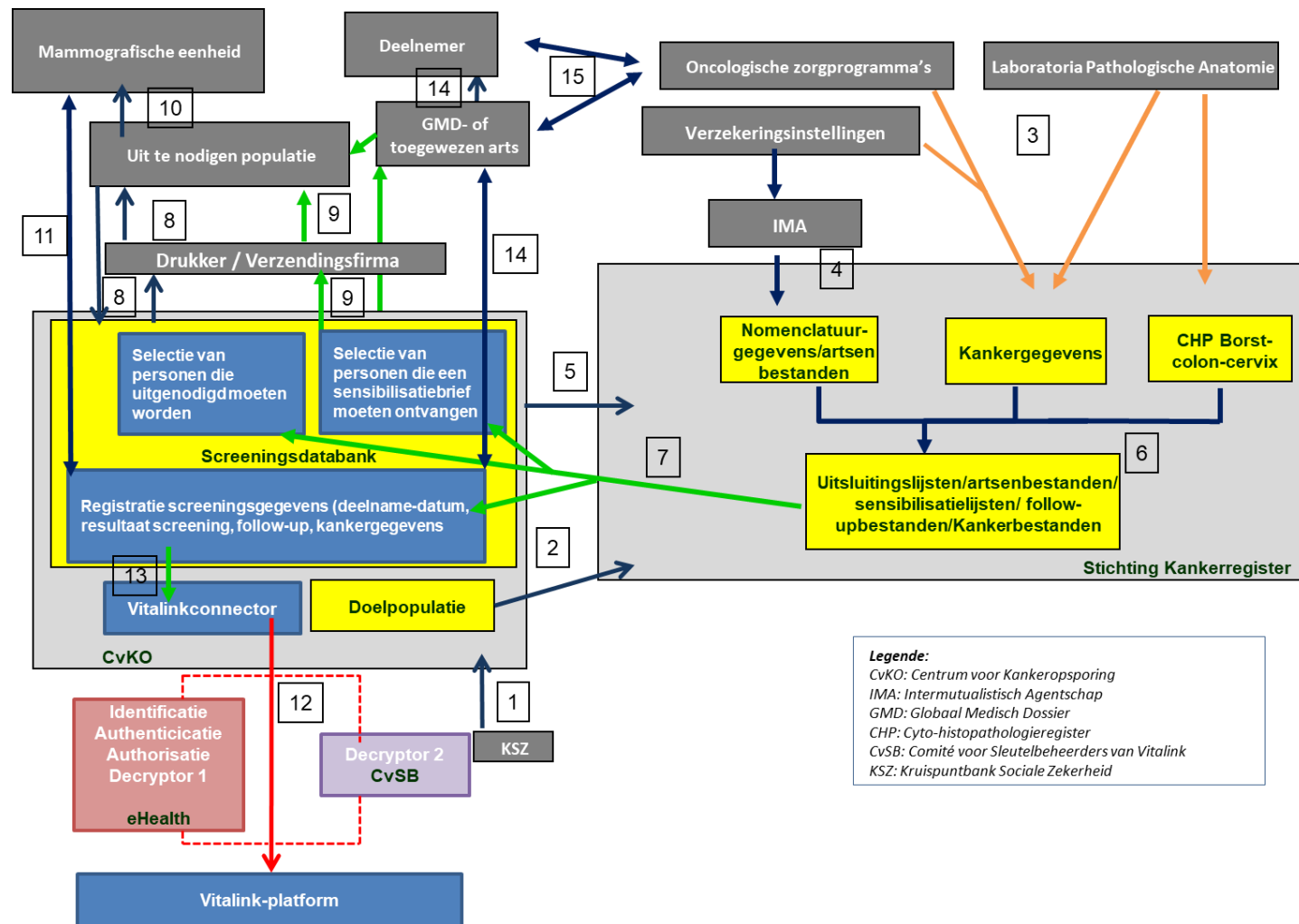
- Major = Programmawijziging kan klachten in de toekomst vermijden. Onder programmawijziging wordt verstaan: een wijziging in het huidige screeningprogramma waartoe het CvKO bevoegd is (bijvoorbeeld: voor DDK, inhoud brief afwijkend is verwarrend)
- Minor = Probleem kan niet verholpen worden door programmawijziging, maar wordt verder opgevolgd (bijvoorbeeld: factuur BHK)
- Notification = Gewone melding (bijvoorbeeld : nog geen uitnodiging gehad door weigering of uitsluiting)

Ongewenste intimiteiten

Het CvKO neemt meldingen van ongewenste intimiteiten zeer ernstig. Er is een interne procedure opgesteld die beschrijft hoe hiermee moet worden omgegaan.

7. Procedure gegevensregistratie -en uitwisseling

Figuur 5: Overzicht van de gegevensstromen voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker



Stichting Kankerregister=Belgian Cancer Registry

1. Overdracht van doelpopulatie van de Kruispuntbank Sociale Zekerheid via het Verrijkt Personenregister van de Vlaamse Gemeenschap naar het Centrum voor Kankeropsporing
2. Overdracht van de Uitnodigingsbestanden vanuit het CvKO naar BCR voor het opstellen van uitsluitingslijsten /sensibilisatielijsten
3. Overdracht van alle kankerdiagnoses en testresultaten van stalen afgenomen ter hoogte van de borst, het colon en de baarmoederhals vanuit de oncologische zorgprogramma's en/of de laboratoria voor pathologische anatomie (wettelijk kader BCR)
4. Overdracht van nomenclatuurgegevens vanuit de verzekeringsinstellingen, via IMA, naar BCR
5. Doorgeven van de screeningsgegevens (resultaten en data van de screeningsonderzoeken) vanuit CvKO naar BCR
6. Koppeling van de uitnodigingsbestanden voor de bevolkingsonderzoeken en van de screeningsgegevens met de Kankerregistratiedatabank, het CHP en de IMA-gegevens voor het opstellen van uitsluitingslijsten, sensibilisatielijsten, artsenbestanden, follow-upbestanden en kankerbestanden
7. Het doorgeven van uitsluitingslijsten/sensibilisatielijsten/artsenbestanden/follow-upbestanden/Kankerbestanden vanuit BCR aan het CvKO
8. Het selecteren van personen die een uitnodiging moeten ontvangen en het verzenden van uitnodigingsbrieven via een externe drukker. Het ontvangen van informatie met betrekking tot (niet)-deelname aan het bevolkingsonderzoek vanuit de uitgenodigde populatie, door het CvKO
9. Het selecteren en contacteren van personen die in aanmerking komen voor individuele sensibilisatie/informatieverstrekking al dan niet via hun GMD-arts of toegewezen arts
10. Het inplannen van een screeningsmammografie bij vrouwen uit het uitnodigingsbestand en het uitvoeren ervan bij de deelnemers in een mammografische eenheid
11. Overdracht van protocollen en beeldmateriaal vanuit de mammografische eenheid naar het Centrum voor Kankeropsporing en registratie in de screeningsdatabank; rapporteren van kwaliteitsparameters vanuit het Centrum voor Kankeropsporing naar de mammografische eenheden
12. Door het CvKO worden volgende gegevens over de bevolkingsonderzoeken gedeeld via het Vitalink-platform:
 - a. het type bevolkingsonderzoek
 - b. het kalenderjaar van het bevolkingsonderzoek – jaartal van de datum deelname, of indien geen deelname, jaartal van de datum uitnodiging

- c. de datum waarop de persoon is uitgenodigd tot deelname aan het bevolkingsonderzoek
 - d. het type uitnodiging dat verzonden is naar de persoon
 - e. de plaats waarnaar de persoon is uitgenodigd
 - f. de datum van deelname aan het bevolkingsonderzoek
 - g. de plaats waar het bevolkingsonderzoek heeft plaatsgevonden
 - h. het resultaat van het bevolkingsonderzoek (voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker en Borstkanker)
 - i. de indicatie of er bijkomend onderzoek noodzakelijk is
 - j. de omschrijving van het aangeraden bijkomend onderzoek
 - k. de indicatie of er goedkeuring is door de deelnemer om bijkomende gegevens te verzamelen en te verwerken
 - l. een indicatie en reden van de vermoedelijke volgende uitnodiging voor dit bevolkingsonderzoek
13. Het gebruik van informatie uit de uitsluitingslijsten voor het doorgeven van een aantal gegevens uit stroom, namelijk:
- a. de indicatie en reden voor de datum van de vermoedelijk volgende uitnodiging rekening houdend met uitsluitingen
14. Resultaatsmededeling vanuit het Centrum voor Kankeropsporing naar de deelnemer en naar de verwijzende/opgegeven/GMD (+) arts
15. Communicatie tussen verwijzende/opgegeven/GMD (+) arts, de deelnemer en oncologische zorgprogramma's: doorverwijzing na afwijkende screeningsmammografie, resultaatsmededeling na vervolgonderzoek

8. Participatie

8.1 Informatie- en sensibiliseringsplan

In 2015 werd een informatie- en sensibilisatie plan uitgewerkt in opdracht van de Vlaamse overheid. De instellingen die van de Vlaamse overheid subsidies ontvangen voor ondersteuning van de Bevolkingsonderzoeken naar kanker motiveren tot deelname en bieden hierbij voldoende informatie (communicatiestijl geïnformeerde motivatie).

8.2 Procedure taaladvies

8.2.1 Taaladvies: toegankelijkheid van de aangeboden informatie

Alle mannen en vrouwen binnen Vlaanderen die in aanmerking komen voor één van de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker, én ook hun omgeving, hebben recht op toegankelijke informatie.

Enerzijds veronderstelt dit dat zij gebruik kunnen maken van alle ter beschikking gestelde informatiekanaalen en anderzijds dat de informatie zelf begrijpelijk is qua inhoud.

8.2.2 Wat is toegankelijke informatie?

Toegankelijkheid is de mogelijkheid om op een zelfstandige manier toegang te hebben tot de aangeboden informatie. Bij toegankelijke informatie zijn niet alleen de inhoud en de vorm van belang.

8.2.3 Criteria

Binnen het CvKO wordt er rekening gehouden met vier aspecten waarop de toegankelijkheid van informatie beoordeeld dient te worden:

- Inhoudelijke toegankelijkheid: is de informatie begrijpelijk voor alle gebruikers uit de doelgroep en beheersen zij de techniek om toegang te krijgen tot het medium (eenvoudig en leesbaar)?
- Fysieke toegankelijkheid: is de doelgroep in staat het medium te gebruiken (lezen, horen, bedienen)?
 - Materiële toegankelijkheid: zijn de mensen uit de doelgroep in de gelegenheid om toegang tot het medium te krijgen?
 - Mentale toegankelijkheid: herkennen mensen uit de doelgroep het medium als een voor hen waardevolle mogelijkheid. Mentale toegankelijkheid geeft het gevoel dat er rekening gehouden is met mensen met een beperking.

8.2.4 Werkwijze

Binnen het CvKO zijn er twee publicaties die steeds voor ogen gehouden worden bij het uitwerken van teksten.

- De publicatie van de taaltelefoon 'In duidelijk Nederlands spreken en schrijven voor iedereen' (zie bijlage 1).
- De publicatie 'Elkaar vinden', gebaseerd op het onderzoeksrapport 'Overheidscommunicatie voor kansarme doelgroepen' (zie bijlage 2).

8.2.4.1 Toegankelijk schrijven

Inhoudelijk toegankelijke informatie is begrijpelijk en overzichtelijk voor iedereen. Eenvoudig en leesbaar is prettig voor alle lezers, maar zeker voor mensen met een beperking. Informatie is beter te begrijpen met korte zinnen, gemakkelijke woorden, zonder vaktermen of woorden in een andere taal, en door het vermijden van onduidelijk en vaag taalgebruik en ingewikkelde zinnen.

Om de informatie zo toegankelijk mogelijk aan te bieden, wordt er vanuit het CvKO steeds eerst gestart met het bepalen van de doelgroep en de doelstelling van de teksten. Vervolgens wordt binnen dit kader de nodige expertise ingewonnen (redactiegroep, copywriter, focusgroepen) om te komen tot een passend informatie kader voor de desbetreffende doelgroep.

8.2.4.2 Toegankelijk vormgeven

Ook al is een tekst eenvoudig te begrijpen, een slechte vormgeving kan de informatie toch ontoegankelijk maken.

Vanuit het CvKO wordt er steeds rekening gehouden met de bepalende factoren van een duidelijke vormgeving:

- Duidelijk lettertype met een minimale grootte van 11pt.
- Een goed contrast tussen de achtergrond en de tekst.
- Voldoende rustpunten binnen de opmaak.
- Een zichtbare structuur in de tekst, met korte zinnen.
- Geen afleiding binnen de vormgeving, dus geen gebruik van elementen die niets te maken hebben met het onderwerp.

8.2.4.3 Toegankelijke kanalen

Kan de doelgroep de kanalen gebruiken? Bereiken de middelen de doelgroep?

Vanuit elk ontwikkeld instrument, wordt er naast een duidelijke afbakening van doelgroep en doelstelling, ook telkens een gedetailleerd implementatieplan opgesteld. Vervolgens wordt dit plan van aanpak afgetoetst met de betrokken partnerorganisaties binnen de diverse werkgroepen. Zij hebben immers vaak de meeste expertise hierover om zo te komen tot een sluitende aanpak.

8.2.4.4 Materiële toegankelijkheid

Is de doelgroep in de mogelijkheid om de informatie te verkrijgen? Kan men de informatie vinden?

Alle materiaal wordt ter beschikking gesteld voor iedereen die informatie wenst te bekomen één van de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Dit kan aangevraagd worden door alle lokale organisaties of instanties via de Logo's. Voor de informatiedoorstroming naar de professionelen wordt door het CvKO ook de nodige inspanningen geleverd via de diverse koepelorganisaties.

8.2.4.5 Toegankelijke bijeenkomsten

Hoe maak ik mijn bijeenkomst begrijpelijk?

Vanuit het CvKO wordt de ondersteuning en vorming geboden aan de sprekers om te garanderen dat elke bijeenkomst op een zo duidelijk mogelijke manier gebeurt, met volledige afstemming op het aanwezige publiek. Om ervoor te zorgen dat de inhoud echter gegarandeerd blijft, wordt er vanuit het CvKO een presentatie ontwikkeld op basis waarvan de spreker kan werken.

8.2.4.6 Toegankelijk internet

De website vormt het hart van de communicatie rond de drie bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Het CvKO heeft de opbouw van de website volledig afgestemd op het ontwikkelde Informatie- en sensibilisatieplan, rekening houdend met de gelaagdheid van informatie. De website werd zo ontworpen dat ze bruikbaar en begrijpelijk is voor iedereen, vanaf eender welk toestel (ook mobiel).

De webteksten werden opgesteld volgens de algemeen geldende voorwaarden van een goede website, zijnde:

- Beknopt.
- Informatie in gelaagdheid.
- Overzichtelijk.
- Duidelijke navigatie met herkenbare termen.
- Eén scherm.

8.2.5 Faciliteitengemeenten

Vlaanderen is Nederlandstalig. Openbare besturen moeten dus in het Nederlands communiceren met de burgers. Dat staat in de taalwetgeving, voluit de ‘Gecoördineerde wetten op het gebruik van talen in bestuurszaken’ (van 18 juli 1966). Dit geldt ook voor het CvKO.

In de faciliteitengemeenten gelden echter andere regels, zijnde:

- Enkel op vraag van de inwoner mag de informatie aangeboden worden in het Frans.
- De boodschap moet in de eerste plaats in het Nederlands bestaan. De geschreven anderstalige boodschap is slechts een vertaling van die Nederlandse tekst.
- Bij de vertaalde tekst dient steeds vermeld te worden ‘Vertaling uit het Nederlands’.
- Origineel en vertaling hebben dezelfde vormgeving.
- Een vertaalde boodschap bevat niet meer informatie dan het Nederlandse origineel.

8.3 Materialen

8.3.1 Uitnodigingsbrieven en folders

- [Uitnodigingsbrief](#)
- [Folder](#)

Aangezien de meest recente persoonsgegevens en gegevens van de verzekeringsinstelling te raadplegen zijn via het e-ID, wordt gevraagd om de e-ID mee te brengen naar de afspraak.

8.3.2. Aanvraagformulier

https://borstkanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/2026-01/Aanvraagformulier_BK_29012026.pdf

9. Kwaliteit Bevolkingsonderzoek kanker

9.1 Doelgroepselectie en uitnodiging

9.1.1 Procedure bepalen exclusie- en uitnodigingsbestand

Uitsluitingen op het doelgroepbestand (tekst aangeleverd door BCR)

Met behulp van uitsluitingslijsten wordt een kostenefficiënte uitnodigingsstrategie beoogd zodat enkel vrouwen die effectief in aanmerking komen voor een screeningsonderzoek, uitgenodigd worden.

Om uitsluitingslijsten op te stellen, geeft het CvKO 4 keer per jaar de HDB door aan BCR, die deze koppelt aan verschillende databanken, nl. de kankerregistratiedatabank, het Cytohistopathologieregister voor borst (CHP-borst) en de borst-specifieke facturatiegegevens afkomstig van het Intermutualistisch Agentschap (verder IMA-borst genoemd).

CHP-borst en Kankerregistratiedatabank

De Kankerregistratiedatabank bevat alle nieuwe kankerdiagnoses en tumorkarakteristieken vanaf incidentiejaar 1999 voor Vlaanderen. Deze databank wordt jaarlijks afgesloten. Kankerincidentiegegevens voor het jaar 20xx zijn beschikbaar in de maand juli van het jaar 20xx+2. De kankerregistratiedatabank wordt gebruikt voor het berekenen van kwaliteitsindicatoren (bv, kankerdetectiegraad, intervalekankergraad, sensitiviteit, positief predictieve waarde) in het kader van de kwaliteitsevaluatie van het bevolkingsonderzoek. Daarnaast wordt deze databank gebruikt voor de uitsluitingslijsten. Indien voor een vrouw uit de doelgroep een borstkankerdiagnose (selectie op basis van de ICD-O orgaancodes C50 en D05) wordt teruggevonden in de Kankerregistratiedatabank zal deze vrouw voor 10 jaar worden uitgesloten vanaf de incidentiedatum van de borstkanker.

Gezien de delay tussen de incidentiedatum van de borstkanker en de beschikbaarheid ervan in de Kankerregistratiedatabank, zouden een aantal borstkankerpatiënten niet tijdig kunnen uitgesloten worden en toch nog onterecht uitgenodigd worden. Daarom zal eveneens gebruik gemaakt worden van de gegevens uit het CHP-borst om de kankerdiagnoses te identificeren. Vrouwen met een borstkankerdiagnose aanwezig in het CHP zullen tijdelijk worden uitgesloten voor 4 jaar. Indien de borstkankerdiagnose bevestigd wordt via de Kankerregistratiedatabank zullen zij voor 10 jaar vanaf de incidentiedatum van de borstkanker worden uitgesloten. Indien dit niet het geval is, zullen zij opnieuw worden uitgenodigd.

Het CHP bevat de testresultaten van alle borststalen afgenomen sinds 01/01/2008, ongeacht de diagnose. Alle testresultaten van stalen afgenomen in jaar 20xx worden jaarlijks** opgevraagd bij de laboratoria voor pathologische anatomie (zie tabel 22 voor dataset). Sinds de COVID pandemie zijn er 2 extra aanleveringen van testresultaten van stalen afgenomen in respectievelijke eerste en tweede tertiaal van 20xx. De afgesloten CHP databank met testresultaten van stalen afgenomen in 20xx is beschikbaar in de loop van juni van jaar 20xx+1.

Tabel 4: Dataset voor het CHP-borst

Nationaal nummer (INSZ)
Familienaam (indien geen INSZ)
Voornaam (indien geen INSZ)
Geslacht
Geboortedatum
Overlijdensdatum (O)
Postcode
Landcode
Staalnummer
Datum staalname
Aanvragend ziekenhuis (O)
Diagnostische procedure (O)/(HR)
Orgaancode
Lateraliteit (HR)
Letselcode
Zekerheidsgraad (O)
RIZIV-nummer van de aanvrager
Nomenclatuurcodes (O)

** In de toekomst wordt een continue instroom van gegevens vanuit de laboratoria voor pathologische anatomie naar BCR verwacht (via Healthdata.be) om een meer up-to-date Kanker- en CHP-register te bewerkstelligen.

Nadat deze testresultaten verwerkt zijn, worden ze onderverdeeld in verschillende letselcategorieën. Alle mogelijke letselcategorieën zijn weergegeven in tabel 5.

