

Bevolkingsonderzoeken naar kanker

BEREKENINGSWIJZE PERFORMANTIE-INDICATOREN



BEVOLKINGSONDERZOEK BORSTKANKER

TIJDIG
OPSPOREN
HELPT!



BEVOLKINGS
ONDERZOEK
BORSTKANKER



BEVOLKINGSONDERZOEK BORSTKANKER

INDICATOREN EN BEREKENINGSWIJZEN

Cluster 1

1.1	VOLLEDIGE DOELGROEP HERACLES	4
1.2	UITGESLOTEN PERSONEN	4
1.3	TOEGELATEN DOELGROEP HERACLES	5
1.4	UIT TE NODIGEN DOELGROEP HERACLES	5
1.5	UITGENODIGDE PERSONEN	5
1.6	TOTAAL AANTAL DEELNEMERS AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK BORSTKANKER	5
1.7	RESPONGSGRAAD	6
1.8	DEKKINGSGRAAD	6
1.9	PERCENTAGE 2-RONDEN-TROUW	6
1.10	PERCENTAGE 3-RONDEN-TROUW	7
1.11	PERCENTAGE INSTAPPERS NA NON-RESPONS IN VORIGE RONDE	7
1.12	PERCENTAGE VROUWEN UIT DE DOELGROEP DIE NOOIT DEELNAMEN	7

Cluster 2

2.1	TDH DEELNEMERS AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK BORSTKANKER	8
2.2	AANTAL KWALITEITSVOLLE MAMMOGRAFIEËN	8
2.3	DOSSIERS WAARBIJ DE VORIGE SCREENINGSMAMMOGRAFIEËN ZIJN MEEGELEVERD DOOR DE ME	8
2.4	OVERSCREENING	8
2.5	TOTAAL AANTAL GESCREENDE VROUWEN BUITEN HET BEVOLKINGSONDERZOEK	9

Cluster 3

3.1	VERWIJSCIJFER EN AANTAL AFWIJKENDE SCREENINGSRESULTATEN	10
3.2	BORSTKANKERDETECTIEGRAAD	10
3.3	INTERVALKANKERGRAAD	11
3.4	% INVASIEVE SCREENGEDETECTEERDE KANKERS	11
3.5	POSITIEF PREDICTIEVE WAARDE	11
3.6	SENSITIVITEIT VAN HET PROGRAMMA	12
3.7	SPECIFICITEIT VAN HET PROGRAMMA	12
3.8	HET PERCENTAGE GEVORDERDE INVASIEVE SCREEN GEDETECTEERDE KANKERS	12
3.9	DE GROOTTE VAN INVASIEVE SCREEN GEDETECTEERDE KANKERS	13
3.10	DE KLIERSTATUS VAN SCREENGEDETECTEERDE KANKERS	13

Cluster 4

4.1	TIJD TUSSEN SCREENING EN VERSTUREN VAN HET RESULTAAT	14
-----	--	----

Cluster 5

5.1	OPVOLGINGSGRAAD NA AFWIJKENDE MAMMOGRAFIE	15
5.2	OPVOLGINGSGRAAD BIJ SCREENGEDETECTEERDE KANKERS	15
5.3	BIOPSIEFREQUENTIE (%)	15
5.4	B/M-RATIO BIJ TUMORECTOMIE	16
5.5	KANS OP EEN MALIGNIE LETSEL BIJ BIOPSIENAME (%)	16
5.6	TERMIJN TUSSEN OPPUNTSTELLING EN HEELKUNDE BIJ SCREENGEDETECTEERDE KANKERS (%)	16
5.7	% PER TYPE HEELKUNDE PER STADIUM	17
5.8	% PER TYPE HEELKUNDE PER LEEFTIJDGROEP	17

ALGEMENE OPMERKING

Stratificatie volgens leeftijdsgroep en volgens eerste/vervolgscreening heeft de voorkeur. Dergelijke stratificatie wordt ook systematisch gevraagd voor alle indicatoren die werden geselecteerd voor internationale benchmarking (cf. CanScreen-ECIS project).

1.1 VOLLEDIGE DOELGROEP HERACLES

De personen die in het betreffende jaar op basis van hun geboortedatum en plaats van inschrijving (een gemeente in Vlaanderen) op 1 januari in aanmerking komen voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Deze populatie wordt gedefinieerd als de Volledige Doelgroep Heracles (VDH).

