

Draaiboek bevolkingsonderzoeken naar kanker

Inhoud

1. Gezondheidsdoelstelling	3
2. Incidentie, prevalentie en sterfte in Vlaanderen	3
1. Baarmoederhalskanker	3
a. Incidentie baarmoederhalskanker in Vlaanderen	3
b. Prevalentie baarmoederhalskanker in Vlaanderen	5
c. Sterfte baarmoederhalskanker Vlaanderen	6
2. Borstkanker	7
a. Incidentie borstkanker in Vlaanderen	7
b. Prevalentie borstkanker in Vlaanderen	9
c. Sterfte borstkanker in Vlaanderen	11
3. Dikkedarmkanker	11
a. Incidentie dikkedarmkanker in Vlaanderen	12
b. Prevalentie dikkedarmkanker in Vlaanderen	14
c. Sterfte dikkedarmkanker in Vlaanderen	16
3. Europese richtlijnen	17
4. Vlaamse regelgeving en afspraken met de federale en andere overheden (protocolakkoorden)	17
5. Toelating voor de Bevolkingsonderzoeken Kanker door de WG BVO.....	17
6. Situering	18
7. Samenvatting bevolkingsonderzoek	19
8. Advies van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek	19
9. Goed bestuur.....	25
1. Algemene taakomschrijving (actieplan)	25
2. Taakverdeling Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker.....	28
3. Taakverdeling Bevolkingsonderzoek Borstkanker.....	29
4. Taakverdeling Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker.....	30
6. Klachtenprocedure	34
7. Procedure gegevensregistratie -en uitwisseling	36
8. Participatie	44
1. Informatie- en sensibiliseringsplan	44
2. Procedure taaladvies	44

2.1	Taaladvies: toegankelijkheid van de aangeboden informatie.....	44
3.	Materialen	46
3.1.	Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker	46
3.2.	Bevolkingsonderzoek Borstkanker	47
3.3.	Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker	47
9.	Kwaliteit Bevolkingsonderzoek Kanker	48
1.	Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker	48
1.1.	Doelgroepselectie en uitnodiging	48
1.2.	Procedure verzenden uitnodigingsbrieven	65
1.3.	Toepassen screeningsinstrument.....	66
1.4.	Analyse en beoordeling.....	68
1.5.	Resultaatsmededeling	70
1.6.	Nazorg bij afwijkend screeningsresultaat	70
1.7.	Passende zorg bij verhoogd risico	76
2.	Bevolkingsonderzoek Borstkanker	78
2.1.	Doelgroepselectie en uitnodiging.....	78
2.2	Toepassen screeningsinstrument.....	102
2.3	Analyse en beoordeling	112
2.4	Resultaatsmededeling	125
2.5	Nazorg bij afwijkend screeningsresultaat.....	126
3.	Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker	143
3.1.	Doelgroepselectie en uitnodiging	143
3.2.	Procedure verzenden uitnodigingsbrieven (CvKO)	160
3.3.	Toepassen screeningsinstrument.....	168
3.4.	Analyse en beoordeling.....	169
3.5.	Resultaatsmededeling	172
3.6.	Nazorg bij afwijkend screeningsresultaat	172

1. Gezondheidsdoelstelling

Tegen 2020 zijn de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker van de baarmoederhals, borst, en dikke darm efficiënt georganiseerd, rekening houdend met kosteneffectiviteit en met maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties op vlak van bevolkingsonderzoek, en dragen ze bij tot gezondheidswinst voor de bevolking van Vlaanderen.

[Gezondheidsdoelstelling bevolkingsonderzoeken naar kanker - Zorg en Gezondheid \(zorg-en-gezondheid.be\)](https://zorg-en-gezondheid.be/Gezondheidsdoelstelling-bevolkingsonderzoeken-naar-kanker)

2. Incidentie, prevalentie en sterfte in Vlaanderen

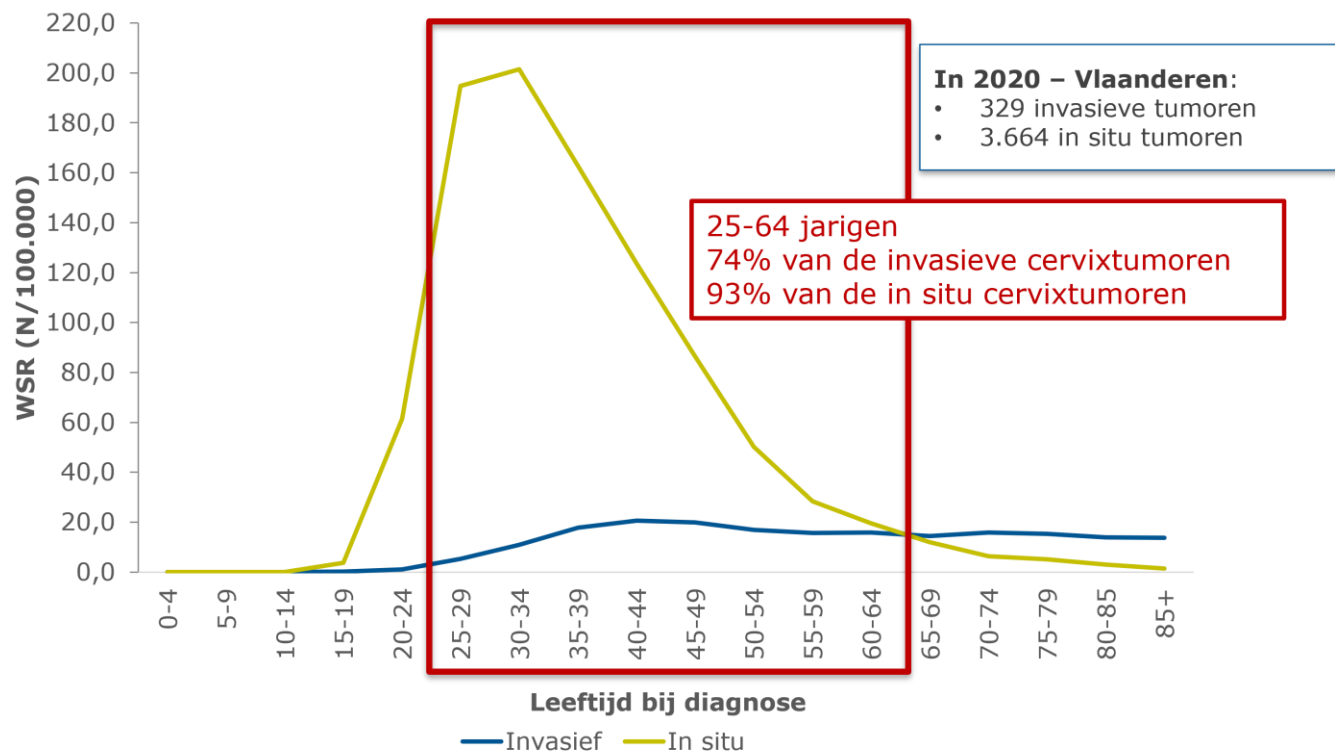
1. Baarmoederhalskanker

a. Incidentie baarmoederhalskanker in Vlaanderen

In figuur 1 is de leeftijdsspecifieke incidentie in Vlaanderen weergegeven, zowel voor de invasieve als de in situ baarmoederhalstumoren. In 2020 werden er in Vlaanderen 329 nieuwe invasieve tumoren gediagnosticeerd en 3.664 nieuwe in situ tumoren, waarvan respectievelijke 74% en 93% binnen de te screenen leeftijdsgroep van 25 tot 64 jaar valt.

Figuur 1: Leeftijdsspecifieke incidentie van nieuwe diagnoses van invasieve en in situ baarmoederhalskanker in Vlaanderen voor de periode 2004-2020

**Incidentie baarmoederhalskanker:
Voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie van nieuwe diagnoses van invasieve
en in situ baarmoederhalskanker in Vlaanderen voor de periode 2004-2020**



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

WSR: voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie gebruik makend van wereldstandaardpopulatie (N/100.000 persoonsjaren)

b. Prevalentie baarmoederhalskanker in Vlaanderen

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 31/12/2020 voor alle invasieve baarmoederhalskankers voor vrouwen in het Vlaamse Gewest zijn weergegeven in tabel 1. Deze prevalentiecijfers geven aan hoeveel mensen er op 31/12/2020 nog in leven zijn en in de periode van 1, 5, 10 of 15 jaar hieraan voorafgaand baarmoederhalskanker kregen.

Tabel 1: Prevalentie van invasieve baarmoederhalskanker bij vrouwen in Vlaanderen voor alle leeftijden en per tijdsspanne sinds tijdstip van diagnose (situatie op 31/12/2020) (ICD-10 C53)

	1-Jaar	5-Jaar	10-Jaar	15 jaar
Aantal vrouwen (N)	307	1.336	2.413	3.379
Proportie (N per 100.000)	9,1	39,8	71,8	100,6

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

De 5-jaarsprevalentie voor invasieve baarmoederhalskanker is 40 vrouwen per vrouwelijke populatie van 100.000. Dit wil zeggen dat 0,04% van de Vlaamse vrouwen in de periode van 5 jaar voorafgaand aan 31/12/2020 de diagnose van invasieve baarmoederhalskanker kreeg en nog steeds in leven is op die datum. De 1-, 5-,10-, en 15-jaarsprevalentiecijfers voor invasieve baarmoederhalskanker op 31/12/2020 voor het Vlaamse Gewest per leeftijdsgroep zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2: Prevalentie van invasieve baarmoederhalskanker bij vrouwen in Vlaanderen per leeftijdsgroep en per tijdsspanne sinds tijdstip van diagnose (situatie op 31/12/2020) (ICD-10 C53)

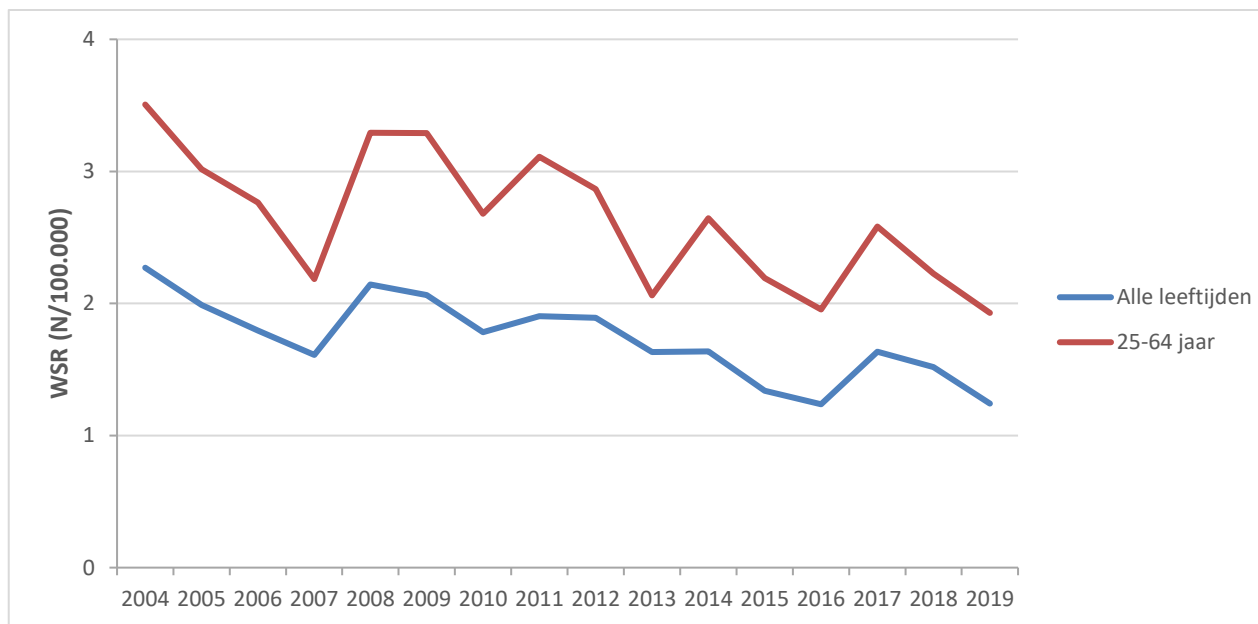
Leeftijdsgroep		1-Jaar	5-Jaar	10-Jaar	15 jaar
25-34 jaar	Aantal vrouwen (N)	21	86	121	125
	Proportie (N per 100.000)	5,2	21,1	29,7	30,7
35-44 jaar	Aantal vrouwen (N)	76	281	468	548
	Proportie (N per 100.000)	18,0	66,4	110,6	129,5
45-54 jaar	Aantal vrouwen (N)	74	348	663	962
	Proportie (N per 100.000)	16,9	79,6	151,7	220,1
55-64 jaar	Aantal vrouwen (N)	60	294	539	854
	Proportie (N per 100.000)	13,0	63,9	117,2	185,7

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

c. Sterfte baarmoederhalskanker Vlaanderen

De voor leeftijd gestandaardiseerde mortaliteit door baarmoederhalskanker in Vlaanderen is weergegeven in figuur 2 en dit voor alle leeftijden, maar ook voor de leeftijdscategorie 25-64 jaar. Er is een lichte daling in de mortaliteit, zowel voor alle leeftijden als voor de leeftijdscategorie 25-64 jaar.

Figuur 2: Evolutie van de sterfte door baarmoederhalskanker in Vlaanderen voor alle leeftijden en voor de leeftijdscategorie 25-64 jaar (2004-2019)



WSR: voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie gebruik makend van wereldstandaardpopulatie (N/100.000 persoonsjaren)

Bron: www.statbel.fgov.be

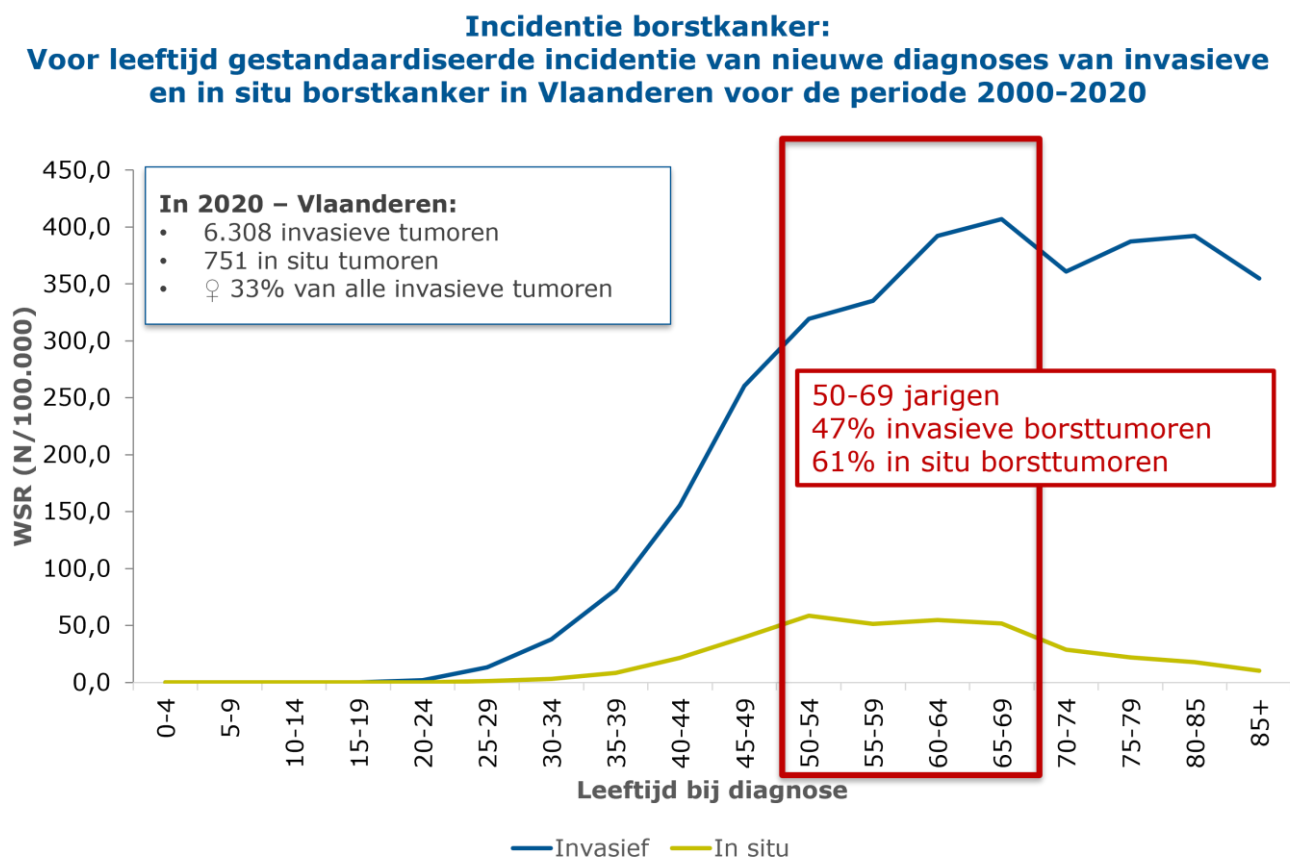
2. Borstkanker

a. Incidentie borstkanker in Vlaanderen

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 3 is de leeftijdsspecifieke incidentie in Vlaanderen weergegeven, zowel voor de invasieve als de in situ borstkanker. In 2020 werden er in Vlaanderen 6.308 nieuwe invasieve tumoren gediagnosticeerd en 751 nieuwe in situ tumoren, waarvan respectievelijke 47% en 61% binnen de te screenen leeftijdsgroep van 50 tot 69 jaar valt.

Figuur 3: Voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie van nieuwe diagnoses van invasieve en in situ borstkanker in Vlaanderen voor de periode 2000-2020



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

WSR: voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie gebruik makend van wereldstandaardpopulatie (N/100.000 persoonsjaren)

b. Prevalentie borstkanker in Vlaanderen

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 31/12/2020 voor alle invasieve borstkankers voor vrouwen in het Vlaamse Gewest zijn weergegeven in tabel 3. Deze prevalentiecijfers geven aan hoeveel mensen er op 31/12/2020 nog in leven zijn en in de periode van 1, 5, 10 of 15 jaar hieraan voorafgaand borstkanker kregen.

Tabel 3: Prevalentie van invasieve borstkanker bij vrouwen in Vlaanderen voor alle leeftijden en per tijdsspanne sinds tijdstip van diagnose (situatie op 31/12/2020) (ICD-10 C50)

	1-Jaar	5-Jaar	10-Jaar	15-Jaar
Aantal vrouwen (N)	6.151	28.643	51.446	68.725
Proportie (N per 100.000)	183,1	852,6	1.531,4	2.045,7

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

De 5-jaarsprevalentie voor invasieve borstkanker is 853 vrouwen per vrouwelijke populatie van 100.000. Dit wil zeggen dat 0,85% van de Vlaamse vrouwen in de periode van 5 jaar voorafgaand aan 31/12/2020 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 31/12/2020 voor het Vlaamse Gewest per leeftijdsgroep zijn weergegeven in tabel 4.

Tabel 4: Prevalentie van invasieve borstkanker bij vrouwen in Vlaanderen per leeftijdsgroep en per tijdsspanne sinds tijdstip van diagnose (situatie op 31/12/2020) (ICD-10 C50)

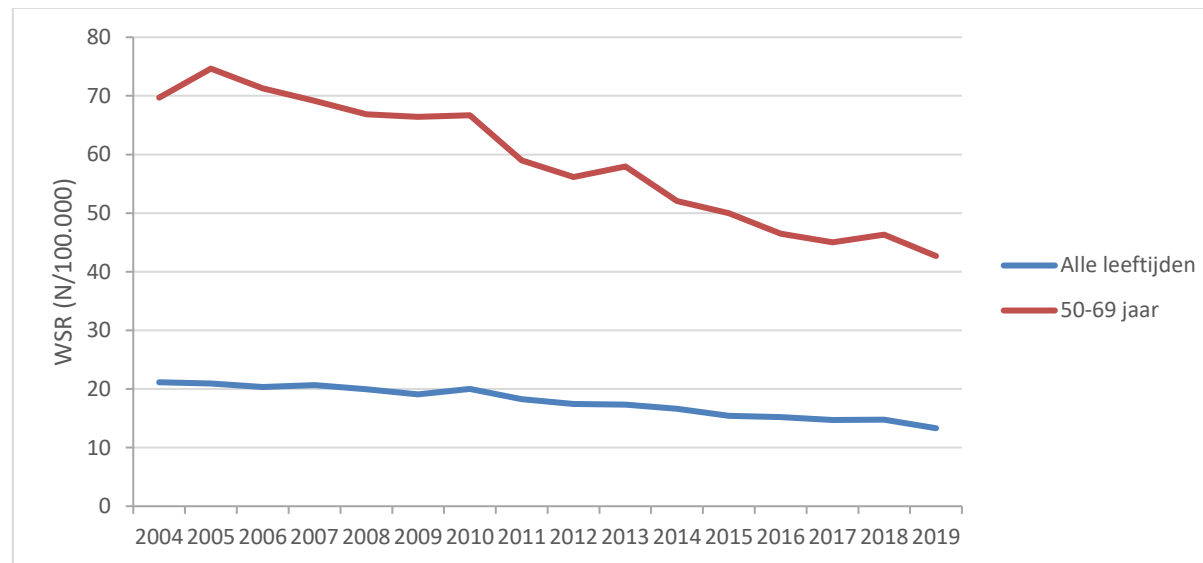
Leeftijdsgroep		1-Jaar	5-Jaar	10-Jaar	15-Jaar
50-59 jaar	Aantal vrouwen (N)	1.393	6.714	12.091	15.225
	Proportie (N per 100.000)	298,9	1.440,4	2.594,0	3.266,4
60-69 jaar	Aantal vrouwen (N)	1.539	7.344	13.549	19.017
	Proportie (N per 100.000)	371,9	1.774,7	3.274,2	4.595,5

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

c. Sterfte borstkanker in Vlaanderen

De voor leeftijd gestandaardiseerde mortaliteit door borstkanker in Vlaanderen is weergegeven in figuur 4 en dit voor alle leeftijden, maar ook voor de leeftijdscategorie 50-69. Eén derde van alle overlijdens ten gevolge van borstkanker valt binnen de leeftijdsgroep 50-69 jarigen. Er is duidelijk een sterkere dalende trend in de mortaliteit voor de leeftijdsgroep 50-69 jarigen t.o.v. alle leeftijden.

Figuur 4: Evolutie van de sterfte door borstkanker in Vlaanderen voor alle leeftijden en voor de leeftijdscategorie 50-69 jaar (2004-2019)



WSR: voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie gebruik makend van wereldstandaardpopulatie (N/100.000 persoonsjaren)

Bron: www.statbel.fgov.be

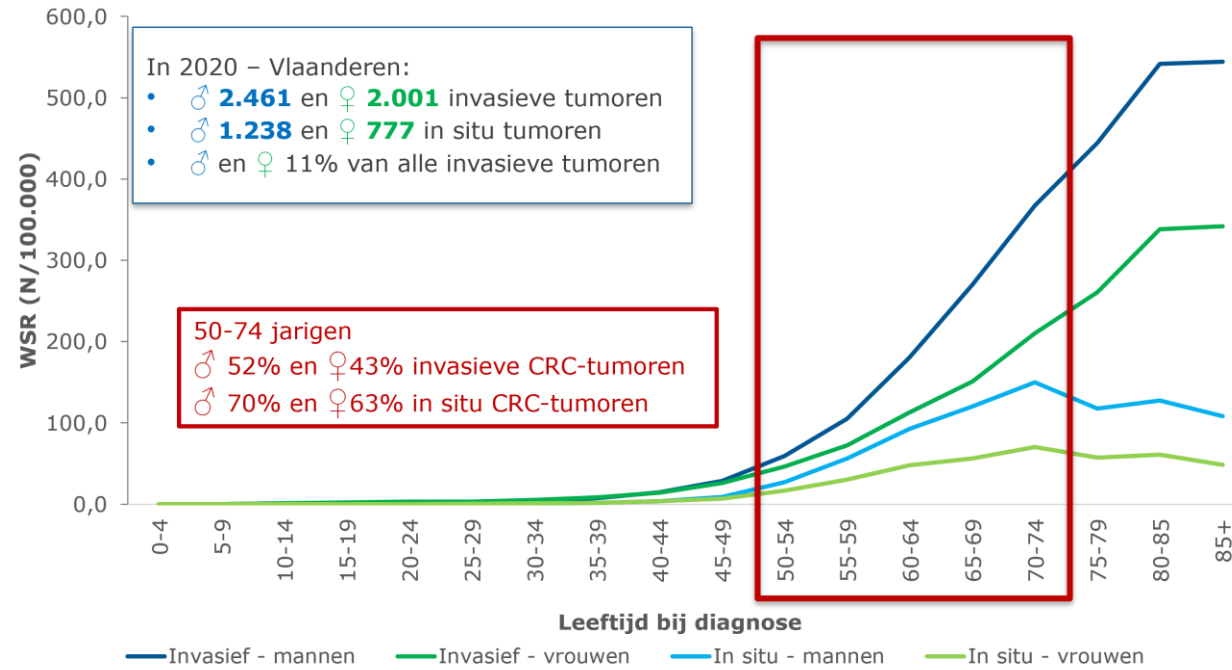
3. Dikkedarmkanker

a. Incidentie dikkedarmkanker in Vlaanderen

In figuur 5 is de leeftijdsspecifieke incidentie in Vlaanderen weergegeven per geslacht, zowel voor de invasieve als de in situ dikkedarmkanker. In 2020 werden er in Vlaanderen bij mannen 2.461 nieuwe invasieve tumoren gediagnosticeerd en 1.238 nieuwe in situ tumoren, waarvan respectievelijke 52% en 70% binnen de te screenen leeftijdsgroep van 50 tot 74 jaar valt. In 2020 werden er in Vlaanderen bij vrouwen 2.001 nieuwe invasieve tumoren gediagnosticeerd en 777 nieuwe in situ tumoren, waarvan respectievelijke 43% en 63% binnen de te screenen leeftijdsgroep van 50 tot 74 jaar valt. Dikkedarmkanker vormt 11% van alle invasieve tumoren bij mannen en vrouwen.

Figuur 5: Voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie van nieuwe diagnoses van invasieve en in situ colorectale kanker in Vlaanderen voor de periode 2004-2020

**Incidentie colorectale kanker:
Voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie van nieuwe diagnoses van invasieve
en in situ colorectale kanker in Vlaanderen voor de periode 2004-2020**



WSR: voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie gebruik makend van wereldstandaardpopulatie (N/100.000 persoonsjaren)

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

b. Prevalentie dikkedarmkanker in Vlaanderen

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 31/12/2020 voor alle invasieve dikkedarmkankers voor mannen en vrouwen in het Vlaamse Gewest zijn weergegeven in tabel 5. Deze prevalentiecijfers geven aan hoeveel mensen er op 31/12/2020 nog in leven zijn en in de periode van 1, 5, 10 of 15 jaar hieraan voorafgaand dikkedarmkanker kregen.

Tabel 5: Prevalentie van invasieve dikkedarmkanker in Vlaanderen voor alle leeftijden per geslacht en per tijdsspanne sinds tijdstip van diagnose (situatie op 31/12/2020) (ICD-10 C18-C20)

Geslacht		1-Jaar	5-Jaar	10-Jaar	15-Jaar
Mannen	Aantal mannen (N)	2.123	9.407	17.201	21.536
	Proportie (N per 100.000)	64,5	285,6	522,3	653,9
Vrouwen	Aantal vrouwen (N)	1.739	7.644	13.669	17.444
	Proportie (N per 100.000)	51,8	227,5	406,9	519,3

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

De 5-jaarsprevalentie voor invasieve dikkedarmkanker is 286 per mannelijke populatie van 100.000 en 228 vrouwen per vrouwelijke populatie van 100.000. Dit wil zeggen dat 0,3% van de Vlaamse mannen en 0,2% van de Vlaamse vrouwen in de periode van 5 jaar voorafgaand aan 31/12/2020 de diagnose van invasieve dikkedarmkanker kreeg en nog steeds in leven is op die datum (zie tabel 5 hierboven). De 1-, 5-,10- en 15-jaarsprevalentiecijfers voor invasieve dikkedarmkanker op 31/12/2020 voor het Vlaamse Gewest per leeftijdsgroep en geslacht zijn weergegeven in tabel 6 en 7 hieronder.

Tabel 6: Geobserveerde 1-, 5-, 10- en 15-jaar prevalentie van invasieve dikkedarmkanker bij mannen in Vlaanderen, per leeftijdsgroep (situatie op 31/12/2020) (ICD-10 C18-C20)

Leeftijdsgroep		1-Jaar	5-Jaar	10-Jaar	15-Jaar
50-59 jaar	Aantal mannen (N)	314	1.198	1.710	1.941
	Proportie (N per 100.000)	65,7	250,5	357,6	405,9
60-69 jaar	Aantal mannen (N)	460	2.278	4.077	4.856
	Proportie (N per 100.000)	112,6	557,4	997,6	1.188,2
70-74 jaar	Aantal mannen (N)	352	1.629	3.176	3.888
	Proportie (N per 100.000)	217,4	1.006,0	1.961,4	2.401,1

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

Tabel 7: Geobserveerde 1-, 5-, 10- en 15-jaar prevalentie van invasieve dikkedarmkanker bij vrouwen in Vlaanderen, per leeftijdsgroep (situatie op 31/12/2020) (ICD-10 C18-C20)

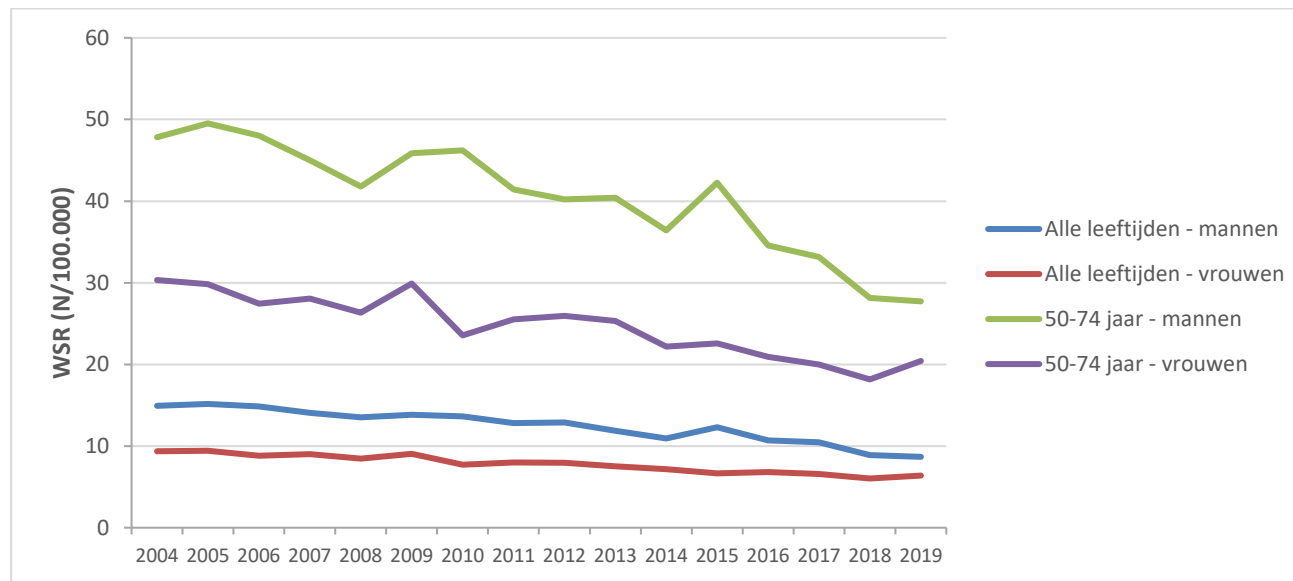
Leeftijdsgroep		1-Jaar	5-Jaar	10-Jaar	15-Jaar
50-59 jaar	Aantal vrouwen (N)	230	943	1.408	1.636
	Proportie (N per 100.000)	49,3	202,3	302,1	351,0
60-69 jaar	Aantal vrouwen (N°)	306	1.508	2.741	3.328
	Proportie (N per 100.000)	73,9	364,4	662,4	804,2
70-74 jaar	Aantal vrouwen (N)	248	1.067	1.980	2.518
	Proportie (N per 100.000)	142,5	613,1	1.137,6	1.446,8

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

c. Sterfte dikkedarmkanker in Vlaanderen

De voor leeftijd gestandaardiseerde mortaliteit door dikkedarmkanker in Vlaanderen is weergegeven in figuur 6 voor alle leeftijden.

Figuur 6: Evolutie van de sterfte door dikkedarmkanker in Vlaanderen voor alle leeftijden en voor de leeftijdscategorie 50-74 jaar, voor vrouwen en mannen, (2004-2019)



WSR: voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie gebruik makend van wereldstandaardpopulatie (N/100.000 persoonsjaren)

Bron: www.statbel.fgov.be

3. Europese richtlijnen

European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/859507>

European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening Second edition : supplements: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/859507>

European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis: http://screening.iarc.fr/doc/ND7306954ENC_002.pdf

European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2011/pdfs/pr204_E.pdf

Belgische richtlijn i.s.m. Domus Medica: [Aanbevelingen | Dikkedarmkanker \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

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 (10/06/2011)

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/BVO%20WG%20advies%2011-04.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>

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

6. 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).

7. 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.

8. 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.

Advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar darmkanker (5/5/2011)

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/BVO%20WG%20advies%2011-03.pdf>



Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek

05/05/2011

ADVIES nr. 11-03

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

Situering

In 1999 stelde het Raadgevend comité voor kankerpreventie van de Europese Unie aanbevelingen voor aan de lidstaten rond de screening naar onder andere colorectale kanker. De aanbeveling bestond erin om, indien men een screeningsprogramma zou implementeren, de screening uit te voeren aan de hand van het opsporen van bloed in een stoelgangstaal bij alle inwoners van 50 tot en met 74 jaar. Deze aanbeveling werd in 2003 uitgebreid met een beschrijving van kwaliteitsvereisten waaraan screeningsprogramma's naar kanker in Europa zouden moeten voldoen. In het voorjaar van 2011 verschenen Europese aanbevelingen over screening bij colorectale kanker.