Tabel 5: Letselcategorieën van het CHP-borst

Beschrijving	Categorie
Invasieve tumor	INVA
Ductaal carcinoma in situ	DCIS
Andere, niet gespecifieerde in situ tumor/carcinoma	OTHIS
Combinatie van ductaal en lobulair carcinoma in situ	DLCIS
Normaal weefsel	B1
Goedaardig letsel	B2
Letsel van onzeker maligne potentieel	B3
Verdacht voor maligniteit	B4
Ander goedaardig letsel	OTHLES
Geen histologische diagnose van het staal	NODIAGN
Onvoldoende voor diagnose (cytology)	C1
Goedaardige epitheliale cellen (cytology)	C2
Atypie, waarschijnlijk goedaardig(cytology)	C3
Verdacht voor maligniteit (cytology)	C4
Maligne(cytology)	C5
MOLTEST	Resultaat van een moleculaire test of immunohistochemische analyse

Na elke aanlevering wordt een mini-feedback aan de pathologen gestuurd over de aangeleverde gegevens m.b.t. technische vereisten, de kwaliteit van het aangeleverde bestand en de gewenste variabelen.

Omwille van het gebruik van dit CHP voor het tijdelijk uitsluiten van vrouwen met een borstkanker, het voorzien van follow-up na afwijkende screening aan het CvKO en het doorgeven van screengedetectede en intervalkankers werd vanaf 2018 op vraag van het Agentschap Zorg en Gezondheid jaarlijks naar alle Vlaamse laboratoria een feedbackrapport gestuurd. Een uitgebreid feedbackrapport en 8 updates werden reeds naar alle laboratoria verzonden, met daarin volgende aandachtspunten en telkens een vergelijking t.o.v. andere laboratoria:

- Tijdige aanlevering van bestanden
- Volledigheid CHP op basis van IMA gegevens voor staalname en tumorectomie, geassocieerd met IMA gegevens voor histologische analyse
- Gebruik van geldige en specifieke lestelcodes
- Procentuele verdeling van de histologiediagnoses

Deze feedbackrapporten hebben als doel de laboratoria te informeren en indien nodig enkele richtlijnen te bezorgen voor mogelijke verbeteringen. Op deze manier kan de kwaliteit van de aangeleverde gegevens en bijgevolg deze van het CHP registratie-technisch geoptimaliseerd worden.

IMA-borst

IMA-borst bevat facturatiegegevens van beeldvorming, staalname en chirurgie van de borstklier. Deze databank bevat geen medische diagnose. De gegevens zijn beschikbaar vanaf prestatiedatum 01/01/2002. Tumorectomie-gegevens en enkele additionele codes voor echografie (459793-459804) en voor biopsiename (227091-227102) zijn beschikbaar vanaf 01/01/2006. De nomenclatuurcodes voor beeldvorming zijn beschikbaar voor de leeftijden 40-72 jaar op tijdstip van prestatie, deze voor staalname en tumorectomie voor 48-72 jaar op tijdstip van prestatie en deze voor mastectomie voor alle leeftijden. Tabel 24 geeft een overzicht van alle beschikbare nomenclatuurcodes in de IMA-databank voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Deze lijst is niet exhaustief en onderhevig aan wijzigingen in de nomenclatuur.

Tabel 6: IMA-nomenclatuur voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker

Prestatie	Nomenclatuur code	Betekenis
Diagnostische Mammografie	450096-450100	Diagnostische mammografie (radioloog): Mammografie per borst, inclusief de eventuele okselclichés (ongeacht het aantal clichés)
	461090-461101	Diagnostische mammografie (connexist): Mammografie per borst, inclusief de eventuele okselclichés (ongeacht het aantal clichés)

Screenings- mammografie	450192 - 450203	Screeningsmammografie: Mammografie van beide borsten, in het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek
	450214 - 450225	Tweede lezing screeningsmammografie: Tweede lezing van een screeningsmammografie van beide borsten, in het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek
	450354 , - 450365	Mammografie van beide borsten in het kader van opsporing van borstkanker bij asymptomatische vrouwen met een sterk verhoogd risicoprofiel
Echografie	460132 - 460143	Echografie (radioloog): Bidimensionele echografie met geschreven protocol en iconografische drager die ontstaat na digitale beeldverwerking van de gegevens, ongeacht het aantal echogrammen : Van één of beide borsten
	469394 - 469405	Echografie (connexist): Bidimensionele echografie met geschreven protocol en iconografische drager die ontstaat na digitale beeldverwerking van de gegevens ongeacht het aantal echogrammen : Van één of beide borsten
	459793- 459804	Echografie van minstens twee verschillende anatomische regio's: schedelinhoud (transfontanellair), thorax, borsten, lever-galblaas, pancreas-milt, nieren-blaas, retroperitoneum, grote abdominale vaten, mannelijk of vrouwelijk bekken
	461134 - 461145	Echografie van beide borsten in het kader van opsporing van borstkanker bij asymptomatische vrouwen, met een sterk verhoogd risicoprofiel
MRI	459476 - 459480	MRI (radioloog): NMR-onderzoek van één of beide mammae, minstens drie sequenties, met of zonder contrast, met registratie op optische of elektromagnetische drager
	459830 - 459841	NMR van beide borsten in het kader van opsporing van borstkanker bij asymptomatische vrouwen met een verhoogd risicoprofiel,
Staalname	355670 – 355681	Cytologie: Punctie van de borstklier voor cytologisch onderzoek of inspuiting
	355213 – 355224	Biopsie: Cilinderbiopsie van de borstklier voor histologisch onderzoek
	355235 – 355246	Biopsie: Vacuümgeassisteerde biopsie van de borstklier voor histologisch onderzoek
	355250 – 355261	Biopsie + stereotaxie: Vacuümgeassisteerde biopsie van de borstklier voor histologisch onderzoek onder stereotactische geleiding

	355272 - 355283	Markering: Intralesionele plaatsing van één of meerdere markeerders met het oog op chirurgisch ingrijpen op de borstklier
	227091- 227102	Incisie voor Biopsie van de borstklier
Mastectomie	226951- 226962	Ingreep volgens Urban
	226973- 226984	Ingreep volgens Halsted of Pattey met ex tempore pathologisch-anatomisch onderzoek
	226995- 227006	Ingreep volgens Halsted of Pattey
	227010- 227021	Verwijderen van een gezwel uit de weke weefsels boven de spierfascia maar met volledige resectie van het orgaan waarin het gezwel is gelegen
	227636- 227640	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor
	227651- 227662	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor en resectie van schildwachtlymfeklier
	227673- 227684	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor en resectie van schildwachtlymfeklier met peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek van de schildwachtlymfeklier
	227695- 227706	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) voor kwaadaardige tumor met okseluitruiming
	227710- 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
Tumorectomie	227894- 227905	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) zonder bewezen kwaadaardig letsel
	227032- 227043	Verwijderen van een gezwel of cyste uit de borstklier (omschrijving vanaf 05/06/1985, eerdere omschrijving gedeeltelijke mamnectomie of verwijdering van een borsttumor (maligniteit niet noodzakelijk bewezen)
	227054- 227065	Gedeeltelijke mamnectomie of tumorectomie, geassocieerd met een curage van de okselklieren (maligniteit niet noodzakelijk bewezen)
	227732- 227743	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge

	227754- 227765	Volledige, borstsparende, resectie van een bewezen kwaadaardig, niet voelbaar borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, na localisatieprocedure
	227776- 227780	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier
	227791- 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
	227813- 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
	227835- 227846	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en een okseluitruiming
	227850- 227861	Volledige resectie van een goedaardig borstletsel
	227872- 227883	Volledige resectie van een niet-voelbaar goedaardig borstletsel of met diagnostisch doeleinde, na localisatie procedure
Histologische analyse	588416 - 588420	Honorarium voor het cytopathologisch onderzoek voor het opzoeken van neoplastische cellen in combinatie met punctie van de borstklier
	588011 - 588022	Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek door inclusie en coupe van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen en met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek van operatiestukken in combinatie met biopsie van de borstklier, mastectomie of tumorectomie
	588033 - 588044	Peroperatoir pathologisch-anatomisch extempore onderzoek in combinatie met biopsie van de borstklier, mastectomie of tumorectomie
	588254 - 588265	Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek, door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen in combinatie met biopsie van de borstklier, mastectomie of tumorectomie

	588276 - 588280	Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek, door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen in combinatie met biopsie van de borstklier, mastectomie of tumorectomie
	588291 - 588302	Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek, door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen in combinatie met biopsie van de borstklier, mastectomie of tumorectomie

Facturatiegegevens voor diagnostische mammografie en mastectomie worden gebruikt voor het opstellen van uitsluitingslijsten. Naast de facturatiegegevens bezorgt het IMA ook gegevens over de GMD-arts/toegewezen arts aan BCR. Op basis van deze gegevens kan BCR deze artsen koppelen aan de INSZ en in het uitnodigingsbestand. Dit artsenbestand wordt samen met elke uitsluitingslijst doorgegeven aan het CvKO. Zo kan de arts reeds voorgedrukt worden op de resultaatsbrief.

Het IMA werkt per boekhoudkundige periodes van drie maanden. Nieuwe gegevens zijn dus steeds na het afwerken van een kwartaal beschikbaar. Er dient wel rekening gehouden te worden met een zeker tijdsdelay nodig voor administratieve verwerking. Omdat medische prestaties tot twee jaar na de prestatiedatum kunnen terugbetaald worden door de verzekeringsinstellingen en er een zekere tijd nodig is voor de administratieve afhandeling, zal de IMA databank voor een bepaald prestatiejaar pas volledig zijn 30 maanden na afloop van dat prestatiejaar. De IMA gegevens worden 4 keer per jaar overgemaakt aan BCR, in maart, juni, september en december. Vanaf september 2024 is de frequentie verhoogd van 2 keer naar 4 keer per jaar.

De beschikbaarheid van de IMA gegevens per boekhoudkundig kwartaal zijn gedetailleerd weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: Algemeen schema van de theoretische beschikbaarheid van de IMA gegevens en de delay time per kwartaal

Beschikbaar	Prestatiejaren						Levering op boekhoudkundige periode	Afsluiten van prestatie-jaar	Update van prestatie-jaren	Gegevens van nieuw prestatie-jaar
	20yy-3	20yy-2	20yy-1	20yy	20yy+1	20yy+2				
Juni 20yy	x	x	x				20yy-1 Q4	20yy-3	20yy-2 20yy-1	NVT
September 20yy		x	x	x			20yy Q1	NVT	20yy-2 20yy-1	20yy
December 20yy		x	x	x			20yy Q2	NVT	20yy-2 20yy-1	NVT

Beschikbaar	Prestatiejaren						Levering op boekhoudkundige periode	Afsluiten van prestatie-jaar	Update van prestatie-jaren	Gegevens van nieuw prestatie-jaar
	20yy-3	20yy-2	20yy-1	20yy	20yy+1	20yy+2				
									20yy	
Maart 20yy+1		x	x	x			20yy Q3	NVT	20yy-2 20yy-1 20yy	NVT
Juni 20yy+1		x	x	x			20yy Q4	20yy-2	20yy-1 20yy	NVT
September 20yy+1			x	x	x		20yy+1 Q1	NVT	20yy-1 20yy	20yy+1
December 20yy+1			x	x	x		20yy+1 Q2	NVT	20yy-1 20yy 20yy+1	NVT
Maart 20yy+2			x	x	x		20yy+1 Q3	NVT	20yy-1 20yy 20yy+1	NVT
Juni 20yy+2			x	x	x		20yy+1 Q4	20yy-1	20yy 20yy+1	NVT
September 20yy+2				x	x	x	20yy+2 Q1	NVT	20yy 20yy+1	20yy+2
December 20yy+2				x	x	x	20yy+2 Q2	NVT	20yy 20yy+1 20yy+2	NVT

Algoritme voor het opstellen van de uitsluitingslijsten

Voor het opstellen van de uitsluitingslijsten, bezorgt het CvKO 2 maal per jaar de HDB aan BCR. Tabel 8 geeft de uitsluitingscriteria voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker weer.

Tabel 8: Uitsluitingscriteria voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker

Uitsluitingscriterium	Op basis van	Type uitsluiting	Duur uitsluiting
Bilaterale mammografie	IMA-databank	Tijdelijk	2 jaar
Mammografie of echografie* of NMR* in het kader van opsporing van borstkanker bij asymptomatische vrouwen met een sterk verhoogd risicoprofiel	IMA-databank	Tijdelijk	2 jaar
Bilaterale mastectomie	IMA-databank	Definitief	Definitief
Borstkanker**	Kankerregistratiedatabank en CHP-borst	Tijdelijk	10 jaar (op basis van Kankerregistratiedatabank) 4 jaar (op basis van CHP borst)

*vanaf juni 2024; **met uitzondering van lobulair carcinoma in situ (D05.0) vanaf juni 2024

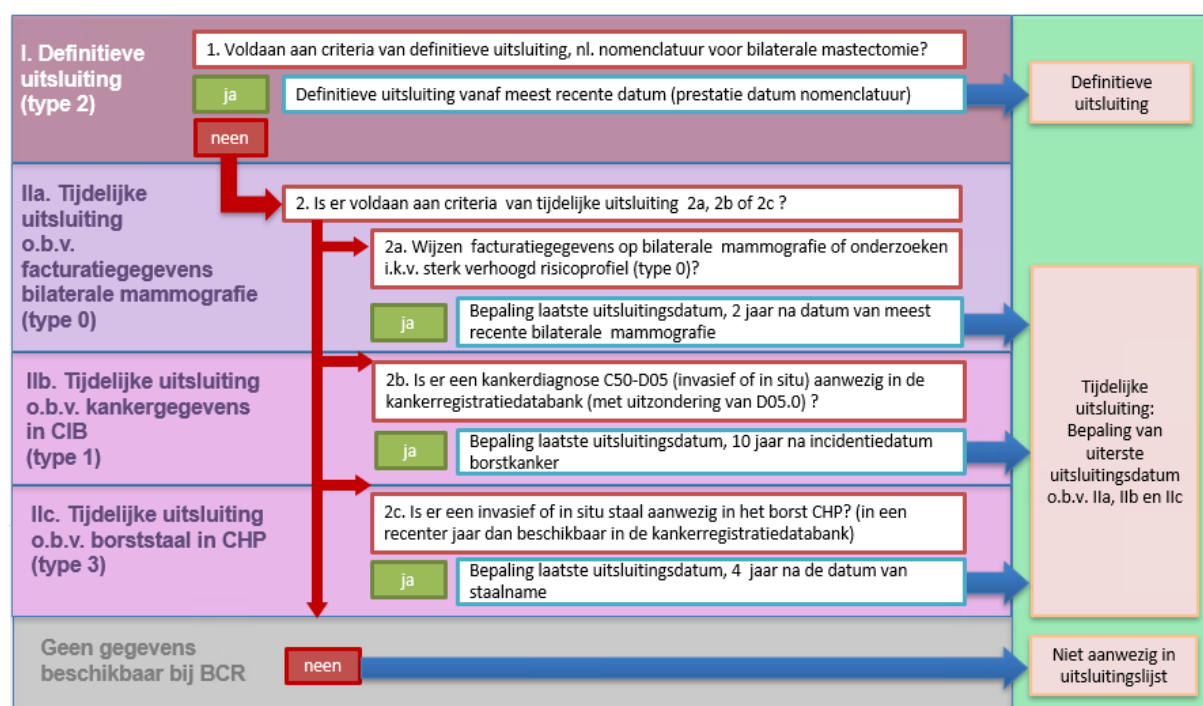
Voor het opstellen van de uitsluitingslijsten wordt een vast algoritme gebruikt. Eerst wordt nagegaan of een vrouw definitief kan uitgesloten worden op basis van facturatiegegevens die wijzen op een bilaterale mastectomie. Voor alle overgebleven vrouwen wordt dan nagegaan op basis van de facturatiegegevens en de kankerregistratiegegevens/CHP-borst of er een bilaterale

diagnostische mammografie, screeningsmammografie, mammografie of echografie of NMR in het kader van opsporing van borstkanker bij asymptomatische vrouwen met een sterk verhoogd risicoprofiel en/of een borstkankerdiagnose aanwezig is. Indien er meerdere uitsluitingscriteria gevonden worden, wordt degene die de langste uitsluiting geeft, weerhouden.

Aan de hand van dit algoritme stelt BCR de uitsluitingslijst op met vermelding van het INSZ, het type uitsluiting, de incidentiedatum van de borstkanker of de verstrekingsdatum van de prestatie die aanleiding geeft tot uitsluiting en de einddatum van de uitsluiting. Het volledige algoritme wordt schematisch weergegeven in figuur 6.

Deze uitsluitingslijst wordt doorgegeven aan CvKO die voor de overige vrouwen in de doelpopulatie nagaat of een eerdere deelname aan het bevolkingsonderzoek, een afmelding of een weigering werd geregistreerd.

Figuur 6: Uitsluitingsalgoritme voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker:



Figuur 7: Overzicht van jaarplanning van de binnenkomende gegevens en de opmaak van de uitsluitingslijsten

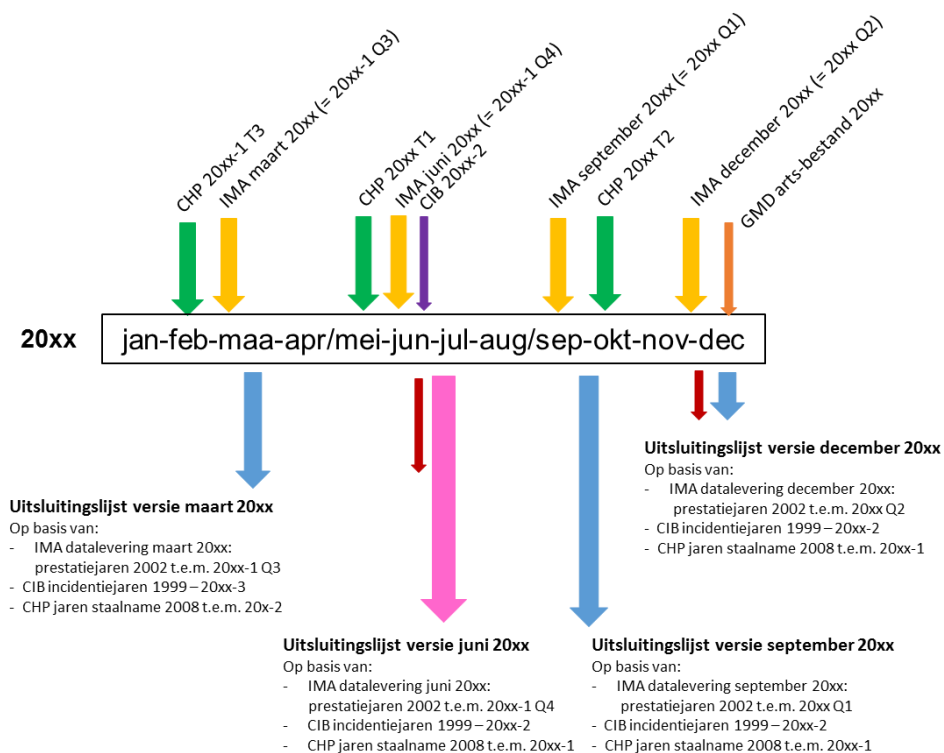
DATA IN: binnenkomende gegevens

- Groen: opvraag borst gegevens bij de laboratoria voor pathologische anatomie (CHP) (3 x per jaar).
- Paars: Incidentiegegevens van invasieve tumoren beschikbaar van vermeld incidentiejaar (CIB) (1x per jaar).
- Geel: opvraag IMA nomenclatuur gegevens (4x per jaar).

- Oranje: GMD-arts/toegewezen artsenbestand vanuit het IMA (1x per jaar)

DATA UIT: opstellen van de uitsluitingslijsten (4 x per jaar) en artsen bestanden (2 x per jaar) en doorgifte naar CvKO

- Blauw: Uitsluitingslijst o.b.v. update IMA gegevens.
- Roze: Uitsluitingslijst o.b.v. update van IMA gegevens en CIB.
- Rood: Artsenbestanden



Legende:

CHP: Cyto-Histo-Pathologieregister

CIB: Cancer in Belgium, kankerregistratiedatabank

IMA: Intermutualistisch Agentschap

GMD: Globaal-Medisch-Dossier

T: tertiaal T1: eerste tertiaal (januari-april)

T2: tweede tertiaal (mei-augustus)

T3: derde tertiaal (september-december)

Beschrijving van de structuur van de uitsluitingslijsten

- Het bestand heeft een .txt extensie.