Alleen vrouwen met een geldig INSZ worden mee opgenomen in de analyses (inclusief vrouwen waarvan de geboortedatum niet exact gekend is maar wel het geboortjaar).

Internationale werknemers (EU-ambtenaren, NAVO-ambtenaren en grensarbeiders) kunnen mee opgenomen zijn in de VDH indien ze ingeschreven zijn in Vlaanderen en een geldig INSZ hebben. Indien dit niet geval is, zijn ze -net als andere mensen die niet in Vlaanderen zijn ingeschreven en/of geen geldig INSZ hebben- geen deel van de VDH.

Mensen met een bisnummer zijn geen deel van de VDH (nummers die toegekend worden aan personen die niet ingeschreven zijn in het rijksregister maar waarvoor toch informatie moet bijgehouden worden voor de sociale zekerheid).

Teller/noemer:

Teller: het aantal vrouwen die op 1/1/20XX in Vlaanderen wonen en in datzelfde jaar 49 t.e.m. 68 jaar zijn en dus dat jaar 50 t.e.m. 69 jaar oud worden.

Noemer: n.v.t.

Berekening:

n.v.t

1.2 UITGESLOTEN PERSONEN

De **uitgesloten personen** zijn mensen uit de VDH die op basis van de exclusiecriteria niet in aanmerking komen voor een uitnodiging voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Het kan gaan om: een screeningsmammografie, een diagnostische mammografie; een diagnose van borstkanker; een dubbelzijdige mastectomie; een onderzoek in het kader van opsporing van borstkanker bij asymptomatische vrouwen met sterk verhoogd risicoprofiel (mammografie, NMR of echografie). De uitsluitingen worden pas toegepast vanaf 2016. Voor de jaren voordien kan retrospectief worden bepaald welke vrouwen uitgesloten hadden kunnen worden zoals hierboven beschreven is.

Een eerdere uitnodiging voor screeningsmammografie wordt niet gezien als reden voor uitsluiting (dit wordt namelijk bekeken in de indicator "UIT TE NODIGEN DOELGROEP HERACLES").

Mensen van wie de uitsluiting afloopt in jaar 20XX zijn niet uitgesloten, hoewel zij slechts een paar maanden van het jaar 20XX ook effectief een uitnodiging kunnen krijgen.

De beschikbare gegevens van de IMA-databank voor borst, de kankerregistratiedatabank, het Cytohistopathologie register voor borst en de screeningsgegevens tot en met screeningsjaar 20XX worden gekoppeld met de VDH van 20XX. Op basis van deze koppeling wordt per exclusie criterium berekend hoeveel personen van de VDH heel het jaar 20XX uitgesloten waren. Indien er voor een persoon meerdere exclusiecriteria van toepassing waren, wordt enkel de exclusie met de langstlopende termijn weerhouden.

Voor de exclusie omwille van een screeningsmammografie, worden enkel de screeningsgegevens beschikbaar bij het CvKO in rekening genomen (en niet de IMA-gegevens). Dit betekent dat een screeningsmammografie uit een andere Belgische regio niet meegerekend wordt. Dit betekent dat het gegeven aantal uitgesloten personen eigenlijk iets hoger ligt.

Teller/noemer:

Teller: het aantal personen uit de VDH die gedurende het hele jaar 20XX uitgesloten zijn voor het Bevolkingsonderzoek Borstkanker

Noemer: VDH van het jaar 20XX

Berekening:

n.v.t

1.3 TOEGELATEN DOELGROEP HERACLES

De toegelaten doelgroep Heracles (TDH) bevat de personen uit de VDH die niet tot de uitgesloten personen behoren en daarom in het betreffende jaar in aanmerking komen voor een screeningsonderzoek. Niet elk van deze personen moet dit jaar een uitnodiging krijgen omdat een deel van hen een uitnodiging kreeg in het voorgaande.

Teller/noemer:

Teller: het aantal personen uit de VDH van jaar 20XX die niet het hele jaar uitgesloten zijn.