In 2008 besliste de toenmalige minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin om in Vlaanderen met behulp van een pilootproject de haalbaarheid te onderzoeken van een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in Vlaanderen. De resultaten van dit pilootproject werden midden februari 2011 voorgesteld. Minister Vandeurzen vroeg de werkgroep Darmkankeropsporing om een adviesvraag voor te bereiden op basis waarvan de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek hem kan adviseren in het nemen van de beslissing om al dan niet een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in Vlaanderen op te starten.

Advies van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek

De werkgroep adviseert om bij de verdere implementatie van het bevolkingsonderzoek in elk geval rekening te houden met de volgende punten:

1. In informatiefolders en uitnodigingen moeten becijferde gegevens over de te verwachten voor- en nadelen van screening (m.i.v. screeningscolonoscopies) van meet af aan evenwichtig aan bod komen: o.a. het aantal levens dat kan worden gered door screening en het aantal deelnemers dat er geen baat bij zal hebben, wat de kans is om een afwijkend resultaat te hebben en wat de risico's zijn verbonden aan de vervolgonderzoek. Beschikbaar stellen van een 0-800 lijn of website met meer informatie, is belangrijk.
2. Het is vaak dezelfde subgroep van de bevolking die niet deelneemt aan preventie-initiatieven. De klassieke communicatietechnieken werken niet 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 – en bij uitbreiding bij alle beleidsinitiatieven. Dit gebeurt idealiter door samenwerking tussen meerder beleidsdomeinen en door de toegankelijkheid tot de eerstelijnszorg te verbeteren. 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.

Op welke manier sommige kwetsbare groepen wel bereikt kunnen worden, kan via een aantal pistes in een pilootformat worden uitgetest.

3. De doelstelling op vlak van te bereiken participatie moet duidelijker zijn.

4. Bij de implementatie van dit bevolkingsonderzoek zullen huisartsen een belangrijke rol hebben, o.a. wat betreft het correct informeren en verwijzen van patiënten naar het bevolkingsonderzoek en in te staan voor doorverwijzing naar colonoscopie bij een afwijkend screeningsresultaat. Op basis van gegevens in het medisch dossier (voorgeschiedenis, familiale antecedenten, resultaten eerdere onderzoeken) en anamnestiche gegevens kan het nodig zijn af te wijken van het bevolkingsonderzoek en een meer passend aanbod voor te stellen. Het is hierbij belangrijk maximaal gebruik te maken van informatie die aanwezig is in het medisch dossier, en om dit dossier correct aan te vullen.
5. Voor personen die aan bepaalde criteria voldoen (o.a. hoogrisicogroepen) is het gebruikte screeningsinstrument niet het meest geschikt. Aan hen wordt in het informatie- en sensibiliseringsmateriaal aangeraden contact op te nemen met de behandelend arts. Het is niet uitgesloten dat deze personen toch deelnemen aan het bevolkingsonderzoek. Het zal moeilijk zijn hen te identificeren bij de evaluatie van het bevolkingsonderzoek..
6. De analyse van een iFOBT is relatief eenvoudig en goed te standaardiseren. De reden om de labotaak te centraliseren, is kosteneffectiviteit. Het gebruikte toestel is duur en investeren in meerdere toestellen voor meerdere settings is moeilijk te verantwoorden. De werkgroep vindt dit een goed uitgangspunt.
7. Er is momenteel geen georganiseerde kwaliteitscontrole voor colonoscopies. De werkgroep pleit ervoor onmiddellijk (van bij de start van het bevolkingsonderzoek) over een colonoscopieregister te beschikken.
Registratie is echter slechts één aspect om de kwaliteit te bewaken. Het is belangrijk om van bij de start van het bevolkingsonderzoek duidelijk kwaliteitscriteria te formuleren (op basis van de EUaanbeveling) en verifieerbare kwaliteitsnormen op te leggen.
Een zwakke schakel m.b.t. kwaliteit is het feit dat een colonoscopie kan worden uitgevoerd door alle gastro-enterologen in Vlaanderen en dat geen minimale colonoscopie-activiteit of andere kwaliteitsvoorwaarden worden geëist. Het feit dat de Vlaamse overheid, in tegenstelling tot mammografische eenheden in het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, gastro-enterologen geen speciale erkenning geeft voor het uitvoeren van een colonoscopie, en dus ook geen maatregelen kan nemen bij slechte kwaliteit, is daarbij een aandachtspunt.
In de adviesvraag wordt gesteld dat, 'wat kwaliteit van de uitgevoerde onderzoeken betreft, in overleg met de sector bekeken wordt welke opties mogelijk zijn in Vlaanderen'. Dit is te vrijblijvend.

De werkgroep vindt het aangewezen dit bevolkingsonderzoek, drie jaar na de opstart ervan, opnieuw te evalueren.

Aanvullend advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, bij advies nr.110-03 over 'een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker' (13/09/2011)

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/BVO%20WG%20advies%202011-07.pdf>

Voorbereiding ADVIES nr. 11-07

Betreft: aanvullend advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, bij advies nr. 110-03 over 'een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker'

Algemeen

Op 31 mei 2011 formuleerde de werkgroep een advies (nr. 11-03) over een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. In dit advies werden een aantal strikte voorwaarden opgenomen te vervullen voordat een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikke darmkanker kan geïmplementeerd worden. Het betreft onder andere de garantie op kwaliteitsbewaking van de colonoscopies na een afwijkend screeningsresultaat.

Sinds het formuleren van dit advies, werd een initiatief van bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker bij werknemers van BASF ingediend (zie advies nr. 11-06). Het is in geen enkel opzicht de bedoeling van de werkgroep om aan initiatieven door derden m.b.t. opsporen van dikkedarmkanker minder strenge eisen te stellen dan aan het Vlaams Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. Anderzijds, de gestelde voorwaarden in advies nr. 11-03 zijn niet evident te realiseren. Ze laten, ondanks de evidentie voor het organiseren van het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker, niet toe om relatief snel een dergelijk bevolkingsonderzoek op te starten.

Advies

De werkgroep nuanceert het eerder advies nr. 11-03 over het Vlaams bevolkingsonderzoek:

1. De voorwaarde rond kwaliteitsbewaking voor colonoscopies, nodig voor implementatie van een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker (advies nr. 11.03) "Er is momenteel geen

georganiseerde kwaliteitscontrole voor colonoscopies. De werkgroep pleit ervoor onmiddellijk (van bij de start van het bevolkingsonderzoek) over een colonoscopieregister te beschikken.” wordt genuanceerd:

De ontwikkeling van een optimaal colonoscopieregister, inclusief het verkrijgen van het nodige draagvlak bij de beroepsgroep en het bepleiten van een verplicht karakter door koppeling aan de nomenclatuur is noodzakelijk om de kwaliteit te bewaken, maar zou de start van (elk) bevolkingsonderzoek ter zake voor lange tijd uitstellen. Streven naar opstarten met een minimaal vrijwillig register is aanvaardbaar en wordt gezien als een eerste stap in een verbetertraject dat uiteindelijk moet kunnen resulteren in een meer uitgebreid verplicht register.

2. Voor elk initiatief van bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker waarvoor, in afwachting van het implementeren van een Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker een toestemming wordt gevraagd en verleend, gelden bij voorbaat de volgende voorwaarden:
 1. een aanvraag voor toestemming moet ingediend worden met het formulier ‘aanvraag voor toestemming voor bevolkingsonderzoek’ (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/een-toestemming-vragen-om-een-bevolkingsonderzoek-te-organiseren>);
 2. In afwachting van implementatie van een Vlaams Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker moet het verloop van het initiatief, de registratie en de evaluatie op zo veel mogelijk punten op gelijke wijze uitgewerkt worden zoals in het pilootproject ‘bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker’ van het Centrum voor Kankerpreventie van de Universiteit Antwerpen), en minstens wat betreft:
 - de doelgroep;
 - het screeningsinstrument en screeningsinterval;
 - kwaliteitsvereisten voor het behandelen van het staal en analyse van het staal;
 - het screeningsbeleid t.a.v. de hoog risico-groep;
 - de methodieken en materialen voor informeren en sensibiliseren;






In de communicatie naar de bevolking, Logo’s en zorgaanbieders moet duidelijk zijn dat het initiatief niet gekoppeld is aan (geen vervolg is op) het pilootproject ‘bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker’.

3. het initiatief kan alleen een toestemming krijgen voor bepaalde duur, en met name maximaal 2 jaar; nadien moet opnieuw een toestemming worden gevraagd;
4. bij implementatie van een Vlaams Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker moet het initiatief, onmiddellijk en volledig afgestemd worden op de organisatie van het Vlaams bevolkingsonderzoek.



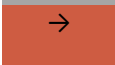

9. Goed bestuur

1. Algemene taakomschrijving (actieplan)

Figuur 7 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

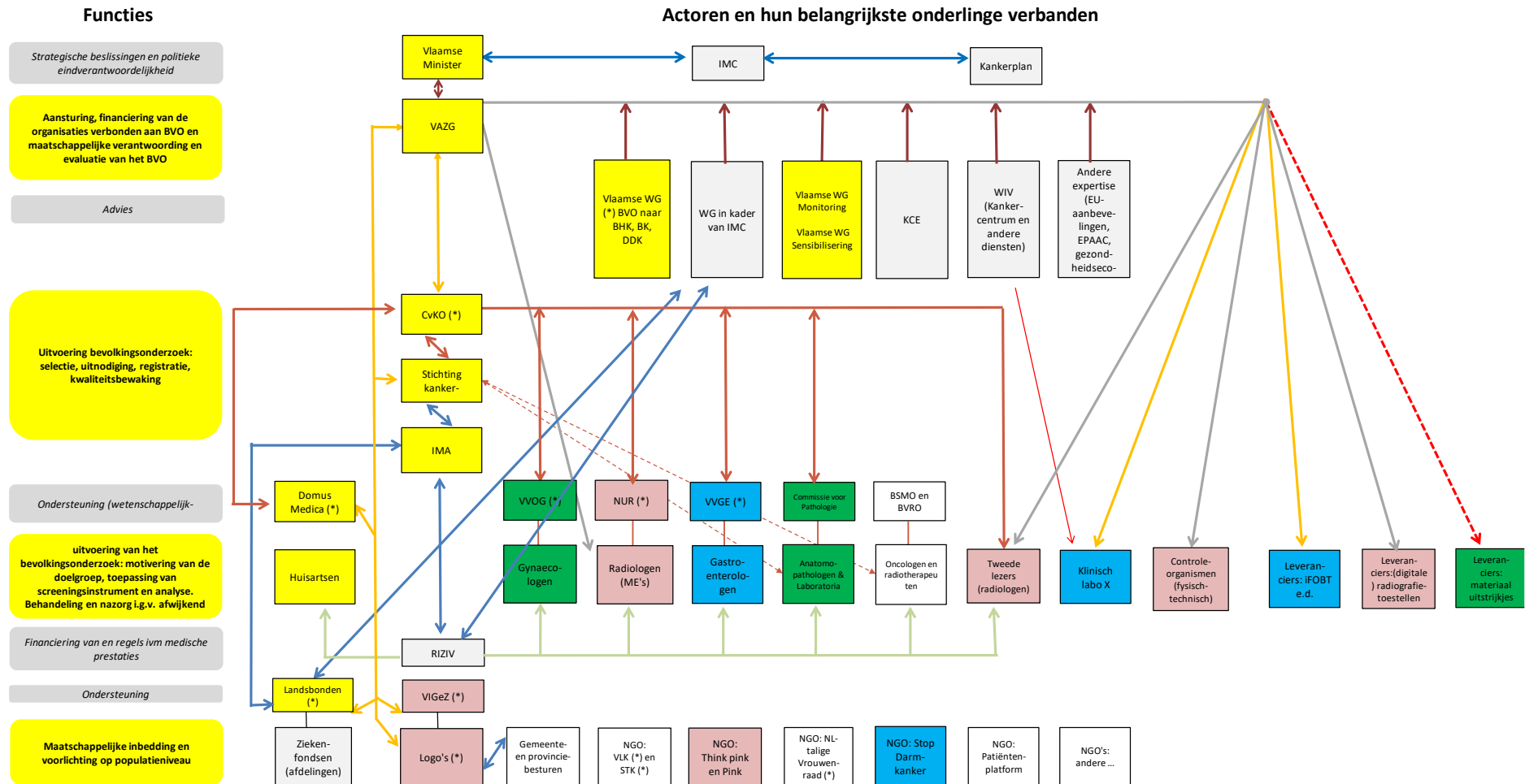
- advies & feedback
- betaling voor medische prestaties.

* 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.

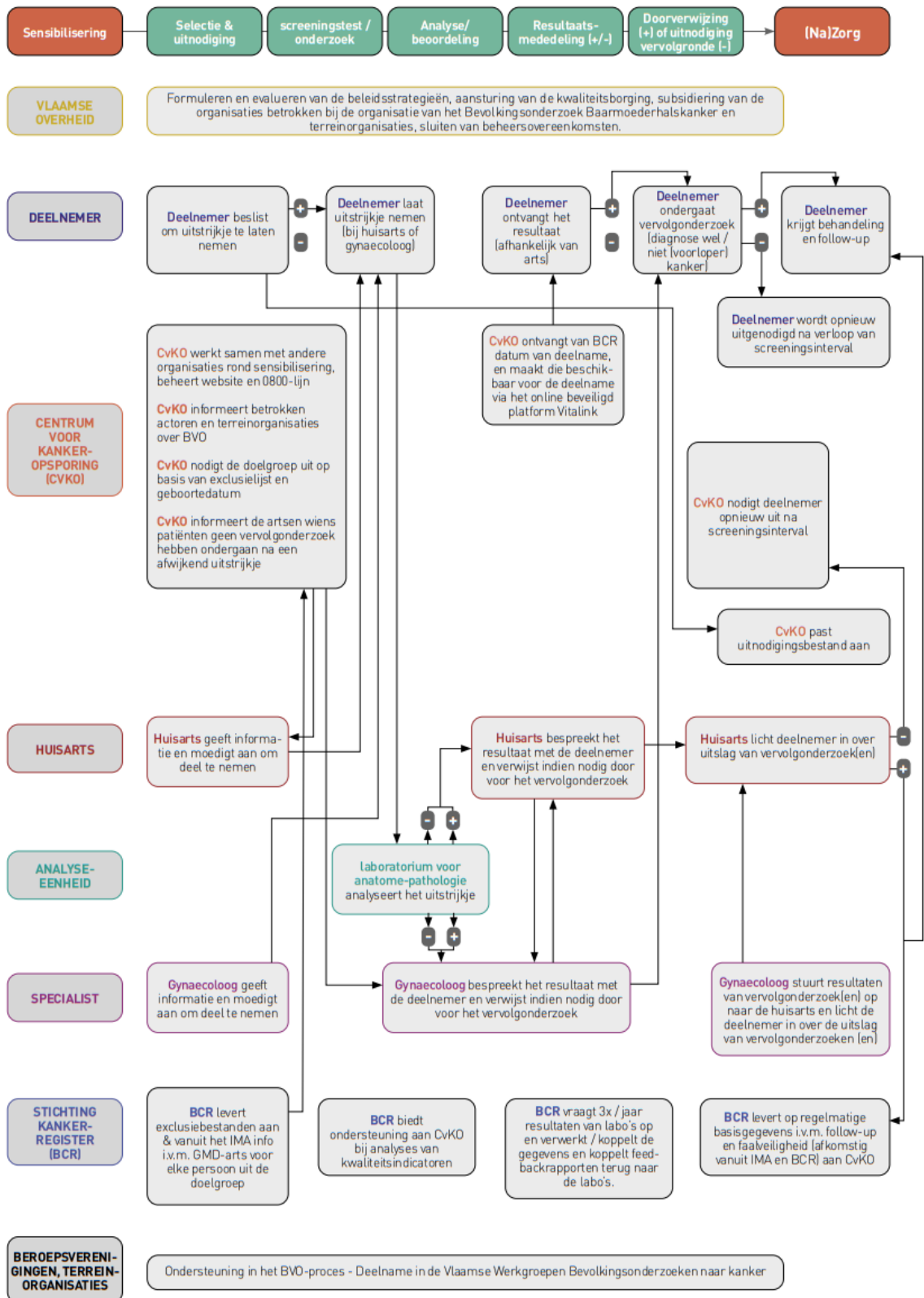
¹ De pijl tussen het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) en het geselecteerde labo voor het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker wijst op de accreditatie van laboratoria waarvoor het WIV verantwoordelijk is.

Figuur 7: Organisatiestructuur van het Vlaams bevolkingsonderzoek naar kanker



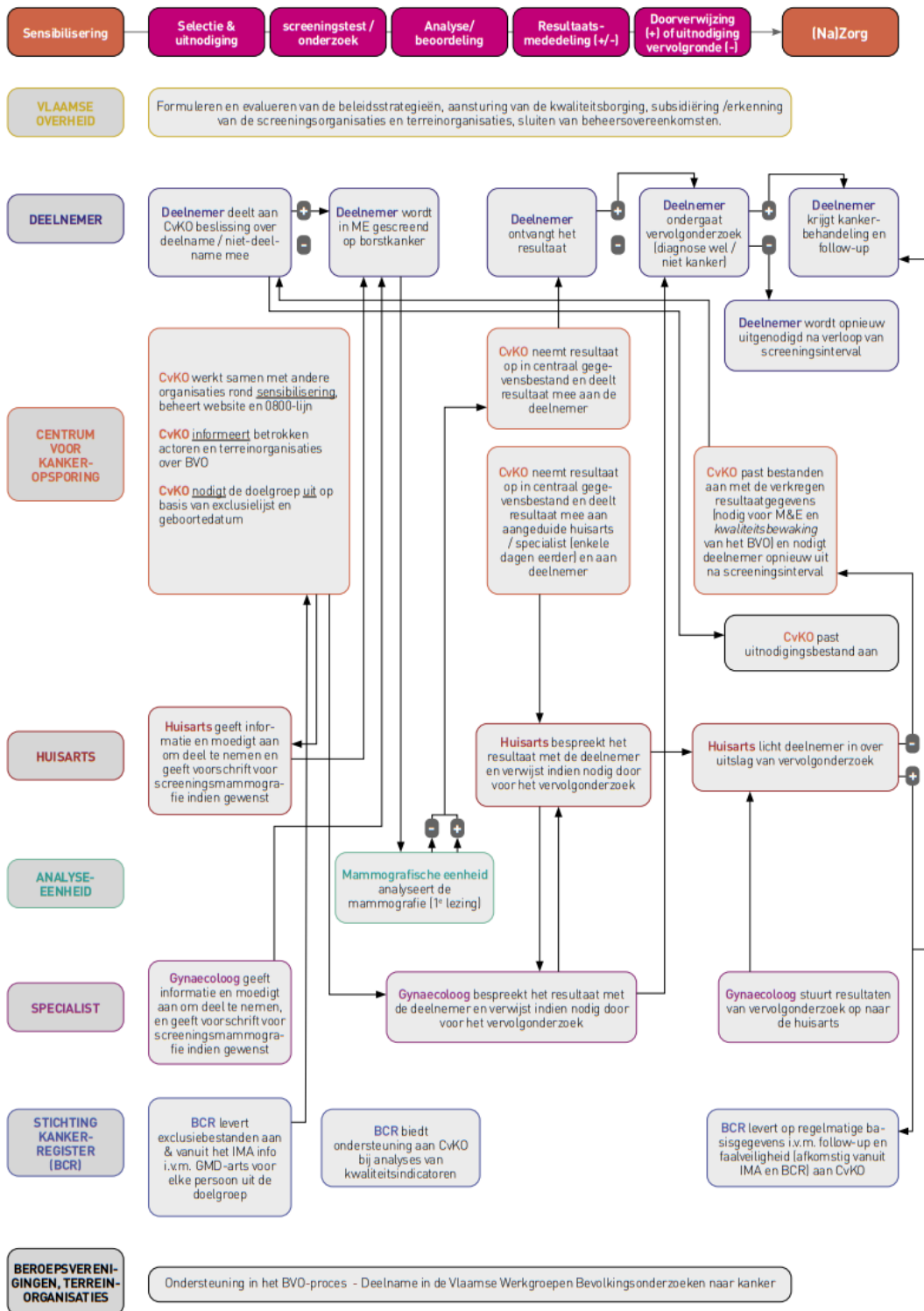
2. Taakverdeling Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

Figuur 8



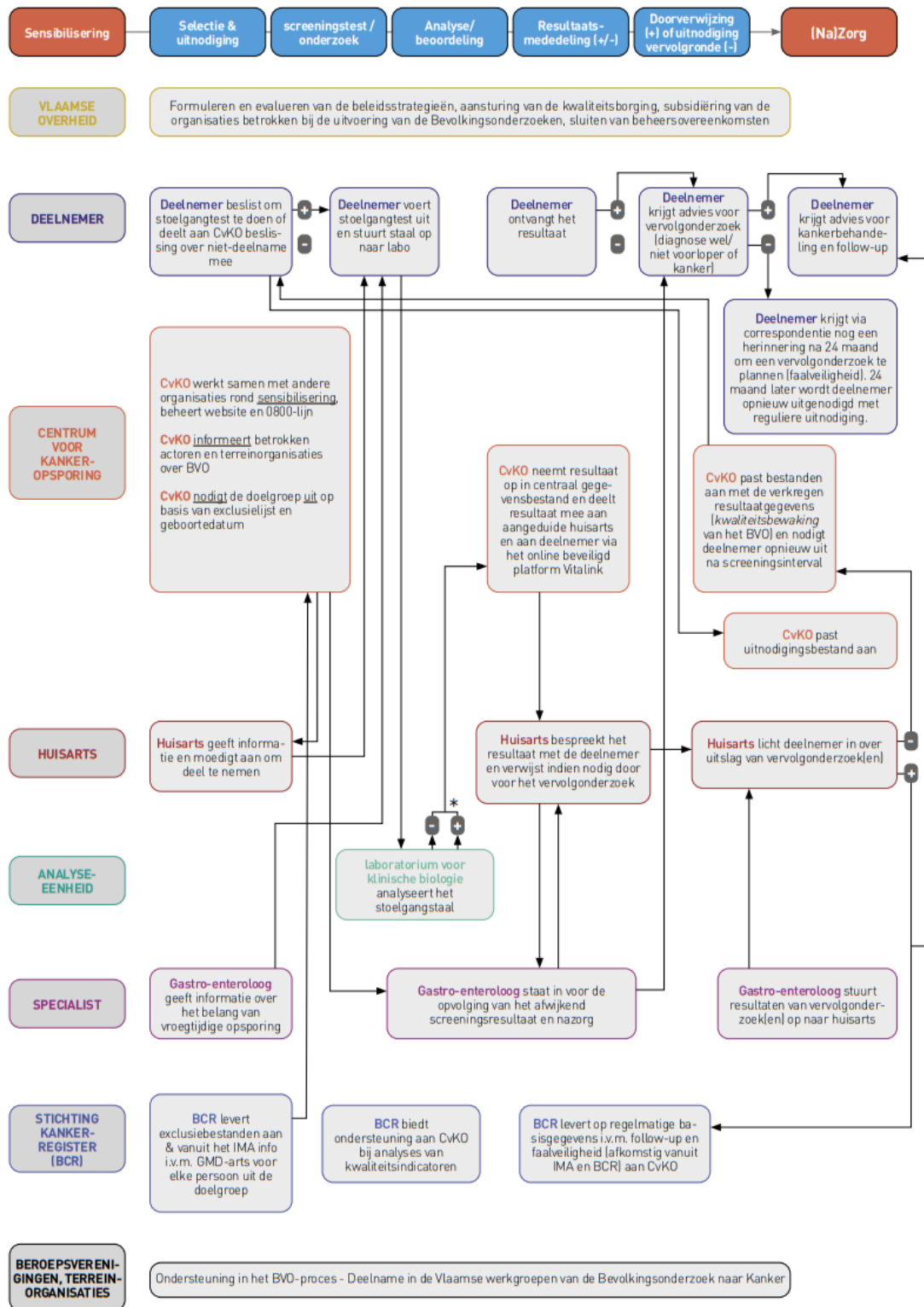
3. Taakverdeling Bevolkingsonderzoek Borstkanker

Figuur 9



4. Taakverdeling Bevolkingsonderzoek Dikdarmkanker

Figuur 10



* error recall in labo wordt ook doorgegeven aan CvKO, en CvKO bezorgt deelnemer nieuwe afnameset met melding soort error recall

5. 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 \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

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

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

Tabel 8: 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	<ul style="list-style-type: none"> ●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	<ul style="list-style-type: none"> ●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 (eerste lezer)	<ul style="list-style-type: none"> ●Monitoring ●ARI-proces¹ 	Norm: 'goed' in $\geq 85\%$ van de screeningsmammografieën	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.
Beoordeling radiografische kwaliteit	I-04	Tweede lezer	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoring ● ARI-proces¹ 	<p>Norm: ≤95% wordt als goed beoordeeld.</p> <p>Deze normen houden rekening met het feit dat:</p> <p>i. een kwaliteit van 100% niet haalbaar is bij vrouwen in deze leeftijdsgroep (frozen shoulder, rug of nekproblemen, enz.)</p> <p>ii. de Europese richtlijn een zekere marge toelaat van 'niet kwaliteitsvol'</p>	<p>Het percentage vrouwen met een voor tweede lezing aangeboden screeningsmammografie van goede radiografische kwaliteit, van alle gescreende vrouwen.</p> <p>De foto's met als besluit "niet goed maar kan niet beter" worden voor de goede kwaliteit meegerekend als "niet-goede" foto's.</p>
Verwijspercentage bij vrouwen die voor het eerst deelnemen ³	I-05a	Mammografische eenheid; eerste lezer; tweede lezer	<ul style="list-style-type: none"> ● 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.
Verwijspercentage bij vrouwen die al eerder deelnamen ⁴	I-05b	Mammografische eenheid; eerste lezer; tweede lezer	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ●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	<ul style="list-style-type: none"> ●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	<ul style="list-style-type: none"> ●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-07 niet wordt gehaald op het niveau van de ME.
Aanwezigheid vroegere screeningsmammografieën	I-08	Mammografische eenheid	<ul style="list-style-type: none"> ●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 screeningsmammografie 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, dat beschikbaar is op [20170607 BVO BKO Huishoudelijk reglement Pool \(bevolkingsonderzoek.be\)](#).

6. 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.

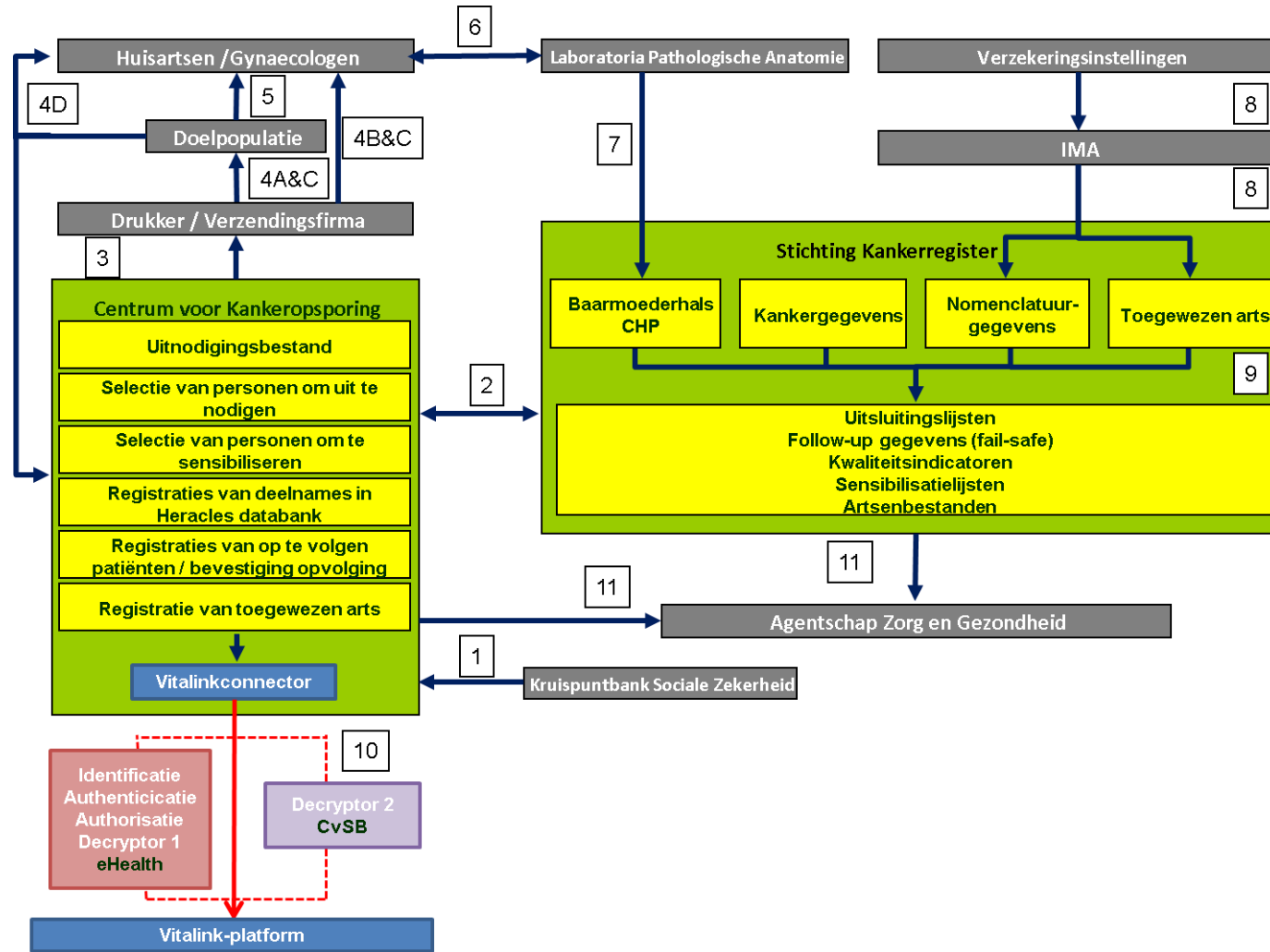
- Major = Programmawijziging kan klachten in de toekomst vermijden. Onder programmawijziging wordt verstaan: een wijziging in het huidige screeningprogramma waartoe het CvKO bevoegd is (bijvoorbeeld: voor DDK, inhoud brief afwijkend is verwarrend)
- Minor = Probleem kan niet verholpen worden door programmawijziging, 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 11: Overzicht van de gegevensstromen baarmoederhalskanker

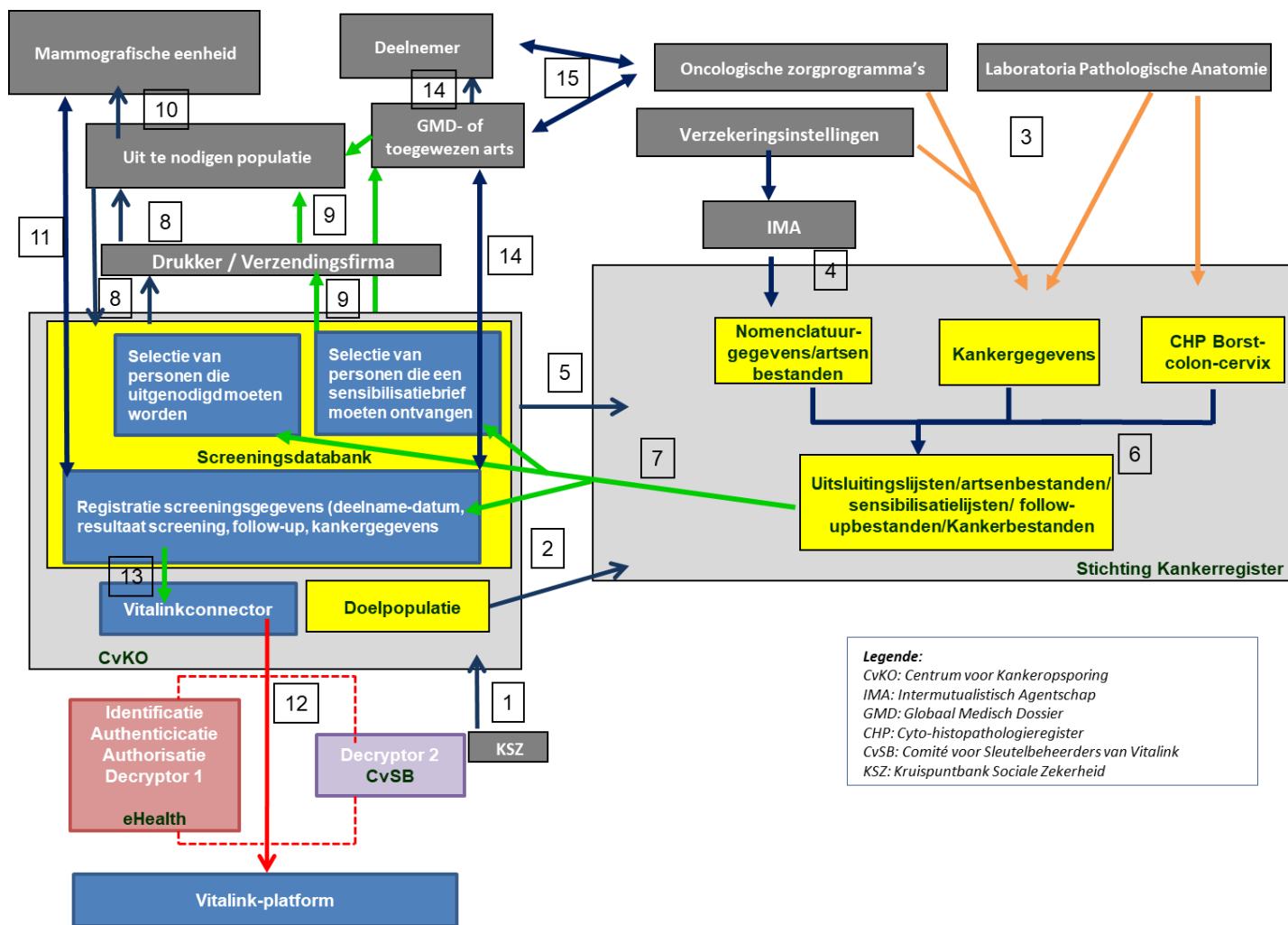


Stichting Kankerregister=Belgian Cancer Registry

1. Overdracht van doelpopulatie van de Kruispuntbank Sociale Zekerheid via het Verrijkt Personenregister van de Vlaamse Gemeenschap naar het CvKO.
2. Bidirectionele uitwisseling van gegevens tussen CvKO en BCR:
 - Overdacht van CvKO naar BCR van uitnodigingsbestanden.
 - Overdracht van BCR naar CvKO van uitsluitingslijsten en registratie van alle deelnames in de Heracles databank.
 - Overdracht van artsenbestanden en registratie van GMD arts.
 - Overdracht van BCR naar CvKO van identificatiegegevens van patiënten die in aanmerking komen voor fail-safe en registratie van op te volgen patiënten door CvKO.
 - Overdracht van CvKO naar BCR van bevestiging opvolging gemeld aan CvKO.
 - Overdracht van sensibilisatielijsten.
3. Selectie van uit te nodigen of te sensibiliseren personen en overdracht van gegevens naar externe verwerker die instaat voor het drukken en verzenden van de brieven.
4. Gegevensuitwisseling vanuit CvKO naar patiënten en artsen.
 - A. Opsturen van uitnodigingen tot deelname aan bevolkingsonderzoek naar doelpopulatie.
 - B. Opsturen van melding van ontbrekende opvolging na afwijkende screening naar artsen.
 - C. Opsturen van melding van sensibilisatie naar artsen en/of doelpopulatie (eventueel ook elektronisch rechtstreeks vanuit CvKO naar artsen)
 - D. Elektronisch melding van ontbrekende opvolging na afwijkende screening naar artsen

Opmerking: Melding aan CvKO van bevestiging opvolging na afwijkende screening door artsen of patiënten (bij voorkeur elektronisch).
5. Afname van een baarmoederhalsuitstrijkje door huisarts of gynaecoloog.
6. Opsturen van staal naar laboratoria voor pathologische anatomie, resultaatsmededeling van laboratorium pathologische anatomie aan aanvragende arts.
7. Overdracht van alle testresultaten van onderzoeken in het kader van de (vroegtijdige) opsporing van baarmoederhalskanker vanuit de laboratoria voor pathologische anatomie naar BCR.
8. Overdracht van nomenclatuurgegevens en het RIZIV nummer van de toegewezen arts vanuit de Verzekeringsinstellingen, via het InterMutualistisch Agentschap, naar BCR.
9. Koppeling van beschikbare databanken o.b.v. INSZ voor het opstellen van uitsluitingslijsten, evaluatie van de follow-up gegevens, identificatie van patiënten die in aanmerking komt voor fail-safe en de berekening van de kwaliteitsindicatoren.
10. Door het CvKO worden volgende gegevens over het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker gedeeld via het Vitalink-platform:
 1. Datum van laatste deelname
 2. Datum van een volgende uitnodiging voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker
11. Rapportering door het Centrum voor Kankeropsporing en Belgian Cancer Registry aan het Agentschap Zorg en Gezondheid (geaggregeerd).