- CSV formaat met ‘;’ als delimiter.
- De header row moet aanwezig zijn en ingevuld met volgende labels in onderstaande volgorde: INSZ;type uitsluiting;S of D;Startdatum uitsluiting;Einddatum uitsluiting

INSZ

- Verplicht ingevuld
- Getal
- 11 cijfers
- Elk INSZ mag maar 1 keer voorkomen in de lijst

Type uitsluiting

- Verplicht ingevuld
- Enumeratie
- Mogelijke waarden:
 - ‘0’ = 2 jaar uitgesloten
 - ‘1’ = 10 jaar
 - ‘2’ = definitief uitgesloten
 - ‘3’ = 4 jaar uitgesloten

S of D

- Ingevuld indien type 0
- Enumeratie
- Mogelijke waarden:
 - S = screeningsmammografie binnen BVO (450192, 450203)
 - D = bilaterale diagnostische mammografie (450096, 450100, 461090, 461101) of specifieke nomenclatuurcodes (mammografie/ NMR/ echografie) i.k.v. sterk verhoogd risicoprofiel (450354, 450365, 459830, 459841, 461134, 461145)

Datum start uitsluiting

- Verplicht ingevuld
- Datum
- Formaat dd/mm/yyyy
- Datum van de incidentiedatum van kankerdiagnose of de prestatiedatum die aanleiding geeft tot uitsluiting

Datum einde uitsluiting

- Ingevuld tenzij definitief uitgesloten
- Datum
- Formaat dd/mm/yyyy
- Uiterste uitsluitingsdatum op basis van algoritme

- Elke INSZ mag maar 1 keer voorkomen.
- Op elke regel komen de gegevens behorend bij 1 INSZ.
- Als er geen informatie aanwezig is voor een INSZ, wordt dit INSZ niet opgenomen in het uitsluitingsbestand.

Beschrijving van de structuur van het artsenbestand

- Het bestand heeft een .txt extensie in CSV formaat met delimiter ‘;’.
- De header row moet aanwezig zijn en ingevuld met volgende labels in onderstaande volgorde: **insz;riziv;jaar**
- Na ‘jaar’ wordt geen ‘;’ geplaatst, want dat is de laatste waarde.

INSZ

- Verplicht ingevuld
- Elk INSZ mag maar 1 keer voorkomen. INSZ die niet gekoppeld worden met de IMA GMD-lijst zitten ook in het bestand.
- Getal
- 11 cijfers

RIZIV

- RIZIV nummer van de meest recente GMD-arts indien een GMD-arts gekend is.
- Getal
- 8 cijfers

Prestatiejaar

- Ingevuld als GMD-arts gekend is.
- Meest recente prestatiejaar voor GMD nomenclatuur.

Indien een unieke (meest recente) GMD-arts gekend: INSZ wordt doorgegeven in artsenbestand, meest recente GMD-arts ingevuld en meest recente prestatiejaar wordt meegegeven.

Indien meer dan 1 GMD-arts in meest recente prestatiejaar: INSZ wordt doorgegeven in artsenbestand, geen GMD-arts ingevuld en geen prestatiejaar ingevuld. Voor deze personen worden alle meest recente GMD-artsen en prestatiejaren doorgegeven in een apart bestand (‘dubbels’).

Sensibilisatielijsten

Twee keer per jaar wordt een sensibilisatielijst doorgegeven vanuit BCR aan CvKO. Deze lijst bevat de INSZen van de nooit deelnemers. Hiervoor koppelt BCR het uitnodigingsbestand voor screening met de IMA-borst- en kankergegevens.

Nooit deelnemers zijn vrouwen die in aanmerking komen voor sensibilisatie. Vrouwen die

- Een screeningsmammografie binnen het BVO liet doen tussen 2002-20xx (o.b.v. IMA data)
- Een bilaterale mammografie liet doen tussen 2002-20xx
- Een mammografie, NMR of echografie liet doen i.k.v. een sterk verhoogd risicoprofiel tussen 2016-20xx
- Een bilaterale mastectomie liet doen tussen 2002-20xx
- Borstkanker had tussen 2001-20xx (geregistreerd in CIB, deels 20xx+1 op basis van CHP) (met uitzondering van D05.0 (lobulair carcinoma in situ)) komen niet in aanmerking voor sensibilisatie.

Er wordt geen rekening gehouden met het feit of een vrouw één of meerdere uitnodigingen ontvangen heeft.

Beschrijving van de structuur van de sensibilisatielijst

Het bestand heeft een .txt extensie in CSV formaat met delimiter ‘;’.

De header row moet aanwezig zijn en ingevuld met volgende label: **insz**

INSZ

- Verplicht ingevuld
- Elk INSZ mag maar 1 keer voorkomen
- Getal
- 11 cijfers

Ooit-deelnemer

- De variabele ‘Ooit-deelnemer’ kan twee waarden hebben: ‘0’ of ‘1’.

	IMA	CIB	CHP
Nooit-deelnemer	Geen:	Geen	Geen
Indien geen enkele databank de opgelijste gegevens kan teruggevonden worden. Het sensibilisatiebestand bevat alleen INSZ van nooit-deelnemers .	• Screeningsmammografie binnen het BVO • Bilaterale mammografie • Mammografie, echografie of NMR bij vrouwen met sterk verhoogd risicoprofiel • Bilaterale mastectomie •	Geen kanker (met uitzondering van D05.0 (lobulair carcinoma in situ))	Geen kanker (met uitzondering van LCIS)

Deze sensibilisatielijsten kunnen later door het CvKO gebruikt worden om vrouwen te selecteren die in aanmerking komen voor individuele sensibilisatie of informatieverstrekking over het bevolkingsonderzoek.

9.1.2 Uitnodigingsinterval 22-26 maanden

Richtlijn

Voor vrouwen uit de doelgroep moet een datum van vervolgscreening best 22-26 maanden liggen na hun laatste opkomst (of na hun laatste uitnodiging indien er geen opkomst was in de laatste ronde). Een correct uitnodigingsinterval verhoogt trouwe deelname.

Doelstelling: Minstens 95% van de vrouwen uitgenodigd in jaar X moet met het correcte uitnodigingsinterval zijn uitgenodigd, voorrang wordt gegeven aan vrouwen met een vorige opkomst (i.t.t. vrouwen zonder vorige opkomst) indien er te weinig sloten zijn.

Mogelijke oorzaken van het niet halen van de richtlijn

1. Voor een vrouw die naar een **mammobiel** werd uitgenodigd, is het niet mogelijk om de periode vrij te kiezen. Dit is vooral een probleem als de mammobiel van maand wisselt, of als een vrouw verhuist naar een mammobiel gemeente.[1]
2. Sinds de introductie van Heracles worden **uitsluitingen** van het BCR gebruikt om te bepalen wanneer iemand een uitnodiging moet krijgen. Dames komen pas in de doelgroepselectie in functie van de **einddatum** van de uitsluiting, dit bemoeilijkt hun planning
3. Te weinig slots in de ME: Soms is dat door CvKO veroorzaakt omdat er in voorgaande jaren verschoven is om de uitnodigingen meer te spreiden. Oplossing: langer op voorhand een idee van benodigd aantal slots maken zodat extra slots op tijd kunnen worden gevraagd.

[1] Eigenlijk is dat alleen een probleem voor vrouwen wiens datum berekend wordt vanaf een uitnodiging, want vrouwen die een vorige deelname hebben zullen naar die vorige (vaste) ME worden uitgenodigd.

9.1.3 Vrouwen met een dubbelzijdige mastectomie of borstkanker

Vrouwen met een dubbelzijdige mastectomie worden niet uitgenodigd.

Vrouwen met een gekende diagnose borstkanker worden gedurende de eerste tien jaar na de datum van diagnose niet uitgenodigd om deel te nemen aan het programma. Een vrouw kan gedurende de eerste 10 jaar na de diagnose borstkanker wel op aanraden van haar arts blijven deelnemen via het eerste spoor (nl. met verwijfsbrief van de arts) (dit wordt ook zo meegedeeld aan de 0800-lijn van het CvKO).

9.1.4 Vrouwen met een recente diagnostische mammografie

Vrouwen die recent een bilaterale diagnostische mammografie hadden, worden gedurende een bepaalde periode (iets minder dan 2 jaar) niet meer uitgenodigd (zie beschrijving exclusies). Deze vrouwen kunnen wel op aanraden van hun arts blijven deelnemen via het eerste spoor (nl. met verwijfsbrief van de arts) (dit wordt ook zo meegedeeld aan de 0800-lijn van het CvKO).

9.1.5 Vrouwen met borstprothesen

Vrouwen met een borstprothese behoren tot de doelgroep van het Bevolkingsonderzoek Borstkanker.

9.1.6 Vrouwen met een sterk verhoogd risico

Vrouwen met een sterk verhoogd risico voor borstkanker worden niet uitgesloten uit het Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Via de folder wordt hen echter aangeraden hun arts te consulteren over de optimale onderzoeksmethode in hun geval. Vrouwen met specifieke nomenclatuurcodes voor mammografie, echografie en NMR in het kader van opsporing van borstkanker bij asymptomatische vrouwen met een sterk verhoogd risicoprofiel (450354, 450365, 461134, 461145, 459830, 459841) worden echter wel tijdelijk uitgesloten (sinds exclusielijst van juni 2024) gedurende 2 jaar vanaf de prestatiedatum.

In het Belgisch Staatsblad van 24 december 2015 werden de criteria gepubliceerd waarmee vrouwen ingedeeld kunnen worden in de categorie "sterk verhoogd risico". Deze vrouwen kunnen beeldvormende onderzoeken van de borsten ondergaan waarvoor geen remgeld moet betaald worden. Hieronder wordt een samenvatting van deze teksten gegeven:

De definitie "sterk verhoogd risico" is een levenslang risico van 30% of hoger om borstkanker te krijgen. Dit is het geval indien minstens aan een van de volgende voorwaarden is voldaan:

- Twee "eerste of tweedegraads bloedverwanten" met diagnose borstkanker op een gemiddelde leeftijd jonger dan 50 jaar, waarvan minstens één eerstegraads bloedverwante;
- Drie "eerste of tweedegraads bloedverwanten" met diagnose borstkanker op een gemiddelde leeftijd jonger dan 60 jaar, waarvan minstens één eerstegraads bloedverwante;
- Ten minste vier bloedverwanten met borstkanker ongeacht de leeftijd bij diagnose, waarvan minstens één eerstegraads bloedverwante;
- Ten minste vier bloedverwanten langs vaderszijde met diagnose borstkanker op een leeftijd jonger dan 60 jaar;
- Borstkanker of een ductale of lobulair atypische hyperplasie in de persoonlijke anamnese;
- Ovariumcarcinoom in de persoonlijke anamnese of bij een bloedverwante van eerste of tweede graad;
- Genetische aandoening met hoog kankerrisico (zoals Li-Fraumeni syndroom, Cowden disease);
- BRCA1 of BRCA2 positiviteit, persoonlijk of bij een eerstegraads bloedverwante;
- Bilateraal borstkanker (binnen een termijn van 2 jaar) bij een bloedverwante van eerste of tweede graad;
- Borstkanker bij een mannelijke bloedverwant van eerste of tweede graad;
- Sarcoma bij een bloedverwant van eerste of tweede graad; met diagnose op leeftijd jonger dan 45 jaar;

- Glioma of bijnierschorskanker met diagnose op kinderleeftijd bij een bloedverwant van eerste of tweede graad;
- Behandeling met “mantelveld”-radiotherapie (lymfoom) of met radiotherapie t.h.v. de thorax in de persoonlijke anamnese.

Opmerking: Met eerstegraads bloedverwante wordt bedoeld moeder, zus of kind. Met tweedegraads bloedverwante wordt bedoeld grootmoeder, halfzus, kleinkind, tante of nicht (kind van broer of zus).

9.1.7 Transgenders

Een mammografie is voor het RIZIV genderneutraal. Echter, in de toepassingsregels van een screeningsmammografie wordt verwezen naar de screeningsprogramma's van de gemeenschappen, waar expliciet de doelgroep is opgenomen (nl. vrouwen tussen de 50-69 jaar). Personen waarbij hun rijksregisternummer wijst op een mannelijk geslacht komen omwille van deze reden niet in aanmerking komen voor een screeningsmammografie.

Hieronder worden algemene richtlijnen gegeven, een éénduidig, standaard advies voor alle transgenders is niet mogelijk. We raden dan ook aan om advies in te winnen bij een arts.

Transman (een transgender man die bij geboorte en voor zijn transitie nog als meisje/vrouw werd aangeduid)

Indien rijksregisternummer wijzend op vrouwelijk geslacht (2e groep cijfers in rijksregisternummer is een even nummer)

- Uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek indien de persoon tussen de 50 en 69 jaar is, tenzij de persoon is uitgesloten op basis van een van de uitsluitingscriteria (= diagnose borstkanker in de voorbije tien jaar, totale bilaterale mastectomie of mammografie in de voorbije twee jaar);
- Deelname wordt aanbevolen indien nog borstweefsel aanwezig is en een mammografie mogelijk is.

Indien rijksregisternummer wijzend op mannelijk geslacht (2e groep cijfers in rijksregisternummer is een oneven nummer)

- Geen uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek (zie hierboven, zit niet in doelgroepbestand);
- Een mammografie wordt, in overleg en op voorschrift van de arts, aanbevolen indien nog borstweefsel aanwezig is en een mammografie mogelijk is.

Transvrouw (een transgender vrouw die bij geboorte en voor haar transitie nog als jongen/man werd aangeduid)

Indien rijksregisternummer wijzend op vrouwelijk geslacht (2e groep cijfers in rijksregisternummer is een even nummer)

- Uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek indien de persoon tussen de 50 en 69 jaar is, tenzij de persoon is uitgesloten op basis van een van de uitsluitingscriteria (= diagnose borstkanker in de voorbije tien jaar, totale bilaterale mastectomie of mammografie in de voorbije twee jaar);
- Deelname wordt aanbevolen indien borstweefsel aanwezig is en een mammografie mogelijk is, gezien langdurige hormoonbehandeling het risico op de ontwikkeling van borstkanker kan verhogen. Aanwezigheid van prothesen kan de interpretatie van de mammografie bemoeilijken waardoor aanvullend onderzoek kan aangeraden worden. Indien geen mammografie mogelijk, moet in overleg met de arts het meest geschikte onderzoek bepaald worden.

Indien rijksregisternummer wijzend op mannelijk geslacht (2e groep cijfers in rijksregisternummer is een oneven nummer)

- Geen uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek (zie hierboven, zit niet in doelgroepbestand);
- Een mammografie (in overleg en op voorschrift van de arts) kan aangewezen zijn indien borstweefsel aanwezig is en een mammografie mogelijk, aangezien langdurige hormoonbehandeling het risico op de ontwikkeling van borstkanker kan verhogen.

9.1.8 Procedure vergeten uitnodigingsbrief

Indien een dame zich aanmeldt voor haar afspraak maar haar uitnodigingsbrief vergeten is, moet de afspraak zoals gepland doorgaan. De ME moet het CvKO contacteren om een duplicaat van de brief te krijgen. Als de vrouw reeds op voorhand weet dat ze de brief niet meer heeft, kan ze het 0800-nummer bellen en wordt haar een duplicaat toegestuurd.

9.1.9 Procedure beschikbaarheid screeningsmammografie voor bijkomend onderzoek

Indien een vrouw voor bijkomend onderzoek naar een radioloog gaat die niet haar ME is, zal de ME waar de screeningsmammografie genomen werd de beelden kosteloos ter beschikking stellen van de dame of de uitwerkende ME.

9.1.10 Deelname aan het Bevolkingsonderzoek Borstkanker via spoor 1 en spoor 2

Deelname aan het Bevolkingsonderzoek Borstkanker kan na het ontvangen van een uitnodigingsbrief. Dergelijke deelnames worden “tweede spoor” genoemd. Een deelname via het “eerste spoor” is een deelname die tot stand komt nadat een screeningsmammografie door een arts werd voorgeschreven.

Voor de verwijsprocedure van het eerste spoor bestaat geen vaste regel. Gebruik van een gewoon voorschriftformulier is mogelijk, als de gewenste prestatie correct vermeld wordt (bijvoorbeeld: ‘screeningsmammografie’). Ook het aanvraagformulier voor een screeningsmammografie kan

gebruikt worden (te downloaden van [Aanvraagformulier voor screeningsmammografie en 2e lezing | Borstkanker \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)). Bij gebruik van dit laatste formulier, wordt steeds een screeningsmammografie uitgevoerd.

Hieronder wordt toegelicht hoe een uitnodiging voor het tweede spoor tot stand komt, hoe zij kan worden afgezegd, enz.

9.1.11 Opgeven van een arts voor het resultaat

Bij deelname aan het Bevolkingsonderzoek Borstkanker wordt zeer sterk aangeraden dat de vrouw een arts opgeeft (middels aanvraagformulier) naar wie het resultaat verstuurd kan worden. Tot begin 2024 was deelname zelfs niet toegestaan zonder een arts op te geven. Sindsdien is een speciale procedure uitgewerkt omdat het CvKO in 2023 merkte dat een toenemend aantal vrouwen geen arts kan of wil opgeven op het aanvraagformulier (patiëntenstop bij huisartspraktijken, arts met pensioen, Oekraïense vluchtelingen, enz.) Daardoor werden vrouwen ofwel geweigerd voor screening, ofwel werd er eender welke arts opgegeven om de vrouw te laten screenen. Het gevolg was voor die eerste groep dat ze niet gescreend werden, en voor de tweede groep dat de gedetailleerde screeningsinformatie niet bij de uitvoerder van de oppuntstelling terecht kwam (want een onbekende arts is opgegeven).

Daarom is het sinds halverwege 2024 mogelijk om te screenen indien de vrouw geen arts kan of wil opgeven, maar er zijn wel een paar aandachtspunten:

1. Verwittiging in de mammografische eenheid

De mammografische eenheid moet aan de vrouw uitleggen dat het beter is een arts op te geven. Als een arts echt niet kan worden opgegeven moet de ME aan de vrouw uitleggen dat:

- een positieve screening gevolgd moet worden door bijkomend onderzoek (oppuntstelling)
- dat voor bijkomend onderzoek een voorschrift nodig is
- dat bij een positieve screening de vrouw zelf de brief zal ontvangen die normalerwijze bestemd is voor de arts
- dat ze altijd mag bellen naar het CvKO voor meer informatie, maar dat via de 0800 geen resultaat kan worden meegedeeld en ook geen medische informatie kan worden verstrekt

2. Aangepaste correspondentie naar de vrouw igv een positieve screening

Indien het een **negatieve** screening betreft verandert er niks aan de communicatie naar de vrouw.

Indien het een **positieve** screening betreft verandert het volgende aan de communicatie naar de vrouw:

- De vrouw krijgt gelijk met haar eigen resultaatsbrief ook de brief die normaal aan haar arts gestuurd zou worden (zonder wijzigingen)

- Er wordt een aangepaste resultaatsbrief voor de vrouw verstuurd. Daarin wordt uitgelegd hoe bijkomend onderzoek gepland kan worden, en waarom ze ook de brief voor de arts ontvangt

9.1.12 Procedure toewijzen van een afspraak aan een ME

Achtergrond

Bij de voorbereidingen van wat tegenwoordig het Bevolkingsonderzoek Borstkanker heet, vroeg destijds de minister van Volksgezondheid (Mieke Vogels) een studie op om te weten wat de optimale manier is om het BVO BK te organiseren. De conclusies daarvan staan beschreven in “Weyler J, Schrijver I, Vuylsteke de Laps L (eds). Multicenterstudie borstkankerscreening Vlaanderen. Subcommissie Borstkankerpreventie Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie, december 1997”. Dit document is niet elektronisch te raadplegen, maar een samenvatting is wel online te vinden: [https://www.acw.be/images/GMG/2005/Gezondheidszorg/Borstkankerscreening%20in%20Vlaanderen%20-%20Guido%20Van%20Hal%20-%20Michiel%20Callens%20\(april%202005\).pdf](https://www.acw.be/images/GMG/2005/Gezondheidszorg/Borstkankerscreening%20in%20Vlaanderen%20-%20Guido%20Van%20Hal%20-%20Michiel%20Callens%20(april%202005).pdf)

In deze multicenter studie onderzochten de auteurs welke **kenmerken het BVO BK** moet hebben om tot een optimaal resultaat te komen, waarbij men optimaal resultaat definieerde als zijnde o.a. een **goede deelname** en **hoge kwaliteit**. Het sprak voor zich dat een screeningsprogramma dat zich richt tot een doelgroep van bijna een miljoen vrouwen en wordt gefinancierd met openbaar geld, benaderd moet worden met een instrument dat o.a. de volgende kenmerken heeft:

- Hoge kwaliteit (door strenge kwaliteitsnormen en kwaliteitsopvolging voor de ME en een blinde dubbele lezing)
- Voldoende capaciteit (door een performant planningssysteem en volgende mammografische eenheden)
- Geïnformeerde deelname wordt gestimuleerd
- Op lange termijn economisch rendabel (door voldoende afspraken toebedeeld te krijgen).

Uit de genoemde studie bleek voorts dat een optimaal programma qua uitnodigingsstrategie zou moeten werken met een uitnodigingsbrief waarin al een uitnodiging wordt vastgesteld, en dat in bepaalde regio's **vaste ME** de beste keuze was, terwijl in andere regio's **mobiele ME** meer gepast waren. Zoals de multicenter studie aanraadde, ging men daarom in bepaalde gebieden werken met mammobielen (in essentie een ME op wielen) en in andere gebieden vooral werken met vaste ME eventueel aangevuld met georganiseerd vervoer (die de vrouw naar een vaste ME kunnen vervoeren). De mammobielen en belbussen waren destijds dus bedoeld om te zorgen dat alle vrouwen **dicht bij hun woonst** met **hoge kwaliteit** gescreend konden worden, en daar werd geen bepaalde afstand of reistijd opgeplakt.