Noemer: VDH van het jaar 20XX

Berekening:

n.v.t

1.4 UIT TE NODIGEN DOELGROEP HERACLES

De personen uit de TDH van jaar 20XX die een uitnodiging moesten ontvangen in jaar 20XX. Voor elke persoon in de TDH wordt nagegaan of ze dit jaar een uitnodiging moet ontvangen. De vrouwen die geen uitnodiging moeten ontvangen maken deel uit van volgende groepen:

- Uitgenodigd in het vorige kalenderjaar (zonder opkomst)
- Vrouw heeft aan het CvKO laten weten dat ze geen uitnodigingen wil ontvangen
- Vrouw nam in 20XX deel via spoor 1 voordat de uitnodiging kon worden verstuurd.

Teller/noemer:

Teller: het aantal personen uit de TDH van jaar 20XX dat dit jaar een uitnodiging moet krijgen.

Noemer: TDH van het jaar 20XX

Berekening:

n.v.t

1.5 UITGENODIGDE PERSONEN

De **uitgenodigde vrouwen** zijn **alle** vrouwen aan wie een uitnodiging wordt gestuurd met een uitnodigingsdatum in het betreffende jaar. Het betreft dus het aantal uitnodigingen in de screeningsdatabank met een datum die valt in het betreffende jaar, zonder enige uitzondering.

Teller/noemer:

Teller: Aantal vrouwen aan wie een uitnodiging voor het betreffende jaar wordt gestuurd, opgesplitst al naar gelang ze deel uitmaken van de VDH en/of TDH.

Noemer: n.v.t.

Berekening:

n.v.t

1.6 TOTAAL AANTAL DEELNEMERS AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK BORSTKANKER

Dit zijn alle vrouwen die in het jaar 20XX gescreend worden in het BVO BK, ongeacht of ze deel uitmaakten van de TDH of de VDH.

Teller/noemer:

Teller: het aantal vrouwen in Heracles met een deelnamedatum die valt in het jaar 20XX, opgedeeld in drie categorieën a.d.h.v. hun aanwezigheid in VDH en TDH.

Noemer: n.v.t.

Berekening:

n.v.t

1.7 RESPONSGRAAD

Van "Uitgenodigde personen" van jaar 20XX wordt individueel gekeken of zij binnen 12 maanden na de uitnodigingsdatum deelneemt (datum deelname). Deze cijfers zijn voorlopig in september 20XX+1 en definitief vanaf 31/12/20XX+1 omdat iedereen met een uitnodigingsdatum in jaar 20XX vanaf dan één jaar opvolging zal hebben.

Teller/noemer:

Teller: alle personen uit de noemer met een deelname datum die minder of gelijk aan 12 maanden na de uitnodigingsdatum valt (of tot 6 weken ervoor*).

Noemer: Uitgenodigde personen (zie hoger)

*Deze toevoeging is nodig omdat een vrouw de brief reeds voor de gestelde afspraak ontvangt en dan onmiddellijk kan gaan.

Berekening:

Responsgraad = Teller/Noemer*100

1.8 DEKKINGSGRAAD

De totale dekkingsgraad geeft de proportie vrouwen uit de Volledige doelgroep Heracles 20XX weer die deelnamen aan het bevolkingsonderzoek in jaar 20XX of een mammografie of screening* buiten het bevolkingsonderzoek kregen in 20XX of niet in aanmerking kwamen voor screening in jaar 20XX omwille van een uitsluiting of een mammografie of screening* binnen of buiten het bevolkingsonderzoek in het voorgaande jaar.

Voor meer uitleg zie <http://bevolkingsonderzoek.incijfers.be>

Teller/noemer:

Teller: Het aantal vrouwen uit de noemer, opgesplitst als volgt in dalende prioriteit:

- Dekking door uitsluiting: hele jaar uitgesloten voor het bevolkingsonderzoek;
- Dekking door deelname (in vorige of huidige kalenderjaar);
- Dekking door bilaterale mammografie of screening* buiten het bevolkingsonderzoek (in het vorige of huidige kalenderjaar);
- Totale dekking: som van de drie bovenstaande vormen van dekking;
- Geen dekking: vrouwen die niet in één van bovenstaande categorieën vallen.