Figuur 12: Overzicht van de gegevensstromen voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker

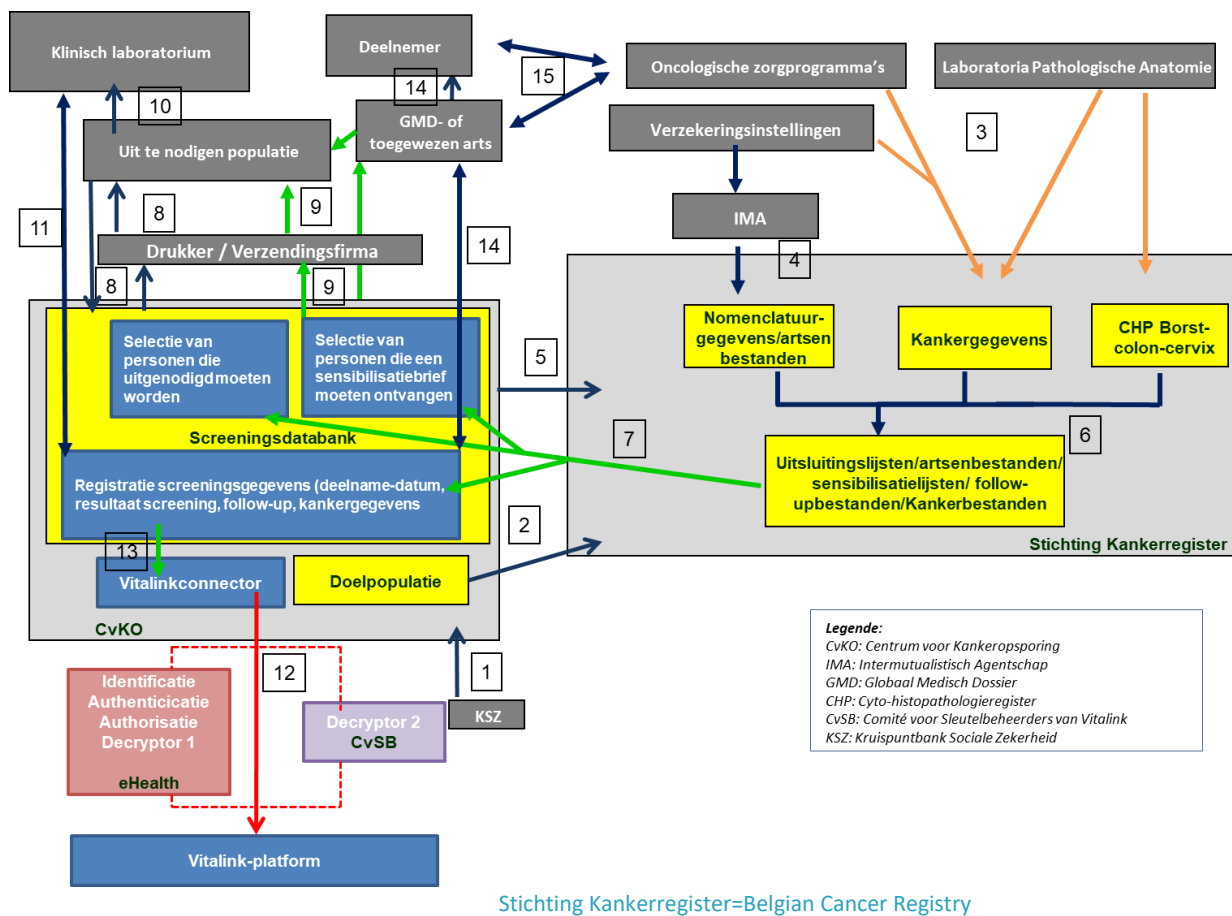


Stichting Kankerregister=Belgian Cancer Registry

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

Figuur 13: Overzicht van de gegevensstromen voor het Bevolkingsonderzoek Dikgedarmkanker



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, faalveiligheid en kankerbestanden
7. Het doorgeven van uitsluitingslijsten/sensibilisatielijsten/artsenbestanden/follow-upbestanden/faalveiligheid/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
10. Het verzenden van de FIT vanuit de deelnemers naar het centraal klinisch laboratorium waar de FIT geanalyseerd wordt
11. Overdracht van de resultaten van de FIT vanuit het klinisch laboratorium naar het Centrum voor Kankeropsporing en registratie in de screeningsdatabank; rapporteren van kwaliteitsparameters vanuit het Centrum voor Kankeropsporing naar het klinisch laboratorium
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 datum van deelname aan het bevolkingsonderzoek
 - f. het resultaat van het bevolkingsonderzoek (voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker)
 - g. de indicatie of er bijkomend onderzoek noodzakelijk is
 - h. de omschrijving van het aangeraden bijkomend onderzoek
 - i. de indicatie of er goedkeuring is door de deelnemer om bijkomende gegevens te verzamelen en te verwerken
 - j. 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 opgegeven/GMD (+) arts
15. Communicatie tussen verwijzende/opgegeven/GMD (+) arts, de deelnemer en oncologische zorgprogramma's: doorverwijzing na afwijkende stoelgangtest, resultaatsmededeling na vervolgonderzoek

Deze gegevensstromen werden gemachtigd door het Sectoraal comité van de Sociale Zekerheid en de gezondheid via onderstaande beraadslagingen:

- Beraadslaging nr. 12/106 van 20 november 2012 met betrekking tot de mededeling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen door laboratoria voor pathologische anatomie en verzekeringsinstellingen aan Belgian Cancer Registry voor de samenstelling van het cyto-histopathologie register en het gebruik ervan in het kader van het Vlaams bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker
- Beraadslaging nr. 13/091 van 17 september 2013 met betrekking tot de mededeling van persoonsgegevens door de laboratoria voor pathologische anatomie en de ziekenfondsen aan Belgian Cancer Registry, met het oog op het opzetten van het colorectaal cyto-histopathologieregister en het gebruik ervan in het kader van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker door de Vlaamse gemeenschap
- Beraadslaging nr. 05/2005 van 14 maart 2005, betreffende de aanvraag van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Administratie Gezondheidszorg tot uitbreiding van de machtiging verleend bij beraadslaging nr.10/2004 van 5 april 2004 met het oog op een bevolkingsonderzoek inzake borstkanker
- Beraadslaging nr. 14/115 van 16 december 2014 betreffende de uitwisseling van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen door het Centrum voor Kankeropsporing, Belgian Cancer Registry en de verzekeringsinstellingen in het kader van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker
- Beraadslagingen nr. 12/106, nr.13/091 en nr. 14/115, gewijzigd op 20 maart 2018

8. Participatie

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).

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/krachtlijnen-informatie-en-sensibiliseringsplan-voor-de-bevolkingsonderzoeken-naar-kanker>

2. Procedure taaladvies

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.

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

2.1.1 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.

2.1.2 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.

2.1.3 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).

2.1.3.1 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.

2.1.3.2 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.

2.1.3.3 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.

2.1.3.4 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.

2.1.3.5 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.

2.1.3.6 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.

2.1.4 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.

3. Materialen

3.1. Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

Het CvKO stuurt uitnodigingsbrieven op maat, samen met een folder [Folder Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker 2022.pdf](#) naar :

25 jarige vrouwen die de laatste 4 jaar geen uitstrijkje hebben laten nemen:

[Uitnodigingsbrief Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker 1ste keer 25 jaar 2022.pdf](#)

Naar vrouwen die de laatste 36 maanden na hun vorige brief geen uitstrijkje hebben laten nemen

[Uitnodigingsbrief Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker 2022.pdf](#)

Naar vrouwen die de laatste 48 maanden geen uitstrijkje hebben laten nemen:

[Uitnodigingsbrief Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker 1ste keer 2022.pdf](#)

3.2. Bevolkingsonderzoek Borstkanker

3.2.1 Uitnodigingsbrief

Voorbeeld uitnodigingsbrief: [Uitnodigingsbrief Bevolkingsonderzoek Borstkanker 2022.pdf](#)

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.

3.2.2 Folder

Voorbeeld folder: [Folder Bevolkingsonderzoek Borstkanker 2022.pdf](#)

3.2.4 Resultaatsbrieven

Voorbeeld resultaatsbrieven: zie bijlage 3.

3.2.5 Aanvraagformulier

Voorbeeld aanvraagformulier:

[Aanvraagformulier sreeningsmammo 2de lezing.pdf \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

3.2.6 Registratieformulieren eerste, tweede en derde lezing

Voorbeeld registratieformulier tweede en derde lezing :

[Voorbeeld registratieformulier tweede lezing](#)

[Voorbeeld registratieformulier derde lezing](#)

3.3. Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker

Het CvKO stuurt uitnodigingsbrieven met deelnameformulier, samen met een afnameset met opvangpapier, gebruiksaanwijzing (met op de achterkant ook de productinformatie), een folder en een bubbel-envelop (port reeds betaald) om het staal gratis naar het centrale laboratorium te sturen. Wanneer we 10 weken na de uitnodiging geen staal ontvangen

hebben, wordt er een herinneringsbrief (zonder afnameset) gestuurd (per e-mail indien e-mail adres beschikbaar). Sinds 03/2021 ontvangen personen met minstens drie opeenvolgende niet-deelnames een aangepaste uitnodigingsbrief zonder afnameset.

Uitnodigingsbrief: [Uitnodigingsbrief Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker 2022 0.pdf](#)

Folder: [Folder Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker 2022.pdf](#)

Gebruiksaanwijzing: [DDK Gebruiksaanwijzing 14012021.pdf \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

Deelnameformulier: [Deelnameformulier Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker 2022.pdf](#)

Herinneringsbrief: [Herinneringsbrief Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker 2022.pdf](#)

Brief die verzonden wordt na drie opeenvolgende niet-deelnames: [Uitnodigingsbrief Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker nietdeelnemers 2022 0.pdf](#)

9. Kwaliteit Bevolkingsonderzoek Kanker

1. Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

1.1. Doelgroepselectie en uitnodiging

1.1.1. Procedure bepalen exclusie- en uitnodigingsbestand

Vrouwen van 25 tot en met 64 jaar die in Vlaanderen wonen, worden uitgenodigd tot deelname aan dit bevolkingsonderzoek door het laten nemen van een uitstrijkje bij de huisarts of gynaecoloog eenmaal om de drie jaar. Het Centrum voor kankeropsporing (CvKO) is verantwoordelijk voor de uitvoering van het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Een kostenefficiënt call-recall-uitnodigingsmodel werd opgezet, waarbij alleen vrouwen waarvoor een uitstrijkje aangewezen is een uitnodigingsbrief ontvangen. Om dit te realiseren wordt het uitnodigingsbestand van de doelpopulatie of doelgroepbestand uitgezuiverd met uitsluitingslijsten. Dit zijn lijsten van vrouwen die elke 3 drie jaar een uitstrijkje laten nemen en dus vóór de geplande uitnodigingsronde al onderzocht zijn en niet meer moeten aangeschreven worden.

1.1.1.1.1. Doelgroepbestand

- Het CvKO selecteert een doelgroepbestand op basis van geslacht, leeftijd en woonplaats. De doelgroep betreft alle vrouwen van 24j-68 jaar die in het Vlaams Gewest verblijven. Dit doelgroepbestand wordt maandelijks aangeleverd door Kind en Gezin.
- Personen kunnen ook toegevoegd worden als het bestand van deelnames aan het Bevolkingsonderzoek Borstkanker of Dikkedarmkanker wordt geïmporteerd. Als BCR het CvKO een rijksregisternummer bezorgt dat niet gekend is in de databank van het CvKO, wordt deze persoon toegevoegd, indien deze vrouw in de leeftijdsgroep 25 t.e.m. 64 jaar valt, en in Vlaanderen woont.
- Dit doelgroepbestand wordt door CvKO aan Belgian Cancer Registry (BCR) doorgegeven om als basis voor het opstellen van de uitsluitingslijst te gebruiken.

1.1.1.1.2. Exclusiebestand

Deze uitsluitingslijsten of exclusiebestanden bevatten de datum van het meest recente onderzoek van alle vrouwen die tot de doelgroep behoren en nog in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek. Er wordt ook doorgegeven welke vrouwen niet meer in aanmerking komen voor het Bevolkingsonderzoek omdat ze geen baarmoederhals meer hebben of waarbij in het verleden reeds een tumor gediagnosticeerd werd. Deze uitsluitingslijsten worden opgesteld door de BCR en worden 4 keer per jaar overgemaakt aan het CvKO.

Voor het opstellen van de uitsluitingslijsten worden verschillende databanken gebruikt, nl. het cervix cytohisto-pathologieregister (CHP), de kankerregistratiedatabank, de provinciale databanken en de IMA-databank. Deze databanken werden begin 2019 aangevuld met hysterectomiegegevens van voor 2002 afkomstig van een aantal Verzekeringsinstellingen.

Cyto-histopathologie register (CHP)

Alle stalen van de baarmoederhals die afgenomen worden in België, worden geregistreerd in het centraal cyto-histopathologie register (CHP) van BCR. Dit CHP bevat alle testresultaten van cervixstalen, ongeacht de diagnose en ongeacht of deze stalen terugbetaald worden door de verzekeringsinstellingen. Zowel cytologiestalen als histologiestalen worden geregistreerd. In 2011 werd er gestart met de registratie en verwerking van de cervixgegevens en het opzetten van dit CHP. Voor zover beschikbaar werden ook de registraties van stalen afgenomen vanaf 2008 retrospectief opgevraagd bij de laboratoria voor pathologische anatomie en verwerkt. Stalen genomen vanaf 01/01/2008 zijn dus beschikbaar. Alvorens analyses te kunnen uitvoeren op de gegevens afkomstig van de laboratoria moeten deze eerst verwerkt worden. Dit gebeurt met behulp van een automatisch verwerkingssysteem.

De gegevens van stalen afgenomen in 2011 en 2012 werden jaarlijks opgevraagd bij de laboratoria voor pathologische anatomie. In het kader van een proefproject werd voor de laboratoria gevestigd in de provincies Antwerpen en Vlaams-Brabant de gegevens van 2012 twee keer opgevraagd, nl. per semester. Stalen die na 2012 afgenomen werden, werden drie keer per jaar opgevraagd.

Inclusiecriteria

Voor de extractie van de dataset (uit de databank van de laboratoria voor pathologische anatomie) met betrekking tot cervix wordt een selectie gemaakt van:

- Alle testresultaten van cervicale en vaginale cytologie, inclusief de negatieve testen (geen afwijkingen) en lichte of matige celafwijkingen
- Alle testresultaten van cervicale histologie, inclusief negatieve testen (geen afwijkingen) en lichte of matige celafwijkingen.
- Resultaten van hoog risico HPV-testen.

Variabelen opgevraagd bij de laboratoria voor pathologische anatomie

De laboratoria voor anatomopathologie bezorgen aan BCR een bestand met de gegevens van alle analyses in het kader van de vroegtijdige diagnose van baarmoederhalskanker, alsook de bijhorende protocols. Deze aangeleverde bestanden vormen de basis voor het bepalen van de uiteindelijke diagnose per staal.

Specifieke beschrijving van de dataset

De huidige versie van de dataset bevat 20 variabelen en is terug te vinden in tabel 9.

Tabel 9: Huidige versie van de dataset voor de gegevens in het kader van de vroegtijdige diagnose van baarmoederhalskanker door de laboratoria voor pathologische anatomie aan BCR

Variabele	Verplicht / optioneel	Formaat	Opmerking
INSZ	Verplicht	11 karakters Tekst zonder spaties	Indien INSZ start met 0, moet 0 bewaard blijven.
Familienaam		Vrij tekstveld	Verplicht indien INSZ onbekend
Voornaam		Vrij tekstveld	Verplicht indien INSZ onbekend
Geslacht	Verplicht	FEMALE	
Geboortedatum	Verplicht	yyyymmdd	
Overlijdensdatum	Optioneel	yyyymmdd	Enkel indien van toepassing
Postcode	Verplicht	Vrij tekstveld	
Land	Verplicht	2 karakters Tekst	Code van de wettelijke domicilie van de persoon: http://www.iso.org/iso/home/standards/country_codes.htm
Staalnummer	Verplicht	Vrij tekstveld	Moet overeenkomen met het staalnummer in het bijhorende protocol
Datum staalname	Verplicht	yyyymmdd	
Aanvragend ziekenhuis	Optioneel	Vrij tekstveld	Naam van het ziekenhuis dat het pathologisch onderzoek aanvraagt ("PRIVATE" indien aanvraag van privé persoon)
Diagnostische procedure	Sterk aanbevolen	Vrij tekstveld	Betekenis codes in apart bestand bezorgen
RIZIV nummer van de aanvrager	Verplicht	11 cijfers Tekst zonder spaties	
Kwaliteit staal	Verplicht	SUF of, INSU*	Enkel voor uitstrijkjes
Orgaan	Verplicht	Vrij tekstveld	Selectie van juiste orgaancodes: CODAP: 64XX, 65XX
Letsel (morfologie)	Verplicht	Vrij tekstveld	Alle testresultaten, inclusief negatieve testen, benigne letsels en premaligne letsels
Zekerheidsgraad	Optioneel	1 = onzeker 2 = differentiaaldiagnose 3 = zeker	Heeft betrekking op het letsel
Resultaat van high risk HPV- test	Verplicht indien HPV- test uitgevoerd	HPV-, HPV+, HPV _i	
Type van gedetecteerde high risk HPV-type	Optioneel	HP16, HP18, ... Vrij tekstveld	Indien meerdere HPV- types moeten: gescheiden door komma ","
Nomenclatuur nummers	Optioneel	Tekst zonder spaties	Indien meerdere nomenclatuur nummers: moeten door komma ","

Een uitgebreide beschrijving van deze dataset wordt staat in het BCR protocol. Bij elke opvraag van de cervixgegevens wordt dit BCR protocol opgestuurd naar de laboratoria voor pathologische anatomie. Dit BCR protocol is beschikbaar op de website van Belgian Cancer Registry (versie mei 2022)

[Protocol for an integrated data request of test results from the laboratories of pathological anatomy \(kankerregister.org\)](http://kankerregister.org)

Om de dataset m.b.t. de baarmoederhalsuitstrijkjes te vervolledigen, stelt Belgian Cancer Registry jaarlijks 2 bijkomende vragen aan elk laboratorium:

1. Welk laboratorium voert de HPV-testen uit?
2. Welke test wordt gebruikt voor de HPV-detectie (naam firma en naam van de test)?

Tabel 10: Betekenis van de cytologische diagnoses in het CHP-cervix

Diagnose	Betekenis
AGLC	Atypische glandulaire cellen, oorsprong niet nader bepaald
ASCH	Atypische squameuze cellen, geen uitsluiting van 'HSIL' mogelijk
ASCU	Atypische squameuze cellen, niet nader omschreven
ATYP	Atypische cellen, niet nader omschreven
HSIL	Hooggradige squameuze intra-epitheliale laesie, inclusief in situ voor cytologiestalen
LSIL	Laaggradige squameuze intra-epitheliale laesie
NILM	Negatief voor epitheliale celafwijkingen of maligniteit
NODIAGN	Geen diagnose beschikbaar
NODIAGN-INSU	Geen diagnose beschikbaar wegens staal van onvoldoende kwaliteit

Tabel 11: Letselcategorieën van het CHP-cervix voor histologiestalen

Diagnose	Betekenis
ABST	Geen dysplasie, noch tumor
ATYP	Atypische cellen, niet nader omschreven
CGIN	Endocervicale glandulaire dysplasie
CIN1	Milde dysplasie
CIN2	Matige dysplasie
IN SITU/CIN3	Squameus carcinoma in situ, adenocarcinoma in situ, adenosquameus carcinoma in situ
INVASIEF	Squameus carcinoma, adenocarcinoma, adenosquameus carcinoma
NODIAGN	Geen diagnose beschikbaar (niet aangeleverd, staal van onvoldoende kwaliteit)

Kankerregistratiedatabank

Naast het CHP beschikt BCR over de Kankerregistratiedatabank, een databank met alle nieuwe kankerdiagnoses in Vlaanderen vanaf incidentiejaar 1999. De uitsluitingslijsten worden ook aangevuld met deze kankergegevens. De kankerregistratiedatabank wordt jaarlijks afgesloten. Nieuwe incidentie gegevens voor het incidentiejaar 20xx zijn beschikbaar in de maand oktober van het jaar 20xx+2.

Frequentie van de opvraging van de cervixgegevens

Om het versturen van de uitnodigingsbrieven zo kostenefficiënt mogelijk te maken, moet de tijdspanne tussen het nemen van een staal en de registratie ervan in het cervix CHP zo beperkt mogelijk zijn. Zo wordt het aantal onterecht verstuurd brieven geminimaliseerd. Daarom werden de cervixgegevens vanaf 2013 drie keer per jaar opgevraagd bij de laboratoria voor pathologische anatomie die gevestigd zijn in Vlaanderen en Brussel. Bij elk van de drie opvragingsrondes, waarbij gegevens werden opgevraagd die verzameld werden in een periode van 4 maanden, werd een duidelijke deadline voor aanlevering gecommuniceerd. De jaarplanning van de opvraagronde voor de cervixstalen die toegepast werd vanaf 2013 staat in tabel 12.

Tabel 12: Overzicht van de drie opvraagrondes voor cervixstalen afgenomen in 20xx

Opgevraagde gegevens	Opvraagronde	1 ^{ste} deadline	Afnamedatum stalen
Cervix T1 20xx	05/20xx	31/5/20xx	januari-april 20xx (= 1 ^e tertiaal of T1)
Cervix T2 20xx	08/20xx	30/9/20xx	mei-augustus 20xx (= 2 ^e tertiaal of T2)
Cervix T3 20xx	01/20xx+1	15/02/20xx+1	september-december 20xx (= 3 ^e tertiaal of T3)

IMA databank voor Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

De IMA databank bevat de facturatiegegevens van alle terugbetaalde medische prestaties die relevant zijn voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Deze nomenclatuur-databank bevat onder meer facturatiegegevens van afnames en analyses van cervixuitstrijkjes, HPV-bepalingen en medische prestaties die relevant zijn voor de behandeling en opvolging van cervixpathologie (o.a. biopsiename/coagulatie, colposcopie, conisatie, wegname van de baarmoederhals, hysterectomie). Enerzijds kan met deze IMA-databank de volledigheid van het cervix CHP geëvalueerd worden en vormt deze een aanvulling voor ontbrekende terugbetaalde stalen die niet aangeleverd worden door de laboratoria. Anderzijds kan hiermee nagegaan worden of een uitstrijkje al dan niet terugbetaald is en/of afgenomen is in het kader van screening of medische opvolging. Deze databank bevat geen medische diagnoses. De nomenclatuurgegevens zijn beschikbaar vanaf prestatiedatum 01/01/2008. Gegevens met betrekking tot het wegnemen van de baarmoederhals zijn beschikbaar vanaf prestatiedatum 01/01/2002.

Tabel 13: Overzicht van de nomenclatuurcodes in de IMA-databank die overeenkomen met cervicale uitstrijkjes, biopsienames en/of behandeling van baarmoederhalsaandoeningen

Type onderzoek behandeling	Nomenclatuurcode	Betekenis
Afname van een screeningsuitstrijkje	114030 – 114041	Afname van een screeningsuitstrijkje door een huisarts
	149612 – 149623	Afname van een screeningsuitstrijkje door een specialist
Afname van een opvolgingsuitstrijkje	114170 – 114181	Afname van een opvolgingsuitstrijkje door een huisarts
	149634 – 149645	Afname van een opvolgingsuitstrijkje door een specialist
Analyse van een screeningsuitstrijkje	588350 – 588361 (\$)	Eerste lezing van een screeningsuitstrijkje
	589853 – 589864 (*)	Eerste lezing van een screeningsuitstrijkje (Liquid based)
	588873 – 588884	Tweede lezing van een screeningsuitstrijkje
Analyse van een opvolgingsuitstrijkje	588895 - 588906	Analyse van een opvolgingsuitstrijkje
Opsporen van hoogrisico HPV op cervicovaginale afnames, door middel van een moleculair-diagnostische methode	588932-588943	HPV- tests volgend op uitstrijkjes met onduidelijke diagnose naar aanleiding van de prestatie 588350 – 588361, 589853 - 589864 of 588873 – 588884
	588954-588965	HPV- tests uitgevoerd in het raam van diagnostische of therapeutische opvolging, naar aanleiding van de prestatie 588895 – 588906
Biopsiename/ Electrocoagulatie	149052 - 149063	Intracervicale polypectomie

Type onderzoek behandeling	Nomenclatuurcode	Betekenis
	432110 - 432121	Afname met tang van een fragment van de hals en/of
Colposcopie	431955 - 431966	Microscopische colposcopie met eventuele afname van biopt
Conisatie	432294 - 432305	Conisatie van de baarmoederhals
Hysterectomie / verwijderen van cervix (al dan niet volledig)	432154 - 432165	Wegnemen van de resterende hals langs abdominale weg
	431270 - 431281	Totale hysterectomie, langs abdominale weg
	431314 - 431325	Totale hysterectomie, langs vaginale weg, inclusief de colporrafie vooraan en/of de eventuele colpoperineorrafie achteraan
	431336 - 431340	Totale uitgebreide hysterectomie (Wertheim)
	431351 - 431362	Totale uitgebreide hysterectomie met lymphadenectomie in het
	432670 - 432681	Vaginale hysterectomie door laparoscopie, inclusief de vaginale bewerking met pathologisch-anatomische bevestiging
	432736 - 432740	Totale hysterectomie langs laparoscopische weg, met anatomopathologische bevestiging
	431491 - 431502	Amputatie van baarmoederhals en plastiek met vaginale lappen
	431911 - 431922	Bewerking wegens uterusprolapsus langs vaginale weg met supravaginale amputatie van de hals, hechten van de cardinale ligamenten aan de isthmus uteri en colporrafie vooraan, inclusief de eventuele colpoperineorrafie achteraan (operatie van Manchester-Fothergill of variante)
	220290-220301	Baarmoedercuretage, curatieve of exploratieve, eventueel inclusief dilatatie en afname voor endo-uterine biopsie
	431292-431303	Subtotale hysterectomie
	432655-432666	Subtotale hysterectomie met pathologisch-anatomische bevestiging
	432390-432401	Diagnostische hysteroscopie met of zonder biopsie of cytologie
	244915-244926	Debulking voor uitgebreide intra-abdominale tumor (II) (totale hysterectomie, omentumresectie, resectie peritoneale metastasen, retroperitoneale exploratie met lymfadenectomie)
	244930-244941	Debulking voor uitgebreide intra-abdominale tumor (III) (totale hysterectomie, colon- of dunne-darmresectie al dan niet met herstel van de continuïteit, omentumresectie, resectie peritoneale metastasen, retroperitoneale exploratie met lymfadenectomie)

(§) Geschrapt op 1/3/2020

(*) I ngevoerd op 1/4/2018

Frequentie van de opvraging van de cervixgegevens

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 beschikbaarheid van de IMA gegevens per boekhoudkundig kwartaal zijn gedetailleerd weergegeven in onderstaande tabel 14.

Tabel 14: 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 20yy	NVT
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

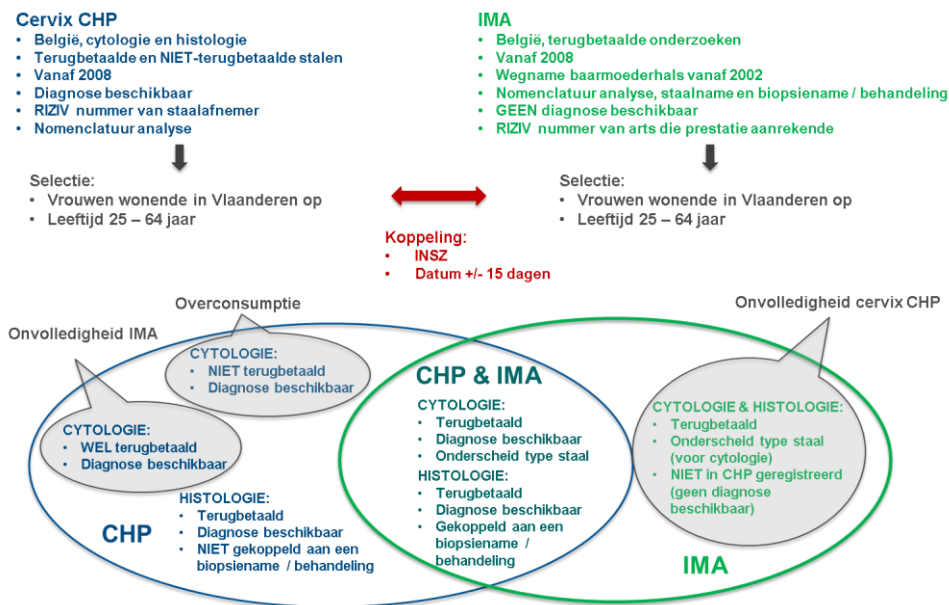
De IMA gegevens worden voor dit bevolkingsonderzoek 2 keer per jaar overgemaakt aan BCR.

Koppeling IMA databank en CHP

De IMA databank en het CHP worden aan elkaar gekoppeld o.b.v. het INSZ (identificatienummer van de sociale zekerheid) van de deelnemende vrouw. Registraties in CHP zonder geldig INSZ kunnen niet aan de correcte persoon gelinkt worden en kunnen dus niet opgenomen worden in de analyses. Deelnames voor eenzelfde INSZ die in beide databanken voorkomen en niet meer dan 15 dagen verschillen, worden aan elkaar gelinkt. Voor deelnames die alleen in de IMA databank geregistreerd zijn en geen corresponderende tegenhanger hebben in het CHP, is er geen diagnose beschikbaar. Uitstrijkjes die alleen in CHP voorkomen en niet in de IMA databank worden voorlopig als niet-terugbetaald beschouwd. Het feit dat een staal niet terugbetaald is, kan pas met zekerheid bevestigd worden als de IMA databank voor het jaar waarin het staal genomen is, volledig afgesloten is.

Een schematisch overzicht van de beschikbare gegevens en de koppeling van CHP en de IMA databank is weergegeven in figuur 14.

Figuur 14: Overzicht van de beschikbare gegevens en de koppeling van CHP en de IMA databank



Databank van PIH en LUCK

De databank van het PIH (Provinciaal Instituut voor Hygiëne) heeft op 06/03/2013 20.735 INSZ doorgegeven van vrouwen die, tijdens het Antwerps provinciaal call recall systeem, gemeld hadden dat ze in het verleden een hysterectomie ondergingen. De databank van het LUCK (Leuvens Universitair Centrum voor Kankeropsporing) heeft op 12/03/2013 455 INSZ doorgegeven van vrouwen die, tijdens het provinciaal call recall systeem van Vlaams Brabant, gemeld hadden dat ze in het verleden een hysterectomie ondergingen.

Eénmalige opvraging van hysterectomiegegevens van voor 2002

Vrouwen met een totale hysterectomie worden uitgesloten voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. De IMA databank gaat slechts terug tot prestatiejaar 2002. Mogelijk werd dus voor de oudste leeftijden in de doelgroep een aantal hysterectomieën gemist, waardoor deze vrouwen (herhaaldelijk) onnodig uitgenodigd worden voor het Bevolkingsonderzoek. Om de ontbrekende gegevens aan te vullen werden alle verzekeringsinstellingen gevraagd om voor zover mogelijk, deze oude facturatiegegevens over te maken.