Er is, naast deze multicenter studie, geen onderzoek beschikbaar dat deelname vergelijkt tussen mammobiel en vaste ME. Een verschil in respons is onmogelijk uit observationele gegevens te

analyseren omdat de screeningsbereidheid van de populatie verschillend is (de mammobiel wordt bijvoorbeeld vaak ingezet voor vrouwen die nog nooit zijn opgekomen).

Wel is het mogelijk om bepaalde **procesindicatoren** te vergelijken tussen de vaste en mobiele ME (zie onderstaande tabel, een recentere analyse is niet mogelijk omdat de intervalekankers beschikbaar moeten zijn, en is ook niet zinvol omdat deze gegevens erg stabiel zijn en alleen ter illustratie dienen). Die vergelijking toont dat de vaste en mobiele ME zeer vergelijkbaar scoren m.b.t. verwerkingstijden, screeningsinterval, sensitiviteit en vals-positieve recall.

			Mobiele ME's		Vaste ME's	
		Jaar screening	N	Percent	N	Percent
	Aantal opkomsten in 2016	2016	19.685		198.451	
	Goede kwaliteitsproportie	2016	18.639	94,7	182.236	91,8
	Aantal dagen tot resultaat naar arts (vanaf screening)	2016	9		9	
	Gemiddelde interval t.o.v. de vorige ronde (maanden)	2016	28		28	
Eerste ronde	Aantal SMX	2016	4.628		34.354	
	Recall	2016	303	6,5	1.512	4,4
	CDR	2016	45	0,97	214	0,62
	INCA	2016	21	0,45	122	0,36
	Sensitiviteit	2016		68		64
	FP	2016	256	5,5	1.287	3,7
Vervolg ronde	Aantal SMX	2016	15.057		164.097	
	Recall	2016	326	2,2	3.447	2,1
	CDR	2016	86	0,57	913	0,56
	INCA	2016	46	0,31	463	0,28
	Sensitiviteit	2016		65		66
	FP	2016	237	1,6	2.501	1,5

De huidige verdeling van afspraken over de ME

Primair in de verdeling van afspraken over de ME staat:

- De **screeningshistoriek** van de betrokken vrouwen (zie hierboven)
- De **capaciteit van de ME** (zie hierboven)
- De kwaliteitsopvolging, die ervoor zorgt dat het BVO BK alleen werkt met ME die kwaliteitsvol werk leveren

In de verdeling van afspraken over de ME speelt de **opkomst per ME** géén rol omdat het momenteel *onmogelijk* om de opkomst per ME te vergelijken op een **causale** manier: er is te grote verscheidenheid van de doelgroep per ME waardoor verschillen in opkomst *niet* noodzakelijk aan de ME te wijten zijn, maar aan de (onmeetbare) kenmerken van de doelgroep. Daarom betrouwen we hiervoor op de resultaten van de multicenter studie.

Meer uitleg over screeningshistoriek en capaciteit van de ME

Bij het toewijzen van de afspraken houdt het CvKO zoals gezegd rekening met de **screeningshistoriek** van de vrouwen en met de **capaciteit van de ME**:

- Bij een type 1 uitnodiging (trouwe deelneemster) en type 3 uitnodiging (onregelmatige deelneemster) wordt de vrouw uitgenodigd naar de ME van de laatste opkomst.
- Bij een type 2 uitnodiging (geen eerdere uitnodiging) of type 4 uitnodiging (wel al uitgenodigd, maar nog nooit opgekomen) wordt het stratenmodel gebruikt (zie hieronder).

Hierop kunnen uitzonderingen bestaan omdat elk ME voldoende en toegankelijke afspraaktijdstippen moet aanbieden om het CvKO toe te laten de vrouwen die in aanmerking komen voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker tijdig uit te nodigen (rekening houdende met het optimale screeningsinterval).

Het **stratenmodel** houdt in dat er per (deel van een) straat een **stratenmodel-ME** wordt toegewezen, hierbij wordt o.a. rekening gehouden met welke ME het makkelijkst bereikbaar is vanaf dat deel van de straat (openbaar vervoer, fiets en auto), met de capaciteit van de omliggende ME, en het aantal screenings van de voorbije jaren in de beschikbare ME. Bij dat laatste streeft het CvKO naar een eerlijke bejegening van elke ME, maar het CvKO heeft bij het invullen van het stratenmodel altijd als eerste prioriteit het belang van de kwaliteit van het dossier van de vrouw. Zoals hierboven te lezen is, heeft het stratenmodel vooral een rol in het toewijzen van type 2 en 4 afspraken. **Het is belangrijk te benadrukken dat een vrouw altijd haar voorgestelde afspraak mag veranderen.**

De lijst van **deelgemeenten** zit in de tool incijfers.be. De lijst kan ook gevonden worden op <https://statbel.fgov.be/nl/over-statbel/methodologie/classificaties/geografie>

Figuur 8: Voorbeeld van beschikbaarheid lijst deelgemeenten in Incijfers

Niveau (klik om het thema te openen)

- Statistische sector
- Wijk
- ✓ Deelgemeente
- Postcodes
- Gemeente Vlaanderen

Ook vandaag de dag maakt het BVO BK daarbij gebruik van een **combinatie** van vaste ME en mammobielen, net zoals de multicenter-studie voorstelde (het georganiseerd vervoer is niet langer actief, openbaar vervoer uiteraard wel).

Afspraken in de mammobiel

Een mammobiel wordt ook vandaag de dag in bepaalde regio's ingezet. In veel gevallen gaat het om een continuering van de oorspronkelijke gemeenten van de multicenter studie. Er kunnen volgens de huidige procedure om een aantal redenen nieuwe (deel)gemeenten **bijkomen**:

- 1) **Overbrugging van afstand voor de vrouw (klanttevredenheid van de vrouw)**
- 2) **Sensibilisatiecampagne in een gemeente gedurende een kort aantal dagen**
- 3) **Studie naar verhoging deelname**
- 4) **Gerichte inzet in organisaties voor mensen die zich moeilijk verplaatsen (vb. gevangenen, voorzieningen voor personen met een beperking, ...).**

De aanvraag gebeurt in die situaties door:

- Het bestuur van een gemeente i.g.v. situatie 1 en 2. De gemeente moet de standplaats voorzien alsook bepaalde kosten verbonden aan de werking van de mammobiel. Het CvKO adviseert gemeenten om eerst contact op te nemen met het lokale Logo om te bekijken welke mogelijkheden er zijn om deelname in de gemeente te verhogen, om pas daarna een eventuele aanvraag te doen.
- Het CvKO zelf (na een positief advies van de Vlaamse overheid) of van een geïnteresseerde intermediair (zoals bv een gemeente) i.g.v. situatie 3.
- De desbetreffende organisatie (bijvoorbeeld een woonzorgcentrum, gehandicaptenzorg, gevangenis) i.g.v. situatie 4.

Omdat elk van die 4 situaties een aparte beslisstructuur hebben, worden ze hieronder apart besproken.

Situatie 1, overbrugging van afstand voor de vrouw

Het doel is hier het overbruggen van de afstand voor de vrouw naar de ME².

Zie onderstaande tabellen voor de fases waarin deze situatie wordt uitgewerkt. Let erop dat de Vlaamse overheid er anno 2022 vanuit gaat dat er slechts bij hoge uitzondering gemeenten bestaan waar een **nieuwe** mammobiel (deel)gemeente³ opportuun is, gezien er sinds de start van het bevolkingsonderzoek meerdere vaste mammografische eenheden zijn bijgekomen.

Als een bestuur van een gemeente wil dat er op haar grondgebied een mammobiel komt, -is de uitgangspositie dat types **2 en 4** vrouwen worden uitgenodigd naar de mammobiel. Als er in het overleg (zie tabel 3) geen consensus wordt gevonden zal het CvKO een voorstel doen. Het bestuur van de gemeente beslist om het voorstel van CvKO te accepteren of het te laten bij de oude situatie.

Indien een bestuur van een gemeente wil dat de mammobiel **niet meer komt** op haar grondgebied dan moet het bestuur dit via een schrijven laten weten aan de eigenaar van de mammobiel (een ondertekend en in gescand document als bijlage van een email aan de eigenaar van de mammobiel en in cc info@bevolkingsonderzoek.be). Het bestuur van de gemeente houdt rekening met een minimale verwittigingsperiode van vijf maanden voor het stopzetten van de mammobiel (omwille van de uitnodigingsbrieven en de anders verspilde capaciteit).

Situatie 2, sensibilisatiecampagne in een gemeente gedurende een kort aantal dagen

Het doel is hier extra zichtbaar te zijn in het straatbeeld van het BVO BK door een eenmalige aanwezigheid van de mammobiel.

Zie onderstaande tabellen voor de fases waarin deze situatie wordt uitgewerkt. Let erop dat dit een eenmalige campagne is en dat de opgekomen vrouwen in de volgende ronde uitgenodigd worden naar één bepaalde vaste ME in de buurt (om praktische redenen is het niet mogelijk dit te verdelen over meerdere ME's maar vrouwen mogen zoals altijd hun afspraak verzetten naar een andere ME).

Als een bestuur van een gemeente wil dat er op haar grondgebied een mammobiel komt, is de uitgangspositie dat **types 4** vrouwen worden uitgenodigd naar de mammobiel. Als er in het overleg (zie tabel 3) geen consensus wordt gevonden zal het CvKO een voorstel doen. Het bestuur van de gemeente beslist daarna om het voorstel van CvKO te accepteren of het te laten bij de oude situatie.

Situatie 3, studie naar verhoging deelname

Het doel is hier om te onderzoeken of een bepaalde groep een hogere deelname heeft als de mammobiel komt.

² Reistijd wordt niet in rekening gebracht wegens het enorm aantal verschillende mogelijkheden en regelmatige wijzigingen. Zie het kader "Hoe de afstand berekenen tussen de deelgemeente en de vaste ME"

³ Let op, dit zijn criteria voor een nieuwe mammobiel deelgemeente, deze zijn niet van toepassing op mammobiel deelgemeenten die al in gebruik waren voor 2022.

Zie onderstaande tabellen voor de fases waarin deze situatie wordt uitgewerkt. Let erop dat dit een eenmalige campagne is en dat de opgekomen vrouwen in de volgende ronde uitgenodigd worden naar één bepaalde vaste ME (om praktische redenen is het niet mogelijk dit te verdelen over meerdere ME's maar vrouwen mogen zoals altijd hun afspraak verzetten naar een andere ME).

Als het tot een nieuwe aanvraag komt, is de uitgangspositie dat **types 4** vrouwen worden geïncorporeerd in de studie (types 2 vrouwen uitnodigen is op zich mogelijk maar niet als uitgangspositie). Als er in het overleg (zie tabel 3) geen consensus wordt gevonden zal het CvKO een voorstel doen. Het bestuur van de gemeente beslist daarna om het voorstel van CvKO te accepteren of het te laten bij de oude situatie.

Situatie 4, gerichte inzet in organisaties voor mensen die zich moeilijk verplaatsen

Het doel is hier een verhoogde deelname van de mensen in deze organisatie zonder dat ze zich hoeven te verplaatsen. Zie onderstaande tabellen voor de fases waarin deze situatie wordt uitgewerkt.

Als het bestuur van de organisatie wil dat er een mammobiel komt in haar organisatie, is de uitgangspositie dat alle vrouwen uit de organisatie worden geïncorporeerd maar dat bij de types 1 en 3 zeer duidelijk wordt vermeld dat ze ook gewoon kunnen gaan waar ze eerst gingen indien de organisatie dat toelaat.

Als er in het overleg geen consensus wordt gevonden zal het CvKO een voorstel doen. Het bestuur van de organisatie beslist om het voorstel van CvKO te accepteren of het te laten bij de oude situatie.

Indien een bestuur van de organisatie wil dat de mammobiel **niet meer komt** in haar organisatie, dan moet het bestuur dit via een schrijven laten weten aan de eigenaar van de mammobiel (een ondertekend en in gescand document als bijlage van een email aan de eigenaar van de mammobiel en in cc info@bevolkingsonderzoek.be). Het bestuur van de organisatie houdt rekening met een minimale verwittigingsperiode van vijf maanden voor het stopzetten van de mammobiel (omwille van de uitnodigingsbrieven en de anders verspilde capaciteit).

Tabellen voor de fases van situatie 1, 2, 3 en 4

Tabel 9 - Vereisten die vooraf door het CvKO worden nagegaan middels verkenning per e-mail (stap 1)

	Situatie			
	1	2	3	4

Er zijn geen vaste ME op <5km vanaf het centrum van de deelgemeente ⁴ waarvoor de aanvraag gedaan wordt	X			
De voorgestelde standplaats ligt in de betreffende deelgemeente	X			
De verantwoordelijken van één van de mammobielen is bereid om op de aanvraag in te gaan	X	X	X	X

Tabel 10 - Aanvraag officialiseren (stap 2)

	Situatie			
	1	2	3	4
Het bestuur van de gemeente stuurt aan het CvKO een getekende en in gescande schriftelijke motivatie per email, waarin het Schepencollege uitlegt wat ze van plan is en waarom de komst van de mammobiel opportuun geacht wordt. Dit document kan openbaar worden ingezien.	X	X		
Het CvKO stuurt aan het bestuur van de gemeente een schriftelijke motivatie per email, waarin ze uitlegt wat het plan is en waarom de komst van de mammobiel opportuun geacht wordt. Dit document kan openbaar worden ingezien.			X	
Het bestuur van de organisatie stuurt aan het CvKO een getekende en in gescande schriftelijke motivatie per email, waarin de organisatie uitlegt wat ze van plan is en waarom de komst van de mammobiel opportuun geacht wordt. Dit document kan openbaar worden ingezien.				X

Tabel 11 - Overlegfase (stap 3)

		Situatie			
		1	2	3	4
Verantwoordelijk voor organisatie en verslaggeving ⁵ :					
	Gemeentebestuur	X	X		
	Bestuur van het centrum				X
	CvKO			X	
Uit te nodigen aan overleg:					
	CvKO vertegenwoordigers ⁶	X	X	X	X
	Mammobiel vertegenwoordiger ⁵	X	X	X	X
	Gemeentebestuur	X	X	X	

⁴ In de praktijk wisselt een gemeente regelmatig m.b.t. de plek waar de mammobiel moet staan, bv wegens een electriciteitsprobleem, een gesprongen leiding, een evenement dat doorgaat. Daarom dat dit gerekend wordt vanaf het centrum van de deelgemeente.

⁵ De organisator moet inspanningen doen om elk van bovenstaande partijen op de bijeenkomst aanwezig te laten zijn (concreet betekent dit een Doodle met minstens 10 overlegmomenten, verspreid over voormiddag, namiddag en avond, over een periode van 4 weken). Als desondanks één of meerdere van bovenstaande partijen niet op het overleg aanwezig kunnen zijn, beslissen de aanwezigen.

⁶ Hiervoor zal het CvKO aan het bestuur van de gemeente de namen en contactgegevens sturen.

	Bestuur van de organisatie				X
	Onderzoeksverantwoordelijke CvKO ⁵			X	
	ME die over de periode jaar x-1 t.e.m. x-2 >=20 vrouwen van die gemeente screende	X	X	X	
	Andere ME in de gemeente ⁵		X	X	
	Vrouwen uit de doelgroep wonende in de deelgemeente ⁷	X	X		
	Logo ⁵	X	X	X	
	Artsen in de gemeente		X	X	
	Artsen verbonden aan het centrum ⁵				X

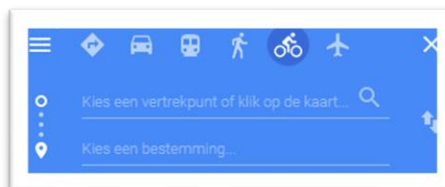
Hoe de afstand berekenen tussen de deelgemeente en de vaste ME.

1) Ga naar <https://www.google.com/maps>

2) Selecteer Route via dit icoon:



3) Selecteer vervolgens 'fiets':



4) Bereken afstand van het centrum van de gemeente (gaat automatisch als je geen straatnaam ingeeft) tot adres dichtstbijzijnde ME (zie website bevolkingsonderzoek) om het aantal kilometers te berekenen.

⁷ Wat betreft de vrouwen uit de doelgroep zal overleg pas kunnen doorgaan zodra minimum 3 vrouwen uit de doelgroep hebben toegezegd om te komen naar het overleg (als zij niet aanwezig zijn, kan het overleg wel doorgaan).

Afspraken bij stopzetten ME activiteit

Bij stopzetting ME activiteit (zie ander stuk draaiboek) moet:

- i.g.v. vrijwillige stopzetting het CvKO minimaal drie maanden vooraf op de hoogte worden gebracht, zodat de vrouwen na de sluitingsdatum niet meer worden uitgenodigd in de ME.
- elk dossier van al gescreende vrouwen naar één enkele erkende ME in Vlaanderen worden overgedragen. De eindverantwoordelijke arts van de stoppende ME is verantwoordelijk voor die overdracht én om die ME te kiezen. Het CvKO zal deze vrouwen naar de overnemende ME uitnodigen omdat deze ME dan over de voorgaande mx beschikt. Als de betreffende eindverantwoordelijke arts geen overnemende ME kan of wil voorstellen, zal het CvKO zelf de meest geschikte optie kiezen.
- de eindverantwoordelijke arts van de stoppende ME om de vrouwen te informeren over de stopzetting van de ME en over de nieuwe locatie van hun dossier en foto's.

Afspraken bij start nieuwe ME

Bij de opstart van een nieuwe ME (zie ander stuk draaiboek) worden alleen de type 4 uitnodigingen (wel al uitgenodigd, maar nog nooit opgekomen) en type 2 uitnodigingen (geen eerdere uitnodiging) toegewezen aan de nieuwe ME.

De opstart van een nieuwe ME zal dus een aanpassingen van het stratenmodel voor die regio vereisen, en daarbij wordt gestreefd naar een proportionele verdeling van de doelgroep van type 2 en 4 (bv 4 ME krijgen elk ongeveer 25% van de totale doelgroep) maar er moet altijd rekening worden gehouden met bv afstand en capaciteit. Het CvKO houdt bij elke toewijzing van een afspraak aan een ME namelijk maximaal rekening met het belang van de kwaliteit van het dossier van de vrouw.

Zie ook "Erkennen van een ME".

9.1.13 Procedure verzenden uitnodigingsbrieven (CvKO)

Het CvKO beheert de afspraken met de radiologen en de te plannen uitnodigingen in specifiek daarvoor ontwikkelde software (Mamplanner). Daarvoor worden beschikbare slots opgevraagd aan de ME's en wordt de op dat moment bestaande doelgroep opgevraagd in Heracles.

De doelgroep wordt toegewezen aan de slots, rekening houdend met de woonplaats, vorige afspraken van de betrokken persoon, opkomstgeschiedenis en de bezettingsgraden van de ME's zelf. Wanneer de doelgroep is toegewezen aan de slots, wordt uit Mamplanner een bestand geëxporteerd met de geplande uitnodigingen, dat wordt opgeladen in Heracles.

Na het opladen van de uitnodigingen uit Mamplanner wordt er door Heracles dagelijks een uitnodigingsbestand met adres en uitnodigingsgegevens naar een externe drukker gestuurd die op basis daarvan uitnodigingsbrieven drukt en verstuurt.

9.1.14 Procedure wijzigen van afspraak, annulatie van afspraak en verzoek tot stop uitnodiging

Wijzigen van afspraak

Een vrouw heeft altijd de mogelijkheid om een bestaande afspraak te verzetten naar een voor haar passende tijd of plaats. Om de afspraakplaats of -datum te wijzigen, neemt de vrouw bij voorkeur via het gratis telefoonnummer contact op met het CvKO. De uitnodigingsbrief blijft twee jaar geldig.

Annulering van afspraak

Als een vrouw belt om te laten weten dat ze deze afspraak niet zal nakomen, wordt de afspraak geannuleerd, er wordt aan de vrouw uitgelegd dat de uitnodigingsbrief nog twee jaar geldig is en wanneer de volgende brief zal toekomen.

Verzoek stop uitnodiging

Als een vrouw telefonisch of per e-mail meldt dat ze geen uitnodigingen meer wil ontvangen voor het BVO BK, noemen we dit “verzoek tot stop uitnodigingen”. Dit wordt geregistreerd in Heracles, en er hoeft geen documentatie bijgehouden te worden. Er moet aan de vrouw gemeld worden dat ze op elk moment het CvKO kan contacteren om weer uitgenodigd te worden.