Elke vrouw wordt één keer geteld op basis van bovenstaande prioriteit. Een deelname in het huidige jaar wordt altijd geteld als deelname. Een deelname in het vorige jaar wordt alleen geteld als deelname als de vrouw niet uitgesloten was of er nadien geen bilaterale mammografie of screening* buiten het bevolkingsonderzoek, borstkankerdiagnose of bilaterale mastectomie plaatsvond in hetzelfde kalenderjaar

Noemer: VDH van 20XX.

Berekening:

Dekkingsgraad = Teller/Noemer*100.

*bilaterale mammografie (kan opportunistische screening of diagnostisch onderzoek zijn) of onderzoek (mammografie, NMR of echografie) van beide borsten in het kader van opsporing van borstkanker bij asymptomatische vrouwen met sterk verhoogd risicoprofiel

1.9 PERCENTAGE 2-RONDEN-TROUW

Van de vrouwen die opkwamen binnen 12 maanden na de vorige uitnodiging, wordt gekeken welke % ook opkomt binnen 12 maanden na de huidige uitnodiging. De minimumleeftijd in deze groep is 52 jaar, de maximumleeftijd is 69 jaar.

Teller/noemer:

Teller: de vrouwen uit de noemer die opkwamen binnen 12 maanden na de uitnodiging van 20XX. De teller is voorlopig in september 20XX+1 en definitief vanaf 31/12/20XX+1 omdat iedereen met een uitnodigingsdatum in jaar 20XX vanaf dan één jaar opvolging zal hebben.

Noemer: alle vrouwen die in de TDH 20XX zitten, een uitnodiging kregen in 20XX, al ooit eerder een uitnodiging kregen en opkwamen binnen 12 maanden na die vorige uitnodiging.

Berekening:

Percentage 2-ronden-trouw = Teller/Noemer*100.

1.10 PERCENTAGE 3-RONDEN-TROUW

Van de vrouwen die opkwamen binnen 12 maanden na hun uitnodiging van twee rondes geleden, wordt gekeken welke % ook opkomt binnen 12 maanden na de beide uitnodigingen die daarop volgen. De minimumleeftijd in deze groep is 54 jaar, de maximumleeftijd is 69 jaar.

Teller/noemer:

Teller: de vrouwen uit de noemer die opkwamen binnen 12 maanden na beide uitnodigingen die volgden op de oudste uitnodiging. De teller is voorlopig in september 20XX+1 en definitief vanaf 31/12/20XX+1 omdat iedereen met een uitnodigingsdatum in jaar 20XX vanaf dan één jaar opvolging zal hebben.

Noemer: alle vrouwen die in de TDH 20XX zitten, een uitnodiging kregen in 20XX, al ooit eerder een uitnodiging kregen, daarvoor óók al een uitnodiging kregen en opkwamen binnen 12 maanden na die oudste uitnodiging.

Berekening:

Percentage 3-ronden-trouw=Teller/Noemer*100.

1.11 PERCENTAGE INSTAPPERS NA NON-RESPONS IN VORIGE RONDE

Van de vrouwen die de vorige keer niet opkwamen na de uitnodiging, wordt gekeken welk % wel opkomt binnen 12 maanden na de uitnodiging van 20XX. De minimumleeftijd in deze groep is 52 jaar, de maximumleeftijd is 69 jaar.

Teller/noemer:

Teller: de vrouwen uit de noemer die opkwamen binnen 12 maanden na de uitnodiging van 20XX. De teller is voorlopig in september 20XX+1 en definitief vanaf 31/12/20XX+1 omdat iedereen met een uitnodigingsdatum in jaar 20XX vanaf dan één jaar opvolging zal hebben.

Noemer: alle vrouwen die in de TDH 20XX zitten, een uitnodiging kregen in 20XX, al ooit eerder een uitnodiging kregen en niet opkwamen binnen 12 maanden na die vorige uitnodiging.

Berekening:

Percentage instappers na non-respons in vorige ronde=Teller/Noemer*100.

1.12 PERCENTAGE VROUWEN UIT DE DOELGROEP DIE NOOIT DEELNAMEN

Dit zijn de vrouwen uit de VDH dat nog nooit deelnamen in een Belgische BVO en ook nog nooit een diagnostische screening lieten doen. Voor deze analyse wordt de VDH gekoppeld met de screeningsgegevens afkomstig van de regionale screeningsprogramma's en de IMA-gegevens om de vrouwen zonder screeningsmammografie en zonder diagnostische mammografie te identificeren

Er wordt geen rekening gehouden met andere onderzoeken die mogelijk ter hoogte van de borst worden uitgevoerd of al dan niet voorgeschiedenis van een borstkanker.