Selectiecriteria opgevraagde gegevens:

- Prestatiejaren 1997-2001 (of vroeger indien beschikbaar).
- Geboortejaren 1954-1993.
- Nomenclatuurcode: zie tabel 14.
- Dataset: INSZ, prestatiedatum, nomenclatuur.

Tabel 15: Selectie nomenclatuur opgevraagd bij de Verzekeringsinstelling, die wijzen op verwijderen van baarmoederhals

432154	Wegnemen van de resterende hals langs abdominale weg
432165	Wegnemen van de resterende hals langs abdominale weg
431270	Totale hysterectomie, langs abdominale weg

431281	Totale hysterectomie, langs abdominale weg
431314	Totale hysterectomie, langs vaginale weg, inclusief de colporrafie vooraan en/of de eventuele colpoperineorrafie achteraan
431325	Totale hysterectomie, langs vaginale weg, inclusief de colporrafie vooraan en/of de eventuele colpoperineorrafie achteraan
431336	Totale uitgebreide hysterectomie (Wertheim)
431340	Totale uitgebreide hysterectomie (Wertheim)
431351	Totale uitgebreide hysterectomie met lymphadenectomie in het bekken
431362	Totale uitgebreide hysterectomie met lymphadenectomie in het bekken
432670	Vaginale hysterectomie door laparoscopie, inclusief de vaginale bewerking met pathologisch-anatomische bevestiging
432681	Vaginale hysterectomie door laparoscopie, inclusief de vaginale bewerking met pathologisch-anatomische bevestiging
432736	Totale hysterectomie langs laparoscopische weg, met anatomopathologische bevestiging
432740	Totale hysterectomie langs laparoscopische weg, met anatomopathologische bevestiging

Tabel 16: Overzicht ontvangen data van de Verzekeringsinstelling

Verzekeringsinstelling	Prestatie jaren	Geboorte jaren	Aantal records	Aantal records binnen selectie (§)
Landsbond der christelijke mutualiteiten (CM)	1993-2001	° 1953 - ° 1986	19.418	10.153
Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten (SOCMUT)	1994-2001	° 1953 - ° 1984	11.483	6.272
Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen (MLOZ)	1997-2004	° 1901 - ° 2002	15.797	1.658
Landsbond van liberale mutualiteiten (LM)	1994-2001	° 1900 - ° 1991	5.565	1.016
Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV)	1997-2001	° 1954 - ° 1985	126	73

(§): Doelpopulatie 2022: 25-64 jaar in 2022 komt overeen met de geboortejaren 1958-1997, prestatiejaar voor 2002.

BCR ontving gegevens van 5 verzekeringsinstellingen (zie tabel 15). Na datacleaning (verwijderen van dubbele records, records waarvan INSZ ontbreekt, correcte selectie van prestatie- en geboortejaren) blijven er nog 19.172 records over (19.137 unieke INSZen).

1.1.2. Algoritme voor het opstellen van de uitsluitingslijsten

De uitsluitingslijsten worden opgemaakt door het uitnodigingsbestand te koppelen o.b.v. het INSZ met de beschikbare databanken.

Voor elk van deze INSZen wordt er nagegaan of gegevens beschikbaar zijn in de databanken, of deze vrouwen nog in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek en wat de meest recente beschikbare gegevens zijn. INSZen waarvoor geen informatie teruggevonden wordt, worden niet opgenomen in de uitsluitingslijst.

Uitsluitingscriteria

De criteria voor uitsluiting van het bevolkingsonderzoek worden vastgelegd in de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker.

Tabel 17: Uitsluitingscriteria voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

Uitsluitingscriterium	Op basis van	Type uitsluiting	Duur uitsluiting
Totale hysterectomie/ wegname cervix	IMA-nomenclatuur:	Definitief	Definitief

	431270 , 431281, 431314 , 431325, 431336, 431340, 431351 ,431362, 432670 ,432681, 432736 , 432740, 432154, 432165		
Invasieve baarmoeder (hals) kanker (C53, C54, C55)	Kankerregistratiedatabank (CIB)	Definitief	Definitief
Historische meldingen van hysterectomie door vrouwen zelf	Provinciale databank (PIH)	Definitief	Definitief
	Leuvens Universitair centrum voor Kankeropsporing (LUCK)	Definitief	Definitief
Staalname (histologie of cytologie)	IMA-nomenclatuur: 114030, 114041, 149612, 149623, 114170, 114181, 149634 , 149645, 432110, 432121, 432294, 432305, 431491, 431502, 431911, 431922, 588350, 588361, 588873, 588884, 588895, 588906, 589853, 589864	Tijdelijk	4 jaar
In situ baarmoederhals kanker (C53)	Kankerregistratiedatabank (CIB)	Tijdelijk	4 jaar
Geregistreerde weigering	Heracles databank	Definitief	Definitief
Versturen van uitnodigingsbrief	Heracles databank	Tijdelijk	3 jaar

Wijzigingen in uitsluitingscriteria

1. Bij het opmaken van de uitsluitingslijsten worden vanaf versie v20131206 de volgende vier nomenclatuurcodes 431491, 431502, 431911 en 431922 niet meer beschouwd als een criterium voor definitieve uitsluiting wegens wegname van de cervix. Deze codes zijn wel een criterium voor tijdelijke uitsluiting.
2. Vanaf uitsluitingslijst v20131206 worden de nomenclatuurcodes 149052 en 149063 (intracervicale polypectomie) niet meer in de lijst van codes die wijzen op het nemen van een cervico-vaginaal staal.
3. Vanaf uitsluitingslijst v20170918 is een in situ baarmoederhalskanker geen criterium meer voor definitieve uitsluiting, wel voor tijdelijke uitsluiting. Vanaf 1/1/2018 wordt dit geïmplementeerd.
4. Vanaf uitsluitingslijst v201780719 er een wijziging in de dataset voor definitief uitgesloten vrouwen in het kader van een nieuwe finaliteit voor de uitsluitingslijsten, nl. de gegevens ter beschikking stellen voor het Vitalink platform. de inhoudelijke betekenis van de variabelen 'Datum definitief uitgesloten' en 'Datum laatste staalname'.

Wijzigingen zijn:

a. Datum definitief uitgesloten:

- i. Voor juni 2018 was dit de meest recente deelname, werd telkens geüpdatet indien BCR een meer recente deelname ontving.
- ii. Vanaf juni 2018 wordt hier de startdatum van eerste definitieve uitsluiting ingevuld. De startdatum van de definitieve uitsluiting wordt ook beschouwd als een deelname. Deze wordt in principe niet meer geüpdatet.

b. Datum van het laatste staal:

- i. Voor juni 2018 was deze variabele steeds leeg voor alle definitief uitgesloten vrouwen.
 - ii. Vanaf juni 2018 wordt hier de meest recente deelname ingevuld, analoog aan de niet-definitief uitgesloten vrouwen. Deze zal telkens geüpdatet worden als BCR een meer recente deelname ontvangt.
 - iii. Omdat de startdatum van de definitieve uitsluiting ook beschouwd wordt als een deelname, kan de 'Datum laatste staal' identiek zijn aan 'Datum definitief uitgesloten'.
5. Vanaf juni 2018 wordt er ook een sensibilisatielijst opgesteld. Deze bevat alle INSZen die in het uitnodigingsbestand zitten, maar niet aanwezig zijn de uitsluitingslijst. Deze lijst bevat alleen de variabele 'INSZ'.
6. Vanaf 1/4/2018 werd een nieuwe nomenclatuur ingevoerd voor de analyse van uitstrijkjes. Vanaf uitsluitingslijst v20181212 werd deze nomenclatuur voor het eerst opgenomen in de uitsluitingslijsten.

Analyse (Cytologie)	
589853	Honorarium voor het preventief cytopathologisch onderzoek voor het opsporen van neoplastische cellen op cervicovaginale afnamen gebruik makend van de techniek van de dunne laag cytologie, ongeacht het aantal afnamen (ambulant-gehospitaliseerd)
589864	

7. Vanaf de eerste lijst van 2019 (v20190315) werden de historische hysterectomiegegevens van de Verzekeringsinstellingen voor het eerst gebruikt voor opmaken van de uitsluitingslijsten. Deze gegevens bevatten nomenclatuurgegevens van voor 2002 die aanleiding geven tot definitieve uitsluiting.

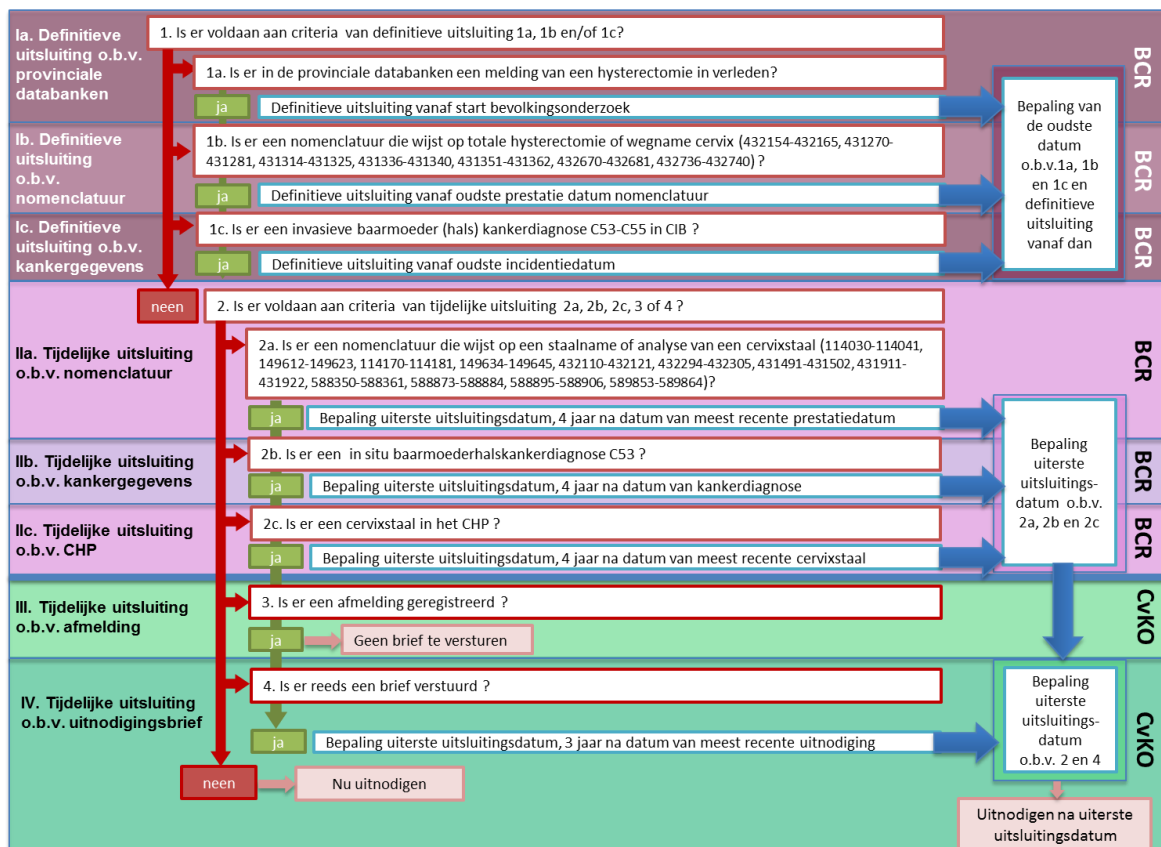
Algoritme voor het opstellen van de uitsluitingslijsten

Voor het opstellen van de uitsluitingslijsten wordt een vast algoritme gebruikt. Eerst wordt nagegaan of een vrouw definitief uitgesloten is. Daarna wordt op basis van de IMA gegevens en het cytohistopathologisch register nagegaan of er een nomenclatuur voor een cytologisch of een ander onderzoek van de baarmoederhals kan gevonden worden. Indien er meerdere data gevonden worden, wordt de meest recente datum weerhouden.

Aan de hand van het algoritme stelt BCR de uitsluitingslijst op met vermelding van het INSZ, de datum van de diagnose/het onderzoek dat aanleiding geeft tot definitieve uitsluiting, definitief uitgesloten (ja/nee), datum laatste staalname en postcode. Deze uitsluitingslijst wordt doorgegeven aan CvKO die voor de overige personen in de doelpopulatie nagaat of een afmelding of een weigering werd geregistreerd.

Het volledige algoritme wordt schematisch weergegeven in figuur 15.

Figuur 15: Algoritme voor bepaling van uitnodiging.



Verwijderen stalen uit cervix CHP die duiden op intracervicale poliepectomie zonder bijhorend uitstrijkje

1. Selectie van INSZ'en uit IMA bestand met IMA nomenclatuur codes 149052-149063 (intracervicale poliepectomie) waarvoor 15 dagen voor of na de prestatiedatum van de poliepectomie er een nomenclatuur kan teruggevonden worden die wijst op afname (114030-114041, 149612-149623, 114170-114181, 149634-149645) of analyse (588350-588361, 588873-588884, 588895-588906, 589853-589864) van een uitstrijkje.
2. Verwijderen van de stalen uit cervix CHP met een zelfde INSZ en een datum van staalafname die 15 dagen voor of na de prestatiedatum van de intracervicale poliepectomie zonder bijhorend uitstrijkje valt.

Selectie van de postcode op te nemen in de uitsluitingslijst

- Indien de meest recente datum afkomstig is uit cervix CHP of CIB wordt de corresponderende postcode uit cervix CHP of CIB geselecteerd.
- Indien meest recente datum afkomstig uit IMA is het veld voor de postcode leeg.
- Voor de vrouwen die definitief uitgesloten worden o.b.v. de provinciale databanken of de historische hysterectomiegegevens van de verzekeringsinstellingen: geen postcode.
- Indien meest recente datum afkomstig uit IMA: geen postcode.

Aanvulling van de uitsluitingslijst

Telkens bij het opmaken van de uitsluitingslijst wordt er nagegaan of er gegevens beschikbaar in CIB of cervix CHP voor INSZ'en die niet in het uitnodigingsbestand zitten, maar wel voldoen aan volgende twee criteria:

- o Geregistreerd in CIB of cervix CHP, met een Vlaamse postcode op moment van kankerdiagnose (CIB) of staalafname (cervix CHP).
- o Binnen de geboortejaren geselecteerd die in het uitnodigingsbestand zitten.

Deze aanvullende lijst wordt steeds overgemaakt aan CvKO samen met de uitsluitingslijst en heeft deze structuur samen stelling wat betreft de variabelen.

1.1.3. Beschrijving van structuur van de uitsluitingslijsten

- Een uitsluitingslijst is een 'comma-separated value'-bestand dat een '.txt' extensie heeft.
- De header row heeft volgende labels in onderstaande volgorde:

insz,datum laatste staal,datum definitief uitgesloten,definitief uitgesloten,postcode

- Structuur van datum: dd/mm/yyyy.
- Elke INSZ mag maar 1 keer voorkomen.
- Op elke regel komen de gegevens behorend bij 1 INSZ.
- Vrouwen waarvoor geen gegevens beschikbaar zijn, zijn niet opgenomen in het bestand.

Tabel 18: Overzicht van de variabelen in de uitsluitingslijst, het al dan niet verplicht ingevuld zijn en de interpretatie

(A)

INSZ	Datum laatste staal	Datum definitief uitgesloten	Definitief uitgesloten	Postcode	Interpretatie
Verplicht	Niet ingevuld	Ingevuld	Ja	Ingevuld indien beschikbaar	Error
Verplicht	Ingevuld	Ingevuld	Neen	Ingevuld indien beschikbaar	Error
Verplicht	Ingevuld	Niet ingevuld	Ja	Ingevuld indien beschikbaar	OK: definitief uitgesloten Startdatum definitieve uitsluiting voor 1/1/2009 of o.b.v. provinciale databanken of hysterectomiegegevens VI's en minstens 1 deelname vanaf 1/1/2008
Verplicht	Ingevuld	Niet ingevuld	Neen	Ingevuld indien beschikbaar	OK: tijdelijk uitgesloten Minstens 1 deelname vanaf 1/1/2008
Verplicht	Ingevuld	Ingevuld	Ja	Ingevuld indien beschikbaar	OK: definitief uitgesloten
Verplicht	Niet ingevuld	Ingevuld	Neen	Ingevuld indien beschikbaar	Error
Verplicht	Niet ingevuld	Niet ingevuld	Ja	Ingevuld indien beschikbaar	OK: definitief uitgesloten Startdatum definitieve uitsluiting voor 1/1/2009 of uit provinciale databanken of uit hysterectomiegegevens VI's, mogelijk nog een deelname maar dan voor 1/1/2008
Verplicht	Niet ingevuld	Niet ingevuld	Neen	Ingevuld indien beschikbaar	Error: INSZ gaat naar sensibilisatielijst Geen info beschikbaar die wijst op definitieve uitsluiting, geen info over deelname vanaf 1/1/2008

(B)

Definitief uitgesloten	Datum laatste staal	Datum definitief uitgesloten
Neen	- Altijd Ingevuld - Datum van meest recente deelname - Alleen datums vanaf 1/1/2008 worden weerhouden	- Niet ingevuld
Ja	- Niet altijd Ingevuld - Datum van meest recente deelname - Alleen datums vanaf 1/1/2009 worden weerhouden	- Niet altijd ingevuld - Startdatum van definitieve uitsluiting - Alleen datums vanaf 1/1/2009 worden weerhouden

1.1.4. Procedure opstellen van artsenbestanden

BCR ontvangt 1 keer per jaar in de loop van de maand december van IMA een bestand met daarin de GMD arts voor alle vrouwen binnen de leeftijd van 24 tot en met 67 jaar op tijdstip van extractie, indien deze gekend is.

- Selectiecriteria IMA GMD artsenbestand 2021
 - Leeftijd van patiënt 23 t.e.m. 67 jaar op tijdstip van extractie door IMA
 - Gegevens van de boekhoudkundige periode 20xx-5 Q4 tot 20xx Q2. Deze gegevens bevatten prestatiejaren 20xx-4 tot 20xx. Voor prestatiejaren 20xx-4 tot 20xx-3 zijn de gegevens volledig. De prestatiejaren 20xx-2 tot 20xx zijn nog niet volledig, maar worden aangevuld om over zo recent mogelijke gegevens te beschikken. De nomenclatuur van GMD is twee jaar geldig.
- Dataset:
 - INSZ van patiënt
 - RIZIV nummer van GMD-arts (8 cijfers), kan ook een medisch huis zijn.
 - Prestatiejaar van aanrekening nomenclatuur GMD-arts

Vier keer per jaar wordt telkens op hetzelfde moment waarop de uitsluitingslijsten opgesteld worden, een artsenbestand opgemaakt door BCR en overgemaakt aan CvKO. Voor alle INSZ die aanwezig zijn in het uitnodigingsbestand wordt nagegaan of er een GMD-arts gekend is in het IMA bestand met de GMD artsen en welke de meest recent GMD arts is. Deze artsenbestanden overgemaakt aan CvKO bevat twee variabelen: INSZ, het RIZIV indentificatienummer van de GMD-arts en het prestatiejaar van de aanrekening van de nomenclatuur GMD-arts.

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.

Beschrijving van de dataset van het artsenbestand

1. 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

2. RIZIV

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

3. 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').

1.1.5. Procedure opstellen van sensibilistatielijsten

Vanaf juni 2018 wordt er ook een sensibilistatielijst opgesteld door BCR. Deze wordt jaarlijks opgemaakt in de maand december. Deze bevat alle INSZ'en die in het uitnodigingsbestand zitten, maar niet aanwezig zijn de uitsluitingslijst opgesteld in december. Het zijn de INSZ van vrouwen, behorend tot de doelgroep, waarvan geen enkele registreerde deelname kan teruggevonden worden. Deze lijst bevat alleen de variabele 'INSZ' en wordt door BCR overgemaakt aan CvKO. Deze sensibilistatielijst wordt gebruikt voor sensibilisatie van de doelgroep, maar ook voor datacleaning van Heracles 2, nl. het verwijderen van foutieve uitsluitingen die verwijderd moeten worden. Het CvKO heeft toestemming gekregen van de Gegevensbeschermingsautoriteit om vrouwen die nog nooit gescreend én reeds tweemaal uitgenodigd zijn, sensibilisatie /informatie materiaal op maat te versturen.

1.1.6. Jaarplanning uitsluitingslijsten, artsenbestanden en sensibilistatielijsten

De jaarplanning voor de opvraag van gegevens, het gebruik ervan in de het opstellen van de uitsluitingslijsten en de doorgifte naar CvKO, wordt weergegeven in figuur 16. De groene pijlen geven de deadlines aan voor het aanleveren van de gegevens vanuit de laboratoria voor pathologische anatomie. De paarse pijlen geven aan wanneer de kankerincidentiegegevens beschikbaar zijn. De gele pijlen geven de tijdstippen aan waarop het IMA de nomenclatuur gegevens aanlevert. Jaarlijks wordt de kankerregistratie databank afgesloten in het najaar en worden de cijfers vrijgegeven in de loop van de maand juli. Nieuwe incidentie cijfers m.b.t. 20xx worden vanaf juli 20xx+2 opgenomen in de uitsluitingslijsten.

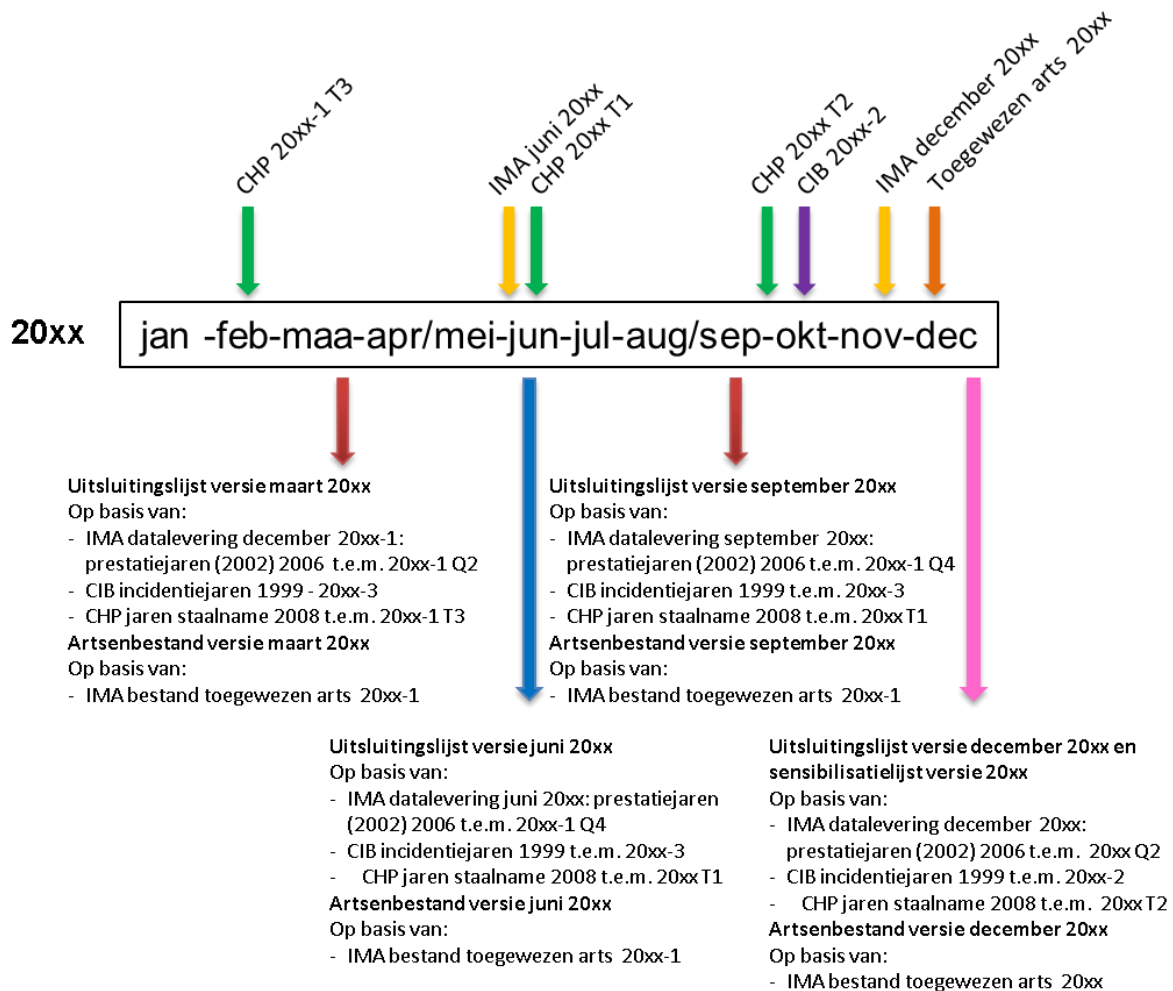
Figuur 16: Overzicht van jaarplanning van de binnenkomende gegevens en de opmaak van de uitsluitingslijsten

DATA IN: binnenkomende gegevens

- Groen: opvraag cervix 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 (2x per jaar)

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

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



- Legende:
- CHP: Cyto-Histopathologie register
 - CIB 20xx: Cancer in Belgium, kankerregistratie gegevens, incidentiejaar 20xx
 - IMA: Intermutualistisch Agentschap
 - T: tertiaal
 - T1: eerste tertiaal (januari – april)
 - T2: tweede tertiaal (mei - augustus)
 - T3: derde tertiaal (september – december)

Een algoritme voor het opstellen van uitsluitingslijsten werd opgesteld. Er wordt 4 keer per jaar een uitsluitingslijst opgemaakt en overgedragen aan CvKO. De tijdstippen van overdracht zijn weergegeven in figuur 16). Deze lijsten zijn opgemaakt o.b.v. de meest recente beschikbare

gegevens in het cervix CHP, in de IMA gegevens en de tumorgegevens van BCR. Een lijst wordt opgesteld na een update van louter nieuw ontvangen CHP gegevens (rode pijl figuur 16). Twee keer per jaar wordt een uitsluitingslijst aangemaakt op basis van een update van nieuw aangeleverde IMA gegevens en CHP gegevens (blauwe pijlen figuur 16) en één keer per jaar op basis van een update van zowel CHP en CIB (roze pijl figuur 16). De artsenbestanden worden 4 keer per jaar opgesteld, de sensibilisatielijst 1 keer per jaar.

1.1.7 Transgenders

Een uitstrijke is voor het RIZIV genderneutraal (geslacht is niet opgenomen als terugbetalingcriterium). Echter, in het bevolkingsonderzoek is geslacht expliciet in de doelgroep opgenomen (nl. vrouwen tussen de 25-64 jaar). Personen waarbij hun rijksregisternummer wijst op een mannelijk geslacht worden omwille van deze reden niet uitgenodigd voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker.

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.

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

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

- Uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek indien de persoon tussen de 25 en 64 jaar is, tenzij de persoon is uitgesloten op basis van één van de uitsluitingscriteria
- Deelname wordt aanbevolen indien de baarmoederhals nog aanwezig 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);
- Deelname wordt aanbevolen indien de baarmoederhals nog aanwezig is

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

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

- Uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek indien de persoon tussen de 25 en 64 jaar is,
- Deelname wordt niet aanbevolen. Persoon kan zichzelf uit het bevolkingsonderzoek laten schrijven.

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)

1.2. Procedure verzenden uitnodigingsbrieven

1.2.1. Het uitnodigingsbestand en de uitnodigingsstrategie

De **volledige doelgroep** voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker bestaat uit alle in Vlaanderen wonende vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar. De **toegelaten doelgroep** voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker bestaat uit: de vrouwen uit de volledige doelgroep voor wie geen tijdelijke of definitieve BCR-exclusie geregistreerd werd. Elke dag worden personen op hun geboortedag geselecteerd als ook de personen wiens uitsluiting gisteren is afgelopen. Voor deze personen wordt gekeken of ze op dit moment of niet langer in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek.

Vooraleer de uitnodigingen opgesteld worden, worden bepaalde categorieën van vrouwen uit het bestand verwijderd, omdat deze personen op dit moment of niet langer in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek:

- Vrouwen die voorkomen in de uitsluitingslijsten die zijn opgesteld door BCR:
- Vrouwen die zijn overleden op het moment van uitnodiging.
- Vrouwen van wie het INSZ niet langer geldig is (annulering RRN via Kruispuntbank/eHealth) op het moment van uitnodiging.

Verder kunnen vrouwen voor of na ontvangst van hun uitnodiging ook aan het CvKO laten weten dat ze niet wensen deel te nemen:

- Vrouwen kunnen laten weten in de toekomst geen uitnodiging meer te willen ontvangen (gegevens CvKO, zogenaamde ‘weigering’).
- Vrouwen kunnen laten weten dat ze niet deelnemen wegens een opgegeven geldige reden (afgelopen drie jaar een uitstrijkje laten nemen, hysterectomie). Als er bevestiging van de afmeldingsreden via BCR komt, kan dit leiden tot een definitieve uitsluiting.

Voor de resulterende groep vrouwen wordt berekend, wanneer zij een uitnodiging moeten krijgen:

- Als er een datum van het meeste recente staal geregistreerd is in de Heracles databank: eerstvolgende brief wordt verstuurd 48 maanden na de datum van het meest recente staal.
- Als er geen datum van een staal geregistreerd is in de Heracles databank, maar wel een datum van laatste brief: eerstvolgende brief wordt verstuurd 36 maanden na datum laatste brief.
- Als er geen datum van het meeste recente staal geregistreerd is in de Heracles databank en geen datum van laatste brief: eerstvolgende brief wordt verstuurd op de eerstvolgende verjaardag.

Het CvKO zuivert dusdanig het selectiebestand verder uit met gegevens uit het ontvangen exclusiebestand, de geregistreerde weigeringen van deelname en historisch geregistreerde gegevens van weigering. Zo wordt een uitnodigingsbestand aangemaakt. Dit uitnodigingsbestand bevat geen medische gegevens, maar enkel de administratieve gegevens van vrouwen die in een bepaalde periode moeten worden uitgenodigd.

1.2.2. Procedure van verzending

Er wordt een uitnodigingsbrief verstuurd waarin de vrouw wordt aanbevolen om de huisarts of gynaecoloog te raadplegen om zich te laten screenen op baarmoederhalskanker.

Er worden drie brieven op maat verstuurd aan:

- vrouwen van 25 jaar;
- vrouwen die zich nooit hebben laten screenen;
- vrouwen die de laatste 3 jaar geen uitstrijkje hebben laten nemen.

Samen met de uitnodigingsbrief wordt een informatiefolder verstuurd, die informatie bevat om een geïnformeerde keuze te maken al dan niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.

1.2.3. Procedure afmeldingen en weigeringen

Het CvKO krijgt naast de exclusielijsten van BCR ook gegevens binnen van de doelgroep zelf (meestal na het ontvangen van de uitnodigingsbrief). Aangezien dat in het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker enkel vrouwen uitgenodigd worden die niet opportunistisch gescreend zijn, gebeurt dit echter zeer zelden. Via de gratis 0800-lijn, website of e-mail kan de doelgroep aangeven waarom ze niet wensen deel te nemen. We spreken over twee soorten van exclusies door de doelgroep: afmeldingen en weigeringen.

Afmeldingen:

Met de persoonlijke code vermeld in de brief kan de vrouw melding geven van een recent uitstrijkje of van een totale hysterectomie. Dit zijn afmeldingen voor de huidige uitnodigingen.

Weigeringen:

Een vrouw kan echter ook aangeven dat zij geen verdere uitnodigingen wenst te ontvangen. Ze wordt dan in de toekomst niet meer uitgenodigd. Deze weigeringen kunnen via het 0800- nummer, via de website of via email doorgegeven worden. Hiervoor is geen verdere schriftelijke bevestiging noodzakelijk. Hierdoor krijgen ze van het CvKO geen uitnodiging meer (definitieve uitsluiting), tenzij ze deze weigering terug annuleren.

1.3. Toepassen screeningsinstrument

1.3.1. Richtlijnen voor afname uitstrijkje

Met een cervixuitstrijkje wil men materiaal nemen van de overgangszone tussen exo- endocervix. Cytologische afwijkingen ontstaan vooral op deze overgang van meerlagig plaveiselcel epitheel naar eenlagig cilindrisch epitheel. Bij vrouwen voor de menopauze ligt de overgangszone vaak exocervicaal; in de postmenopauze ligt deze meer naar binnen.

Een algoritme voor het opstellen van uitsluitingslijsten werd opgesteld. Er wordt 4 keer per jaar een uitsluitingslijst opgemaakt en overgedragen aan CvKO. De tijdstippen van overdracht zijn weergegeven in figuur 16). Deze lijsten zijn opgemaakt o.b.v. de meest recente beschikbare gegevens in het cervix

CHP, in de IMA gegevens en de tumorgegevens van BCR. Een lijst wordt opgesteld na een update van louter nieuw ontvangen CHP gegevens (rode pijl figuur 16). Twee keer per jaar wordt een uitsluitingslijst aangemaakt op basis van een update van nieuw aangeleverde IMA gegevens en CHP gegevens (blauwe pijlen figuur 16) en één keer per jaar op basis van een update van zowel CHP en CIB (roze pijl figuur 16). De artsenbestanden worden 4 keer per jaar opgesteld, de sensibilisatielijst 1 keer per jaar.

Bij dunnelaag- of vloeistofcytologie wordt het afgenomen celmateriaal niet uitgestreken op een glaasje maar overgebracht in een recipiënt met een fixerende vloeistof dat naar het laboratorium wordt gezonden. In het laboratorium wordt een preparaat aangemaakt volgens de methode aanbevolen door de fabrikant. De dunnelaagcytologie zorgt voor snelle interpretatie, reductie in het percentage preparaten van slechte kwaliteit, en de mogelijkheid om bijkomende moleculaire onderzoeken te doen (bv HPV-bepaling).

De richtlijnen rond cervixkankerscreening van Domus Medica (gevalideerd door CEBAM in januari 2011) beveelt het dunnelaagpreparaat met een cervex brush aan. Deze richtlijnen stellen eveneens dat de afwezigheid van endocervicale cellen geen reden meer is om het uitstrijkje na een jaar of vervroegd te herhalen.