9.2. Toepassen screeningsinstrument

9.2.1 Procedure erkennen van de controleorganisaties

Zie [artikel 17 tm 21 van BVR 16 maart 2012](#).

9.2.2 Procedure aanvraag typetoelating voor toestellen digitale mammografie (m.i.v. aanvraag updates/upgrades)

Zie [artikel 22 tm 24 van BVR 16 maart 2012](#).

Opgelet: Elke update, upgrade of naamswijziging van toestellen digitale mammografie moet aan het agentschap gemeld worden (preventiegezondheidszorg@vlaanderen.be). Dit geldt ook bij overname van een bedrijf van mammografietoestellen.

Deze melding wordt voorgelegd aan de leden van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Zij beoordelen of er een aanvraag typetoelating of aanvraag update/upgrade noodzakelijk is:

- zo ja, aanvraag typetoelating
- zo niet, publicatie update/upgrade op de website Zorg en Gezondheid

9.2.3 Procedure erkenning en intrekking erkenning van de ME's (m.i.v. de radiologen en andere personeelsleden die er werken en de toelating van screeningstoestellen)

Een ME is gebonden aan de combinatie van één bepaalde locatie (met uitzondering van de mammobielen) met één bepaald KBO-nummer. Het IDGKB-nummer is de unieke identificatie die combinatie. Elke ME heeft dus haar eigen IDGKB-nummer, maar het kan voorkomen dat er onder één bepaald KBO-nummer meerdere IDGKB-nummers bestaan. Dat zijn dan individuele ME's die een fusie onder één KBO-nummer vormen.

Als een ME niet meer actief is dan spreken we over "stopzetten ME activiteit". Zoals duidelijk is uit de bovenstaande definitie van een ME, sluit een bestaande ME in o.a. volgende situaties:

- indien er geen screeningsmammografieën meer genomen zullen worden in de ME wegens vrijwillig stopzetten ME activiteit of intrekking erkenning
- indien een bepaalde radioloog zijn praktijk waarin de ME ligt *verhuist* van adres (KBO-nummer blijft gelijk, locatie verandert) → **nieuw IDGKB-nummer** (waarbij er een uitzondering bestaat als het om verhuis binnen dezelfde campus gaat)
- indien een ME qua infrastructuur blijft bestaan op hetzelfde adres maar onder een nieuw KBO-nummer zal vallen (bv nadat de ME vrijwillig sluit of moet sluiten wegens intrekking erkenning) → **nieuw IDGKB-nummer**

9.2.3.1 Erkennen van een ME

De Vlaamse overheid erkent geen individuele radiologen voor het nemen van screeningsmammografieën. Wel kan de Vlaamse overheid radiologische diensten als ME's erkennen en hun erkenning intrekken bij slecht functioneren ervan, ook al wordt dit functioneren toegeschreven aan een van de radiologen.

De procedure voor erkenning, intrekking en schorsing van erkenning voor ME's wordt beschreven in de hoofdstukken [3, 6 en 7 van het BVR 16 maart 2012](#).

De stappen die de radiologische dienst concreet moet uitvoeren om een erkenning te verkrijgen zijn terug te vinden op de website van het agentschap via <https://borstkanker.bevolkingsonderzoek.be/nl/bk/welke-stappen-moet-ik-nemen-om-mijn-radiologische-dienst-te-laten-erkennen-als-mammografische>

Er kunnen geen screenings uitgevoerd worden vooraleer er een erkenningsbesluit is.

Het attest medisch-radiologische kwaliteit

In artikel 9 van hoofdstuk 3, afdeling 1 van de procedure die een radiologische dienst moet doorlopen om een erkenning aan te vragen wordt vermeld dat voor het attest medisch-radiologische kwaliteit een beoordeling van de medisch-radiologische kwaliteit van de mammografieën van dertig opeenvolgende vrouwen nodig is. In onderstaande situaties kan uitzonderlijk een equivalent van het attest medisch-radiologische kwaliteit worden afgeleverd

door de programma manager van het BVO BK (zonder dat er een beoordeling van 30 dossiers nodig is). Dit verandert niets aan de rest van de procedure van aanvragen van een erkenning.

- Situatie 1)
 - Er zijn twee of meer actieve ME's (die zoals beschreven elk hun eigen IDGKB-nummer hebben)
 - De ME's willen ondergebracht worden onder één KBO-nummer (die eventueel al de eigenaar van één of meerdere van de betreffende ME's)
 - De ME's houden elk een eigen IDGKB-nummer
 - De toestellen, het personeel en minstens één van de eindverantwoordelijke radiologen blijft dezelfde
 - In elk van de betrokken ME werd in het meest recente tertaal de norm voor radiografische kwaliteit gehaald.
- Situatie 2)
 - Een actieve ME sluit en op hetzelfde adres opent een ander KBO-nummer een nieuwe ME
 - De ME blijft een eigen IDGKB-nummer hebben, maar verandert van IDGKB-nummer
 - De toestellen, het personeel en de eindverantwoordelijke radioloog blijven dezelfde
 - In het meest recente tertaal werd de norm voor radiografische kwaliteit gehaald

Herziening samenwerkingsovereenkomst

Als het agentschap en het CvKO achten dat de samenwerkingsovereenkomst met de ME moet herzien worden kan de oproep gelanceerd worden door het agentschap aan de ME om deze nieuwe samenwerkingsovereenkomst af te sluiten. Er wordt duidelijk omschreven welke wijzingen in de overeenkomst zijn opgenomen. Als de ME binnen de vooropgestelde termijn geen nieuwe samenwerkingsovereenkomst met het CvKO kan voorleggen, voldoet de ME niet meer aan de erkenningsvoorwaarden en kan het agentschap een voornemen tot intrekking van erkenning indienen.

Sluitingsperiode bij het openen van een nieuwe ME op het adres van een stoppende ME

Als er een nieuwe ME opent op de plek van een stoppende ME (zie hoger) moet aan een reeks administratieve voorwaarden worden voldoen (aanvragen van een erkenning, in orde brengen CSAM-procedure, enz.). Om de hoogst mogelijke kwaliteit aan vrouwen te bieden, zal het CvKO daarom één maand geen screenings inplannen tussen het sluiten van de ene ME, en het opstarten van de nieuwe ME.

Historiek van ARI procedure

Als er een nieuwe ME opent op de plek van een stoppende ME kan het zijn dat de historiek van de ARI procedure wordt overgedragen aan de nieuwe ME. Dit is het geval als gedurende 3 jaar na de opening van de nieuwe ME *minstens 50%* van de screeningsmammo's door de huidige medewerkers worden uitgevoerd en beoordeeld.

9.2.3.2 *intrekken erkenning ME*

De procedure voor intrekking van erkenning wordt beschreven in [artikel 32 van het BVR 16 maart 2012](#). Het agentschap is verantwoordelijk voor het besluit tot, en het uitvoeren van, de intrekking, waarbij het CvKO wel om advies wordt gevraagd. Voor een beschrijving van de procedure verwijzen we naar de website van het CvKO: [Voornemen tot intrekking van erkenning | Borstkanker \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

9.2.4 Procedure toelating en intrekking aanvaarding van radiologen als eerste lezer

9.2.4.1 *Eerste lezers aanvaarden*

De criteria waaraan voldaan moet worden om als eerste lezer werkzaam te kunnen zijn en blijven binnen het Bevolkingsonderzoek Borstkanker zijn terug te vinden op de website van het CvKO via: [Erkenningsvoorwaarden 1e lezers | Borstkanker \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

9.2.4.2 *Intrekking aanvaarding eerste lezers*

Wanneer niet meer voldaan wordt aan de voorwaarden om erkend te blijven als eerste lezer of de remediëring als onvoldoende werd beoordeeld door de Pool, wordt de aanvaarding als eerste lezer binnen het Bevolkingsonderzoek Borstkanker geschrapt door het RIZIV en de mutualiteiten. De Pool bezorgt het voorstel tot intrekking aanvaarding eerste lezer aan het CvKO en het agentschap via volgende e-mailadressen: preventiegezondheidsbeleid@vlaanderen.be en administratieME@bevolkingsonderzoek.be

Het agentschap beslist hierover en bezorgt de aanpassing van de lijst van eerste lezers aan het RIZIV en mutualiteiten.

9.2.5 Procedure toelating en intrekking aanvaarding van radiologen als tweede en/of derde lezer

9.2.5.1 *Tweede lezers aanvaarden*

De criteria waaraan voldaan moet worden om als tweede lezer werkzaam te kunnen zijn en blijven binnen het Bevolkingsonderzoek Borstkanker zijn terug te vinden op de website van het CvKO via: [Erkenningsvoorwaarden 2e lezers | Borstkanker \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

9.2.5.2 *Intrekking aanvaarding tweede lezers*

Wanneer niet meer voldaan wordt aan de voorwaarden om erkend te blijven als tweede lezer of de remediëring als onvoldoende werd beoordeeld door de Pool, wordt de aanvaarding als tweede lezer binnen het Bevolkingsonderzoek Borstkanker geschrapt door het RIZIV en de mutualiteiten. De Pool bezorgt het voorstel tot intrekking aanvaarding tweede lezer aan het CvKO en het agentschap via volgende e-mailadressen:

preventiefgezondheidsbeleid@vlaanderen.be en administratieME@bevolkingsonderzoek.be

Het agentschap beslist hierover en bezorgt de aanpassing van de lijst van tweede lezers aan het RIZIV en mutualiteiten.

9.2.6 Financiering van het screeningsinstrument

De Vlaamse overheid is niet bevoegd voor de financieringsregels van het RIZIV, maar legt de radiologen op om de bepalingen van de RIZIV-nomenclatuur te volgen.

Voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker werden afzonderlijke nomenclatuurnummers ontworpen voor het nemen van de screeningsmammografie met inbegrip van de eerste lezing ervan en de tweede lezing. Er bestaat zowel een nomenclatuurnummer voor ambulante prestaties als voor prestaties bij in het ziekenhuis opgenomen vrouwen. De uitnodigingsbrief of het voorschrift van een arts met duidelijke vermelding van ‘screeningsmammografie’ geldt als voorschrift.

9.2.7 Richtlijnen voor uitvoeren van de screeningsmammografie

De uitvoerende radioloog of radiologisch laborant moet voldoende tijd nemen om uitleg te geven over het verloop van een mammografisch onderzoek:

- De vrouw moet de mogelijkheid krijgen om vragen te stellen rond de ‘geïnformeerde keuze’, hierbij gebruikt de radioloog de informatie die beschikbaar is op de website.
- De vrouw moet voldoende uitleg krijgen over het belang van voldoende compressie voor de beeldkwaliteit en de stralingsdosis, en de impact ervan op de borst.
- De vrouw moet voldoende uitleg krijgen over het vervolg van het onderzoek (tweede lezing en eventueel derde lezing, resultaatsmededeling).
- Indien er klinische afwijkingen zijn of gekende vroegere borstproblemen, moet dit genoteerd worden in het dossier zodat deze informatie raadpleegbaar is voor de 2e lezer.

Algemene kwaliteitscriteria

- De mammogrammen zijn uniform en reproduceerbaar;
- Er zijn geen plooien zichtbaar;
- Er zijn geen overprojecterende delen zichtbaar, zoals schouder, kin en haren;
- Er is goede compressie toegepast;
- Er is geen bewegingsonscherpte aanwezig;
- Fysisch-technisch voldoen de beelden;
- De markering en identificatie zijn op iedere opname vermeld.

Criteria voor een goede craniocaudale opname zijn:

- De mediale grens van de borst is afgebeeld.
- Zover mogelijk ook de laterale grens.
- Indien mogelijk is de schaduw van de m. pectoralis zichtbaar in de diepte.
- Rechter en linker opname zijn symmetrisch t.o.v. elkaar.

- De fibro-glandulaire driehoek is geheel afgebeeld en zoveel mogelijk uitgestreken.
- De tepel staat op 12 uur en is vrij geprojecteerd.

Criteria voor een goede mediolateraal-oblique opname zijn:

- De schaduw van de musculus pectoralis is naar ventraal convex en reikt tot tepelhoogte.
- De tepel wordt in profiel afgebeelden staat ongeveer in het midden van het beeld.
- De inframammaire plooï is duidelijk zichtbaar zonder superposities.
- De rechter en linker opname zijn symmetrisch t.o.v. elkaar.
- De fibro-glandulaire driehoek is geheel afgebeeld en zoveel mogelijk uitgestreken.

Voor vrouwen met borstprothesen moeten indien nodig 2 extra craniocaudale opnamen gemaakt worden volgens de Eklund techniek (dan worden 6 foto's doorgestuurd naar het CvKO). Daarbij wordt tijdens het aanbrengen van de compressie de prothese zo ver mogelijk naar dorsaal geduwd zodat het klierweefsel ventraal van de prothese maximaal in beeld gebracht wordt.

Als de tweede lezer besluit dat, ondanks een Eklund-opname, toch een te groot deel van de borstklier niet kan beoordeeld worden, wordt een individuele brief verstuurd naar de gescreende vrouw (en haar arts) met de reden daarvoor en wordt een voorstel voor verder onderzoek gedaan. Die vrouwen blijven wel een deel van de doelgroep van het Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Op het registratieformulier tweede lezing wordt indien nodig dergelijke screeningsmammografie aangeduid als "niet goed maar kan niet beter" met vermelding van de reden (zie tabel 12).

Tabel 12: Opties tweede lezer in geval van borstprothesen

Klierweefsel klassieke opnames	Klierweefsel Eklund opnames	Besluit mogelijk?	Brief	Actie 2° lezer
Het klierweefsel is, niettegenstaande de prothesen, quasi volledig afgebeeld tot aan de M.Pect. in CC. en in Obl. richting	Eklund opnames waren niet nodig	ja	standaardbrief	eventueel in het opmerkingenvak "prothesen" noteren
Het klierweefsel is onvoldoende afgebeeld	er zijn door de ME ook Eklund opnames gemaakt, en met deze bijkomende opnames is het klierweefsel voldoende zichtbaar	ja	standaardbrief	eventueel in het opmerkingenvak "prothesen" noteren
Het klierweefsel is onvoldoende afgebeeld	er zijn geen Eklund opnames	neen	Technische recall-brief of	• aanvinken 'niet goed' met als reden 'geen Eklund' • beslissen tussen technische recall

			Prothesebrief: verwijzing naar opgegeven arts om na te gaan of verder onderzoek (bv klinisch onderzoek of echografie) aangewezen is	en 'niet goed maar kan niet beter'
Het klierweefsel is onvoldoende zichtbaar	er zijn wel Eklund opnamen, maar ook op deze opnames is het klierweefsel onvoldoende zichtbaar	neen	Prothesebrief: verwijzing naar opgegeven arts om na te gaan of verder onderzoek (bv klinisch onderzoek of echografie) aangewezen is	aanvinken ' <i>deel van de borst niet afgebeeld</i> ' en ' <i>niet goed maar kan niet beter</i> '

Een meer uitgebreide beschrijving van de kwaliteitseisen en mogelijke problemen zijn te lezen in de Europese richtlijnen. (Perry N. et al. European Guidelines for Quality Assurance in Breast cancer screening and diagnosis (Fourth Edition). European Communities, 2006, 171-175.
<http://www.euref.org/european-Guidelines.>)

Moeilijk te onderzoeken vrouwen

Bij mindervalide patiënten is het moeilijk om een correcte positionering van de opnames te bekomen. Daarom moet de eerste lezer de reden vermelden waarom de positionering niet beter kon. Hier stelt zich geen probleem van beroepsgeheim omdat ook de tweede lezer hieraan gebonden is. De tweede lezer kan op basis van deze informatie beslissen om een aangepaste brief te sturen naar de dame en de opgegeven arts (zie tabel 13).

Tabel 13: Opties tweede lezer in geval van suboptimale kwaliteit van de opnamen

Kwaliteitsbeoordeling	Besluit mogelijk?	Brief naar dame en opgegeven arts	Actie 2 ^e lezer mbt kwaliteit
De kwaliteit van de opnamen is volgens de 2 ^e lezer wel voldoende	ja	standaardbrief	● 'goed' ● '<i>niet goed maar kan niet beter</i>' wordt uitgevinkt*
De kwaliteit van de opnamen is volgens de 2 ^e lezer niet goed en de reden opgegeven door 1 ^e lezer is aanvaardbaar	ja	standaardbrief	● 'niet goed' + reden (bv inframammaire plooi) ● '<i>niet goed maar kan niet beter</i>' wordt uitgevinkt*

De kwaliteit van de opnamen is volgens de 2e lezer niet goed en de reden opgegeven door 1 ^e lezer is aanvaardbaar. Het risico bestaat dat een letsel gemist wordt.	neen, aanvullend onderzoek nodig	specifieke brief met verwijzing naar de reden van de suboptimale opnamen + verwijzing naar opgegeven arts om na te gaan of verder onderzoek (bv klinisch onderzoek of echografie) aangewezen is	● 'niet goed' + reden (bv inframammaire plooi) ● 'niet goed maar kan niet beter' blijft aangevinkt
De kwaliteit van de opnamen is volgens de 2e lezer te slecht om een besluit mogelijk te maken. Ondanks de reden opgegeven door de 1 ^e lezer moeten betere opnames mogelijk zijn.	neen, heropnames zijn nodig	technische recall	● 'niet goed' + reden (bv inframammaire plooi) ● Technisch niet interpreteerbaar (recall)

* de 2^e lezer vinkt de reden 'niet goed maar kan niet beter' uit om te vermijden dat er een specifieke brief vertrekt met verwijzing naar eventueel aanvullend onderzoek. Dit betekent niet dat de 2^e lezer niet akkoord is met het feit dat de opname niet beter kon.

9.2.8 Richtlijnen voor het aanleveren van het screeningsdossier

Het screeningdossier omvat:

- De nieuwe screeningsmammografie;
- Indien van toepassing, de vorige screenings- of diagnostische mammografie(ën);
- De gegevens van het aanvraagformulier voor tweede lezing;
- De gegevens van het registratieformulier eerste lezing;
- Eventueel andere gegevens over het dossier.

Ten laatste op de zevende kalenderdag na het nemen van de screeningsmammografie bezorgt de eenheid het volledige screeningsdossier aan het CvKO. De eenheid moet het CvKO per e-mail tijdig op de hoogte brengen om problemen met aanlevertijd te melden. Hierbij moet een uitgebreide toelichting worden gegeven van het probleem en hoe en wanneer dit zal opgelost worden.

De ME kunnen de screeningsgegevens op meerdere wijzen aanleveren, deze kunnen eventueel gecombineerd worden:

- Via xml (volgens de opgelegde richtlijnen gestructureerde informatie). De ME moet tijdig de nodige wijzigingen doorvoeren indien nieuwe versies van de xml vereist zijn.
- Rechtstreeks online in Heracles (online registratieplatform Bevolkingsonderzoek Borstkanker).

De aankomstdatum van het aanvraagformulier, het eerste lezingsformulier en de (complete set) van beelden wordt geregistreerd in Heracles. De aankomstdatum is de eerste datum dat alle

elementen uit het dossier aanwezig zijn in het CvKO. Voor de historische dossiers die (deels) op papier werden aangeleverd moest het dossier binnen de kantooruren afgeleverd zijn om de dag van afgifte als aankomstdatum te registreren. De eenheid wordt minstens 1 week op voorhand door het CvKO op de hoogte gebracht van geplande sluitingsdagen.

De ME is zelf verantwoordelijk om, op basis van de gegevens beschikbaar in Heracles, te controleren of de aangeleverde dossiers aan het CvKO volledig zijn.

Dit betekent o.m. dat de ME moet beschikken over een door de vrouw getekend aanvraagformulier en dat die handtekening in de ME wordt bijgehouden. Zolang de ME voor elke gescreende vrouw haar handtekening heeft, maakt het niet uit of die handtekening met pen gebeurde, via touchscreen gebeurde, met een elektronisch certificaat gebeurde.

Met betrekking tot de digitale screening en het doorsturen van de digitale beelden wordt het Identificatienummer Sociale Zekerheid (INSZ) van de vrouw opgenomen in de DICOM header in het veld “Other Patient ID (0010,1000)” en wordt de datum van de screeningsmammografie opgenomen in het veld “acquisition date (0008,0022)” (dezelfde datum wordt vermeld op het registratieformulier van de eerste lezing). Behalve de hierboven genoemde gegevens mogen in de hierboven genoemde velden geen andere gegevens staan.