Er wordt geen rekening gehouden met de leeftijd van de vrouwen en het aantal uitnodigingen voor het bevolkingsonderzoek zij al dan niet ontvingen.

Teller/noemer:

Teller: Aantal vrouwen uit de noemer die nog nooit deelnamen in het BVO BK en ook nog nooit een diagnostische mammografie liet doen.

Noemer: De VDH van 20XX

Berekening:

n.v.t

2.1 TDH DEELNEMERS AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK BORSTKANKER

Dit zijn alle vrouwen die in het jaar 20XX gescreend worden in het BVO BK en deel uitmaken van de TDH. Dit is gelijk aan de indicator "DEELNEMERS AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK BORSTKANKER" voor zover men daar kijkt naar de selectie die deel uitmaakt van de TDH.

Teller/noemer:

Teller: het aantal vrouwen uit de noemer met in Heracles een deelnamedatum die valt in het jaar 20XX.

Noemer: alle vrouwen die in de TDH 20XX zitten

Berekening:

n.v.t

2.2 AANTAL KWALITEITSVOLLE MAMMOGRAFIEËN

Elke screeningsmammografie wordt door de tweede lezers op kwaliteit beoordeeld. Bij foto's die om technische redenen hernomen moesten worden, wordt de kwaliteit van de originele foto's genomen, niet de hernomen foto's.

Teller/noemer:

Teller: aantal vrouwen uit de noemer met mammografieën die door de 2de lezer als kwaliteitsvol bestempeld wordt.

Noemer: TDH-deelnemers aan het Bevolkingsonderzoek Borstkanker

Berekening: Percentage kwaliteitsvolle beelden= $\text{Teller/Noemer} \times 100$

2.3 DOSSIERS WAARBIJ DE VORIGE SCREENINGSMAMMOGRAFIEËN ZIJN MEEGELEVERD DOOR DE ME

De ME moet de vorige foto's meeleveren.

Teller/noemer:

Teller: aantal dossiers uit de noemer waar de vorige screeningsmammografieën geleverd worden door de ME in 20XX.

Noemer: Vrouwen uit de 20XX TDH die in 20XX deelnamen het Bevolkingsonderzoek Borstkanker en die de vorige screeningsmammografie lieten nemen in dezelfde ME als 20XX

Berekening:

Percentage = $\text{Teller/Noemer} \times 100$.

2.4 OVERSCREENING

Via het bevolkingsonderzoek worden vrouwen om de 2 jaar uitgenodigd voor een screeningsmammografie en bv. niet jaarlijks, onder andere om onnodige blootstelling aan straling te beperken. De overscreening geeft het aantal deelnemers aan het bevolkingsonderzoek weer die binnen de 2 jaar voorafgaand aan de deelname een bilaterale mammografie of screening* buiten het bevolkingsonderzoek lieten uitvoeren. Hierbij wordt niet de TDH-noemer gebruikt, omdat het verschil VDH/TDH voor een groot deel verklaard wordt door diagnostische screening die dus overscreening kan zijn.

Het aantal deelnemers (uit de 'VDH') aan het bevolkingsonderzoek in jaar 20XX met in de 20 maanden voor deelname facturatiegegevens voor een bilaterale mammografie of screening* buiten het bevolkingsonderzoek (op basis van IMA-gegevens) worden berekend. Hierbij wordt per deelnemer slechts 1 onderzoek weerhouden waarbij deze die het dichtst bij de deelname ligt prioriteit heeft.

Teller/noemer:

Teller: het aantal deelnemers uit de noemer dat een bilaterale mammografie of screening* buiten het bevolkingsonderzoek ondergingen in een periode ≤20 maanden voor de screeningsmammografie.

Noemer: Vrouwen uit de 20XX VDH die in 20XX deelnamen aan het bevolkingsonderzoek borstkanker

Analoog voor nieuwe screeningsmammografie ≤20 maanden na de vorige screeningsmammografie en analoog voor screeningsmammografie bij vrouw uitgesloten voor borstkanker of bilaterale mastectomie.