<https://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/cervixkanker-horizontaalmenu-376.html>

1.3.2. Procedure voor evaluatie en remediëring van de staalafnemers

1.3.2.1. Evaluatie van de kwaliteit van het afgenomen staal

Precursoren van baarmoederhalskanker doen zich vooral voor in de transformatiezone tussen het ectocervicaal meerlagig squameus epitheel en het endocervicale columnair epitheel. Daarom dient de staalafname zoveel mogelijk in deze zone te gebeuren. De aanwezigheid van metaplastische squameuze cellen alsook endocervicale cellen, zijn een indicatie dat een staal genomen is van deze transitiezone. Het geeft echter geen zekerheid dat een staal van de hele cervixomtrek genomen is.

Het is onvermijdelijk dat een aantal stalen van onvoldoende kwaliteit zijn. Mogelijke redenen zijn dat het staal te weinig cellen bevat, de cellen zijn onvoldoende gefixeerd, de cellen zijn onvoldoende zichtbaar door de aanwezigheid van de te veel bloed of ontsteking.

Aan de laboratoria wordt gevraagd om de kwaliteit van elk afgenomen baarmoederhalsuitstrijkje te beoordelen. Deze variabele is verplicht te coderen en kan volgende waarden hebben:

- INSU: Staal is van onvoldoende kwaliteit. Er kan geen betrouwbare diagnose gesteld worden of het staal kan niet geëvalueerd worden omdat het staal gebroken is of niet correct gelabeld.
- SUF (vanaf 1/1/2013): Staal is van voldoende kwaliteit. Er kan een betrouwbare diagnose gesteld worden. Er dient vanaf 1/1/2013 geen onderscheid meer gemaakt te worden tussen SUF+ en SUF-.
- SUF+ (niet meer verplicht vanaf 1/1/2013): Staal is van voldoende kwaliteit. Er kan een betrouwbare diagnose gesteld worden. Aanwezigheid van endocervicale cellen.
- SUF- (niet meer verplicht vanaf 1/1/2013): Staal is van voldoende kwaliteit. Er kan een betrouwbare diagnose gesteld worden. Afwezigheid van endocervicale cellen.

Voor stalen van voldoende kwaliteit afgenomen vóór 1/1/2013 werd gevraagd om ook aan te geven of er al dan niet endocervicale cellen aanwezig zijn in het staal. Deze specificering wordt niet meer gevraagd vanaf 1/1/2013. Bijgevolg kan er niet beoordeeld worden of er een staal genomen is van de transitiezone. Vanaf 1/1/2013 worden alleen nog de codes SUF en in INSU gebruikt.

Sinds de wetwijziging die van kracht werd op 1/3/2013, mag zowel de afname, als de analyse van een baarmoederhalsuitstrijkje waarvan de kwaliteit geen correct cytopathologisch onderzoek toelaat, niet opnieuw aangerekend worden, noch aan de verplichte zorgverzekering, noch aan de patiënte. Het feit dat een staal van onvoldoende kwaliteit is echter niet altijd verantwoordelijkheid van de staalafnemer.

1.3.2.2. Opstellen van profielen van staalafnemers

Aangezien er geen richtlijnen zijn voor de afname van stalen, worden er momenteel geen profielen opgesteld van de staalafnemers. Wel worden er jaarlijks door BCR voor het jaarrapport geaggregeerde tabellen opgesteld over het aantal en percentage stalen er afgenomen worden door huisartsen en gynaecologen.

1.4. Analyse en beoordeling

Richtlijnen voor kwaliteitscontrole van de staalanalyse

Momenteel ontbreken nationale richtlijnen voor kwaliteitscontrole van de analyses van de klassieke uitstrijkjes.

Bij elke opvraagronde (3x per jaar) door BCR worden de ontvangen gegevensbestanden geëvalueerd m.b.t. technische vereisten, de kwaliteit van het aangeleverde bestand en de gewenste variabelen. Op basis van deze evaluatie wordt een rapport met registratie-technische knelpunten verstuurd naar de deelnemende laboratoria voor pathologische anatomie. Bij het versturen van deze beknopte feedback-rapporten werden ontbrekende gegevens opgevraagd. De volgende items worden geëvalueerd:

- Tijdige aanlevering
- Volledigheid door aantal registraties te vergelijken met vorige aanlevering
- Structuur en volledigheid van protocols (o.a. anonimisatie, delimiter tussen de protocols, referentienummer identiek aan staalnummer in de gecodeerde bestanden)
- Volledigheid van de administratieve gegevens
- Aanwezigheid van de verplichte variabelen
- Volledigheid en correctheid van de codering van de verplichte variabelen (al dan niet ingevuld, al dan niet gecodeerd met correcte codes)

Deze criteria worden ook aangewend om de grootte van de vergoeding te bepalen die de laboratoria van het RIZIV ontvangen als vergoeding voor de aangeleverde gegevens. Dit heeft als doel een kwaliteitsvolle registratie te stimuleren.

1.4.2. Procedure voor evaluatie en remediëring van de laboratoria

Naast de evaluatie van de registratie-technische aspecten, worden de laboratoria ook geëvalueerd op kwaliteit van de evaluatie van de baarmoederhalsstalen op laboratorium niveau.

1.4.2.1. Verwerking van de ontvangen gegevens

Alvorens analyses te kunnen uitvoeren op de gegevens ontvangen vanuit de laboratoria, dienen deze verwerkt te worden. Het doel hiervan is een uniforme gestructureerde databank te verkrijgen. De beschrijving van de dataset en de variabelen die opgevraagd worden, staan in de paragraaf 'Cyto-histopathologieregister'. Om de gegevens van de laboratoria op een doeltreffende en efficiënte manier te laten verwerken door BCR, werd een semi-geautomatiseerd verwerkingssysteem ontwikkeld. Dit systeem voert een aantal automatische controles uit. Dit maakt dat alleen een manuele controle en eventuele correctie vereist is indien er gegevens ontbreken, of indien de gegevens foutief of onwaarschijnlijk zijn. Daarnaast gebeuren er een aantal automatische conversies om te uniformiseren.

Samengevat voert dit verwerkingssysteem onder meer volgende acties uit:

- Nagaan of noodzakelijke variabelen aanwezig zijn.
- Nagaan of alle variabelen het correcte formaat hebben.
- De topografie van de plaats van staalname wordt geconverteerd naar ICD-O-3 codes om een uniforme codering van het orgaan te bekomen.
- De letselcode van de premaligne letsels die niet aangeleverd werden in CERVIBASE codering, worden geconverteerd naar de CERVIBASE codering om een uniforme codering van het letsel te bekomen.
- Validatie van de aangeleverde en geconverteerde waarden.
- Bepaling of het om een cytologisch onderzoek (uitstrijkje) of een histologisch onderzoek (biopsiename, conisatie, resectie, hysterectomie, ...) gaat. Dit gebeurt op basis van de topografie-, morfologie- en nomenclatuurgegevens. Recentelijk kan dit ook bepaald worden via de nieuwe variabele 'diagnostic procedure' die werd toegevoegd aan de dataset.
- Verder worden er een aantal validaties uitgevoerd om na te gaan of er geen inconsistenties zijn tussen de verschillende variabelen, vb. een uitstrijkje met een bijhorende letstelcode die alleen geldig is voor een histologisch onderzoek, of vermelding van een nomenclatuurcode die wijst op een histologisch onderzoek maar waarvan de diagnose gecodeerd is met een letstelcode die alleen geldig is voor een uitstrijkje.

Jaarlijkse uitgebreide feedback over de ontvangen gegevens

Jaarlijks wordt er voor elke laboratorium een uitgebreid feedback rapport opgesteld met daarin volgende aandachtspunten.

- Registratie-specifieke aandachtspunten met daaronder volgende items met telkens een vergelijking t.o.v. andere laboratoria:
 - Volledigheid cytologische gegevens
 - Volledigheid histologische gegevens
 - % ontbrekende letselcodes
 - % officiële letselcodes
 - % CERVIBASE letselcodes
 - Procentuele verdeling van de cytologiediagnoses
 - Procentuele verdeling van de histologiediagnoses
 - Cytologische-virologische correlatie

- Informatica-technische aandachtspunten met daaronder volgende items met telkens een vergelijking t.o.v. andere laboratoria:
 - Tijdige aanlevering
 - Protocols
 - Volledigheid administratieve gegevens

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. Daarnaast is er ook een meer inhoudelijke evaluatie met betrekking tot de analyseresultaten met benchmarking. Hierdoor kan de kwaliteit van de analyse van de stalen verbeterd worden, wat de algemene kwaliteit van het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker ten goede komt. Indien er specifieke aandachtspunten zijn voor een welbepaald laboratorium, worden deze eveneens met dit rapport meegeedeeld.

1.5. Resultaatsmededeling

1.5.1. Procedure uniforme resultaatsmededeling

Momenteel wordt de resultaatsmededeling aan de vrouw overgelaten aan de arts die het uitstrijkje neemt. Er gebeurt geen centrale resultaatsmededeling.

1.6. Nazorg bij afwijkend screeningsresultaat

1.6.1. Procedure faalveiligheidssysteem opzetten en monitoren

Binnen het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker, worden alle vrouwen met een afwijkend staal, opgenomen in het diagnostische circuit en komen terecht in een fail-safe mechanisme (faalveiligheid) dat nagaat of een correcte opvolging is gebeurd. Een bijkomende doelstelling binnen het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker is immers faalveiligheid. Binnen het faalveiligheidssysteem worden actieve maatregelen ingebouwd die nagaan of vrouwen met een afwijkend screeningsresultaat de nodige medische opvolging krijgen, m.a.w. dat er tijdig diagnostische en therapeutische acties worden ondernomen (bv. tijdige herhaling cervixcytologie, colposcopisch onderzoek zo geïndiceerd, biopsiename, ...). Daarnaast moet ervoor gezorgd worden dat vrouwen met een uitstrijkje van onvoldoende kwaliteit eveneens worden opgevolgd en opnieuw gescreend. Zowel het cervix CHP als de IMA databank zullen de basis vormen voor het opvolgen van de screeningsresultaten en dus ook voor het opzetten van dit faalveiligheidssysteem. De faalveiligheidsprocedure werd opgestart in januari 2019.

1.6.1.1. Gefaseerde implementatie en evaluatie

Er wordt geopteerd voor een gefaseerde implementatie. De selectie van de patiënten en de afwijkende screeningsuitstrijkjes die in aanmerking komen voor fail-safe zal in verschillende stappen gebeuren. Ook de criteria voor het afsluiten van patiënten zal in verschillende stappen toegepast worden.

Tabel 19: Overzicht van de huidige criteria voor de selectie van vrouwen die in aanmerking komen voor fail-safe

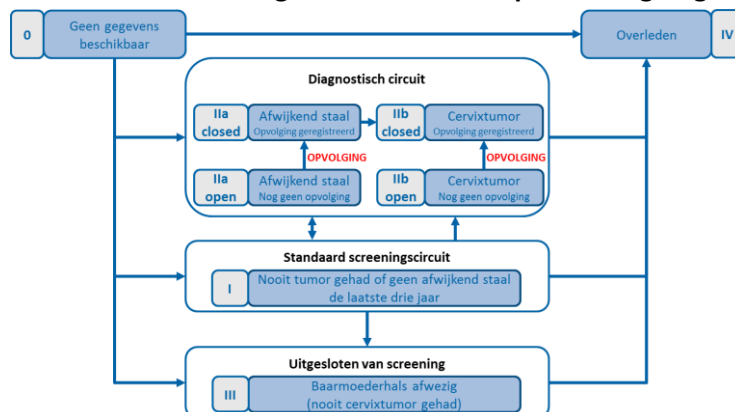
Tijdstip opstellen fail-safe lijst	4x/jaar: maart-juni-september-december
Beschikbare databanken	Afgesloten en dynamische databanken (CHP, CIB en IMA)
Inclusiecriteria vrouwen	25-64 jaar op moment van het afwijkende staal Vlaamse postcode in CHP
Exclusiecriteria vrouwen	Definitief uitgesloten vrouwen <ul style="list-style-type: none"> - Verwijdering cervix (IMA+protocols) - Invasieve baarmoeder(hals)kanker in voorgeschiedenis Overleden op tijdstip van opmaken fail-safe lijst Minder dan 36 m geleden een fail-safe-brief verstuurd op tijdstip van opstellen van de nieuwe fail-safe lijst
Inclusiecriteria stalen	Afwijkend staal in de dynamische databank CHP waarvoor de termijn tussen de datum van het afwijkende staal en het tijdstip van opstellen van de fail-safe lijst groter is dan de maximale termijn voor opvolging
a. Maximale termijn 12 m	<ul style="list-style-type: none"> - Voor cytologiestalen: INSU, AGLC, ASCH, HSIL, in situ diagnose (SQIS, ADIS, ADSQIS), invasieve diagnose (SQCA, ADCA, ADSQCA, OTHMAL) - Voor histologiestalen: CGIN, CIN2, in situ diagnose (SQIS, ADIS, ADSQIS), invasieve diagnose (SQCA, ADCA, ADSQCA, OTHMAL)
b. Maximale termijn 24 m	<ul style="list-style-type: none"> - Voor cytologiestalen: ASCU/HPV+, ATYP/HPV+, LSIL/HPV+
Exclusiecriteria stalen	<ul style="list-style-type: none"> - Afwijkend staal in de 36 m voorafgaand aan het afwijkende fail-safe staal - Opvolging van het afwijkende fail-safe staal in dynamische databanken (zie hieronder)
Opvolging	<ul style="list-style-type: none"> - Zie tabel 20 - Validatie protocols: indien advies = gewoon screeningsschema --> fail-safe staal wordt niet geselecteerd

Na invoering van elke fase zal er een evaluatie gebeuren. Afhankelijk daarvan zal overgegaan worden naar een volgende fase. Jaarlijks wordt in het kader van het jaarrapport een volledige evaluatie uitgevoerd (aantal verstuurde fail-safe brieven, aantal ten onrechte verstuurde fail-safe brieven, aantal vrouwen dat een opvolging krijgt binnen en de 3 maanden na de fail-safe brief).

1.6.1.2. Selectie van vrouwen die in aanmerking komen voor fail-safe: algoritme voor de berekening van status van de patiënt

Vrouwen met een afwijkend staal die reeds in opvolging zijn (= diagnostische circuit) komen niet in aanmerking voor fail-safe. Vrouwen die *nieuw* binnen komen in het diagnostische circuit komen wel in aanmerking voor fail-safe. Door toepassingen van een algoritme kan voor elke vrouw bepaald worden of ze reeds in opvolging is. Na toepassing van dit algoritme kan elke vrouw ondergebracht worden in één van de vijf groepen, afhankelijk of ze voldoet aan de criteria (zie figuur 17).

Figuur 17: Algoritme voor de berekening van de status van patiënten geregistreerd in cervix CHP



De prioriteiten voor de verschillende groepen onderling zijn: 4 > 2b > 3 > 2a > 1 > 0

De mogelijke overgangen tussen de verschillende groepen zijn weergegeven met pijlen (zie figuur 17).

De criteria voor elke groep zijn:

1. Standaard screeningscircuit: minstens 1 staal in de afgelopen 3 jaar en niet voldoen aan criteria voor 2, 3 of 4
 2. Diagnostisch circuit
 - a. Laatste staal van onvoldoende kwaliteit en datum minder dan 3 jaar geleden of in de afgelopen 3 jaar een afwijkend staal (= HPV+, afwijkende cytologie of afwijkende histologie)
 - b. Ooit een invasieve cervix- (in situ en invasief) of baarmoeder-tumor gehad (geeft aanleiding tot definitieve uitsluiting)
 3. Definitief uitgesloten van bevolkingsonderzoek: nomenclatuur die aanleiding geeft tot definitieve uitsluiting + provinciale gegevens
 4. Overleden (om te vermijden dat mensen die reeds overleden zijn, opgenomen worden in fail-safe).
- Niet voldoen aan de criteria van geen enkele bovenstaande groep 1 tot 4. Deze groep is noodzakelijk op technische redenen.
 - Vrouwen die *nieuw* binnen komen in het diagnostische circuit krijgen de status '2-open' en komen in aanmerking voor fail-safe. Dit wil zeggen dat deze vrouwen een afwijkend uitstrijkje hadden dat in het kader van screening afgenomen is. Voor deze vrouwen dient er dus opvolging te gebeuren. Zodra een nieuw staal binnenkomt, krijgen deze de status 'gesloten'.
 - Vrouwen in de groep 2b zijn definitief uitgesloten voor uitnodiging voor Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker, maar komen nog wel in aanmerking voor fail-safe. In fase 5 zullen deze patiënten opgenomen worden in fail-safe. Als deze vrouwen in een periode van drie jaar geen enkel afwijkend staal gehad hebben, komen ze terug in aanmerking van fail-safe.
 - Vrouwen in groep 3 en 4 komen niet meer in aanmerking voor fail-safe.
 - De selectie van op te volgen patiënten gebeurt o.b.v. de (Vlaamse) postcode en leeftijd (o.b.v. geboortjaar) geregistreerd in CHP op moment van het afwijkende screeningsonderzoek. Indien postcode of INSZ niet gekend is, wordt de betrokken vrouw niet geselecteerd.

Opmerkingen:

- Elk HPV-positief uitstrijkje wordt ook als afwijkend beschouwd, ongeacht de cytologische diagnose. Dit betekent niet dat de vrouw in kwestie automatisch in aanmerking komt voor fail-safe.
- Ook afwijkende histologiestalen komen in aanmerking voor fail-safe.

1.6.1.3. Criteria voor 'afsluiten' van openstaande patiënten met status 2-open

Zodra een nieuwe record binnenkomt voor een patiënte met status '2 open', krijgt deze de status '2 gesloten'. Dit kan zowel een IMA record (= medische prestatie), een CHP record (= een staal) of een CIB record zijn. Een overzicht van de bijkomende onderzoeken met vermelding van de bron en bijkomende criteria staat in tabel 20.

Tabel 20: Overzicht van de mogelijke bijkomende onderzoeken met vermelding van de bron en de bijkomende criteria voor het afsluiten van een openstaand dossier van de patiënt.

Bijkomend onderzoek	Data bank	Nomenclatuurcode Type staal Type registratie	Criteria voor vervolgonderzoek
Colposcopie	IMA	431955 - 431966	Fail-safe staal CYTO: ≥ 0 dagen na afwijkend staal Fail-safe staal HISTO: > 0 voor afwijkend staal
Biopsie/Coagulatie/ Poliepectomie	IMA	432110-432121, 149052-149063	Fail-safe staal CYTO: ≥ 0 dagen na afwijkend staal Fail-safe staal HISTO: > 0 voor afwijkend staal
Histologiestaal	CHP	Histologiestaal	Fail-safe staal CYTO: ≥ 0 dagen na afwijkend staal Fail-safe staal HISTO: > 0 voor afwijkend staal
Conisatie	IMA	432294 - 432605	Fail-safe staal CYTO: ≥ 0 dagen na afwijkend staal Fail-safe staal HISTO: > 0 voor afwijkend staal
Uitstrijkje	IMA	114030-114041, 149612-149623, 588350-588361, 588873-588884, 589853-589864	> 30 dagen na afwijkend staal (§)
		114170-114181, 149634-149645, 588895-588906	> 0 dagen na afwijkend staal
	CHP	Cytologiestaal	> 0 dagen na afwijkend staal
Amputatie (al dan niet volledig) / Totale hysterectomie / Verwijderen van resterende cervix	IMA	431491-431502, 431911-431922 431270-431281, 431314-431325 431336-431340, 431351-431362 432670-432681, 432736-432740 432154-432165	≥ 0 dagen na afwijkend staal
Andere medische opvolging	IMA	220290-220301, 244915-244926 244930-244941, 431292-431303 432390-432401, 432655-432666	> 0 dagen na afwijkend staal
Diagnose van een andere invasieve tumor <> BHK-tumor	CIB	Registratie in kankerdatabase: Invasieve endometrium-, ovarium of vaginakanker	≥ 0 dagen na afwijkend staal
		Registratie in kankerdatabase: indien afwijkend staal gelinkt is aan afwijkend staal = opvolging (na validatie van protocols)	≥ 0 dagen na afwijkend staal
Diagnose van in situ en invasieve BHK-tumor	CIB	Registratie in kankerdatabase: andere registratie dan het afwijkend staal = opvolging (mag zelfde incidentiedatum zijn, maar dan ander bron)	≥ 0 dagen na afwijkend staal

(§) > 30 dagen om zeker te zijn dat het een nieuw uitstrijkje is

Zodra er een actie ondernomen is om voor openstaande patiënten die in aanmerking komen voor fail-safe de nodige opvolging te realiseren, worden deze patiënten ook als afgesloten beschouwd.

1.6.1.4. Verdere selectie van de patiënten met status IIa en IIb selectie die in aanmerking komen voor fail-safe o.b.v. de diagnose

Er wordt een verdere selectie gemaakt o.b.v. cytologische diagnose en/of HPV- resultaat, m.a.w. niet alle afwijkingen komen in aanmerking voor fail-safe. Er wordt geopteerd voor een gefaseerde implementatie, nl. starten met de meest ernstige letsels. Na evaluatie kan er uitgebreid worden naar de andere minder ernstige letsels zoals HPV-negatieve stalen met een laaggradig letsel.

1.6.1.5. Aanvaardbare termijn voor opvolging

BCR berekent 4x/jaar voor alle vrouwen de status (zelfde frequentie als uitsluitingslijsten). Voor de vrouwen in status 2 wordt bepaald of ze 'open' of 'gesloten' zijn. Op dat moment wordt ook gecheckt of de toegelaten termijn voor 'openstaande' status verlopen is. Er wordt geopteerd om deze aanvaardbare termijn voor opvolging te laten afhangen van de cytologische diagnose en het HPV-resultaat (zie tabel 19). Ernstige letsels dienen sneller opgevolgd te worden (na 12 maanden), minder ernstige letsels pas na 24 maanden. Er moet ook rekening gehouden worden met de delay in databanken.

1.6.1.6. De procedure voor faalveiligheid omvat de volgende gegevensstromen

Voor het uitvoeren van de faalveiligheidsprocedure werd een machtigingsaanvraag ingediend en goedgekeurd voor het opzetten van volgende gegevensstromen:

- a) Overdracht van het RIZIV nummer van de GMD arts vanuit de Verzekeringsinstellingen via het IMA naar BCR voor de doelpopulatie voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker.
- b) Koppeling van de nomenclatuurgegevens vanuit het IMA (conform beraadslaging 12/106) met het CHP-cervix o.b.v. INSZ ter identificatie van patiënten die in aanmerking komt voor Fail-safe.
- c) Voor alle vrouwen die in aanmerking komen voor fail-safe, wordt een dataset opgesteld door BCR en overgemaakt aan CvKO (4 keer per jaar). Zie tabel 21.

Tabel 21: Overzicht van de dataset die door BCR overgemaakt wordt in het kader van fail-safe

Naam variabele	Beschrijving
Rrn	INSZ: identificatie van de vrouw.
Letsel	Diagnose vna het staal dat aanleiding geeft tot opstarten faalveiligheid
HPVresult	Resultaat van de HPV test uitgevoerd op het staal dat aanleiding geeft tot opstarten faalveiligheid
Test_datum	De datum waarop het afwijkende screeningsstaal werd afgenomen. De wordt bepaald door de datum van staalname zoals geregistreerd in het CHP-cervix
GMD_arts	RIZIV-nummer van de GMD arts op moment van afwijkend uitstrijkje
GMD_arts_recent	RIZIV-nummer van de meest recent gekende GMD-arts
Afnemer_arts_1	RIZIV-nummer afnemer van het staal: staalafnemer geregistreerd in CHP, alleen weerhouden indien huisarts of gynaecoloog. Indien geen huisarts of gynaecoloog in CHP beschikbaar, wordt de staalafnemer uit IMA hier ingevuld
Afnemer_arts_2	RIZIV-nummer afnemer van het staal: alleen ingevuld indien er al een (geldige) staalafnemer gekend is in CHP en de staalafnemer in IMA verschillend is van deze in CHP
Datum_doorgifte	Datum waarop BCR bestand doorgeeft

- d) In Heracles is in het persoonlijk dossier een speciale module aangemaakt voor een fail safe dossier. Dat bevindt zich onder het overzicht van de deelnames, en wordt uiteraard enkel aangemaakt indien nodig.
- e) Communicatie naar de artsen (GMD-arts, afnemer van het staal) overontbrekende opvolging na afwijkende screening bij hun eigen patiënten. Heracles stuurt deze artsen een elektronische brief. De artsen zijn niet verplicht te reageren maar mogen dat wel indien gewenst. De artsen die geen elektronische post wensen te ontvangen, krijgen een brief per post.
- f) Communicatie naar vrouwen met ontbrekende opvolging na afwijkende screening: dit gebeurt enkel indien geen enkele arts kon gecontacteerd worden.

1.6.1.7. Historiek fail-safe lijsten

- **Lijst 1, 1^{ste} lijst 2018: start fail-safe**
 - Richtdatum 1/3/2018
 - Frequentie: 2x/jaar
 - Selectie van letsels:
 - o Cytologie: ASCH, HSIL, in situ tumoren (SQIS, ADIS, ADSQIS)
 - o Histologie: CIN2, in situ tumoren (SQIS, ADIS, ADSQIS)
 - Maximale termijn opvolging: 12 m
 - Gebruik van databanken voor opvolging: alleen IMA en CHP, geen CIB
 - Gebruikte artsenbestanden voor GMD-arts en GMD-arts_recent: Toegewezen artsenbestand opgevraagd bij IMA in het kader van het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker (geen GMD-artsen beschikbaar voor cervix op dat moment)
- **Vanaf lijst 2, 2^{de} lijst 2018**
 - Selectie van letsels: Toevoeging van invasieve stalen (alleen cytologie)
- **Vanaf lijst 3, 1^{ste} lijst 2019**
 - Frequentie: Verhoging van frequentie van 2x/jaar naar 4x/jaar
- **Vanaf lijst 4, 2^{de} lijst 2019**
 - Gebruikte artsenbestanden voor GMD-arts en GMD-arts_recent: Geen gebruik meer van toegewezen artsen bestand opgevraagd bij IMA in het kader van het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker
- **Vanaf lijst 6, 4^{de} lijst 2019**
 - Selectie van letsels: Toevoeging van AGLC/HPV+ (cytologie)
 - Eerste maal gebruik van GMD-artsenbestanden opgevraagd bij IMA in het kader van het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker
- **Vanaf lijst 7, 1^{ste} lijst 2020**
 - Vanaf incidentiejaar 2020 worden ook de kankergegevens 3x/jaar opgevraagd bij de laboratoria voor pathologie (zelfde frequentie als cervixstalen)
- **Vanaf lijst 13, 3^{de} lijst 2021 (overleg 24/8/2021 met Prof. Weyers en Eliane Kellen)**
 - Selectie van letsels: Toevoeging van invasieve histologiestalen
 - Gebruik van databanken voor opvolging: toevoeging van CIB als opvolging

- Invasieve baarmoeder(hals)kanker in voorgeschiedenis is een exclusiecriteria voor de selectie van de vrouwen
- Wijziging criteria voor opvolging van een histologiestaal: delay naar > 0 dagen voor de opvolging door colposcopie, biopsienamen en histologiestaal indien het afwijkende fail-safe staal een histologiestaal is, i.p.v. ≥ 0.

- **Vanaf lijst 18, 4^{de} lijst 2022 (VL WG BHK 26/9/2022)**

- Selectie van letsels: Uitbreiding

Maximale termijn 12 m	- Voor cytologiestalen: INSU, AGLC , ASCH, HSIL, in situ diagnose (SQIS, ADIS, ADSQIS), invasieve diagnose (SQCA, ADCA, ADSQCA, OTHMAL) - Voor histologiestalen: CGIN , CIN2, in situ diagnose (SQIS, ADIS, ADSQIS), invasieve diagnose (SQCA, ADCA, ADSQCA, OTHMAL)
Maximale termijn 24 m	- Voor cytologiestalen: ASCU/HPV+, ATYP/HPV+, LSIL/HPV+

1.6.1.8. Richtlijnen na afwijkend screeningsresultaat (zie Domus medica, Belgische Vereniging voor Pathologie-BSP)

Domus Medica heeft richtlijnen opgesteld i.v.m. de opvolging van afwijkende screenings resultaten. Deze is gevalideerd door CEBAM in januari 2011. Een update van deze richtlijnen is gepland.

[Cervixkankerscreening | Domus Medica](#)

De richtlijnen voor opvolging van afwijkende screeningsresultaten werden geüpdatet door de Belgische Vereniging voor Klinische Cytologie (Werkgroep Cytologie van de BSP) en gepubliceerd in maart 2022.

[Update to the Belgian follow-up guidelines for abnormal cervical screening results - BJMO](#)

1.7. Passende zorg bij verhoogd risico

1.7.1. Richtlijnen voor een risicostatificatiesysteem- en opvolgingssysteem

Baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door persistente infectie van het cervixepitheel met één van de hoogrisicotypes van het humaan papillomavirus (HPV), die in 99,7% van alle gevallen van baarmoederhalskanker in de wereld terug gevonden zijn. (REF 1, REF 2, REF 3, REF 4).

Naast HPV-infectie kunnen volgende risicofactoren in verband gebracht worden met baarmoederhalskanker:

- seksueel overdraagbare aandoeningen: chlamydia trachomatis (REF 20, REF 21, REF 22, REF 23) HIV (REF 24)
- roken (REF 25, REF 26, REF 27)
- langdurig gebruik van hormonale orale anticonceptie (REF 28), injecteerbare anticonceptie (REF 29);
- mannelijke factoren: seksueel risicogedrag van de mannelijke partner, intra-epitheliale penisletsels, peniskanker;
- immunologische deficiëntie: niertransplantatie (REF 30), HIV met lage CD4-telling (REF 31, REF 32)

Uit twee grote prospectieve cohortstudies in Zweden (REF 33) en India (REF 34) blijkt dat voornamelijk laaggeschoolde personen een hogere incidentie van baarmoederhalskanker vertonen.

Een lager inkomen blijkt minder stelselmatig geassocieerd met een hogere incidentie van baarmoederhalskanker. Naast socio-economische status spelen andere factoren een rol in het ontstaan van baarmoederhalskanker. Uit dezelfde Indische studie bleek ook dat het aantal zwangerschappen een grote invloed heeft op het ontwikkelen van baarmoederhalskanker. Zo hebben vrouwen met kinderen een 4 tot 7 maal hoger risico op het ontwikkelen van baarmoederhalskanker, zelfs na correctie voor HPV-infectie, leeftijd en andere socio-economische factoren. Op basis van een studie in Honduras is er een relatie met het aantal seksuele partners: hoe hoger het aantal, hoe hoger het risico op baarmoederhalskanker. REF (35)

Momenteel zijn er geen algemene richtlijnen voor risicostratificatie, noch voor de opvolging van patiënten met een verhoogd risico.

2. Bevolkingsonderzoek Borstkanker

2.1. Doelgroepselectie en uitnodiging

2.1.1. 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 2 keer per jaar de HDB door aan BCR, die deze koppelt aan verschillende databanken, nl. de kankerregistratiedatabank, het Cyto-histopathologieregister 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 orgaan codes 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 22: 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 23.

Tabel 23: Letselcategorieën van het CHP-borst

Beschrijving	Categorie
Invasieve tumor	INVA
Ductaal carcinoma in situ	DCIS
Andere, niet gespecificeerde 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 4 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 biopsienamen (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 24: IMA-nomenclatuur voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker

Prestatie	Nomenclatuurcode	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)
Screeningsmammografie	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
	227894-227905	Verwijderen van de volledige borstklier (mastectomie) zonder bewezen kwaadaardig letsel
Tumorectomie	227032-227043	Verwijderen van een gezwel of cyste uit de borstklier (omschrijving vanaf 05/06/1985, eerdere omschrijving gedeeltelijke mammectomie of verwijdering van een borsttumor (maligniteit niet noodzakelijk bewezen)
	227054-227065	Gedeeltelijke mammectomie 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-anatomische 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 2 keer per jaar overgemaakt aan BCR, in juni en december.

De beschikbaarheid van de IMA gegevens per boekhoudkundig kwartaal zijn gedetailleerd weergegeven in tabel 25.

Tabel 25: 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 20yy	NVT
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 28 geeft de uitsluitingscriteria voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker weer.

Tabel 26: Uitsluitingscriteria voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker

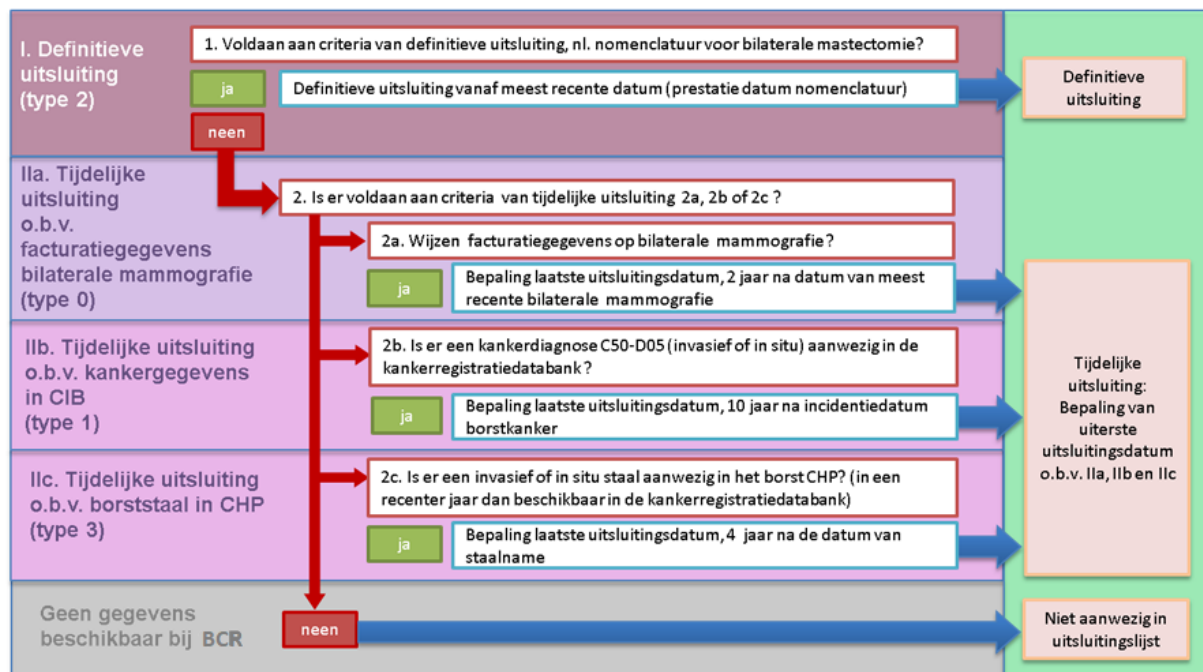
Uitsluitingscriterium	Op basis van	Type uitsluiting	Duur uitsluiting
Bilaterale mammografie	IMA-databank	Tijdelijk	2 jaar
Bilaterale mastectomie	IMA-databank	Definitief	Definitief
Borstkanker	Kankerregistratiedatabank en CHP-borst	Tijdelijk	10 jaar (op basis van Kankerregistratiedatabank) 4 jaar (op basis van CHP borst)

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 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 18.