9.2.9 Richtlijnen voor het bewaren van de screeningsdossiers

Volgende richtlijnen gelden voor het bewaren van de dossiers:

- De ME moet de twee meest recente mammografische dossiers bijhouden, ongeacht de jaartallen. Enkele voorbeelden:
 - Als de vrouw zich aanmeldt in het jaar 2021, moet de eerste lezer over de foto's van 2017 en 2019 beschikken. Na het beoordelen van de screeningsfoto's mogen deze van 2017 terug meegegeven worden met de vrouw.
 - Indien de vrouw niet aan alle screeningsrondes heeft deelgenomen, moet de radioloog de foto's van de laatste twee deelgenomen screeningsrondes bijhouden, dit kan bijvoorbeeld 2019 en 2015 zijn.
 - De diagnostische mammografieën zijn van belang indien de eerste lezer deze voor de beoordeling van het huidig dossier gebruikt heeft. Bijvoorbeeld een screeningsmammografie van 2019 en een diagnostische van 2018.
- Het voorschrift of de uitnodigingsbrief moet 2 jaar bijgehouden worden door de ME.
- Het aanvraagformulier, het eerste lezingsformulier en de resultaatsbrieven aan de arts moeten dertig jaar door de ME bewaard worden (eventueel als scan).

9.3 Analyse en beoordeling

9.3.1 Richtlijnen voor beoordelen van screeningsmammografieën door eerste, tweede en derde lezers

We verwijzen voor deze richtlijnen voor het beoordelen van screeningsmammografieën naar de website

[Wat kan ik in Heracles doen? | Borstkanker \(bevolkingsonderzoek.be\)](#), handleiding online platform Heracles ([HandleidingH2_ME_v2_20161014.pdf \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)), 3.2 richtlijnen voor het invullen registratieformulier.

9.3.1.1 *Niet goed maar kan niet beter*

In geval van moeilijk te onderzoeken vrouwen zal de eerste lezer in het opmerkingenveld de reden vermelden waarom de positionering niet beter kon. De tweede lezer zal dit gebruiken om voor deze dossiers te beslissen of er al dan niet een resultaatsbrief moet worden verstuurd waarin de vraag wordt gesteld om bijkomend onderzoek te verrichten.

9.3.1.2 *Technisch niet interpreteerbaar/hernemen van beelden*

De ME staat zelf in voor het contacteren van de dame in geval van technische recall. Het is de tweede of derde lezer die bepaalt of een screeningsmammografie technisch niet interpreteerbaar is. Alleen de opnames die niet voldoen (beschreven in de resultaatsbrief aan de ME/eerste lezer) dienen hernomen te worden, hiervoor is geen terugbetaling door het RIZIV voorzien. De facturatie van de 1e lezing zal al vertrokken zijn, voordat men weet dat de foto's technisch onvoldoende zijn. Daarom is het de herhaling die niet kan aangerekend worden.

9.3.2 Richtlijnen voor kwaliteitsmonitoring

De eindverantwoordelijke van de ME staat op alle vlakken (bejegening van de vrouwen, fysisch-technisch, medisch-radiologisch, enz) in voor de continuïteit van de kwaliteitsbewaking binnen de ME. Dit gebeurt met hulp van het CvKO en de controleorganisaties. De tweede lezers zijn zelf verantwoordelijk voor hun eigen kwaliteitsbewaking, de Pool houdt hierop toezicht.

Er worden door het CvKO drie types rapporten ter beschikking gesteld (zie hieronder). Daarnaast kan een ME, lezer, of beeldvormer altijd in Heracles meer gedetailleerde of meer recente cijfers opvragen (bv onderverdeling naar lezer binnen een ME, of van de vorige maand).

De berekeningswijze van de kwaliteitsindicatoren staat uitgelegd in de tabel elders in het draaiboek (Overzicht kwaliteitsindicatoren). Wanneer het resultaat van een kwaliteitsindicator (in het rapport of in Heracles) wordt getoetst aan de betreffende norm, moet het resultaat van die berekening eerst worden afgerond tot een heel getal (bv. 84.49 wordt afgerond naar 84, en 84.51 wordt afgerond naar 85).

9.3.2.1 *Tertaal evaluatie rapport ME*

Drie maal per jaar stelt het CvKO per ME een "Tertaal evaluatie rapport ME" ter beschikking:

- Over de periode januari, februari, maart en april (tertaal 1)
- Over de periode mei, juni, juli en augustus (tertaal 2)
- Over de periode september, oktober, november en december (tertaal 3)

Inhoud rapport :

Minstens de volgende parameters, weergegeven in een tabel:

- Technische heroproep (I-02)
- Radiografische goede kwaliteit (I-03)
- Verwijspercentage bij vrouwen die voor het eerst deelnemen (I-05a)
- Verwijspercentage bij vrouwen die al eerder deelnamen (I-05b)
- Verwijspercentage bij vrouwen die al eerder deelnamen met beschikbaarheid van vroegere screeningsmammografieën (I-05c)
- Totale doorlooptijd (I-06) en Aanlevertijd (I-07)
- Aanwezigheid vroegere screeningsmammografieën (I-08)

Timing en wijze van ter beschikking stellen

De rapporten worden ter beschikking gesteld binnen 6 weken na het einde van het tertaal.

De rapporten worden verstuurd naar de e-mailadressen die vermeld staan in de lijst met de namen en de RIZIV-nummers van de radiologen die in de ME screeningsmammografieën uitvoeren.

Inclusie van dossiers in rapporten

Een screeningsmammografie wordt geïncludeerd in het rapport van een bepaald tertaal indien voldaan wordt aan volgende criteria:

- Datum van screeningsmammografie valt in genoemde tertaal.
- Brief naar de arts is verstuurd in genoemde tertaal of uiterlijk 14 kalenderdagen na het einde van het genoemde tertaal.

Deze selectie is nodig voor reproduceerbaarheid van de resultaten.

Reactie van de ME op rapporten

De ME kan op eigen initiatief voor uitleg en advies altijd contact opnemen met het CvKO. De ME moet altijd de nodige maatregelen treffen om eventuele afwijkingen ten opzichte van de kwaliteitsnormen te corrigeren.

9.3.2.2 Tertaal evaluatie rapport tweede lezers

Drie maal per jaar stelt het CvKO een rapport aan de 2de lezers ter beschikking:

- Over de periode januari, februari, maart en april (tertaal 1)
- Over de periode mei, juni, juli en augustus (tertaal 2)
- Over de periode september, oktober, november en december (tertaal 3)

Inhoud rapport:

Minstens de volgende parameters, weergegeven in een tabel:

- Aantal lezingen (I-01)
- Beoordeling radiografische kwaliteit (I-04)
- Verwijspercentage bij vrouwen die voor het eerst deelnemen (I-05a)
- Verwijspercentage bij vrouwen die al eerder deelnamen (I-05b)
- Verwijspercentage bij vrouwen die al eerder deelnamen met beschikbaarheid van vroegere screeningsmammografieën (I-05c)

Timing en wijze van ter beschikking stellen

De rapporten worden ter beschikking gesteld binnen 6 weken na het einde van het tertaal.

De rapporten worden verstuurd naar de e-mailadressen die vermeld staan in de lijst met de namen en de RIZIV-nummers van de radiologen, tweede lezers.

Inclusie van dossiers in rapporten

Een screeningsmammografie wordt geïncludeerd in het rapport van een bepaald tertaal indien voldaan wordt aan volgende criteria:

- Datum van screeningsmammografie valt in genoemde tertaal.
- Brief naar de arts is verstuurd in genoemde tertaal of uiterlijk 14 kalenderdagen na het einde van het genoemde tertaal.

Deze selectie is nodig voor reproduceerbaarheid van de resultaten.

Reactie van de tweede lezers op rapporten

De tweede lezers kunnen op eigen initiatief voor uitleg en advies altijd contact opnemen met het CvKO. De tweede lezers moeten altijd de nodige maatregelen treffen om eventuele afwijkingen ten opzichte van de kwaliteitsnormen te corrigeren.

9.3.2.3 Individueel kankerrapport

Een keer per jaar maakt het CvKO per lezer een “Individueel kankerrapport”.

Inhoud rapport:

Minstens de volgende parameters, weergegeven in een tabel en/of grafiek:

- Aantal eerste lezingen en/of tweede lezingen
- Verwijspercentage bij vrouwen die voor het eerst deelnemen (I-05a)

- Verwijspercentage bij vrouwen die al eerder deelnamen (I-05b)
- Vals positieven en vals negatieven

Timing en wijze van ter beschikking stellen

De rapporten worden ter beschikking gesteld elk jaar ten laatste in september.

De rapporten worden verstuurd naar de e-mailadressen die vermeld staan in de lijst met de namen en de RIZIV-nummers van de radiologen.

Inclusie van dossiers in rapporten

Een screeningsmammografie wordt geïncorporeerd in het rapport indien de datum van screeningsmammografie in genoemde jaar valt.

Reactie van de lezers op rapporten

De lezer kan op eigen initiatief voor uitleg en advies altijd contact opnemen met het CvKO. De lezer moet altijd de nodige maatregelen treffen om eventuele afwijkingen ten opzichte van de kwaliteitsnormen te corrigeren.

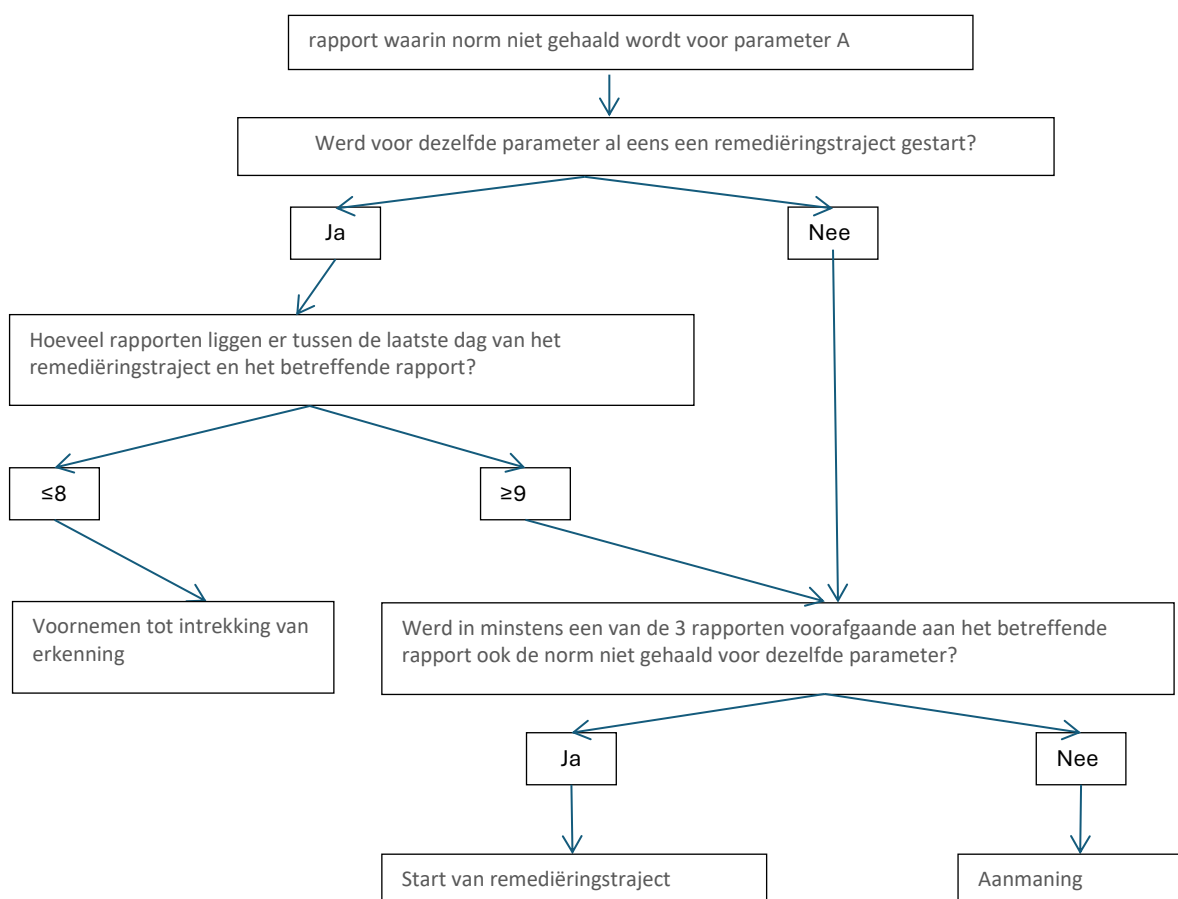
9.3.3 Procedure voor remediëring van de ME en de tweede lezers

9.3.3.1 Remediëring van de ME

Voor de parameters “Technische heroproep (I-02)”, “Radiografisch goede kwaliteit (I-03)”, “Aanwezigheid vroegere screeningsmammografieën (I-08)” en “Aanlevertijd (I-07)” kan een rapport aanleiding geven tot een aanmaning, een opstarten van remediëringstraject, of een voornemen tot intrekking van erkenning. Voor de remediëring op de parameter “Verwijspercentage bij vrouwen die al eerder deelnamen met beschikbaarheid van vroegere screeningsmammografieën (I-05c)” werd in 2017-2018 een proefproject gedaan. Hieruit werd besloten dat deze parameter alleen jaarlijks kan geëvalueerd worden, op het niveau van de lezer (los van de ME). In de nieuwe erkenningsvoorwaarden voor lezers zal worden beschreven wat er gebeurt indien een lezer de norm van deze parameter niet haalt.

- Beslisboom
De beslisboom om over te gaan tot aanmaning, opstarten van remediëringstraject of voornemen tot intrekking van erkenning staat weergegeven in figuur 9.

Figuur 9: Beslisboom om over te gaan tot aanmaning, remediëring, voornemen tot intrekking



In figuur 10 worden een paar voorbeelden uitgewerkt om de beslisboom te illustreren.

- Een **rood vakje** wil zeggen dat in het betreffende tertaal een norm niet gehaald werd.
- De **oranje lijn** illustreert de laatste dag (einde meetfase) van een remediëringstraject dat met succes werd afgesloten.
- De **“X”** representeert het versturen van het rapport. De letter die volgt na het plusteken volgend op de X representeert welk type schrijven het evaluatierapport vergezeld:
 - A: aanmaning (verstuurd door CvKO).
 - R: opstarten van remediëringstraject (verstuurd door CvKO).
 - I: voornemen tot intrekking van erkenning (verstuurd door agentschap).

Figuur 10: Voorbeelden van uitvoering van beslisboom om over te gaan tot aanmaning, remediëring, voornemen tot intrekking.

N r	201 1	2012			2013			2014			2015				2016
	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	
Overgaan tot aanmaning of remediëring															
1		X+A					X+A								
2		X+A				X+A									
3		X+A			X+R										
4		X+A		X+R											
5		X+A	X+R												
6		X+A					X+A	X+R							
7		X+A					X+R								
8															
9															
1					X+I										
0						X+I									
1							X+I								
1								X+I							
2									X+I						
1										X+I					
3											X+I				
1												X+I			
4													X+I		
1														X+I	
5															
1															
6															
1															
7															
1															
8															
1															
9															

- Conclusie Pool en Raad van Coördinatoren

Een aanmaning wordt meestal verstuurd op basis van de score alleen. Het is echter ook mogelijk dat er verzachtende omstandigheden in rekening worden gebracht door de Pool en Raad van Coördinatoren van het CvKO (RvC). Deze worden duidelijk geattesteerd op het ARI attest. Er worden geen herbeoordelingen gevraagd voor aanmaningen.

Voor een remediëring, of indien de score in de meetfase van een remediëring onder de norm ligt (en dus een intrekking overwogen wordt), wordt advies ingewonnen. De parameters technische heroproep (I-02), aanlevertijd (I-07) en aanwezigheid vroegere screeningsmammografieën (I-08) worden door de verantwoordelijke van kwaliteitsopvolging voorgelegd aan het contactpunt van de betrokken afdeling. Indien van dat overleg de beslissing is dat er géén gevolg moet worden gegeven aan het niet halen van de parameter, dan moet dit nog bevestigd worden door de programmaverantwoordelijke. De parameter radiografische goede kwaliteit (I-03) wordt besproken in de Pool.

Voor de parameter **radiografische goede kwaliteit** (I-03) wordt een herbeoordeling van de radiografische kwaliteit aan de Pool gevraagd **voordat** dit overleg gebeurt, indien voor deze parameter een remediëring zou moeten worden gestart of de score in de meetfase van een remediëring onder de norm ligt.

Deze herlezing vindt plaats op 100 screeningsmammografieën die at random worden geselecteerd uit het tertaal waarin de norm niet wordt gehaald (indien het totaal aantal screeningsmammografieën lager is dan 100 worden alle screeningsmammografieën van het tertaal opnieuw beoordeeld). Indien de conclusie van de herlezing is dat er wel aan de kwaliteit wordt voldaan, wordt de waarde van deze norm in het rapport niet gewijzigd maar ze wordt niet langer als onvoldoende beschouwd.

Indien het een herlezing betreft om een **remediëringstraject te starten**, gebeurt de herlezing door één door de Pool aangeduide tweede lezer (die geen band heeft met de ME/eerste lezer, die ook het attest zal afleveren m.b.t. de conclusie van de herlezing). Indien het een herlezing betreft die plaatsvindt wegens **een remediëringstraject waarin de norm niet gehaald wordt**, gebeurt de herlezing door twee door de Pool aangeduide tweede lezers (die geen band hebben met de ME/eerste lezer, die ook beiden een attest zullen afleveren m.b.t. de conclusie van de herlezing). Indien beide radiologen een andere score hebben, wordt de hoogste gunstige score per dossier weerhouden om te beoordelen of de norm gehaald wordt. Deze procedure wordt ook gevolgd wanneer een ME in 1 of meer van de 9 opeenvolgende rapporten na een succesvol remediëringstraject de norm voor de parameter in kwestie niet haalt.

Het CvKO stelt *vóór* de vergaderingen een "ARI attest" op met al de te bespreken ME's, met bij elke ME de aangave of de Pool of de RvC een advies moet formuleren, en met ruimte voor dat advies. Tijdens de vergadering wordt per ME een advies ingevuld, dat gemotiveerd wordt. Aan het einde van de vergadering ondertekent de voorzitter van de Pool (voor de adviezen van de Pool) en de directeur van het CvKO (voor de adviezen van de RvC). Voor elke ME die in remediëring zou moeten gaan op basis van de score wordt dus een advies opgesteld of de remediëring moet starten, en voor elke ME die de norm niet haalt in de meetfase van een remediëringstraject wordt een advies geformuleerd om al dan niet tot een intrekking over te gaan.

Het CvKO stelt het agentschap via dit “ARI attest” per e-mail op de hoogte, ten minste 3 dagen voor het versturen van de brieven.

- Verloop remediëringstraject en conclusie
Indien uit de score van een tertaal plus de historiek van een ME blijkt dat een remediëringstraject zou moeten worden gestart, zal deze ME op het ARI attest voorkomen en dus besproken worden op de Pool en/of de RvC. Indien het advies luidt dat een remediëringstraject moet worden opgestart, wordt de kennisgeving daarvan ten laatste 10 weken na het tertaal in kwestie verstuurd. De versturing van deze kennisgeving gebeurt aan de eindverantwoordelijke van de ME, per e-mail en aangetekend schrijven.
Een remediëringstraject bestrijkt steeds minstens 1 volledig tertaal. Vaak zal een remediëringstraject ingaan rond de eerste dag van de derde maand na het tertaal waarin de norm voor het laatst niet gehaald werd (dus circa 61 dagen na het einde van het tertaal). Hierdoor zijn er twee maanden van “probleem zoeken en oplossen” mogelijk, terwijl de eigenlijke evaluatie pas gebeurt met de gegevens van het tertaal waarmee het remediëringstraject wordt afgesloten.

De scores van het tertaal waarmee het remediëringstraject wordt afgesloten (de meetfase), worden gebruikt om het succes van het remediëringstraject te evalueren. Deze score zal worden ingevuld op het ARI attest dat besproken wordt op de vergadering met de Pool en/of RvC.

Een brief “besluit remediëringstraject” wordt door het CvKO opgesteld en binnen de 10 weken na het einde van het remediëringstraject verstuurd. De brieven worden door het CvKO verstuurd aan de eindverantwoordelijke van de ME. Dit gebeurt per e-mail in geval van succesvolle remediëring en per aangetekend schrijven en e-mail in geval van niet-succesvolle remediëring. Hierop wordt vermeld of de score al dan niet gehaald wordt, maar of dit al dan niet zal leiden tot een intrekking wordt niet vermeld. Wel wordt meegedeeld dat het agentschap door het CvKO en de Pool zal worden geadviseerd over of dit tot een intrekking moet leiden of niet. Deze brief vertrekt ook per e-mail naar het agentschap.

Het agentschap ontvangt het "ARI attest" van de Pool/RvC vergadering, en kan hierin dus lezen welk advies de Pool/RvC geeft indien de norm niet gehaald wordt. Het agentschap beslist hierna autonoom of een intrekking gewenst is.

- Reactie van de ME tijdens remediëringstraject

De ME kan voor uitleg en advies altijd contact opnemen met het CvKO (contactgegevens in de kennisgeving opgenomen), dat op vraag bijvoorbeeld bijkomend cijfermateriaal kan bezorgen. De verantwoordelijkheid voor het contact zoeken, alsook voor het behalen van resultaten ligt bij de ME.

9.3.3.2 Remediëring van de tweede lezer

Voor de parameters “beoordeling radiografische kwaliteit (I-04)” kan een rapport aanleiding geven tot een remediëringstraject opgelegd door de Pool, of het verliezen van de aanvaarding als tweede lezer. De normen worden vermeld in tabel 1. Voor de remediëring op de parameter “Verwijspercentage bij vrouwen die al eerder deelnamen met beschikbaarheid van vroegere screeningsmammografieën (I-05c)” wordt in 2017-2018 een proefproject opgestart.

De beslisboom om over te gaan tot aanmaning, opstarten van remediëringstraject of voornemen tot intrekking van erkenning staat weergegeven in figuur 4.

- **Conclusie Pool**

Voor een remediëring, of indien de score in de meetfase van een remediëring onder de norm ligt (en dus een intrekking overwogen wordt), wordt het advies ingewonnen van de Pool. Om dit advies te krijgen, worden tijdens een overleg op een niet-anonieme wijze de scores van de tweede lezers voor volgende parameters besproken:

- Beoordeling radiografische kwaliteit (I-04)
- Verwijspercentage bij vrouwen die al eerder deelnamen met beschikbaarheid van vroegere screeningsmammografieën (I-05c)

Indien er voor de parameter “beoordeling radiografische kwaliteit (I-04)” een aanmaning moet worden verstuurd of een remediëring moet worden gestart, of indien de score in de meetfase van een remediëringstraject onder de norm ligt, wordt een herbeoordeling van de radiografische kwaliteit gevraagd voordat dit overleg gebeurt.

Indien > 95% wordt goedgekeurd, worden 100 goedgekeurde dossiers at random geselecteerd van het laatste tertaal.

Om te voldoen aan de kwaliteitsnorm van die herbeoordeling mag max. 10% een ander besluit krijgen dan het besluit van de tweede lezer.

Indien het een herlezing betreft voor een **aanmaning**, gebeurt de herlezing door de hoofdverantwoordelijke radioloog van de afdeling waar de tweede lezer werkzaam is.

Als het besluit van de herlezing is dat er wel aan de kwaliteitsnorm wordt voldaan, wordt de waarde van deze norm in het rapport niet gewijzigd maar ze wordt niet langer als onvoldoende beschouwd.

Als het besluit van de herlezing is dat niet aan de kwaliteitsnorm wordt voldaan, dan verstuurt het CvKO een aanmaning naar betreffende tweede lezer. De Pool wordt op de hoogte gebracht.

Indien het een herlezing betreft om een **remediëringstraject te starten**, gebeurt de herlezing door één door de Pool aangeduide tweede lezer (die geen band heeft met de tweede lezer, die ook het attest zal afleveren m.b.t. de conclusie van de herlezing).

Als het besluit van de herlezing is dat er wel aan de kwaliteitsnorm wordt voldaan, wordt de waarde van deze norm in het rapport niet gewijzigd maar ze wordt niet langer als onvoldoende beschouwd.

Als het besluit van de herlezing is dat niet aan de kwaliteitsnorm wordt voldaan, volgt een bespreking tussen de betreffende radiologen in aanwezigheid van een vertegenwoordiger van het CvKO. Hiervan wordt verslag opgemaakt.

Indien het een herlezing betreft die plaatsvindt wegens **een remediëringstraject waarin de norm niet gehaald wordt**, gebeurt de herlezing door twee door de Pool aangeduide tweede lezers (die geen band hebben met de tweede lezer, die ook beiden een attest zullen afleveren m.b.t. de conclusie van de herlezing). Indien beide radiologen een andere score hebben, wordt de hoogste gunstige score per dossier weerhouden om te beoordelen of de norm gehaald wordt.

Als het besluit van de herlezing is dat er wel aan de kwaliteitsnorm wordt voldaan, wordt de waarde van deze norm in het rapport niet gewijzigd maar ze wordt niet langer als onvoldoende beschouwd.

Als het besluit van de herlezing is dat de radioloog onterecht veel of weinig goedkeurt, dan kan de tweede lezer niet meer fungeren als tweede lezer en zal de Pool adviseren om de aanvaarding van de tweede lezer in te trekken.

Deze procedure wordt ook gevolgd wanneer een tweede lezer in 1 of meer van de 9 opeenvolgende rapporten na een succesvol remediëringstraject de norm voor de parameter in kwestie niet haalt.

Het CvKO stelt vóór de vergadering een "ARI attest" op met de te bespreken tweede lezers en ruimte voor het advies van de Pool. Tijdens de vergadering wordt per tweede lezer een advies ingevuld, dat gemotiveerd wordt. Aan het einde van de vergadering ondertekent de voorzitter van de Pool. Voor elke tweede lezer die in remediëring zou moeten gaan op basis van de score wordt dus een advies opgesteld of de remediëring moet starten, en voor elke tweede lezer die de norm niet haalt in de meetfase van een remediëringstraject wordt een advies geformuleerd om al dan niet tot een intrekking over te gaan.

Het CvKO stelt het agentschap via dit "ARI attest" per e-mail op de hoogte, ten minste 3 dagen voor het versturen van de brieven.

Verloop remediëringstraject en conclusie

Indien uit de score van een tertaal plus de historiek van een tweede lezer blijkt dat een remediëringstraject zou moeten worden gestart, zal deze tweede lezer op het ARI

attest voorkomen en besproken worden op de Pool. Indien het advies van de Pool luidt dat een dat een remediëringstraject moet worden opgestart, wordt de kennisgeving daarvan ten laatste 10 weken na het einde van het tertaal verstuurd aan de tweede lezer. Deze kennisgeving wordt verstuurd per e-mail en aangetekend schrijven.

Een remediëringstraject bestrijkt steeds minstens 1 volledig tertaal. In totaal kan een remediëringstraject langer duren dan 1 tertaal, door er nog een bepaalde periode aan vooraf te laten gaan. In de meeste gevallen zal een remediëringstraject ingaan op de eerste dag van de derde maand na het tertaal waarin de norm voor het laatst niet gehaald werd (dus circa 61 dagen na het einde van het tertaal). Hierdoor zijn er twee maanden van “herstel” mogelijk, terwijl de eigenlijke evaluatie pas gebeurt op het tertaal waarmee de remediëringstraject wordt afgesloten.

De scores van het tertaal waarmee het remediëringstraject wordt afgesloten (de meetfase), worden gebruikt om het succes van het remediëringstraject te evalueren. Deze score zal worden ingevuld op het ARI attest dat besproken wordt op de vergadering van de Pool.

Een brief “besluit remediëringstraject” wordt door het CvKO opgesteld en binnen de 10 weken na het einde van het remediëringstraject verstuurd. De brieven worden door het CvKO verstuurd per e-mail in geval van succesvolle remediëring en per aangetekend schrijven en e-mail in geval van niet succesvolle remediëring aan de betreffende tweede lezer. Hierop wordt vermeld of de score al dan niet gehaald wordt, maar of dit al dan niet zal leiden tot een intrekking wordt niet vermeld. Wel wordt meegedeeld dat het agentschap door de Pool zal worden geadviseerd over of dit tot een intrekking moet leiden of niet. Deze brief vertrekt ook per e-mail naar het agentschap.

Daarnaast ontvangt het agentschap het ARI attest van de Pool met daarin het advies van de Pool.

Het agentschap beslist hierna autonoom of een intrekking gewenst is.

Reactie van de tweede lezer tijdens remediëringstraject

De tweede lezer kan voor uitleg en advies altijd contact opnemen met de Pool, de Pool zal voor bijkomend cijfermateriaal contact opnemen met het CvKO zodat de kwaliteit en eenvormigheid ervan gewaarborgd is. De verantwoordelijkheid voor het contact zoeken alsook voor het behalen van resultaten ligt bij de tweede lezer.

9.2.4 Resultaatsmededeling

De resultaatsbrieven met het besluit over de screeningsmammografie worden door het CvKO verstuurd na de tweede (en eventueel derde) lezing. Er mag door de eerste lezer geen

resultaatsmededeling gebeuren, tenzij op expliciete vraag van de vrouw en/of de opgegeven arts(en) en in dat geval pas nadat deze het screeningsbesluit heeft ontvangen. Als de eerste lezer vragen heeft over het besluit, neemt hij rechtstreeks contact op met de andere lezer(s).

Procedure uniforme resultaatsmededeling

Als beide lezers tot dezelfde conclusie komen, spreken we van concordantie tussen de conclusies. Een resultaatsmededeling kan onmiddellijk gegenereerd worden.

Als beide lezers niet hetzelfde screeningsresultaat concluderen (afwijkend en niet-afwijkend) dan spreken we van discordantie en gebeurt er een derde lezing waarbij de screeningsmammografie een derde maal wordt beoordeeld en geprotocolleerd, deze keer met kennis van het resultaat van de eerdere lezingen. Die derde lezing wordt uitgevoerd door een derde radioloog (aanvaarde tweede lezer), verbonden aan het CvKO. Het besluit van de derde lezing bepaalt het uiteindelijke screeningsresultaat. Pas dan kan een resultaatsmededeling aan de vrouw en haar opgegeven arts opgemaakt worden.

Nadat de **eindconclusie van de screeningsmammografie** bekend is worden de vrouw in kwestie en de aangeduide arts hierover geïnformeerd.

De gegevens uit Heracles van alle andere dossiers worden dagelijks als csv bestand op de ftp van afdeling Brugge gezet. Dit gaat om de volgende dossiers:

- Dossiers met een afwijkend resultaat.
- Dossiers met een technische recall.
- Dossiers van dames met prothesen of met een beperkte mobiliteit of handicap (Hiervoor worden aangepaste brieven opgesteld die aangeven dat wegens een fysieke reden of prothesen het aangewezen kan zijn om in overleg met de huisarts bijkomend onderzoek te laten doen).

De gegevens van deze dossiers worden binnen het CvKO, in afdeling Brugge samengevoegd met de correcte brieven en verstuurd.

9.2.5 Nazorg bij afwijkend screeningsresultaat

9.2.5.1 Procedure faalveiligheidssysteem opzetten en monitoren

De faalveiligheid wordt gemonitord via kwaliteitsindicatoren die geanalyseerd worden naar aanleiding van het jaarrapport.

Voor deze analyses wordt gebruikt gemaakt van de IMA-Borst (zie tabel 4), CHP-borst en de kankerregistratiedatabank (zie hoofdstuk 1.4.2.1).

Volgende indicatoren m.b.t. faalveiligheid worden berekend. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in het jaarrapport:

- Opvolgingsgraad en tijdige oppuntstelling.

De opvolgingsgraad geeft het percentage afwijkende screeningsmammografieën weer waarvoor binnen de 12 maanden een vervolgonderzoek plaatsvond.

Teller/noemer:

Teller: Het aantal afwijkende screeningsmammografieën uit een bepaald kalenderjaar met een gekende opvolging binnen de 12 maanden.

Noemer: Het totaal aantal afwijkende mammografieën uit een bepaald kalenderjaar.

- Biopsiefrequentie.

Het aantal en percentage biopsieafnames na een afwijkende screeningsmammografie per screeningsjaar.

Teller/noemer:

Teller: Het aantal keer een biopsieafname plaatsvond bij afwijkende screeningsmammografieën uitgevoerd in jaar 20XX.

Noemer: Het aantal afwijkende screeningsmammografieën met een gekend vervolgonderzoek in jaar 20XX.

- Benigne-Maligne biopsieratio.

De Europese normen stellen dat voor de benigne-maligne biopsieratio voor open biopsies een ratio $\leq 1:2$ aanvaardbaar is en $\leq 1:4$ wenselijk is. Aangezien open biopsies als resecties beschouwd kunnen worden werd nagekeken wat deze ratio is indien een tumorectomie gefactureerd werd. Daarnaast werd de ratio berekend voor gesloten biopsies.

Teller/noemer:

Teller: Aantal tumorectomieën na een afwijkende mammografie met een niet-maligne letsel in het CHP-borst.

Noemer: Aantal tumorectomieën na een afwijkende mammografie met een maligne letsel in het CHP borst.

Analoog voor gesloten biopsies.

Daarnaast worden in het jaarrapport eveneens indicatoren gerapporteerd m.b.t. faalveiligheid van behandeling bij screengedetectede kankers.

Uit deze kwaliteitsindicatoren blijkt dat slecht een zeer beperkt aantal vrouwen totaal geen opvolging krijgt na een afwijkende screeningsmammografie. Vandaar dat beslist werd om voorlopig geen georganiseerd faalveiligheidssysteem op te zetten.

9.2.5.2 Richtlijnen na afwijkend screeningsresultaat

Van de arts, opgegeven door de vrouw, wordt verwacht dat hij/zij pro-actief de dame contacteert om vervolgonderzoek in te plannen. Indien de verdere onderzoeken ergens anders gepland worden dan in de dienst waar de screeningsmammografie werd genomen, dient de arts ervoor te zorgen dat de foto's (of de code nodig om ze te bekijken), eventueel oudere foto's, de resultaatsbrief en een verwijfsbrief met de nodige informatie meegegeven worden met de vrouw. Er moet rekening gehouden worden met het advies, beschreven in de resultaatsbrief.

9.2.5.3 Registratie van follow-up

Tijdens de (huidige) lezing van een screeningsmammografie hebben radiologen nood aan informatie over de vervolgonderzoeken (type, resultaat en datum) na positief screeningsresultaat van vorige screeningsronde. Daarnaast krijgen de radiologen werklijsten van onder andere vals positieve en vals negatieve lezingen ter beschikking in Heracles, zodat ze deze aantallen kunnen beperken en zo de kwaliteit verhogen (self teaching). Deze werklijsten zullen per lezer alle vals positieven, vals negatieven en terecht positieven van de specifieke lezer bevatten. Naast de informatie van vervolgonderzoeken nodig tijdens de lezingen moet de Heracles databank ook de oncologische gegevens bevatten voor de werklijsten.

Sinds 2016 wordt er geen follow-up meer opgevraagd door CvKO bij de opgegeven artsen. BCR voorziet CvKO van follow-up- en kankergegevens op basis van haar databanken. De 'BCR follow up' bevat informatie over de vervolgonderzoeken en eventuele diagnose/pathologie na een screening met afwijkend resultaat ('BCR follow up'). Deze upload die is gelinkt aan afwijkende screenings, hebben als doel de radiologen tijdens de huidige lezing informatie geven over de vervolgonderzoeken van vorige screeningsrondes (type, resultaat en datum). De 'BCR kankergegevens' bevatten gegevens van kankerdiagnoses bij alle personen die deelnamen aan de screening en worden gebruikt om de self-teaching werklijsten op te stellen. Deze upload is gelinkt aan alle screenings, en bevat de gegevens van kankers.

9.2.5.3.1 Opmaken 'BCR follow up'

1) CvKO maakt follow up en kankergegevens basisbestand voor BCR 'BCR follow up en kankergegevens basisbestand'

Voor **alle deelnames (zowel niet afwijkend als afwijkend screeningsresultaat)** zal het CvKO één maal per jaar één basisgegevensbestand aan het BCR bezorgen (éénzelfde basisbestand voor 'BCR follow

up' en 'BCR kankergegevens'). Dit '**BCR follow up en kankergegevens basisbestand**' heeft de volgende variabelen die gebruikt worden voor BCR follow up (zie tabel 14):

Tabel 14: Variabelen in het BCR follow-up en kankergegevens basisbestand die gebruikt worden voor BCR follow up

Naam	Uitleg	Waardes
RRN	Rijksregisternummer	(cijfers)
MX_dat	Mammografiedatum	(dd/mm/yyyy)
Resultaat	Screeningsresultaat	0=niet afwijkend 1=afwijkend

In dit bestand zitten steeds alle deelnames aan BVO BK van de laatste 5 volledige jaren en het huidige jaar in Vlaanderen. Voor 'BCR follow up' worden alleen deelnames met een afwijkende screening geselecteerd. Indien een persoon meer dan één afwijkende screening heeft dan vertaalt zich dat dus in één lijn/record per afwijkende screening voor die persoon.

2) BCR vult follow up basisbestand aan met vervolgonderzoeken en pathologie: 'BCR follow up-bestand**'**

Het BCR vult de selectie van afwijkende screenings uit het 'BCR follow up en kankergegevens basisbestand' aan met gegevens over vervolgonderzoeken en pathologie. Hiervoor koppelt ze afwijkende screeningsresultaten van het basisbestand met de IMA-borstgegevens, de CHP-borstgegevens en de kankerregistratiegegevens (CIB- Cancer in Belgium). Het bestand dat hieruit resulteert, noemen we '**BCR follow up-bestand**'. Het BCR geeft alleen informatie door van vervolgonderzoeken en diagnose/pathologie indien deze plaatsvonden binnen 2 jaar na de datum van de afwijkende screening. In het follow up bestand staat één record voor één vervolgonderzoek, deze komen dus allemaal onder elkaar. Het aantal staat niet vast en is in principe onbeperkt. Indien een persoon meer dan één vervolgonderzoek heeft per afwijkende screening, dan vertaalt zich dat in één lijn/record per follow-up onderzoek voor die persoon.

Wijzigingen methodologie vanaf bestand versie 2020:

Volgens de beraadslaging 14-115-n234-bevolkingsonderzoek borstkanker-gewijzigd op 2 juli 2019 (paragraaf 15) moet het Kankerregister enkel een selectie van gegevens doorgeven aan CvKO.

1. Als er binnen 24 maanden na een afwijkend screeningsresultaat een kanker (= CIB registratie) wordt vastgesteld moet BCR geen CHP gegevens of interpretatie nomenclatuur doorgeven. Dus enkel indien geen kanker werd geregistreerd moeten follow up gegevens door BCR aan CvKO worden bezorgd.

2. Als er binnen 24 maanden na een afwijkend screeningsresultaat een CHP staal is, moet BCR geen nomenclatuur (interpretatie) doorgeven.

Voor de selectie van CHP records :

- Per lateraliteit de meest ernstige diagnose. '99' wordt als een aparte lateraliteit beschouwd.
- Als er meerdere gelijke diagnoses zijn per lateraliteit, de eerste datum na de screeningsmammografie nemen.
- Per lateraliteit 1 record meegeven.

3. Nomenclatuur interpretatie (binnen 24 maanden na afwijkend screeningsresultaat) wordt enkel doorgegeven indien geen staal in borst CHP en geen tumor in CIB.

Zie ook onderstaande tabel voor details van het BCR follow up bestand (alleen opvolging 24 maanden na mammografie is belangrijk):

	RRN	MX_dat	Resultaat	Koppeling	Datum_vervolg	Soort_vervolg	Zijde	Pathologie_CHP	Diagnose_CIB	Diagnose_Dat
Indien CIB registratie binnen 24 m na mammo: alleen CIB registraties binnen 24 m worden doorgegeven	Rijksregister nummer	Mammografie datum	1=afwijkend	1	NVT	5	1 / 2 / 99	NVT	INVA / INSITU / NOCIB	Incidentie datum
	RRN	MX_dat	Resultaat	Koppeling	Datum_vervolg	Soort_vervolg	Zijde	Pathologie_CHP	Diagnose_CIB	Diagnose_Dat
Indien geen CIB registratie, maar wel een CHP registratie binnen de 24 maanden: alleen CHP registraties binnen 24 m worden doorgegeven	Rijksregister nummer	Mammografie datum	1=afwijkend	1	datum van CHP staal	4	1 / 2 / 99	Letsel categorie CHP	NVT	NVT
	RRN	MX_dat	Resultaat	Koppeling	Datum_vervolg	Soort_vervolg	Zijde	Pathologie_CHP	Diagnose_CIB	Diagnose_Dat
Indien geen CIB en geen CHP registratie binnen 24 m: alleen interpretatie van nomenclatuur worden doorgegeven	Rijksregister nummer	Mammografie datum	1=afwijkend	1	prestatiedatum nomenclatuur	1 / 2 / 3	ongekend	NVT	NVT	NVT

Selectie in geval van meerdere records:

- Indien CIB registratie binnen 24 maanden: alle tumoren binnen de 24 maanden worden doorgegeven. Als er twee tumoren zijn (links en rechts) worden beide doorgegeven.
- Indien geen CIB registratie, wel CHP registratie binnen 24 maanden: per lateraliteit wordt 1 diagnose doorgegeven, nl. de meest ernstige diagnose op de eerste datum na de mammografie. '99' wordt ook als een aparte lateraliteit beschouwd.
- Indien geen CIB en geen CIB registratie binnen 24 maanden: alle nomenclatuur binnen de 24 maanden worden doorgegeven. CvKO kan eventueel zelf selectie maken.