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 18: Uitsluitingsalgoritme voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker:



Jaarplanning uitsluitingslijsten en artsenbestanden

Een overzicht van de jaarplanning van de binnenkomende gegevens en de opmaak van de uitsluitingslijsten staat weergegeven in figuur 19.

Figuur 19: Overzicht van jaarplanning van de binnenkomende gegevens en de opmaak van de uitsluitingslijsten

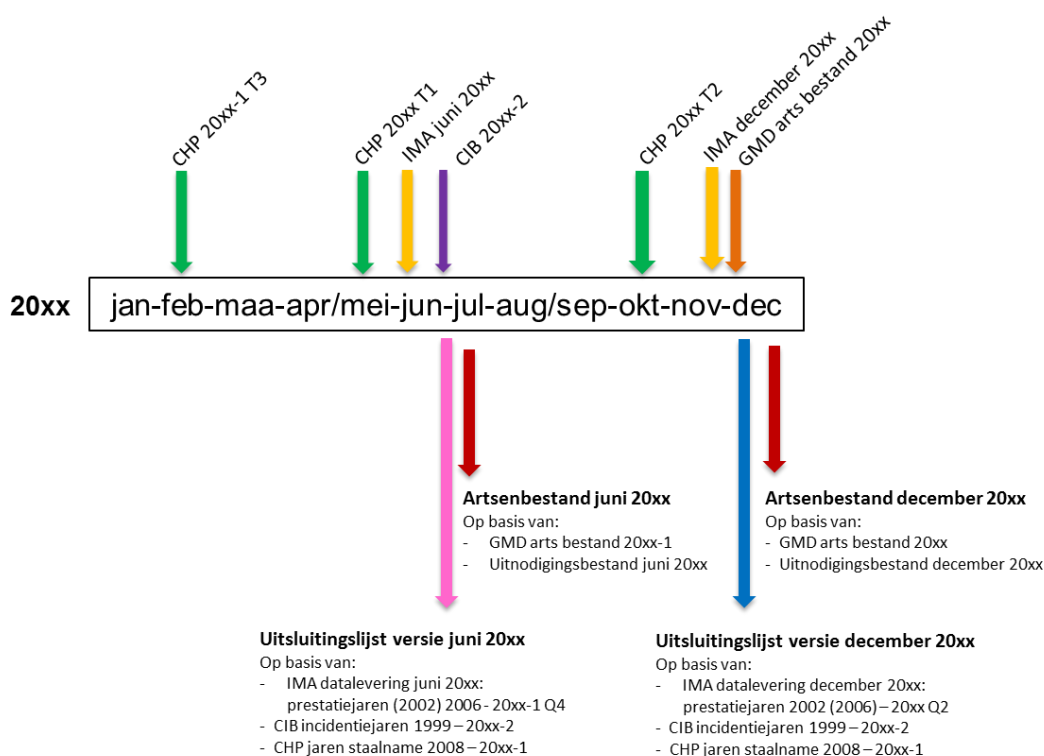
DATA IN: binnenkomende gegevens

- 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 (2x per jaar).
- Oranje: GMD-arts/toegewezen artsbestand vanuit het IMA (1x per jaar)

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

- 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
 - D = diagnostische mammografie

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

Jaarlijks wordt een sensibilisatielijst doorgegeven vanuit BCR aan CvKO. Deze lijst bevat de INSZen van het uitnodigingsbestand en de variabele ‘Ooit-deelnemer’ (met waarde ‘0’ of ‘1’). Hiervoor koppelt BCR het uitnodigingsbestand voor screening met de IMA-borst-, de kanker- en cytohistopathologiegegevens.

Ooit-deelnemer=0 zijn vrouwen die in aanmerking komen voor sensibilisatie. Vrouwen die

- Een screeningsmammografie liet doen tussen 2002-20xx (o.b.v. IMA data)
- Een bi- of unilaterale mammografie/echografie/MR/borstbiopt liet doen tussen 2002-20xx
- Een mastectomie liet doen tussen 2002-20xx
- Een tumorectomie liet doen tussen 2006-20xx
- Borstkanker had tussen 2001-20xx (geregistreerd in CIB, deels 20xx+1 op basis van CHP)

komen niet in aanmerking voor sensibilisatie (Ooit-deelnemer = 1).

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 labels in onderstaande volgorde: **insz;Ooit-deelnemer**

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
Ooit-deelnemer = 1 Indien minstens 1 van volgende gegevens kan teruggevonden worden in de databanken	<ul style="list-style-type: none"> • Screeningsmammografie • Bilaterale mammografie • Een unilaterale mammografie • Bilaterale mastectomie • Een unilaterale mastectomie • Echografie borst • MRI borst • Borstchirurgie • Staalname 	Kanker	Staalname
Ooit-deelnemer = 0 Indien geen enkele databank de opgelijste gegevens kan teruggevonden worden.	Geen: <ul style="list-style-type: none"> • Screeningsmammografie • Bilaterale mammografie • Een unilaterale mammografie • Bilaterale mastectomie • Een unilaterale mastectomie • Echografie borst • MRI borst • Borstchirurgie • Staalname 	Geen kanker	Geen staalname

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.

2.1.2 Uitnodigingsinterval 22-26 maanden

2.1.2.1 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.

2.1.2.2 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.

2.1.3 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).

2.1.4 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).

2.1.5 Vrouwen met borstprothesen

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

2.1.6 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.

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).

2.1.7 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.

2.1.7.1 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.

2.1.7.2 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.

2.1.8 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.

2.1.9 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.

2.1.10 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 verwijspprocedure 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.

2.1.11. 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

2.1.12 Procedure toewijzen van een afspraak aan een ME

2.1.12.1 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\(april%2005\).pdf](https://www.acw.be/images/GMG/2005/Gezondheidszorg/Borstkankerscreening%20in%20Vlaanderen%20-%20Guido%20Van%20Hal%20-%20Michiel%20Callens%20(april%2005).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 intervalkankers 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 scores 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	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

2.1.12.2 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 deelnemster) en type 3 uitnodiging (onregelmatige deelnemster) 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](https://statbel.fgov.be/nl/over-statbel/methodologie/classificaties/geografie). De lijst kan ook gevonden worden op <https://statbel.fgov.be/nl/over-statbel/methodologie/classificaties/geografie>



Figuur 20: Voorbeeld van beschikbaarheid lijst deelgemeenten in Incijfers

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).

2.1.12.3 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. gevangenis, 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

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"

waar een **nieuwe** mammobiel (deel)gemeente³ opfortuun 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.

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 geïncludeerd 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

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.

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 geïncludeerd 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 1 - 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 2 - 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 3 - Overlegfase (stap 3)

	Situatie			
	1	2	3	4
Verantwoordelijk voor organisatie en verslaggeving ⁵ :				
Gemeentebestuur	X	X		
Bestuur van het centrum				X
CvKO			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.

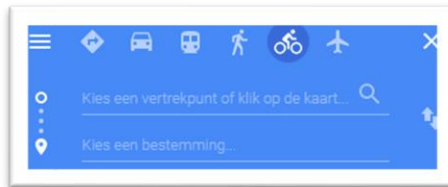
Uit te nodigen aan overleg:				
CvKO vertegenwoordigers ⁶	X	X	X	X
Mammobiel vertegenwoordiger ⁵	X	X	X	X
Gemeentebestuur	X	X	X	
Bestuur van de organisatie				X
Onderzoeksverantwoordelijke CvKO ⁵			X	
ME die over de periode jaar x-1 t.e.m. x-2 >=20 vrouwen van die gemeente screende	X	X	X	
Andere ME in 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.

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

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).

2.1.12.4 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.

2.1.12.5 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".

2.1.13 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.

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

2.1.14.1 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.

2.1.14.2 Annulatie 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.

2.1.14.3 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.

2.2 Toepassen screeningsinstrument

2.2.1 Procedure erkennen van de controleorganisaties

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

2.2.2 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 (preventievegezondheidszorg@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

2.2.3 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**

2.2.3.1 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.

2.2.3.2 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 \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

2.2.4 Procedure toelating en intrekking aanvaarding van radiologen als eerste lezer

2.2.4.1 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 \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

2.2.4.2 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: administratieme@bevolkingsonderzoek.be; preventievegezondheidszorg@zorg-engezondheid.be. Het agentschap beslist hierover en bezorgt de aanpassing van de lijst van eerste lezers aan het RIZIV en mutualiteiten.

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

2.2.4.1 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 \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

2.2.4.2 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: administratieme@bevolkingsonderzoek.be; preventievegezondheidszorg@zorg-engezondheid.be. Het agentschap beslist hierover en bezorgt de aanpassing van de lijst van tweede lezers aan het RIZIV en mutualiteiten.

2.2.6 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.

2.2.7 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 afgebeeld en staat ongeveer in het midden van het beeld.
- De inframammaire plooi 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 (zie voorbeeld resultaatsbrieven bijlage 3). 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 29).

Tabel 27: Opties tweede lezer in geval van borstprothesen

Klierweefsel klassieke opnames	Klierweefsel Eklund opnames	Besluit mogelijk?	Brief	Actie 2 ^e 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	<ul style="list-style-type: none"> • aanvinken 'niet goed' met als reden 'geen Eklund'

			of	<ul style="list-style-type: none"> • beslissen tussen technische recall en 'niet goed maar kan niet beter'
			Prothesebrief: verwijzing naar opgegeven arts om na te gaan of verder onderzoek (bv klinisch onderzoek of echografie) aangewezen is	
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.>)

2.2.7.1 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 28).

Tabel 28: 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	<ul style="list-style-type: none"> • 'goed' • 'niet goed maar kan niet beter' 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	<ul style="list-style-type: none"> • 'niet goed' + reden (bv inframammaire plooi) • 'niet goed maar kan niet beter' 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. 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	<ul style="list-style-type: none"> • 'niet goed' + reden (bv inframammaire plooi) • 'niet goed maar kan niet beter' blijft aangevinkt
De kwaliteit van de opnamen is volgens de 2 ^e 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	<ul style="list-style-type: none"> • '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.

2.2.8 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.

2.2.9 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).

2.3 Analyse en beoordeling

2.3.1 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 \(bevolkingsonderzoek.be\)](https://www.bevolkingsonderzoek.be), handleiding online platform Heracles ([HandleidingH2 ME v2 20161014.pdf \(bevolkingsonderzoek.be\)](https://www.bevolkingsonderzoek.be)), 3.2 richtlijnen voor het invullen registratieformulier.

2.3.1.1 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.

2.3.1.2 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.

2.3.2 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).

2.3.2.1 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)

2.3.2.1.1 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)

2.3.2.1.2 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.

2.3.2.1.3 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.

2.3.2.1.4 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.

2.3.2.2 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)

2.3.2.2.1 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)

2.3.2.2.2 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.

2.3.2.2.3 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.

2.3.2.2.4 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.

2.3.2.3 Individueel kankerrapport

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

2.3.2.3.1 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

2.3.2.3.2 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.

2.3.2.3.3 Inclusie van dossiers in rapporten

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

2.3.2.3.4 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.

2.3.3 Procedure voor remediëring van de ME en de tweede lezers

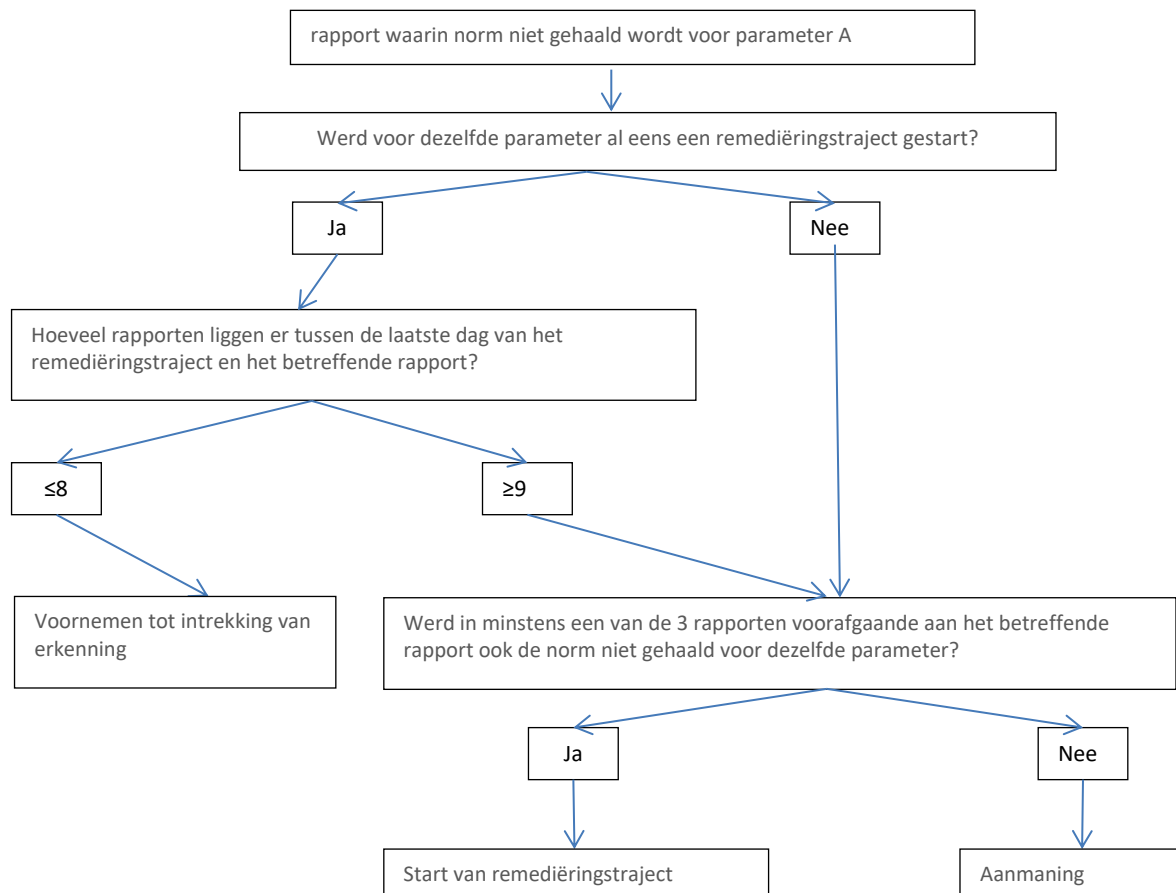
2.3.3.1 Remediëring van de ME

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 21.

Figuur 21: Beslisboom om over te gaan tot aanmaning, remediëring, voornemen tot intrekking



In figuur 22 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 22: Voorbeelden van uitvoering van beslisboom om over te gaan tot aanmaning, remediëring, voornemen tot intrekking.

N r	2011	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+A	X+R							
8														
9														
10					X+I									
11						X+I								
12							X+I							
13								X+I						
14									X+I					

1 5										X+I				
1 6											X+I			
1 7												X+I		
1 8													X+I	
1 9														X+A

- **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.

2.3.3.2 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.

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).

2.4.1 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.

2.5 Nazorg bij afwijkend screeningsresultaat

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 op puntstelling.

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.

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 verwijsbrief met de nodige informatie meegegeven worden met de vrouw.

Er moet rekening gehouden worden met het advies, beschreven in de resultaatsbrief.

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.

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 29):

Tabel 29: 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
Selectie in geval van meerdere records	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. Indien CIB registratie binnen de 24 maanden wordt doorgegeven	Rijksregister nummer	Mammografie datum	1=afwijkend	1	datum van CHP staal	4	1 / 2 / 99	Letsel categorie CHP	NVT	NVT
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

- 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 30):

Tabel 30: 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 basis van IMA*, CHP of CIB	1=Beeldvorming 2=Staalname 3=Chirurgie 4=CHP 5=CIB	BCR
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	BCR

		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 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

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 31):

Tabel 31: 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

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 ongekeerde 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 screengedetectede/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 ongekeerde lateraliteit in selectie 1 wordt geen verdere selectie gemaakt. Borstkankers met ongekeerde lateraliteit worden niet meegenomen in de selectie 2.

*bv. 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 speciëren 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 32):

Tabel 32: BCR kankergegevensbestand

Naam	Uitleg	Waardes	Oorsprong
RRN	Rijksregisternummer	(cijfers)	CvKO
MX_dat	Mammografiedatum	(xx/xx/xxxx)	CvKO
Resultaat	Uitkomst 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 C50.5=C50.5BuOn C50.6=C50.6Axil C50.8=C50.8Overlap C50.9=C50.9BorstNOS	CHP
behaviour_chp	Informatie of het in situ dan wel invasief is (Gedrag genaamd), uit CHP	INVA = invasieve tumor C50 DCIS = ductaal carcinoma in situ	CHP

		DLCIS = combinatie van ductaal en lobulair carcinoma in situ OTHIS = andere, niet gespecificeerde in situ tumor/carcinoma	
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)	CIB

		1a 1a(sn) 1b 1mi 1mi(sn) 2 2a 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 1cm 1m 1mic 1micm 2 2m 3 3m 4 4a 4b 4bm	CIB

		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) 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	CIB

		2a 2b 3 3a 3b 3c NS x x(sn)	
pT	Pathologie tumor-score	0 1 1a 1am 1b 1bm 1c 1cm 1m 1mic 1micm 2 2a 2b 2c 2m 3 3m 4 4a 4b 4bm 4d NS	CIB

		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 IV=IV NA=NA X=X Is=is	CIB
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	CIB

		7=Tumormerker	
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 intervalkankers binnen de 24 maanden na deelname.

Screngedetectede 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.

Intervalkanker: 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 intervalkanker kan dus zowel na een negatieve screeningsmammografie plaatsvinden of na een afwijkende screeningsmammografie met negatief vervolgonderzoek.

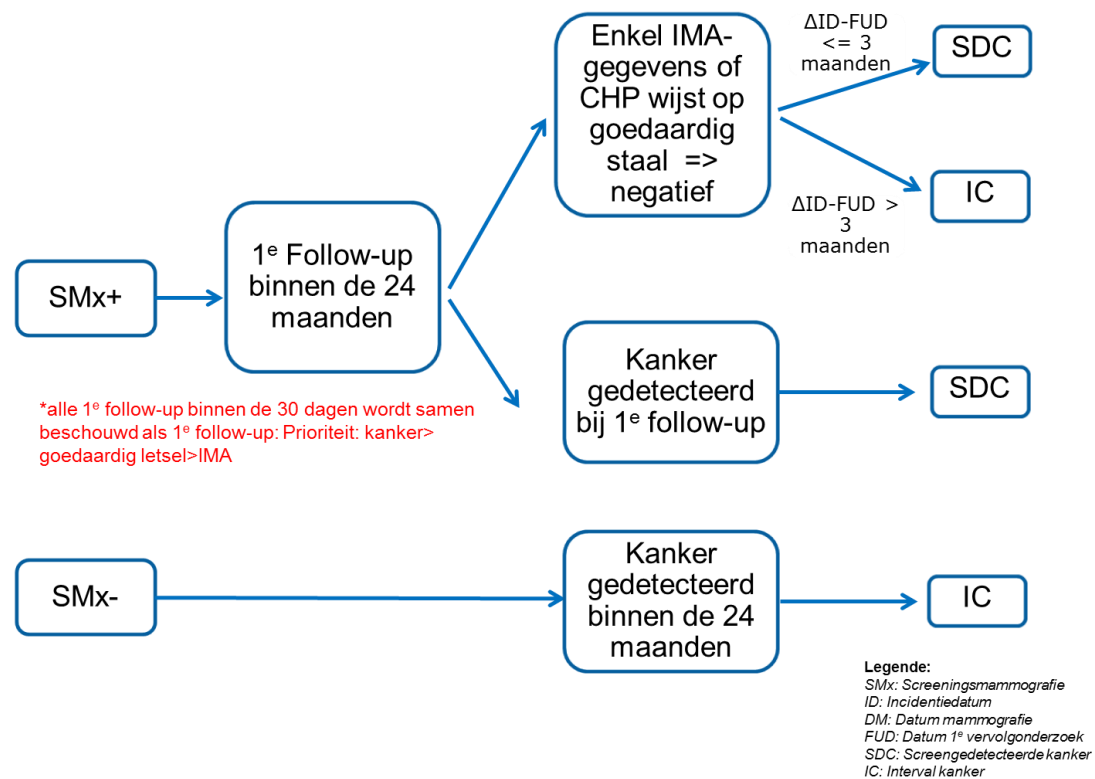
Om screngedetectede kankers en intervalkankers te identificeren koppelt het BCR jaarlijks de screeningsgegevens met de kankerregistratiegegevens, de gegevens uit het Cyto-histopathologieregister en de gegevens uit IMA-borst.

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) 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).

1. Via deze koppelingen kunnen screengedetectede kankers en intervalkankers bepaald worden via onderstaand algoritme, eveneens weergegeven in figuur 24: 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 screengedetectede 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 screngedetectede 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 intervalkanker beschouwd

Figuur 23: Algoritme voor het vastleggen van screngedetectede kankers en intervalkankers 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.

3. Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker

3.1. Doelgroepselectie en uitnodiging

3.1.1. Procedure bepalen exclusie- en uitnodigingsbestand (CvKO en BCR)

Mannen en vrouwen van 50 tot en met 74 jaar die in Vlaanderen wonen, ontvangen per post een uitnodigingspakket met uitnodigingsbrief, afnameset, gebruiksaanwijzing (met op achterkant productinformatie) en een folder. Er wordt een kostenefficiënt call-recall uitnodigingsmodel opgezet zodat enkel die personen uitgenodigd worden die effectief in aanmerking komen voor een onderzoek. Om dit te realiseren wordt het doelgroepbestand uitgezuiverd via de uitsluitingslijsten. Deze lijsten bevatten aldus alle personen die tot de doelgroep behoren maar waarvoor het niet aangewezen is om nu deel te nemen aan het Bevolkingsonderzoek. Ze worden 4 keer per jaar opgesteld door de het Belgisch Kankerregister (BCR) op basis van uitsluitingscriteria en overgemaakt aan het CvKO. Het CvKO organiseert het versturen van de uitnodigingen.

Doelgroepbestand

- Het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) selecteert een doelgroepbestand op basis van geslacht, leeftijd en woonplaats. De doelgroep betreft alle mannen en vrouwen van 50 tot en met 74 jaar die in Vlaanderen wonen. Dit doelgroepbestand wordt maandelijks aangeleverd door Kind en Gezin.
- Personen kunnen ook toegevoegd worden wanneer het bestand van deelnames aan het BVO DDK wordt geïmporteerd. Als BCR het CvKO een rijksregisternummer bezorgt dat niet gekend is in de databank van het CvKO, wordt deze persoon toegevoegd, indien deze man of vrouw in de leeftijdsgroep 50 t.e.m. 74 jaar valt, en in Vlaanderen woont.
- Dit doelgroepbestand wordt door het CvKO aan het BCR doorgegeven om als basis voor het opstellen van de uitsluitingslijsten (exclusiebestand) te gebruiken.

Exclusiebestand

Om uitsluitingslijsten op te stellen wordt gebruik gemaakt van verschillende databanken aanwezig op Belgian Cancer Registry, nl. de kankerregistratiedatabank, het Cyto-histopathologieregister (verder CHP) en de IMA-databank voor Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker.

Cyto-histopathologie register (CHP)

Alle stalen van de dikke darm die afgenomen worden in België, worden geregistreerd in het CHP van Belgian Cancer Registry. Dit CHP bevat alle testresultaten van colorectale stalen, ongeacht de diagnose. Personen met een registratie van dikkedarmkanker in het CHP worden opgenomen in de uitsluitingslijsten en 3 jaar uitgesloten, tot bevestiging van deze kanker via de kankerregistratiedatabank.

Inclusiecriteria

Voor de extractie van de dataset (uit de databank van de laboratoria voor pathologische anatomie) met betrekking tot colorectaal wordt een selectie gemaakt van: alle testresultaten van stalen afgenomen ter hoogte van het colon en het rectum, inclusief normale stalen, goedaardige letsels, adenomen en pre(maligne) stalen.

Variabelen opgevraagd bij de laboratoria voor pathologische anatomie

De laboratoria voor pathologische anatomie bezorgen aan BCR een bestand met de gegevens van alle analyses in het kader van de vroegtijdige diagnose van dikkedarmkanker, alsook de bijhorende protocols.

Specifieke beschrijving van de dataset die wordt opgevraagd bij de laboratoria voor pathologische anatomie

De huidige versie van de dataset bevat 17 variabelen en is terug te vinden in tabel 33.

Tabel 33: Dataset voor het CHP-colon

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
Letselcode

Zekerheidsgraad (O)
RIZIV-nummer van de aanvrager
Nomenclatuurcodes (O)

Voor er analyses kunnen uitgevoerd worden op de gegevens van de laboratoria, moeten die gegevens eerst verwerkt worden. Dit gebeurt met een automatisch verwerkingssysteem. Tijdens deze verwerking, worden de testresultaten onderverdeeld in verschillende letselcategorieën op basis waarvan o.a. de outcome van een vervolgonderzoek geanalyseerd kan worden. Alle mogelijke letselcategorieën zijn weergegeven in onderstaande Tabel 34.

Tabel 34: Letselcategorieën van het CHP-colon

Categorie	Betekenis
INVA	Invasieve tumor
ADIS	Adenocarcinoma in situ (adenoma met hooggradige dysplasie = ernstige dysplasie)
SQIS	Squameus carcinoma in situ
OTHIS	Andere en niet gespecificeerde in situ tumoren/carcinoma
AD	Typisch colorectaal adenoma (geen villose component): tubulair adenoma, adenomateuze poliep en serrated adenoma
VLAD	Typisch colorectaal adenoma (met villose component): villeus, tubulovilleus en adenovilleus adenoma
DYSPL	Laaggradige dysplasie (= milde/matige dysplasie)
POLCOL	Polyposis coli
BETUM	Goedaardige tumor, geen adenoma (beperkt tot M-8/9xxx0/1, uitgezonderd AD en VLAD)
NSPOL	Niet gespecificeerde poliep, adenoma niet uit te sluiten
OTHLES	Ander letsel dan hierboven beschreven
NORM	Normaal staal
NODIAGN	Geen diagnose over de histologie van het staal (dwz echt geen diagnose of enkel macroscopische bevindingen)
MOLTEST	Resultaat van een moleculaire test of immunohistochemische analyse

De CHP-databank wordt telkens in de loop van de maand juni afgesloten, zodat de dikkedarmgegevens van het jaar 20xx beschikbaar zijn vanaf juli 20xx+1. Sinds de COVID pandemie zijn er 2 extra aanleveringen van testresultaten van stalen afgenomen in respectievelijke eerste en tweede tertiaal van het jaar.

Frequentie van de opvraging van de colorectale gegevens

De gegevens worden eenmaal per jaar aangeleverd vanuit de laboratoria voor pathologische anatomie. In de toekomst wordt een continue aanlevering via het Healthdata.be platform verwacht.

Evaluatie van de aangeleverde colorectale gegevens door de laboratoria voor pathologische anatomie

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 personen met een dikkedarmkanker, het evalueren van follow-up na afwijkende screening en het doorgeven van screengedetecteerde en intervalkankers wordt jaarlijks voor elke laboratorium een feedbackrapport opgesteld. Twee uitgebreide feedbackrapporten en 4 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 (C)HP op basis van IMA gegevens voor poliepectomie en chirurgische ingreep, geassocieerd met IMA gegevens voor histologische analyse
- Evaluatie van de gebruikte letselcodes (% ontbrekende letselcodes, % officiële letselcodes)
- Frequentie gebruik specifieke orgaancodes
- 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.

Kankerregistratiedatabank

De Belgian Cancer Registry beschikt over een databank met alle nieuwe kankerdiagnoses en tumorkarakteristieken vanaf incidentiejaar 1999 voor Vlaanderen. De kankerregistratiedatabank wordt jaarlijks afgesloten. Nieuwe incidentie gegevens voor het incidentiejaar 20xx zijn beschikbaar in de maand oktober van het jaar 20xx+2. De kankerregistratiedatabank wordt gebruikt voor het berekenen van kwaliteitsindicatoren (bv. kankerdetectiegraad, intervalkankergraad, sensitiviteit, positief predictieve waarde) in het kader van de kwaliteitsevaluatie van het bevolkingsonderzoek. Daarnaast wordt deze databank gebruikt voor de uitsluitingslijsten. Personen die dikkedarmkanker hebben (gehad), worden voor 10 jaar uitgesloten van het bevolkingsonderzoek.

IMA databank voor Bevolkingsonderzoek Dikkerdarmkanker

De colorectale IMA databank bevat de facturatiegegevens van alle terugbetaalde medische prestaties die relevant zijn voor dikkedarmkankeropsporing. Deze nomenclatuur-databank bevat onder meer facturatiegegevens van stoelgangstesten (buiten het bevolkingsonderzoek), coloscopieën, andere darmonderzoeken en medische prestaties die relevant zijn voor de behandeling en opvolging van dikkedarmpathologie (o.a. wegname van de dikkedarm, poliepectomie,...). Deze databank bevat geen medische diagnose. De nomenclatuurgegevens zijn beschikbaar vanaf prestatiedatum 01/01/2013. Gegevens met betrekking tot het wegnemen van de dikke darm of volledige coloscopie zijn beschikbaar vanaf prestatiedatum 01/01/2002 (enkel de nomenclatuurcodes 473174, 473185; overige codes voor volledige coloscopie zijn beschikbaar vanaf 01/01/ 2006) en met betrekking tot een stoelgangstest vanaf 2010. Personen voor wie een totale verwijdering van de dikkedarm plaatsvond, worden definitief uitgesloten. Personen met een volledige coloscopie worden voor 10 jaar uitgesloten en deze met een virtuele coloscopie voor 4 jaar. Personen met een kanker in het CHP worden 3 jaar uitgesloten en personen met een stoelgangstest buiten het Bevolkingsonderzoek worden 2 jaar uitgesloten. Let op: enkel stoelgangstesten met een nomenclatuurnummer (dus via de huisarts of specialist, en geen zelftesten uit apotheek) worden geregistreerd en dus opgenomen als tijdelijke exclusiereden.

De nomenclatuurcodes aanwezig in de IMA-databank zijn per categorie samengevat in onderstaande Tabel 35.