Het bestand heeft volgende variabelen (zie tabel 15):

Tabel 15: Variabelen in het BCR follow-up bestand

Naam	Uitleg	Waardes	Oorsprong
RRN	Rijksregisternummer	(cijfers)	CvKO
MX_dat	Mammografiedatum	(dd/mm/yyyy)	CvKO
Resultaat	Uitkomst screening	0=niet afwijkend 1=afwijkend	CvKO
Koppeling	Of er een koppeling kon worden gemaakt	0=nee (geen bestand gevonden, ongeldig rrn,...?) 1=ja	BCR
Datum_vervolg	Datum vervolgonderzoek of behandeling	(dd/mm/yyyy)	BCR
Soort_vervolg	Type vervolgonderzoek of behandeling op	1=Beeldvorming 2=Staalname 3=Chirurgie	BCR

	basis van IMA*, CHP of CIB	4=CHP 5=CIB	
Zijde (enkel bij CHP of CIB)	Zijde waar vernoemd vervolgonderzoek of behandeling werd uitgevoerd	1=rechts 2=links 3=beide 99= ongekend	BCR
Pathologie_CHP	Letsel categorie CHP	INVA =Invasive tumor DCIS =Ductal carcinoma in situ OTHIS =Other and not specified in situ tumor/carcinoma DLCIS=Combination of Ductal and lobular carcinoma in situ B1=Normal Tissue B2 =Benign Lesion B3 =Lesion of uncertain malignant potential	BCR

		B4=Suspicious of malignancy OTHLES =Other benign lesion NODIAGN =No diagnosis on the histology of the sample (eg really no diagnosis or only macroscopic findings) C1=Inadequate for diagnosis (cytology) C2=Benign epithelial cells (cytology) C3=Atypia probably benign (cytology) C4=Suspicious of malignancy (cytology) C5=Malignant (cytology)	
Diagnose_CIB	Finale diagnose CIB	INVA = invasieve tumor INSITU = in situ tumor NOCIB = (nog) geen diagnose gekend in CIB	BCR
Diagnose_Dat	Datum finale diagnose CIB	(dd/mm/yyyy)	BCR

* De gegevens m.b.t. de vervolgonderzoeken komen overeen met de nomenclatuurnummers voor beeldvorming, staalname en chirurgie zoals vermeld in tabel 23 en in beraadslaging SCSZG nr 14/115, gewijzigd op 20 maart 2018

9.2.5.3.2 Opmaken 'BCR kankergegevens'

1) CvKO maakt 'BCR follow up en kankergegevens basisbestand' voor BCR

Voor elke vrouw met een screeningsdeelname zal het CvKO één maal per jaar een basisgegevensbestand '**BCR follow up en kankergegevens basisbestand**' aan het BCR bezorgen. Dit bestand heeft de volgende variabelen (zie tabel 16):

Tabel 16: Variabelen in het 'BCR follow up en kankergegevens basisbestand' die gebruikt worden voor 'BCR kankergegevensbestand'

Naam	Uitleg	Waardes
RRN	Rijksregisternummer	(cijfers)
MX_dat	Mammografiedatum	(xx/xx/xxxx)
Resultaat	Uitkomst screening	0=niet afwijkend 1=afwijkend
Lateralisatie	Lateraliteit van afwijkend screeningsresultaat	1=links 2=rechts 3=links en rechts
Hoeveelste_mammografie	Nummer dat de hoeveelste deelname weergeeft	(cijfer)

In dit bestand zitten steeds alle deelnames aan BVO BK van de laatste 5 volledige jaren en het huidige jaar (in 2022: 2022, 2021, 2020, 2019, 2018 en 2017). In het kankerbestand staat één record voor één screeningsepisode (dus één persoon). Indien één persoon vaker voorkomt (meerdere deelnames voor één persoon) dan vertaalt zich dat dus in één lijn/record per deelname.

2) Opstellen van het 'BCR kankergegevensbestand'

Het BCR vult het '**BCR kankergegevens basisbestand**' aan met gegevens over diagnose/pathologie. Hiervoor koppelt ze het basisbestand met de IMA-borstgegevens, de CHP-borstgegevens en de kankerregistratiegegevens (CIB- Cancer in Belgium). Het bestand dat hieruit resulteert, noemen we '**BCR kankergegevensbestand**'. Er is steeds één lijn per screeningsdeelname, met uitzondering van bilaterale borstkanker gelinkt met één deelname (max. twee lijnen per deelname). Indien het BCR diagnose/pathologie gegevens heeft die binnen 2 jaar na de screeningsdeelname liggen, dan worden de hierbij behorende velden ingevuld bij de laatste deelname aan BVO BK voor de kankerdiagnose. Om de feedback naar radiologen te verbeteren werd vanaf het 'BCR

kankergegevensbestand' voor 2021 het algoritme aangepast om bij bilaterale borstkanker gelinkt aan één deelname, een gelinkte borstkanker voor elke lateraliteit door te geven (**1 lijn per lateraliteit, max. twee lijnen per deelname**). Dit is gerechtvaardigd door de machtiging 14-115-n234 (§13) van het IVC. Indien door BCR meerdere borstkankers kunnen gelinkt worden met één deelname (binnen 2 jaar) selecteert het algoritme van BCR slechts **1 kanker per deelname** die dan **gespecificeerd** wordt als **screengedetectede kanker of interval kanker**, dus **1 record per deelname met 'category'**.

Algoritme voor het toevoegen van bilaterale borstkanker gelinkt met dezelfde screeningsdeelname in het 'BCR kankergegevens bestand'.

3 stappen:

- **Selectie 1 = selectie van 1 borstkanker per deelname**
 - Initiële data koppeling tussen primaire borstkanker (CIB of CHP) en de juiste screeningsdeelname (**binnen 24 maanden**) (variabele 'koppeling'=1)
 - Datacleaning om slechts **1 borstkanker** per screeningsdatum te behouden:
 - Selectie van alle kankers met incidentiedatum het **dichtst bij** screeningsdatum (alle kankers met dezelfde incidentiedatum het dichtst bij de screeningsdatum worden geselecteerd)
 - Van de niet geselecteerde kankers : selecteer alle kankers met incidentiedatum die valt **binnen de 2 maanden** na incidentie van de reeds geselecteerde kankers
 - Slechts 1 kanker wordt weerhouden per screeningsdatum en wordt verder gespecificeerd als categorie 'screengedetectede kanker' of 'intervalkanker' (indien geen screeningsresultaat beschikbaar, wordt kanker binnen 24 maanden doorgegeven als categorie 'not cancer'): de **meest ernstige borstkanker** wordt weerhouden volgens de criteria (in dalende volgorde) :
 - Voor CIB gegevens: gedrag, stadium, pN, pM, pT, morfologie, incidentie datum, lateraliteit.
 - Voor CHP gegevens: letselcategorie, morfologie, lateraliteit, incidentiedatum.
 - Opmerking: borstkankers met ongekennde lateraliteit (NS of NK) worden ook meegenomen in dit bestand.
- **Selectie 2 = bijkomende selectie bilaterale borstkanker**
 - Daarna wordt een tweede bestand gemaakt volgens hetzelfde algoritme maar binnen de pool van overblijvende borstkankers (binnen 24 m) **niet geselecteerd in het eerste kankerbestand en**

lateraliteit verschillend van de reeds geselecteerde kanker. Deze tweede kanker is zonder categorie screengedetected/interval.

- Bijkomende selectie in pool van primaire borstkanker (CIB of CHP) gekoppeld met juiste screeningsdeelname (**binnen 24 maanden**), maar **niet geselecteerd in kankerbestand 1** en **lateraliteit verschillend*** van de geselecteerde kanker in kankerbestand 1

In geval van ongekende lateraliteit in selectie 1 wordt geen verdere selectie gemaakt. Borstkankers met ongekende lateraliteit worden niet meegenomen in de selectie 2.

*bvb. lateraliteit kankerbestand 1=1 (L) → selectie uit lateraliteit=2 (indien geen lateraliteit=2, geen verdere selectie uit NS/NK)

=2 (R) → selectie uit lateraliteit=1

(indien geen lateraliteit=1, geen verdere selectie uit NS/NK)

= NS of NK → geen verdere selectie

- Datacleaning om slechts **1 borstkanker** per screeningsdatum en **per extra lateraliteit** te behouden: zie criteria datacleaning bij selectie 1 (maar **zonder verder specificeren categorie**)
- Het 'BCR kankergegevensbestand' voor CvKO is de combinatie **kankerbestand selectie 1 + kankerbestand selectie 2**.
- De lateraliteit van de afwijkende screeningsmammografie (lateralisatie) in het 'BCR follow up en kankergegevens basisbestand' kan helpen om de juiste indeling te maken van intervalkankers/screengedetectede kankers.

Het bestand heeft volgende variabelen (zie tabel 17):

Tabel 17: BCR kankergegevensbestand

Naam	Uitleg	Waardes	Oorsprong
RRN	Rijksregisternummer	(cijfers)	CvKO
MX_dat	Mammografiedatum	(xx/xx/xxxx)	CvKO
Resultaat	Uitskomst screening	0=niet afwijkend 1=afwijkend	CvKO
lateralisatie	Lateraliteit van afwijkend screeningsresultaat	1=links 2=rechts 3=links en rechts	CvKO
Koppeling	Of er een koppeling kon worden gemaakt	0=nee (geen bestand gevonden, ongeldig rrn,...?) 1=ja	BCR
Organ_chp	ICD-O topo codes uit CHP	C50.0=C50.0tepel C50.1=C50.1centr C50.2=C50.2BiBo C50.3=C50.3BiOn C50.4=C50.4BuBo	CHP

		C50.5=C50.5BuOn C50.6=C50.6Axil C50.8=C50.8Overlap C50.9=C50.9BorstNOS	
behaviour_chp	Informatie of het in situ dan wel invasief is (Gedrag genaamd), uit CHP	INVA = invasieve tumor C50 DCIS = ductaal carcinoma in situ DLCIS = combinatie van ductaal en lobulair carcinoma in situ OTHIS = andere, niet gespecificeerde in situ tumor/carcinoma	CHP
laterality_CHP_CIB	Omschrijft of het linker of rechter borst betreft. Lateraliteit kan zowel uit CIB als CHP komen. Indien CIB onbekend en CHP links, zal CIB prioriteit hebben. Er zijn geen combinaties van de 2 databanken. CIB heeft altijd voorrang op CHP	-2=UNK 1=Left 2=Right	CIB CHP
behaviour_CIB	Informatie of het in situ dan wel invasief is (Gedrag genaamd), uit CIB	2=in situ (DCIS) 3=invasief	CIB

Differentiationgrade	Dit is de grade, in ICD-O morfologiecode. Komt alleen uit CIB en is voor in situ en invasief. Wordt herbekeken door BCR want 4 moet weg.	-1=Not known -2=Not stated .=missing (probably a not linked case) 1=well differentiated 2=moderately differentiated 3=poorly differentiated 4=Undifferentiated (should not occur in BC)	CIB
morfo_CIB	CIB morfologiecodes, verwijst naar de vorm en de structuur van de tumorcellen en wordt onderzocht om het neoplasma in te delen volgens het weefsel van oorsprong. Eigenlijk gebruiken we dit vrijwel niet en gaan we alleen voor gedrag	4 cijfers, zie WHO voor betekenis	CIB
cM	Klinische meta-score	0 0(i-) 1 NS X	CIB

cN	Klinische klier-score	0 0(i+)(sn) 0(i-) 0(i-)(sn) 0(sn) 1 1(sn) 1a 1a(sn) 1b 1mi 1mi(sn) 2 2a	CIB
----	-----------------------	--	-----

		2b 3 3a 3b 3c NS X	
cT	Klinische tumor-score, let op BCR laat duidelijk weten dat deze variable niet zo waardevol is om grootte te bepalen van de tumor	0 1 1a 1am 1b 1bm 1c	CIB

		1cm	
		1m	
		1mic	
		1micm	
		2	
		2m	
		3	
		3m	
		4	
		4a	
		4b	
		4bm	
		4d	
		4dm	

		4m NS is is(DCIS) is(LCIS) x	
pM	Pathologische Meta-score	1 NS X	CIB
pN	Pathologie klier-score	0 0(i+) 0(i+)(sn) 0(i-) 0(i-)(sn)	CIB

		0(mol+) 0(mol-) 0(mol-)(sn) 0(sn) 1 1(sn) 1a 1a(sn) 1b 1b(sn) 1bi 1bii 1biii 1c	
--	--	--	--

		1mi 1mi(sn) 2 2a 2b 3 3a 3b 3c NS x x(sn)	
pT	Pathologie tumor-score	0 1	CIB

		1a	
		1am	
		1b	
		1bm	
		1c	
		1cm	
		1m	
		1mic	
		1micm	
		2	
		2a	
		2b	
		2c	
		2m	

		3	
		3m	
		4	
		4a	
		4b	
		4bm	
		4d	
		NS	
		is	
		is(DCIS)	
		is(LCIS)	
		is(Paget)	
		x	
		xm	

topo_CIB	ICD-O topo codes uit CIB	.=missing 500=C50.0tepel 501=C50.1centr 502=C50.2BiBo 503=C50.3BiOn 504=C50.4BuBo 505=C50.5BuOn 506=C50.6Axil 508=C50.8Overlap 509=C50.9BorstNOS	CIB
combStadkort	Verkorte versie van stadium als je naar pT pN en pM en cT cN en cM kijkt. Dit is volgens BCR de beste keuze om uitspraken over stadium te doen.	0=0 I=I II=II III=III	CIB

		IV=IV NA=NA X=X Is=is	
diagnosticProcedureCIB	De techniek die gebruikt werd om de diagnose te stellen	-1=Onbekend -2=Onbekend .=missing 1=Autopsie (zeer zelden) 2=Histologie primaire tumor 3=Histologie meta 4=Cytologie/hematologie 5=Technisch onderzoek 6=Klinisch onderzoek 7=Tumormerker	CIB

incidence_date	Datum van incidentie tumor uit CIB, voor CHP stalen wordt hier de datum van staalname ingevuld	dd/mm/jjjj	CIB CHP
category	Indeling tussen screen en inca, hier zitten geen kankers bij die optreden later dan 24m na screening (indeling op basis van datum eerste FU bij BCR gekend).	Interval=Interval kanker Not cancer=gekoppeld maar geen kanker gevonden Screen=SDC 'blanco'= borstkanker 2 ^{de} selectie	CIB CHP

Om de variabele 'category' te bepalen worden onderstaande definities en werkwijze gehanteerd:

Not cancer: Er werd geen kanker gekoppeld aan de deelname volgens de vastgelegde werkwijze, zie figuur 23: Algoritme voor het vastleggen van screengedetectede kankers en intervalekankers binnen de 24 maanden na deelname.

Screengedetectede kanker: primaire borstkanker die gedetecteerd werd door de screening met of zonder vervolgonderzoek in een persoon uit de doelpopulatie die uitgenodigd werd en deelnam aan de screening.

Intervalekanker: Een primaire borstkanker gediagnosticeerd in een vrouw die een screening, met of zonder vervolgonderzoek, onderging die negatief was voor maligniteit, voordat ze de volgende uitnodiging tot screening krijgt of binnen het tijdsinterval tussen 2 screenings indien de vrouw de bovenste leeftijdsgrens om in aanmerking te komen voor screening, bereikt heeft. Een intervalekanker kan dus zowel na een negatieve screeningsmammografie plaatsvinden of na een afwijkende screeningsmammografie met negatief vervolgonderzoek.

Om screengedetecteerde kankers en intervalkankers te identificeren koppelt het BCR jaarlijks de screeningsgegevens met de kankerregistratiegegevens, de gegevens uit het Cyto-histopathologieregister en de gegevens uit IMA-borst.

Om na te kijken of er al dan niet een vervolgonderzoek plaatsvond na afwijkende screeningsmammografie, worden de screeningsgegevens van de deelnemers met een afwijkende screeningsmammografie gekoppeld met IMA-borstgegevens en/of CHP-borst gegevens.

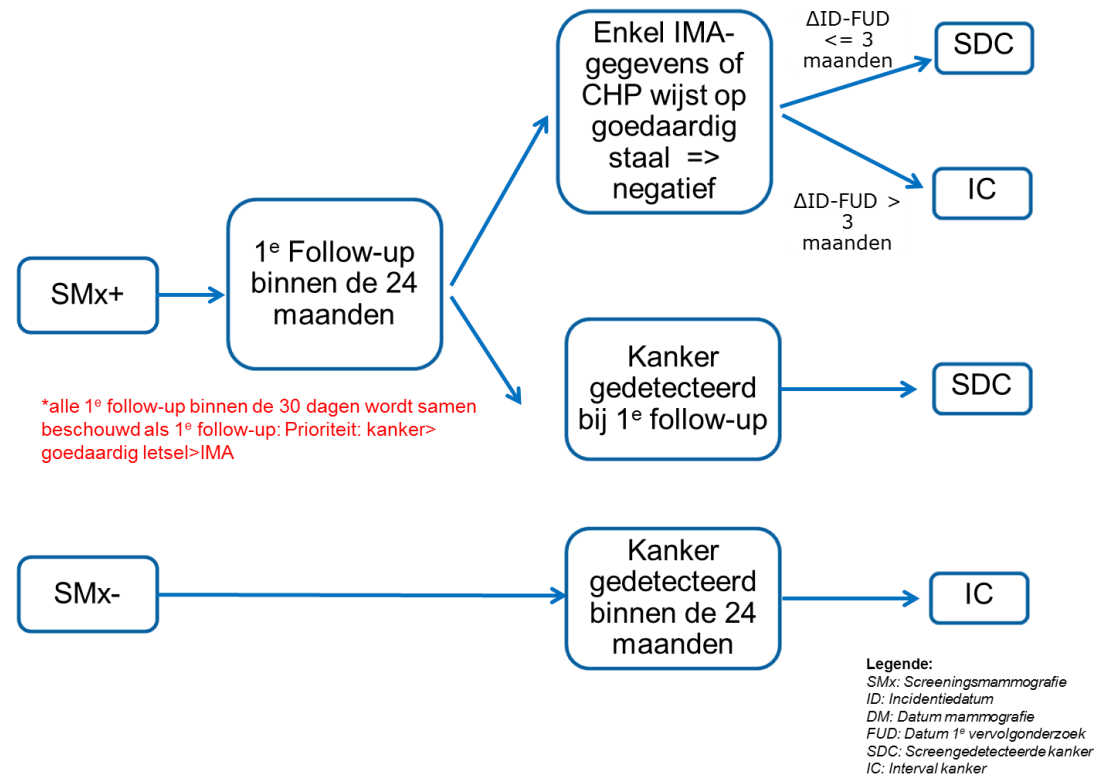
Om kankers te identificeren worden alle screeningsgegevens gekoppeld met alle borstkankerdiagnoses (selectie op basis van ‘variabele’ ICD10 C500-C509 en D050—D059) met uitzondering van D05.0 (lobulair carcinoma in situ) aanwezig in de kankerregistratiedatabank en alle stalen uit het CHP-borst die wijzen op een borstkankerdiagnose (selectie op basis van letselcategorieën INVA, DCIS, LCIS, DLCIS, OTHIS).

Procedure faalveiligheid

1. Via deze koppelingen kunnen screengedetecteerde kankers en intervalkankers bepaald worden via onderstaand algoritme, eveneens weergegeven in figuur 11: In het geval van een afwijkende screeningsmammografie:
 - Op basis van IMA-borst (codes die wijzen op beeldvorming, staalname, chirurgie), CHP-borst en kankerregistratiegegevens, wordt nagekeken wat de eerste oppuntstelling (binnen de 24 maanden na de screeningsmammografie) was en of een kanker werd gedetecteerd. Hierbij worden alle vervolgonderzoeken die binnen de 30 dagen van elkaar plaatsvonden als eerste oppuntstelling beschouwd:
 - Indien een borstkanker gedetecteerd werd bij eerste oppuntstelling, wordt deze als een screengedetecteerde kanker beschouwd
 - Indien enkel IMA-gegevens worden teruggevonden bij de eerste oppuntstelling en/of een staal in CHP-borst dat wijst op een goedaardig letsel, zijn er 2 opties:
 - Wordt een borstkanker gediagnosticeerd binnen de 3 maanden na de eerste oppuntstelling, wordt deze als screengedetecteerd beschouwd
 - Wordt een borstkanker gediagnosticeerd meer dan 3 maanden na de eerste oppuntstelling, wordt deze als intervalkanker beschouwd

- Enkel borstkankers die gediagnosticeerd worden binnen de 24 maanden na de screeningsmammografie worden in de analyse opgenomen
2. In geval van een negatieve screeningsmammografie:
- Borstkankers gediagnosticeerd binnen de 24 maanden, worden als intervalekanker beschouwd

Figuur 11: Algoritme voor het vastleggen van screengedetecteerde kankers en intervalekankers binnen de 24 maanden na deelname



Borstkankers met een incidentiedatum binnen de 2 maanden voor een afwijkende screeningsmammografie, worden door BCR manueel nagekeken en gecategoriseerd naar screengedetecteerde kanker, intervalkanker of kanker buiten analyse.