Tabel 35: Overzicht van de nomenclatuurcodes aanwezig in de colorectale IMA databank

Type behandeling	Nomenclatuurcode	Betekenis
Stoelgangstest	120713-120724	Opzoeken van bloed in faeces door huisarts of specialist
	125716, 125720	Opzoeken van bloed in faeces door specialist
Volledige coloscopie	473174-473185	Volledige coloscopie, d.w.z. tot de rechterhoek van het colon of de ileocoecale klep (vanaf 1/1/2002)
	473955-473966	Bijkomend honorarium voor volledige resectie van één of meerdere poliepen ter gelegenheid van een volledige coloscopie (473174-473185) (vanaf 1/1/2006)
	473432-473443	Ileoscopie (vanaf 1/1/2006)
	473756-473760	Ileoscopie met verwijderen van tumors en/of coagulatie van letsels (vanaf 1/1/2006)
	473211-473222	Volledige resectie met diathermische lus van één of meerdere poliepen van het colon naar aanleiding van een coloscopie links of van een volledige coloscopie (vanaf 1/1/2006)
Andere onderzoeken dikkedarm	472452-472463	Rectosigmoïdoscopie of coloscopie links
	472511-472522	Rectoscopie
	244311-244322	Resectie, langs natuurlijke weg, van een tumor villosus uit rectum
	244355-244366	Verwijderen van goedaardige tumors of van poliepen van het rectum, inclusief de rectoscopie, per zitting
	244370-244381	Verwijderen van goedaardige tumors of van poliepen van het sigmoideum langs endoscopische weg, per zitting

Type behandeling	Nomenclatuurcode	Betekenis
	458452-458463	Toeslag bij een computergestuurde tomografie van het abdomen bij middel van een multidetectorCT met minimum 4 detectoren, na CO2-in- sufflatie, met virtueel dubbelcontrastbeeld in minstens twee verschillende houdingen en endo 3D-beelden van minstens drie verschillende segmenten van het colon
Verwijdering totale dikkedarm	243014-243025	Totale proctocolectomie of totale colectomie met rectale mucosectomie en modelleren van een ileumreservoir met of zonder proximale ileostomie
	243036-243040	Totale colectomie met ileostomie ileostomie of ileorectale anastomose
	244753-244764	Restauratieve proctocolectomie of colectomie met constructie van een ileumreservoir, aanleggen van een ileo-anele anastomose met of zonder een tijdelijke proximale ileostomie
Andere ingrepen dikkedarm	243051-243062	Hemicolectomie rechts of links of segmentaire colonresectie of sigmoidresectie of partiële rectumresectie met herstel continuïteit
	243073-243084	Segmentaire colectomie met dubbele colostomie
	243176-243180	Terminale ileo- of colostomie
	243191-243202	Laterale ileo- of colostomie
	243331-243342	Ingrep wegens darmobstructie (exclusief beklemde hernia)
	243596-243600	Ingrep wegens abdominale hemorrhagie
	243611-243622	Ingrep wegens perforatie van een ander abdominaal orgaan dan de appendix
	243633-243644	Exploratieve laparotomie
	244016-244020	Ingrep type Miles (abdomino-perineale rectumamputatie met definitief stoma = APRA)
	244031-244042	Anterior rectumresectie met behoud van de sfincter en colo-anele anastomose (type TME)
	244053-244064	Operatie van Hartmann
	244075-244086	Perineale amputatie van het rectum
	244930-244941	Debulking voor uitgebreide intra-abdominale tumor (III) (totale hysterectomie, colon- of dundarmresectie al dan niet met herstel van de continuïteit, omentumresectie, resectie peritoneale metastasen, retroperitoneale exploratie met lymfadenectomie)
	244952-244963	Volledige chirurgische behandeling met wegnemen van het omentum, resectie van alle tumorgeinvadeerde organen en een minutieuze cyto-reductieve debulking van het peritoneum
	473675-473686	Coaguleren van een angiodysplasie van het spijsverteringskanaal
Beeldvorming	451474-451485	Radiografie van maag en duodenum in serie (minimum zes clichés) en van de transit van de dunne darm, inclusief eventueel de ileocoecale streek en het colon (minimum zes clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten
	451511-451522	Radiografie van de oesofagus (minimum vier clichés) en van maag en duodenum in serie (minimum zes clichés) en van de transit van de dunne darm, inclusief eventueel de ileocoecale streek en het colon (minimum zes clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten

Type behandeling	Nomenclatuurcode	Betekenis
	451710-451721	Radiografie van het colon inclusief eventueel de ileocoecale streek met bariumlavement, na vulling, evacuatie en eventueel insufflatie, minimum vier clichés, met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten
	451754-451765	Radiografie van het colon, inclusief eventueel de ileocoecale streek, met bariumlavement, na vulling, evacuatie en insufflatie, volgens de dubbelcontrasttechniek, minimum acht clichés, met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten
	458452-458463	Toeslag bij een computergestuurde tomografie van het abdomen bij middel van een multidetectorCT met minimum 4 detectoren, na CO2-insufflatie, met virtueel dubbelcontrastbeeld in minstens twee verschillende houdingen en endo 3D-beelden van minstens drie verschillende segmenten van het colon
	462512-462523	Radiografie van de oesofagus (minimum 4 clichés) en van maag en duodenum in serie (minimum 6 clichés) en van de transit van de dunne darm, inclusief eventueel de ileocoecale streek en het colon (minimum 6 clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten
	462711-462722	Radiografie van het colon inclusief eventueel de ileocoecale streek met bariumlavement, na vulling, evacuatie en eventueel insufflatie, minimum 4 clichés, met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten
	462755-462766	Radiografie van het colon, inclusief eventueel de ileocoecale streek, met bariumlavement, na vulling, evacuatie en insufflatie, volgens de dubbelcontrasttechniek, minimum acht clichés, met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten
	459410-459421	NMR-onderzoek van de hals of van de thorax of van het abdomen of van het bekken, minstens drie sequenties, met of zonder contrast, met registratie op optische of elektromagnetische drager
	459572-459583	Computergestuurde tomografie van het abdomen, met of zonder contrastmiddel, met registreren en clichés, minimum 15 coupes, voor het hele onderzoek
	459616-459620	Computergestuurde tomografie van de thorax en het abdomen, met of zonder contrastmiddel, met registreren en clichés, minimum 30 coupes voor het hele onderzoek
	459631-459642	Computergestuurde tomografie van de hals, de thorax en het abdomen, met of zonder contrastmiddel, met registreren en clichés, minimum 30 coupes voor het hele onderzoek
Histologische analyse voor alle patiënten waarvoor één van bovenstaande nomenclatuurcodes voorkomen	588011-588022	Honorarium voor het pathologisch-anatomische onderzoek door inclusie en coupe met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek
	588254-588265	
	588276-588280	
	588291-588302	
	588033-588044	Peroperatoir pathologisch-anatomisch onderzoek (vriesmethode)

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 beschikbaarheid van de IMA gegevens per boekhoudkundig kwartaal zijn gedetailleerd weergegeven in onderstaande Tabel 36.

Tabel 36: 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 20yy	NVT
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+2

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+1	
December 20yy+2				x	x	x	20yy+2 Q2	NVT	20yy 20yy+1 20yy+2	NVT

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 het deelnameformulier.

De IMA gegevens (en artsgegevens) worden 4 keer per jaar, telkens nadat een afgesloten boekhoudkundig kwartaal beschikbaar is, overgemaakt aan BCR.

3.1.2. Algoritme voor het opstellen van de uitsluitingslijsten

De criteria voor uitsluiting van het bevolkingsonderzoek worden vastgelegd in de Vlaamse Werkgroep Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker.

De uitsluitingscriteria voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker zijn:

- Definitieve uitsluiting:
 - totale colectomie
- Tijdelijke uitsluiting voor 10 jaar:
 - dikkedarmkanker
 - volledige coloscopie
- Tijdelijke uitsluiting voor 2 jaar:
 - stoelgangstest buiten het bevolkingsonderzoek
 - deelname aan het bevolkingsonderzoek
- Tijdelijke uitsluiting voor 3 jaar
 - kanker in CHP

- Tijdelijke uitsluiting voor 4 jaar
 - virtuele coloscopie

Tabel 37: Uitsluitingscriteria voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker

Uitsluitingscriterium	Op basis van	Type uitsluiting	Duur uitsluiting
Totale colectomie	IMA-nomenclatuur: 243014, 243025, 243036, 243040, 244753, 244764	Definitief	Definitief
Volledige coloscopie	IMA-nomenclatuur: 473174, 473185, 473211*, 473222*, 473432, 473443, 473756, 473760, 473955*, 473966*	Tijdelijk	10 jaar
Virtuele coloscopie**	IMA-nomenclatuur: 458452-458463	Tijdelijk	4 jaar
Dikkedarmkanker§	Kankerregistratiedatabank	Tijdelijk	10 jaar
Stoelgangstest buiten bevolkingsonderzoek	IMA-nomenclatuur: 120713, 120724, 125716, 125720	Tijdelijk	2 jaar
Kanker in CHP***	Op basis van de lestelcategorieën INVA-ADIS-SQIS-OTHIS in het CHP	Tijdelijk	3jaar
Deelname aan bevolkingsonderzoek	Heracles-databank CvKO	Tijdelijk	2 jaar
Dikkedarmkanker§, ****	Registratie van een dikkedarmkankerdiagnose in het CHP (stalen met lestelcategorieën: INVA,ADIS,SQIS,OTHIS)	Tijdelijk	3 jaar

*Sinds juni 2017 worden deze nomenclatuurcodes niet langer beschouwd als uitsluitend geassocieerd met een volledige coloscopie en zijn ze niet langer een geldig exclusiecriteria

**Sinds juni 2017 wordt het ondergaan van een virtuele coloscopie als exclusiecriteria toegevoegd

*** Sinds juli 2017 wordt kanker in het CHP toegevoegd als exclusiecriteria

**** Sinds maart 2019 wordt een patiënt met een registratie in het CHP die wijst op een kanker, voortaan 3 jaar uitgesloten van het bevolkingsonderzoek i.p.v. 2 jaar.

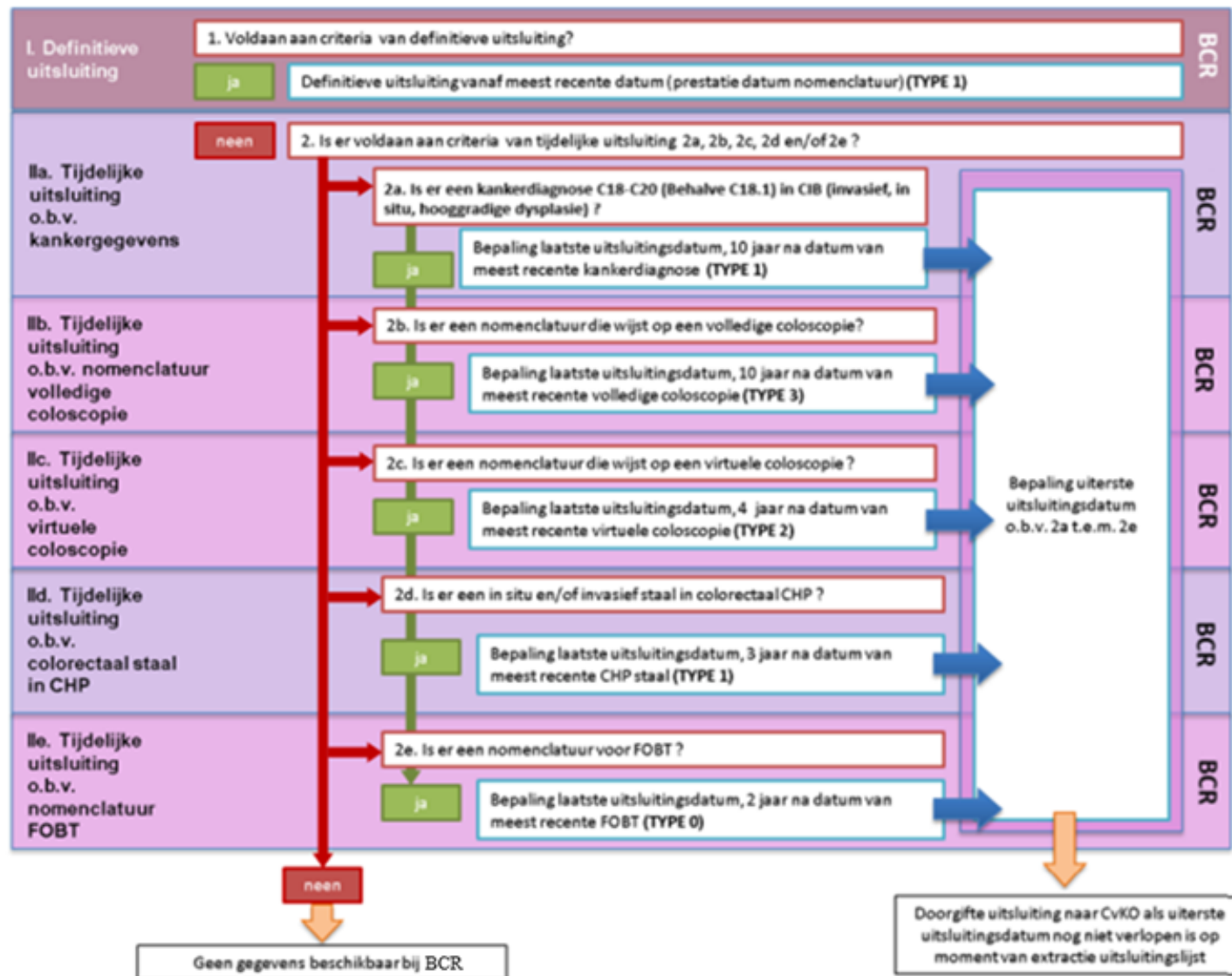
§ Sinds maart 2022 worden personen met een appendixtumor (zonder volledige of virtuele coloscopie) niet meer automatisch uitgesloten van het bevolkingsonderzoek.

Voor het opstellen van de uitsluitingslijsten wordt een vast algoritme gebruikt.

Eerst wordt op basis van de IMA-databank nagegaan of een persoon een totale colectomie heeft gehad. In dat geval wordt hij/zij definitief uitgesloten van het bevolkingsonderzoek. Daarna wordt op basis van de IMA gegevens, het CHP-colon en de kankerregistratiegegevens nagegaan of er voor deze persoon een nomenclatuur voor een volledige coloscopie, virtuele coloscopie, of stoelgangstest, een maligne staal in het CHP-colon of een incidentiedatum van dikkedarmkanker in CIB kan gevonden worden. Indien er meerdere data gevonden worden, wordt de langste uitsluiting weerhouden. Deze uitsluitingslijst wordt doorgegeven aan CvKO die voor de overige personen in de doelpopulatie nagaat of een eerdere deelname aan het bevolkingsonderzoek, een afmelding of een weigering werd geregistreerd.

Het volledige algoritme wordt schematisch weergegeven in figuur 24.

Figuur 24: Algoritme voor het opmaken van uitsluitingslijsten



3.1.3. Jaarplanning uitsluitingslijsten

De jaarplanning voor de opvraag van gegevens, het gebruik ervan in de het opstellen van de uitsluitingslijsten en de doorgifte naar CvKO, wordt weergegeven in figuur 25. De groene pijlen geven de deadlines aan voor het aanleveren van de gegevens vanuit de laboratoria voor pathologische anatomie. De paarse pijlen geven aan wanneer de kankerincidentiegegevens beschikbaar zijn. De gele pijlen geven de tijdstippen aan waarop het IMA de nomenclatuur gegevens aanlevert. Jaarlijks wordt de kankerregistratie databank afgesloten in het najaar en worden de cijfers vrijgegeven in de loop van de maand oktober. Nieuwe incidentie cijfers m.b.t. 20xx worden vanaf oktober 20xx+2 opgenomen in de uitsluitingslijsten.

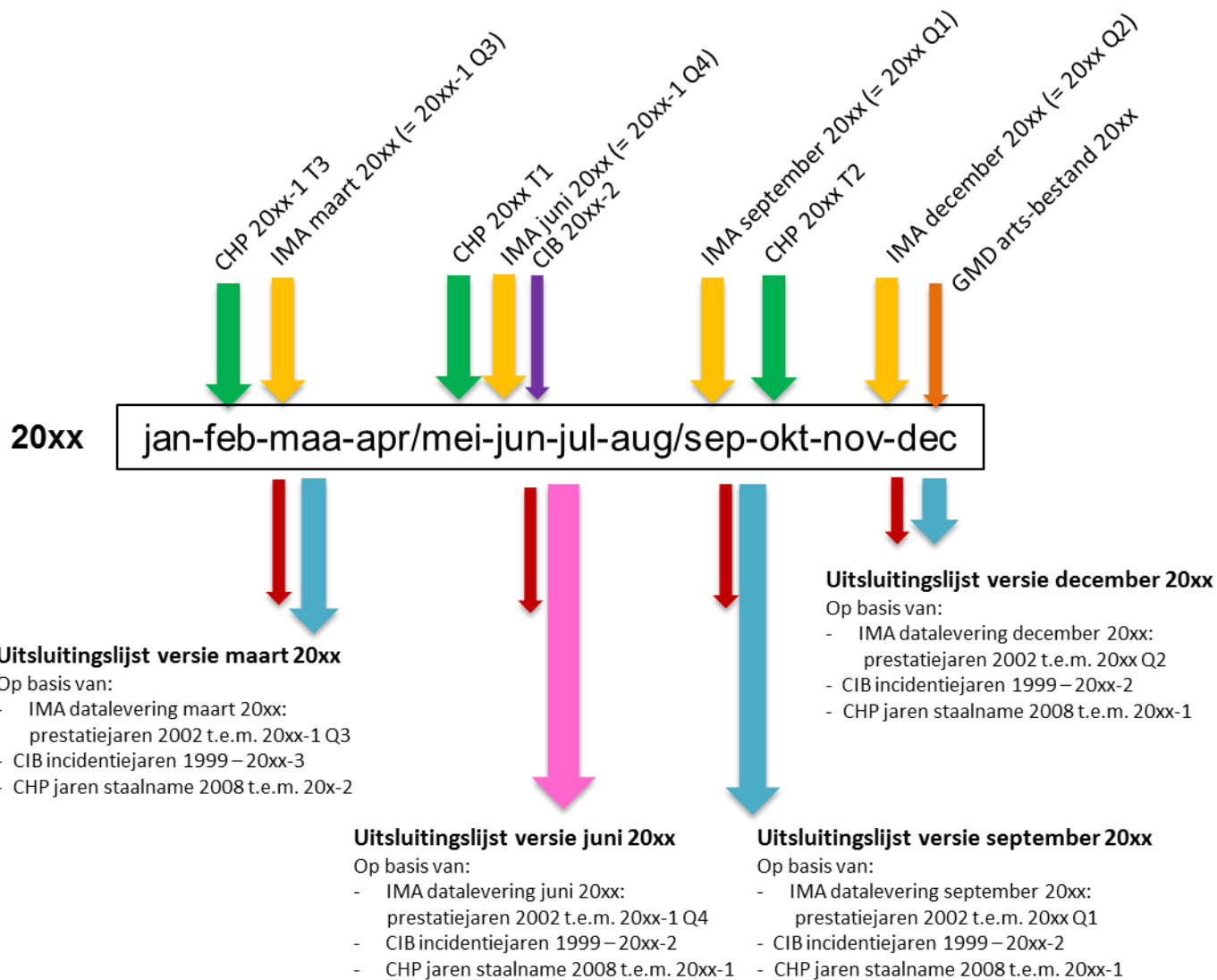
Figuur 25: Overzicht van jaarplanning van de binnenkomende gegevens en de opmaak van de uitsluitingslijsten

DATA IN: binnenkomende gegevens

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

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

- Blauw: o.b.v. update IMA gegevens
- Roze: o.b.v. update van IMA gegevens en CIB
- Bordeaux: Artsenbestanden: In maart, juni en september op basis van het GMD-artsenbestand van 20xx-1. In december op basis van het GMD-artsenbestand van 20xx



Legende: CHP: Cyto-Histopathologie register
 CIB 20xx: Cancer in Belgium, kankerregistratie gegevens, incidentiejaar 20xx
 IMA: Intermutualistisch Agentschap
 T: tertiaal
 T1: eerste tertiaal (januari-april)
 T2: tweede tertiaal (mei-augustus)
 T3: derde tertiaal (september-december)

Er wordt 4 keer per jaar een uitsluitingslijst opgemaakt en overgedragen aan CvKO. De tijdstippen van overdracht zijn weergegeven in figuur 26). Deze lijsten zijn opgemaakt o.b.v. de meest recente beschikbare gegevens de IMA gegevens en de kankerregistratiegegevens van BCR. Drie lijsten worden opgesteld na een update van nieuw ontvangen IMA gegevens (blauwe pijlen figuur 26). Eén lijst wordt opgesteld op basis van een update van zowel IMA en Kankerregistratiedatabank (roze pijl figuur 26).

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;datum start uitsluiting;datum einde uitsluiting

1. INSZ

- Verplicht ingevuld
- Getal
- 11 cijfers

2. Type uitsluiting

- Verplicht ingevuld
- Enumeratie
- Mogelijke waarden:
 - o '0' = 2 jaar uitgesloten o.b.v. stoelgangtest
 - o '1' = 3 of 10 jaar of definitief uitgesloten
 - o '2' = 4 jaar uitgesloten
 - o '3' = 10 jaar uitgesloten o.b.v. volledige coloscopie

3. Datum start uitsluiting

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

4. 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**

1. INSZ

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

2. RIZIV

- RIZIV nummer van de meest recente GMD-arts indien een GMD-arts gekend is. Indien geen of geen unieke GMD-arts gekend is, blijft het veld leeg.
- Getal
- 8 cijfers

3. 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').

3.2. Procedure verzenden uitnodigingsbrieven (CvKO)

3.2.1. Het uitnodigingsbestand en de uitnodigingsstrategie

De **volledige** doelgroep voor het Vlaams Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker bestaat uit alle vrouwen en mannen van 50 t.e.m. 74 jaar met een domicilieadres in Vlaanderen. Op basis van het Belgische bevolkingsregister (Kruispuntbank) wordt, rekening houdend met leeftijd, geslacht en woonplaats, een doelgroepbestand geselecteerd van alle in het Vlaamse Gewest woonachtige mannen en vrouwen van 50 t.e.m. 74 jaar. De **toegelaten doelgroep** voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker bestaat uit: de mannen en vrouwen uit de volledige doelgroep voor wie geen tijdelijke of definitieve BCR-exclusie geregistreerd werd, én die in het vorige jaar ook niet deelnamen aan het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker.

Het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker werd gefaseerd geïmplementeerd (vanaf oktober 2013) zodat tegen eind 2015 de doelgroep van mannen en vrouwen van 56 tot en met 74 jaar volledig een eerste keer uitgenodigd werd. In 2013 (oktober t.e.m. december 2013) werden enkel de oudste pare leeftijden uitgenodigd (namelijk alle 66-68-70-72-74 –jarigen). De groep die in 2013 aan bod kwam, en nog in de doelgroep zat in 2015, kreeg dan ook al een tweede uitnodiging. Aanvankelijk werden steeds de pare leeftijden (of even leeftijdsjaren) uitgenodigd. Concreet betekende dit dat de pare geboortejaren de eerste keer worden uitgenodigd in de pare jaren, en de onpare geboortejaren in de onpare jaren. Bijvoorbeeld in 2015 werden de geboortejaren 1941, 1943 , ... en 1959 uitgenodigd of de 74-72-70-68-66-64-62-60-58-56 jarigen. Sinds de volledige uitrol (iedereen in de leeftijdsgroep werd minstens één keer uitgenodigd) en sinds het toevoegen van de 55-jarigen in juni 2017, is het werken met pare en onpare jaren niet meer van toepassing. Na de uitbreiding van de doelgroep met de 55-jarigen in juni 2017, werd de doelgroep nog uitgebreid in juli 2018 met de 53- en 54-jarigen, in januari 2019 met de 51- en 52-jarigen en in januari 2020 met de 50-jarigen, zodat Vlaanderen conform de Europese richtlijnen de groep 50 t.e.m. 74 jaar uitnodigt. Iedereen ontvangt de eerste uitnodiging in de maand waarin ze 50 jaar worden. Bij niet-deelname ontvangen ze 10 weken later een herinneringsbrief (zonder afnameset). Een vervolguitnodiging (indien nog in aanmerking) volgt bij deelname 24 maanden na het laatste laboresultaat, en bij niet deelname 24 maanden na de laatste uitnodiging. Sinds 03/2021 ontvangen personen die reeds drie keer uitgenodigd werden zonder deelname een aangepaste uitnodigingsbrief zonder afnameset én ook geen herinnering meer. Van zodra ze alsnog deelnemen (ze kunnen gratis afnameset bestellen) ontvangen ze 24 maanden later wel terug een standaard uitnodigingsbrief met afnameset.

Vooraleer de uitnodigingen opgesteld worden, worden bepaalde categorieën van mannen en vrouwen uit het bestand verwijderd, omdat deze personen niet langer in aanmerking komen voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker:

- mannen en vrouwen die voorkomen in de (tijdelijke en definitieve) uitsluitingslijsten opgesteld door het BCR (zie onder meer punt 3.1.2. hierboven)
- mannen en vrouwen die zijn overleden op het moment van uitnodiging
- mannen en vrouwen van wie het rijksregisternummer niet langer geldig is (annulering RRN via Kruispuntbank/eHealth) op het moment van uitnodiging

- mannen en vrouwen die verhuisd zijn buiten Vlaanderen

Verder kunnen mannen en vrouwen voor of na ontvangst van hun uitnodiging ook aan het CvKO laten weten dat ze niet wensen deel te nemen:

- mannen en vrouwen kunnen laten weten in de toekomst geen uitnodiging meer te willen ontvangen (gegevens CvKO, zogenaamde 'weigering')
- mannen en vrouwen kunnen laten weten dat ze niet deelnemen wegens een opgegeven geldige reden, een zogenaamde 'afmelding' voor die bepaalde uitnodiging: afgelopen twee jaar stoelgangtest, voorbij 10 jaar volledige coloscopie, voorbij 4 jaar virtuele coloscopie, bloed in de stoelgang, huisarts adviseert ander onderzoek wegens verhoogd risico, huisarts adviseert ander onderzoek wegens andere reden, verwijdering dikke darm, Zij ontvangen gedurende 24 maanden geen uitnodiging. Als er bevestiging van de afmeldingsredenen via BCR komt, kan dit i.p.v. 24 maanden leiden tot 4 jaar of 10 jaar geen uitnodiging of een definitieve uitsluiting.

Verder is het evolkingsonderzoek niet aangewezen voor:

- personen die klachten hebben (bijvoorbeeld bloed in de stoelgang, verandering in het normale stoelgangpatroon, vaak buikpijn, vaak krampen)
- personen met een verhoogd risico op dikkedarmkanker: erfelijke aandoeningen of familiaal risico wegens dikkedarmkanker bij 1ste graadsverwanten (biologische ouders, broers of zussen).

Voor de resulterende groep mannen en vrouwen, wordt berekend wanneer zij een uitnodiging moeten krijgen:

- Als geen van bovenvermelde redenen tot uitstel van uitnodiging geldt, dan ontvangen 50-jarigen in de maand van hun verjaardag een eerste uitnodiging voor het BVO DDK.
- Als zij in het verleden al een uitnodiging ontvingen en toen hebben deelgenomen, én als zij zich nog in de leeftijdscategorie van 50 t.e.m. 74 jaar bevinden, wordt er een nieuwe uitnodiging 24 maanden **na de laatste datum van analyse** verstuurd.
- Als zij in het verleden al een uitnodiging ontvingen, maar niet hebben deelgenomen, én als zij zich nog in de leeftijdscategorie van 50 t.e.m. 74 jaar bevinden, wordt er een nieuwe uitnodiging 24 maanden **na de laatste uitnodiging** verstuurd.

Er wordt een herinneringsbrief (zonder afnameset) verstuurd 10 weken na de mailing van de uitnodiging, als er ondertussen geen analyse, BCR-exclusie, afmelding of weigering geregistreerd werd. Deze herinneringsbrief wordt sinds september 2020 per e-mail gestuurd als we over het e-mailadres beschikken. Wordt de e-mail niet geopend, wordt er alsnog een heinneringsbrief per post verstuurd.

3.2.2. Procedure van verzending

Uitnodiging: De uitnodigingen voor het BVO DDK worden automatisch verstuurd op basis van het geboortejaar. Let op: mensen krijgen enkel een uitnodiging als men behoort tot de doelgroep van 50 t.e.m. 74 jaar én er geen deelname was in het voorgaande jaar en geen uitsluitingscriterium van toepassing was. Het uitnodigen van de doelgroep gebeurt door een uitnodigingsbrief per post (met op de achterzijde het deelnameformulier), samen met de afnameset (bestaande

uit de iFOBT met opvangpapier, een gebruiksaanwijzing met productinformatie op de achterkant (in de landstalen), een bubbel-envelop (port reeds betaald) en een algemene folder met bijhorende uitleg.

Figuur 26: Afbeelding Uitnodigingspakket Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker



Op het **deelnameformulier** (dat volledig ingevuld met het staal aan het labo bezorgd wordt) staat de naam van de preferente huisarts – indien beschikbaar – reeds voorgedrukt. Deze informatie wordt verkregen vanuit het IMA via BCR (op basis van GMD-arts-gegevens) en via de adressenlijst van het RIZIV. Deze bestanden zijn niet foutloos. Het kan dus zijn dat er soms een verkeerde arts voorgedrukt werd op het deelnameformulier, vandaar ook steeds de optie dat de deelnemer een andere (huis)arts kan invullen in de voorziene velden op het deelnameformulier. Verder worden onderstaande gegevens gevraagd in te vullen op het deelnameformulier:

- telefoonnummer (bij voorkeur GSM-nummer)
- e-mailadres
- datum staalafname
- gegevens huisarts (indien niet ingevuld of niet correct): naam, voornaam, straat, huisnummer, postcode

Door ons het ingevuld deelnameformulier met staal te bezorgen geeft de deelnemer de toestemming dat de resultaten van de iFOBT ook aan diens (huis)arts worden bezorgd en dat de gegevens bewaard en gebruikt mogen worden in kader van het onderzoek en in kader van proces-evaluatie.

Herinnering: Om de doelgroep attent te maken op het belang van dit bevolkingsonderzoek, sturen we bij niet-deelname 8 weken na het versturen van de 1^{ste} uitnodigingsbrief een herinneringsbrief. Bij deze herinneringsbrief zit geen afnameset. Als ze deze die niet meer in hun bezit hebben, kan deze gratis aangevraagd worden via 0800-lijn of per e-mail. Indien er ondertussen reeds een nieuwe afnameset besteld werd, wordt er geen herinneringsbrief meer verstuurd.

Aangepaste uitnodiging zonder afnameset: personen die al minstens drie opeenvolgende uitnodigingen kregen en niet deelnamen, ontvangen vanaf 03/2021 een aangepaste uitnodiging zonder afnameset. Ze kunnen als ze toch wensen deel te nemen gratis een afnameset bestellen. Doen ze wel mee, ontvangen ze nadien terug een standaarduitnodiging met afnameset.

3.2.3. Procedure van stockbeheer en bestelling afnamesets

In het huidige contract tussen CvKO en drukker, is de drukker de enige contractant met het CvKO en zijn zowel De Waak als De Mailingman onderaannemers van de drukker. Daardoor valt de gehele activiteit van drukwerk, voorbereiding, handling tot vervoer naar de post onder de verantwoordelijkheid van de drukker. De drukker staat in voor de volledige coördinatie en uitvoer van het contract en daarom rapporteren de onderaannemers aan de drukker.

Stap 1: Leverancier van iFOBTs levert de afnamesets met opvangpapiertje en productinformatie aan De Waak

- de leverancier kondigt tijdig de levering (aantal+ vervaldatum) aan, aan drukker met CvKO in cc
- drukker communiceert aankondiging van levering van nieuwe afnamesets aan De Waak
- afnamesets worden vanaf 2018 rechtstreeks bij De Waak geleverd, en niet meer bij de drukker
- na levering worden de levernota's doorgestuurd naar de drukker
- de levernota's worden in Sharepoint (gezamenlijke Sharepoint voor AZG, CvKO, labo én leverancier) bewaard

Stap 2: In De Waak worden de setjes samengesteld.

Sinds 14/04/2017 worden alle dozen met afnamesets systematisch gecontroleerd op houdbaarheidsdatum:

- Elk pallet wordt gecontroleerd op houdbaarheidsdatum
- Elk pallet wordt voorzien van een papier met daarop de houdbaarheidsdatum van die pallet.
- Per pallet mogen enkel afnamesets met dezelfde houdbaarheidsdatum staan
- Zo niet, worden de dozen met een andere houdbaarheidsdatum apart gehouden (met apart blad en vermelding houdbaarheidsdatum)
- De Waak werkt met een first in first out principe (afnamesets met meest recente houdbaarheidsdatum worden eerst verwerkt)
- De stockvoorraad wordt m.b.v. codes geïdentificeerd zodat correcte opvolging van plaats en verwerking mogelijk is door het interne stockbeheer van De Waak
- De werknemers van De Waak maken setjes klaar die opgeleverd worden (bv. 10.000) in samenspraak met de vraag van de Mailingman
- de afnamesets worden met de houdbaarheidsdatum zichtbaar in het doorschijnend zakje gestopt
 - o zo kan de houdbaarheidsdatum eenvoudiger gedetecteerd worden bij de systematische controles
 - o én zo ziet ook de deelnemer meteen de houdbaarheidsdatum i.p.v. de barcode
- Als er na het afwerken van een bepaalde bestelling/batch nog een klein deel afnamesets over zijn, worden die steeds apart gehouden en niet op andere pallet (met andere houdbaarheidsdatum geplaatst). Idealiter worden steeds de volledige pallet opgebruikt en aan de Mailingman bezorgd.

Stap 3: klaargemaakte setjes worden aan de Mailingman bezorgd, waar het drukwerk reeds geleverd werd door drukker:

- pallet met klaargemaakte setjes staat vlak naast de machine waar de setjes in bijhorende envelop met brief en folder worden gevuld
- bij mailingman staan geen andere gevulde setjes met mogelijk andere houdbaarheidsdatum op de plaats waar de setjes verwerkt worden met het drukwerk.
- de pallet met klaargemaakte setjes wordt volledig gebruikt
- na elke actie en pauze zijn er controle-acties om verkeerde afnamesets in de mailing tot 0 te herleiden

Stap 4: registratie in CvKO-tool (en levering aan BPost)

- datum levering aan Bpost wordt ingegeven in de CvKO-tool (zowel voor uitnodiging, resultaten als herinneringsbrieven)
- bij opmerking wordt per batch in de CvKO-tool ook de vervaldatum van de gebruikte afnamesets vermeld
- hierdoor heeft CvKO reeds alle info per uitnodigingsbatch
- indien binnen één zending meerdere houdbaarheidsdata gebruikt worden, wordt enkel de dichtstbijzijnde houdbaarheidsdatum vermeld 'vervaldatum: MM/JJJJ'
- zie print screen van CvKO-tool hieronder (figuur 27)

Figuur 27: Print screen van CvKO tool mailing dikkedarmkanker

CVKO Reporting Home Productions Stock Stock Change Hello delphine.janssen@vobvzw.be! Log off

Productions Overview

Dikkedarmkanker Alle Brieven

Show 10 entries Search:

Datum	Bestandsnaam	Onderzoek	Brieftype	Mailingnr.	Dropdatum	Aantal	Mail.tot.
13/10/2020	DDK_NEG_PERS_POST_20201012230502.csv	DDK	NEG_PERS	CVKODKR287	14/10/2020	2811	2860
13/10/2020	DDK_NEG_ARTS_POST_20201012230507.csv	DDK	NEG_ARTS	CVKODKR287	14/10/2020	49	2860
12/10/2020	DDK_NEG_PERS_POST_20201009230503.csv	DDK	NEG_PERS	CVKODKR286	13/10/2020	3684	3746
12/10/2020	DDK_NEG_ARTS_POST_20201009230509.csv	DDK	NEG_ARTS	CVKODKR286	13/10/2020	62	3746
09/10/2020	DDK_NEG_PERS_POST_20201008230503.csv	DDK	NEG_PERS	CVKODKR283	12/10/2020	3668	3723
09/10/2020	DDK_NEG_ARTS_POST_20201008230508.csv	DDK	NEG_ARTS	CVKODKR283	12/10/2020	55	3723
08/10/2020	DDK_UITNODIGING_STANDAARD_POST_20201007230000.csv	DDK	UITNODIGING_STANDAARD	CVKODKU282	19/10/2020	12361	12361
08/10/2020	DDK_HERINNERING_STANDAARD_POST_20201005230101.csv	DDK	HERINNERING_STANDAARD	CVKODKH282	12/10/2020	14056	14056
08/10/2020	DDK_NEG_PERS_POST_20201007230505.csv	DDK	NEG_PERS	CVKODKR282	09/10/2020	2145	2184
08/10/2020	DDK_NEG_ARTS_POST_20201007230508.csv	DDK	NEG_ARTS	CVKODKR282	09/10/2020	39	2184

Showing 1 to 10 of 838 entries (filtered from 1,791 total entries)

Previous 1 2 3 4 5 ... 84 Next

Stap 5: stockvoorraad rapporteren wanneer gevraagd door CvKO

- op elk moment kan huidige stockvoorraad opgevraagd worden wanneer nodig

- de drukker zorgt voor het regelmatig aanvullen van de informatie in de tool zodat de voorraad aantallen een goed beeld geeft van de situatie zoals die gekend is in de voorgaande week.
- zo kan het CvKO prognoses maken om de volgende bestelling te bepalen (aantal en timing)

3.2.4. Bestelling van afnamesets

- Op basis van huidige stockvoorraad en prognose m.b.t. toekomstige uitnodigingen kan CvKO de forecast van de leverancier (ontvangen we maandelijks) aanpassen wanneer nodig
- De leverancier vermeld in forecast ook de houdbaarheidsdatum van de geplande bestellingen
- Als CvKO opmerkingen heeft m.b.t. forecast worden deze per e-mail aan leverancier en AZG duidelijk gemaakt, pas na goedkeuring AZG wordt forecast goedgekeurd
- CvKO houdt alle getekende bestelbonnen bij (en controleert houdbaarheidsdatum veiligheidshalve) en ze worden opgeladen in de gezamenlijke Sharepoint
- Er worden geen extra bestellingen geplaatst door AZG zonder CvKO hier in e-mail over te verwittigen
- AZG houdt CvKO op de hoogte m.b.t. besproken aantallen in aanbesteding (minimum aantal te bestellen per jaar)

3.2.5. Procedure afmeldingen en weigeringen

Het CvKO krijgt naast de exclusielijsten van BCR ook gegevens binnen van de doelgroep zelf (meestal na het ontvangen van de uitnodigings- of herinneringsbrief). Via de gratis 0800-lijn, website of e-mail kan de doelgroep aangeven waarom ze niet wensen deel te nemen. We spreken over twee soorten van exclusies door de doelgroep: de zogenaamde afmeldingen en weigeringen.

Afmeldingen

Concreet gaat het hierbij om mannen en vrouwen die:

- in de afgelopen twee jaar voorafgaand aan de uitnodiging reeds een stoelgangsonderzoek hebben laten uitvoeren (tijdelijke uitsluiting van 2 jaar)
- in de afgelopen tien jaar voorafgaand aan de uitnodiging reeds een volledige coloscopie hebben laten uitvoeren of weldra gepland *
- in de afgelopen vier jaar voorafgaand aan de uitnodiging reeds een virtuele coloscopie hebben laten uitvoeren *
- colon hebben laten verwijderen (definitieve uitsluiting) (pas na bevestiging via BCR leidt dit tot definitieve uitsluiting)
- nu dikkedarmkanker of dikkedarmkanker gehad in de afgelopen 10 jaar*
- bloed in de stoelgang of andere klachten hebben (tijdelijke uitsluiting 2 jaar)
- in behandeling voor andere ziekte of andere kanker zijn

- waarvan de (huis)arts vindt dat een ander onderzoek beter is omdat één of meer van mijn biologische ouders, broers, zussen of kinderen dikkedarmkanker heeft of heeft gehad (tijdelijke uitsluiting 2 jaar)
- waarvan de (huis)arts vindt dat een ander onderzoek beter is omwille van andere reden (tijdelijke uitsluiting 2 jaar)
- niet meer op het aangeschreven adres wonen (verblijft op een ander adres)
- niet meer in het bezit van een afnameset zijn en geen nieuwe afnameset meer wensen te ontvangen
- overleden zijn
- andere reden (tijdelijke uitsluiting 2 jaar)

*Deze redenen voor niet-deelname worden geregistreerd door het CvKO. Personen die aangeven niet deel te nemen omdat ze dikkedarmkanker hebben/gehad hebben of een volledige of virtuele coloscopie hebben laten uitvoeren, zullen voorlopig uitgesloten worden voor twee jaar in afwachting van bevestiging van deze redenen door een geldige BCR-uitsluiting en opname van deze personen in de uiterlijke uitsluitingslijsten. Afmelding colonverwijdering door deelnemer: deze afmelding kan wel door 0800-medewerker ingegeven worden in Heracles, maar wordt nadien nog gevalideerd door de exclusielijsten van BCR. Een afmelding colonverwijdering die niet wordt gevalideerd door BCR, en dus blijft open staan, wordt door het CvKO gecontroleerd door contact met de huisarts. Is er geen bevestiging van een colonverwijdering door de huisarts, wordt het dossier op weigering gezet, met de melding afmelding colonverwijdering door deelnemer, geen bevestiging BCR of arts.

Weigeringen

Weigeringen gaat over mannen en vrouwen die via de 0800-lijn, e-mail of website aangeven geen uitnodiging meer wensen te ontvangen. Hierdoor krijgen ze van het CvKO geen uitnodiging meer (definitieve uitsluiting), tenzij ze deze weigering terug annuleren via 0800-lijn of e-mail.

Voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker is het ook mogelijk om afmelding of weigering te registreren via de website door het ingeven van de persoonlijke code (rechtsboven op de uitnodigingsbrief). Voor het afmelden hebben de mensen drie opties: nu niet deelnemen (afmelden) of in toekomst geen uitnodigingen meer ontvangen (weigering) of beide. Via de website kan men ook afmelden met een andere reden (open invulveld), die ook door het CvKO verwerkt worden.

3.3. Toepassen screeningsinstrument

3.3.1. Procedure bestelling en levering iFOBT's en reagentia (AZG)

Het agentschap zoekt via een aanbesteding een kandidaat om voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker leveringen te voorzien van de iFOBT's en andere materialen zoals analyseapparatuur, reagentia, controles en kalibratoren die nodig zijn om de analyses van de stoelgangstalen te kunnen uitvoeren.

De huidige aanbesteding voor deze opdracht werd toegekend aan Sentinel Diagnostics, FOB Gold+ en loopt van 2021 tot en met 2025.

Het is de taak van Sentinel Diagnostics om het CvKO en het labo die de analyses uitvoert steeds tijdig te voorzien van de nodige hoeveelheid iFOBT's, opvangpapier, absorptiefilters, reagentia, controles, kalibratoren, en analyseapparatuur.

Sentinel Diagnostics bezorgt daarom maandelijks aan het agentschap een overzicht van de te bestellen producten op basis van de stockvoorraad in het labo en bij het CvKO. Op basis hiervan worden er door AZG bestellingen overgemaakt aan Sentinel Diagnostics, FOB Gold+ die op zijn beurt de nodige materialen aan het CvKO en het labo levert.

3.3.2. Procedure gebruik iFOBT-test

Deelname aan het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker gebeurt door thuis een stoelgangstaal af te nemen met behulp van de afnameset. Op basis van de beschreven voordelen en testeigenschappen is de beslissing genomen om binnen het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker een kwantitatieve, geautomatiseerde iFOBT of FIT (immunochemische fecaal occult bloedtest, type FOB Gold+) te gebruiken als screeningsinstrument. In internationale literatuur wordt een screeningsinterval van twee jaar aanbevolen in geval van een niet-afwijkende iFOBT en Vlaanderen volgt deze aanbeveling.

Hoe de deelnemer de afnameset moet gebruiken staat helder beschreven in de bijgeleverde gebruiksaanwijzing die men ontvangt bij de uitnodiging en afnameset. Op de website www.bevolkingsonderzoek.be wordt met behulp van een filmpje uitgelegd hoe men een staal neemt. Zie hiervoor ook onderstaande link.

[Hoe kan ik meedoen? | Dikkedarmkanker \(bevolkingsonderzoek.be\)](#) en [Animatiefilm gebruiksaanwijzing afnameset | Dikkedarmkanker \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

De deelnemer stuurt vervolgens het staal met volledig ingevuld deelnameformulier in de bijgeleverde bubbel-envelop naar het labo. Daar wordt het staal gekoppeld met het deelnameformulier.

Daarnaast wordt er ook een officiële productinformatie toegevoegd (bijsluiter van de iFOBT op de achterzijde van de gebruiksaanwijzing in drie talen) conform de Belgische taalwetgeving.

3.4. Analyse en beoordeling

3.4.1. Richtlijnen voor analyse van de iFOBT-test

Het werkingsprincipe van de iFOBT steunt op de binding van specifieke antilichamen op menselijk hemoglobine, albumine of andere bloedcomponenten. Hierdoor zijn er geen dieetrestricties verbonden aan het gebruik van de iFOBT en er is slechts één staalname vereist. De iFOBT is een volledig geautomatiseerde test en het resultaat is kwantitatief (en dus ondubbelzinnig af te lezen op het analysetoestel in ng/ml). Dit garandeert een goede kwaliteitscontrole en de grenswaarde kan eenvoudig aangepast worden. In het Vlaamse bevolkingsonderzoek wordt volgende grenswaarde gehanteerd: 75 ng/ml voor de OC Sensor Eiken test en 50 ng/ml voor de FOB Gold Sentinel test).

Een waarde gelijk aan of hoger dan deze waarde wordt als afwijkend beschouwd.

Het laboratorium Centrum voor Medische Analyse (verder CMA) uit Herentals kreeg via een aanbesteding van de Vlaamse overheid de opdracht om alle analyses van de stoelgangstesten in het kader van het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker uit te voeren. Kwaliteitscontrole binnen dit laboratorium is contractueel bepaald. Het labo ontvangt van de post dagelijks bubbel-enveloppen met daarin het staal en deelnameformulier van de deelnemers. De labomedewerkers openen alle bubbel-enveloppen en leggen het deelnameformulier met bijhorende staal samen. Bij aankomst in het labo worden de enveloppes geopend en worden door het labo de envelop gecontroleerd:

- bevat de envelop de iFOBT met deelnameformulier.
- visuele controle van de iFOBT's:

1. De correcte sluiting van de dop. iFOBT's worden uit de envelop genomen en visueel gecontroleerd op correcte sluiting van de dop. Indien bij visuele controle blijkt dat het staal niet analyseerbaar is (omdat bijvoorbeeld alle buffer eruit is gelekt), wordt het staal niet geanalyseerd.

2. De verkleuring van de buffer wordt nagekeken. Bij een vermoeden van geen staal (geen verkleuring van de buffer en dus mogelijk lege iFOBT) wordt de iFOBTs niet geanalyseerd want dit resulteert in een niet-afwijkende resultaatsbrief aan de deelnemer. Ook na de analyse op het toestel voert het CMA nog een extra controle uit op verkleuring van buffer.

3. Barcode aanwezig op de iFOBT. iFOBT's zonder leesbare identificatie, worden niet geanalyseerd.

4. Houdbaarheidsdatum niet verstreken. iFOBT's kunnen geanalyseerd worden tot op de laatste dag van de maand, vermeld op de iFOBT (vb. houdbaarheidsdatum 2022.10, dan kan de test geanalyseerd worden tot de laatste dag van oktober van 2022). De barcode op de FOB Gold is gekoppeld aan de houdbaarheidsdatum. Bij het scannen van het staal in het CMA wordt automatisch een melding gegeven als de houdbaarheidsdatum verstreken is, dan wordt de test niet op het analyse-toestel geplaatst.

Het labo staat in voor het inscannen van de barcode op de iFOBT en de barcode op het deelnameformulier, en het koppelen van deze beide barcodes in een softwareprogramma. De stalen en deelnameformulieren hebben hetzelfde type barcode (type 128). Op die manier kan nadien ook het analyseresultaat gekoppeld worden aan de barcode op het deelnameformulier. Het CvKO weet op basis van de barcode op het deelnameformulier om welke persoon het gaat, en kan op die manier de resultaatsmededeling doen.

Het labo analyseert het stoelgangstaal, valideert de analyseresultaten en slaat de analyseresultaten op. De resultaten en identificatiegegevens worden via elektronische weg bezorgd aan CvKO zodat deze gekoppeld kunnen worden.

Het labo dient af te wijken van bovenstaand procedure indien:

- de envelop enkel het deelnameformulier maar geen iFOBT bevat. Het labo scant enkel de code van het deelnameformulier in en geeft de identificatiegegevens door aan het CVKO via elektronische weg met vermelding 'geen staal'. Het deelnameformulier wordt door het labo ook bezorgd aan CvKO met vermelding 'geen staal'.
- de envelop enkel de iFOBT bevat zonder deelnameformulier en er is geen identificatie van de deelnemer mogelijk. De iFOBT wordt niet geanalyseerd. Het labo meldt aan het CvKO maandelijks het aantal enveloppes die enkel een iFOBT bevatten.
- de envelop enkel de iFOBT bevat zonder deelnameformulier maar er is wel identificatie van de deelnemer mogelijk (bv. met klevertje of andere brief met gegevens). De iFOBT wordt niet geanalyseerd. Het labo bezorgt wel aan CvKO de gegevens van de persoon via e-mail of per post.
- de envelop bevat een iFOBT met deelnameformulier, maar het staal kan niet geanalyseerd worden omwille van lege iFOBT (geen verkleuring van de buffer). Het labo scant de code van het deelnameformulier in en geeft de identificatiegegevens door aan het CVKO via elektronische weg met vermelding 'lege iFOBT'. Het deelnameformulier wordt door het labo ook bezorgd aan CvKO met vermelding 'lege iFOBT'. CvKO kan op deze manier de persoon opnieuw contacteren voor het versturen van een nieuwe afnameset.

- de envelop bevat een andere test (geen iFOBT) met deelnameformulier. Dan kan het staal niet onderzocht worden. Het labo scant de code van het deelnameformulier in en geeft de identificatiegegevens door aan het CVKO via elektronische weg met vermelding 'test niet conform'. Het deelnameformulier wordt door het labo ook bezorgd aan CvKO. CvKO kan op deze manier de persoon opnieuw contacteren voor het versturen van een nieuwe afnameset.

- de envelop bevat iFOBT met deelnameformulier. Maar afname is niet conform. Het labo scant de code van het deelnameformulier in en geeft de identificatiegegevens door aan het CVKO via elektronische weg met vermelding 'afname niet conform'. Het deelnameformulier wordt door het labo ook bezorgd aan CvKO. CvKO kan op deze manier de persoon opnieuw contacteren voor het versturen van een nieuwe afnameset.

- de test kan niet geanalyseerd worden. Het analysetoestel gaf een error waardoor er geen analyse kon gebeuren. Dit kan zijn door te weinig vloeistof of een andere technische reden. Het labo scant de code van het deelnameformulier in en geeft de identificatiegegevens door aan het CVKO via elektronische weg met vermelding 'technisch niet conform'. Het deelnameformulier wordt door het labo ook bezorgd aan CvKO. CvKO kan op deze manier de persoon opnieuw contacteren voor het versturen van een nieuwe afnameset.

- de envelop bevat iFOBT met deelnameformulier, maar staal kan niet geanalyseerd worden aangezien houdbaarheidsdatum verstreken is. iFOBT's kunnen geanalyseerd worden tot op de laatste dag van de maand die op de iFOBT vermeld staat. Het labo scant de code van het deelnameformulier in en geeft de identificatiegegevens door aan het CVKO via elektronische weg met vermelding 'vervallen iFOBT'. Het deelnameformulier wordt door het labo ook bezorgd aan CvKO. CvKO kan op deze manier de persoon opnieuw contacteren voor het versturen van een nieuwe afnameset.

Alle deelnameformulieren worden, gescheiden volgens bovenstaand criteria, binnen de 72 uur na ontvangst op het Belgisch ontvangstadres van het labo bezorgd aan het CvKO. De verzending van de deelnameformulieren naar het CvKO gebeurt per koerier of op een wijze evenwaardig zodat verlies van de deelnameformulieren niet mogelijk is. De deelnameformulieren worden in bulk verzonden.

Indien het stoelgangstaal niet onmiddellijk geanalyseerd wordt, wordt het opgeslagen volgens de bepalingen die Sentinel, FOB Gold+ heeft opgegeven.

Na deze koppeling worden de iFOBT-testen (de flesjes) in de zogenaamde 'sample trays' geplaatst. De analyse van de stalen gebeurt in het toestel – Sentifit.

De afkapwaarde van 75 ng/ml voor de OC Sensor Eiken test en 50 ng/ml voor de FOB Gold Sentinel test wordt gehanteerd om de grens tussen een afwijkend en niet-afwijkend screeningsresultaat te bepalen. De deelnemer met niet-afwijkend resultaat ontvangt twee jaar na de vorige deelnamedatum (datum laboresultaat) opnieuw een uitnodiging met afnameset. De deelnemer met een afwijkend laboresultaat ontvangt een resultaatsbrief met daarin het advies een vervolgonderzoek, een volledige coloscopie, te laten uitvoeren.

3.4.2. Procedure voor evaluatie en remediëring van het labo

3.5. Resultaatsmededeling

3.5.1. Procedure uniforme resultaatsmededeling

Na koppeling van iFOBT en deelnameformulieren worden de deelnameformulieren gescand en komen in de database van het CvKO terecht. Deze deelnameformulieren worden indien nodig aangevuld met ontbrekende gegevens door medewerkers van het CvKO. Pas van zodra het deelnameformulier volledig is, kan de resultaatsbrief naar de deelnemer en diens (huis)arts vertrekken. Zowel de preferente arts (voorgedrukt of ingevuld door deelnemer op het deelnameformulier) ontvangen het resultaat van de labo-analyse (afwijkend of niet afwijkend), en dit maximum 14 kalenderdagen na de labo-analyse datum. Een niet-afwijkend en afwijkende resultaatsbrief wordt gelijktijdig per post naar de deelnemer en bij voorkeur elektronisch aan de (huis)arts gestuurd. Vanaf 03/2021 werd er beslist om de afwijkende resultaatsbrieven per post niet meer 2 dagen eerder aan de arts te bezorgen. Dit omdat de voorkeur uitgaat naar elektronische post aan (huis)artsen (en die automatisch sneller toekomt dan brieven per post) én zodat het aantal kalenderdagen dat de deelnemer moet wachten op het resultaat zoveel als mogelijk verkleind wordt. Niet-afwijkende resultaatsbrieven worden door de centrale drukker gedrukt en verstuurd (die ook de uitnodigen en herinneringsbrieven drukt en aan de post bezorgt), maar de afwijkende resultaatsbrieven worden door het CvKO zelf verstuurd om fouten te vermijden en privacy te garanderen.

3.6. Nazorg bij afwijkend screeningsresultaat

3.6.1. Kwaliteitscriteria voor coloscopieën

In samenspraak met een aantal gastro-enterologen wordt gewerkt aan een dataset die zou opgevraagd worden indien het coloscopieregister werkzaam wordt. De voortgang van de uitbouw van het coloscopieregister ligt momenteel stil in afwachting van een politieke beslissing tot het opzetten van het coloscopieregister en bijkomende financiering daarvoor. Daarom staat de ontwikkeling van deze dataset ook on hold.

3.6.2. Procedure faalveiligheidssysteem opzetten en monitoren

Vanaf 03/2019 trad het faalveiligheidssysteem in werking. Deelnemers met een afwijkende iFOBT uit het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker die geen vervolgonderzoek (er werd dus geen uitsluiting omwille van volledige coloscopie, virtuele coloscopie, kanker in CHP, dikkedarmkanker geregistreerd volgend op een afwijkende iFOBT uit het Bevolkingsonderzoek) hebben laten uitvoeren, ontvangen 24 maanden na laatste (afwijkende) laboresultaat een aangepaste sensibilisatiebrief zonder afnameset, met daarin het advies om alsnog een coloscopie te laten uitvoeren. De huisarts (indien gekend) ontvangt dan ook een aangepaste brief. Als ze hier niet op in gaan, ontvangen ze 24 maanden later wel terug de standaard uitnodigingsbrief met afnameset.

Voor dit faalveiligheidssysteem wordt gebruikt gemaakt van de nomenclatuurgegevens aanwezig in de IMA-databank, en de bestaande uitsluitingslijsten. Indien afwijkende iFOBT uit het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker niet werd aangevuld door tijdelijke (registratie van een dikkedarmkanker in het CHP, volledige coloscopie, of virtuele coloscopie) of definitieve uitsluiting (colon verwijdering) kan CvKO een aangepaste brief versturen.

Volgende kwaliteitsindicatoren m.b.t. faalveiligheid worden weergegeven in het jaarrapport: follow-up en diagnostiek na afwijkende iFOBT, overzicht van types vervolgonderzoeken, opvolgingsgraad, percentage volledige coloscopieën na afwijkende iFOBT en tijdsinterval tussen afwijkende iFOBT en het vervolgonderzoek, type behandeling en therapie.

In 2021 wordt er jaarlijks een rapport gegenereerd aan de huisartsen waarin de (in)correcte follow-upgraad bij patiënten met afwijkende stoelgangstest geaggregeerd wordt samengevat met ook die gegevens voor de betrokken gemeenten en provincie als vergelijking.

3.6.3. Screengedetectede kankers en intervalkankers voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker

Vanaf 2017 geeft BCR jaarlijks de screengedetectede kankers en intervalkankers door aan het CvKO. Om screengedetectede 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.

Hiervoor ontvangt BCR vanuit CvKO onderstaande screeningsgegevens voor de deelnemers:

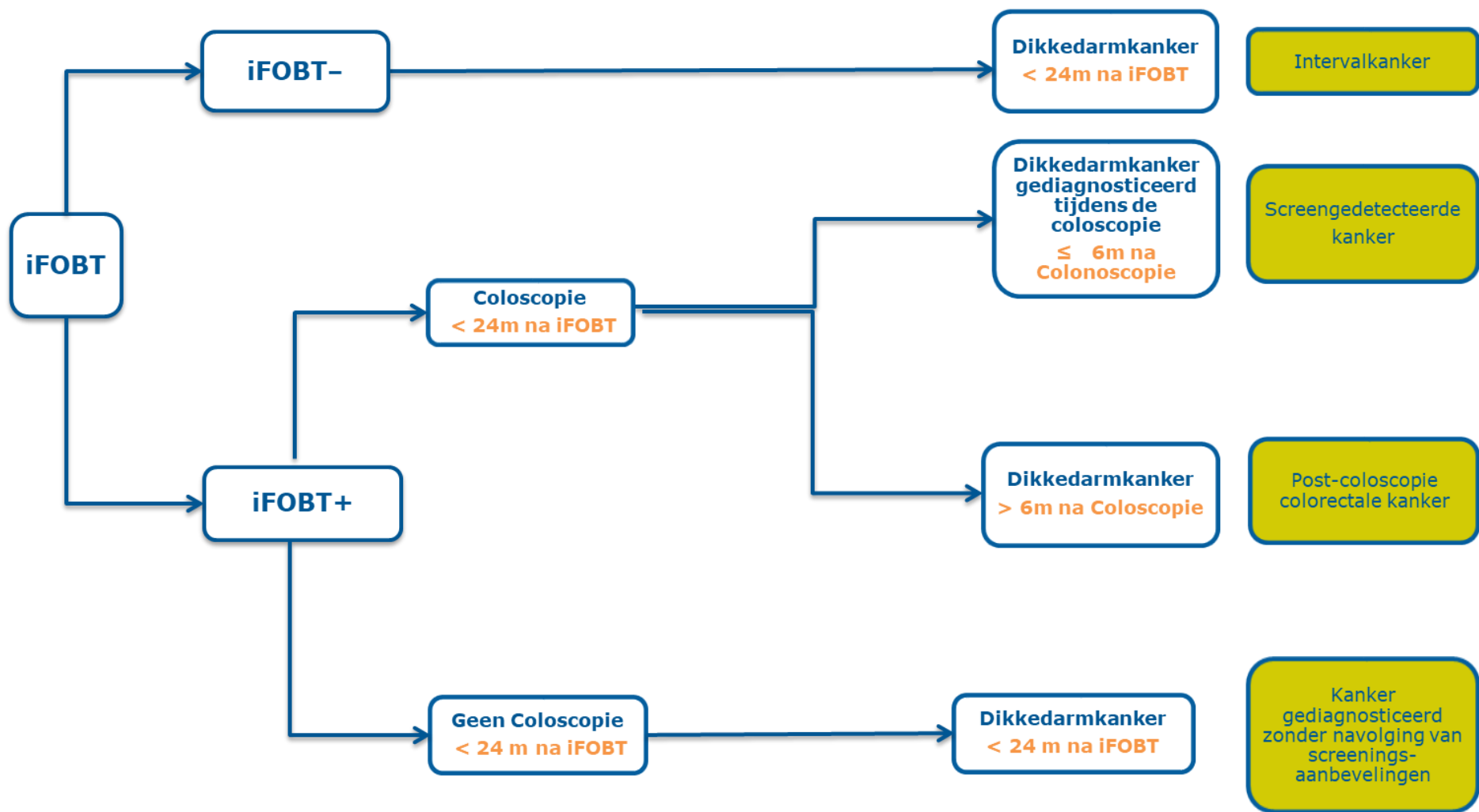
INSZ — screeningsdatum – resultaat van de iFOBT

Voor kankers gediagnosticeerd na deelname aan het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker werden onderstaande definities vastgelegd (conform de 'European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis' en 'Definition and taxonomy of interval colorectal cancers: a proposal for standardising nomenclature, S Sanduleanu et al. Colorectal Cancer Screening Committee, World Endoscopy Organization'):

- Een screengedetectede kanker: een dikkedarmkanker gedetecteerd binnen de 24 maanden na een afwijkende iFOBT met een daaropvolgende coloscopie.
- Een intervalkanker: een dikkedarmkanker die gediagnosticeerd wordt binnen de 24 maanden na een niet-afwijkende iFOBT.
- Een post-coloscopie colorectale kanker: een dikkedarmkanker die optreedt binnen de 24 maanden na een afwijkende iFOBT waarbij tijdens de daaropvolgende coloscopie geen dikkedarmkanker werd vastgesteld.
- Een kanker na afwijkende iFOBT waarvoor de screeningsaanbevelingen niet gevolgd werden: Een kanker die optreedt binnen de 24 maanden na een afwijkende iFOBT, waarvoor geen coloscopie werd uitgevoerd.

Op basis van deze definities werd onderstaand algoritme vastgelegd om deze verschillende soorten kankers te identificeren (zie figuur 28):

Figuur 28: Algoritme voor indentificatie van de verschillende soorten kankers



Legende
m: maanden

Op basis van de nomenclatuurgegevens afkomstig van het IMA weten we of al dan niet een coloscopie werd uitgevoerd na de afwijkende iFOBT. Door het ontbreken van een centraal coloscopieregister is het resultaat van deze coloscopie echter niet gekend. Daarom worden dikkedarmkankers met een incidentiedatum binnen de 6 maanden na de prestatiedatum van de coloscopie als screengedetectede kankers beschouwd. Dikkedarmkankers met een incidentiedatum die later dan 6 maanden van de coloscopie valt, als post-coloscopie colorectale kankers.

Om na te kijken of er al dan niet een coloscopie plaatsvond na afwijkende iFOBT, worden de screeningsgegevens van de personen met een afwijkende iFOBT gekoppeld met de IMA-gegevens.

Om kankers te identificeren worden alle screeningsgegevens gekoppeld met alle dikkedarmkankerdiagnoses (selectie op basis van 'variabele' ICD10: C18-C20 en D010—D012) aanwezig in de kankerregistratiedatabank en alle stalen uit het CHP-colorectaal die wijzen op een dikkedarmkankerdiagnose (selectie op basis van letselcategorieën INVA, ADIS, SQIS, OTHIS).

3.6.4. Follow-up-gegevens na een afwijkende iFOBT

BCR voorziet het CvKO van follow-upgegevens na afwijkende iFOBT op basis van haar databanken. De 'BCR follow up' bevat informatie over de vervolgonderzoeken en eventuele diagnose/pathologie na een screening met afwijkend resultaat.

Het CvKO bezorgt jaarlijks aan BCR de resultaten van alle deelnemers aan de screening in het kader van de kwaliteitsevaluatie. Het BCR geeft jaarlijk de screngedetectede en intervalkankers door aan CvKO. Hiervoor ontvangt BCR vanuit CvKO onderstaande screeningsgegevens voor de deelnemers: INSZ — screeningsdatum – resultaat van de iFOBT.

Voor de deelnemers met een afwijkend iFOBT resultaat vult BCR de follow-upgegevens aan. Hiervoor koppelt ze de deelnemers met een afwijkende iFOBT met de IMA-colongegevens en de CHP-colongegevens. 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.

Het bestand heeft volgende variabelen (zie tabel 38):

Tabel 38: Beschrijving variabelen van het BCR follow up bestand

Rijksregisternummer	
Datum FOBT	
Datum vervolgonderzoek of letsel	Datum van de vervolgonderzoeken op basis van IMA of datum van staalname van de letsels teruggevonden in het colorectaal CHP
Soort vervolgonderzoek of letsel	Op basis van IMA-gegevens wordt onderscheid gemaakt in volledige coloscopie, onvolledige coloscopie, medische opvolging (Zie tabel 38 hieronder voor gedetailleerde beschrijving). Indien een letsel wordt teruggevonden in het colorectaal CHP wordt hier 'CHP' vermeld
letselcategorie CHP	De diagnose-categorie van stalen teruggevonden in het colorectaal CHP (zie tabel 39 hieronder voor gedetailleerde beschrijving)

Tabel 39: Beschrijving van mogelijk uitgevoerde onderzoeken per IMA-categorie

Procedure	Nomenclatuurcode	Categorie
FOBT	120713-120724	Medische opvolging
	125716-125720	
Volledige coloscopie	473174-473185	Volledige coloscopie
	473432-473443	
	473756-473760	
Poliepectomie	473955-473966	Medische opvolging
	473211-473222	
Onvolledige coloscopie	472452-472463	Onvolledige coloscopie
	472511-472522	

Procedure	Nomenclatuurcode	Categorie
	244311-244322	
	244355-244366	
	244370-244381	
	473130-473141	
Virtuele coloscopie	458452-458463	Medische opvolging
Colectomie	243014-243025	Medische opvolging
	243036-243040	
	244753-244764	
Andere chirurgie	243051-243062	Medische opvolging
	243073-243084	
	243176-243180	
	243191-243202	
	243331-243342	
	243596-243600	
	243611-243622	
	244016-244020	
	244031-244042	
	244053-244064	
	244075-244086	
	244930-244941	
	244952-244963	
	473675-473686	
	243633-243644	
Beeldvorming	451474-451485	Medische opvolging
	451710-451721	
	451754-451765	
	462512-462523	
	451511-451522	
	462711-462722	
	462755-462766	
	459410-459421	
	459572-459583	
	459616-459620	
	459631-459642	

Procedure	Nomenclatuurcode	Categorie
	459896-459900	

Tabel 40: Mogelijke letselcategorieën op basis van het colorectaal Cyto-histopathologieregister (CHP)

Invasieve kanker
In Situ kanker
Hoog-risico adenoom
Laag-risico adenoom
Geen precancereus letsel

Passende zorg bij verhoogd risico

Richtlijnen voor een risicostratificatie- en opvolgingssysteem

Het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker richt zich naar personen zonder verhoogd risico en zonder klachten. Indien er toch klachten zijn, moet men zich steeds tot de huisarts richten gezien hiervoor andere opvolging aangewezen kan zijn. Voor mensen met een verhoogd risico op dikkedarmkanker (familiaal verhoogd risico, genetisch verhoogd risico of chronische darmziekten) is de iFOBT mogelijk geen geschikt screeningsinstrument. Deze mensen hebben meer baat bij een opvolging door hun behandelende arts (en bijvoorbeeld een volledige coloscopie om de zoveel jaar). In de algemene folder die bij de uitnodigingsbrief wordt dit advies ook vermeld. Met behulp van de exclusielijsten van het BCR (coloscopie in afgelopen 10 jaar) zal een groot deel van de mensen met verhoogd risico die omwille van dat verhoogd risico zich laten opvolgen, geen uitnodiging ontvangen. Aangezien deze exclusielijsten 4 keer per jaar worden aangeleverd én mensen met verhoogd risico zich niet altijd bewust zijn van dit risico en/of zich niet laten opvolgen zullen toch een aanzienlijk deel van deze mensen een uitnodiging voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker ontvangen. Als zij zich dan niet afmelden bij het CvKO omwille van verhoogd risico, blijven zij in het uitnodigingsbestand zitten. De huisarts speelt een belangrijke rol in het sensibiliseren van personen met een verhoogd risico en een adequate doorverwijzing naar een specialist voor opvolging. De aangepaste richtlijn van Domus Medica (i.s.m. CvKO opgesteld) bevat ook een

aangepaste richtlijn voor personen risicofactoren of alarmsignalen en familiale belasting. Zie hiervoor onderstaande link naar de samenvattende steekkaart van deze richtlijn.

[Steekkaart Dikkedarmkanker Domus Medica.pdf \(bevolkingsonderzoek.be\)](#)

Overzicht bijlagen draaiboek Bevolkingsonderzoek Borstkanker

Bijlage 1

De publicatie van de taaltelefoon '[In duidelijk Nederlands spreken en schrijven voor iedereen](#)'

Bijlage 2

De publicatie '[Elkaar vinden](#)'

Bijlage 3

Voorbeeld resultaatsbrieven Bevolkingsonderzoek Borstkanker:

Technische recall

- Technische recall brief naar de ME – 1e lezer (bijlage volgt nog)
- [Technische recall brief naar de vrouw](#)
- [Technische recall afsluiting – arts](#)
- Technische recall afsluiting – 1^{ste} lezer (bijlage volgt nog)
- [Technische recall afsluiting naar de vrouw](#)

Niet goed maar kan niet beter

- [NGRNA – prothesen brief naar de arts](#), hiervan wordt een kopie verzonden naar de ME-1^{ste} lezer
- [NGRNA – prothesen brief naar de vrouw](#)
- [NGRNA – technische beperking brief naar de arts](#), hiervan wordt een kopie verzonden naar de ME-1^{ste} lezer
- [NGRNA – technische beperking brief naar de vrouw](#)

Niet-afwijkend resultaat

- [Brief niet-afwijkend naar de arts](#)
- Brief niet-afwijkend naar de ME – 1e lezer (bijlage volgt nog)
- [Brief niet-afwijkend naar de vrouw](#)

Afwijkend resultaat

- [Brief afwijkend resultaat naar de arts](#)
- Brief afwijkend resultaat naar de ME -1e lezer (bijlage volgt nog)
- [Brief afwijkend resultaat naar de vrouw](#)