Berekening:

Percentage = $\text{Teller/Noemer} \times 100$.

*Bilaterale mammografie (kan opportunistische screening of diagnostisch onderzoek zijn) of onderzoek (mammografie, NMR of echografie) van beide borsten in het kader van opsporing van borstkanker bij asymptomatische vrouwen met sterk verhoogd risicoprofiel.

2.5 TOTAAL AANTAL GESCREENDE VROUWEN BUITEN HET BEVOLKINGSONDERZOEK

Het aantal uitgevoerde screenings buiten het bevolkingsonderzoek is moeilijk in te schatten aangezien hiervoor geen aparte nomenclatuurcode bestaat. In realiteit wordt de diagnostische mammografie (nomenclatuurcodes: 450096-450100; 461090-461101) ook gebruikt om asymptomatische vrouwen te screenen. Het aandeel screenings onder de diagnostische mammografieën is niet gekend. Wel kan berekend worden hoeveel vrouwen een bilaterale diagnostische mammografie (= mammografie buiten het bevolkingsonderzoek) hebben ondergaan (hetzij voor een diagnostische oppuntstelling, hetzij als een screening). Ook vrouwen die een onderzoek (mammografie, NMR of echografie) van beide borsten kregen in het kader van opsporing van borstkanker bij asymptomatische vrouwen met sterk verhoogd risicoprofiel (nomenclatuurcodes: 450354 - 450365; 459830 - 459841; 461134 - 461145) worden meegeteld.

Voor deze analyse worden facturatiegegevens van het IMA gekoppeld met de VDH. Hierbij wordt het aantal vrouwen met in jaar 20XX facturatiegegevens voor een bilaterale mammografie of screening* buiten het bevolkingsonderzoek berekend.

Mammografieën buiten het bevolkingsonderzoek die worden uitgevoerd binnen de 3 maanden na een screeningsmammografie worden niet in rekening gebracht, omdat deze mogelijk een opvolgingsonderzoek kunnen zijn na een afwijkende screeningsmammografie.

Teller/noemer:

Teller: Het aantal vrouwen uit de noemer dat in jaar 20XX een bilaterale mammografie* buiten het bevolkingsonderzoek liet uitvoeren.

Noemer: Vrouwen uit de 20XX VDH

Berekening:

Percentage = $\text{Teller/Noemer} \times 100$.

*Voor vrouwen met sterk verhoogd risicoprofiel (bij wie de nomenclatuur daarvan is aangevraagd) kan het ook om andere onderzoeken gaan: mammografie, NMR of echografie

Afhankelijk van het screeningsresultaat wordt onderstaand algoritme opgesteld om gediagnosticeerde borstkankers in het BVO BK onder te verdelen in screengedetectede kankers of intervalkankers na de deelnemers te koppelen met de kankerregistratiedatabank en het CHP- borst.

- Na een negatieve screeningsmammografie: Indien er een borstkanker wordt teruggevonden in de kanker- registratiedatabank binnen de 24 maanden na de datum van de screeningsmammografie (tenzij eerder dan 24 maanden een nieuwe SMX wordt gedaan), wordt deze beschouwd als een intervalkanker.
- Na een afwijkende mammografie: Eerst worden de afwijkende screeningsmammografieën gekoppeld met de nomenclatuurgegevens voor borst, het CHP-borst en de kankerregistratiedatabank om de eerste follow-up te identificeren. Alle 1e vervolgonderzoeken die binnen de 30 dagen van elkaar plaatsvonden worden als 1e follow-up beschouwd:
 - Indien er een incidentiedatum voor een borstkanker gevonden wordt binnen de 3 maanden na de 1e follow-up en ten laatste 24 maanden na de screeningsdatum, wordt deze als een screengedetectede kanker beschouwd.
 - Indien er meer dan 3 maanden na de 1e follow-up een incidentiedatum voor een borstkanker gevonden wordt, wordt deze als een intervalkanker beschouwd als die ten laatste 24 maanden na de screeningsdatum wordt gevonden

Een intervalkanker na een niet-afwijkende screening hoeft niet noodzakelijk te betekenen dat een kanker gemist wordt. Bij intervalkankers kan onderscheid gemaakt worden tussen:

- Gemiste kanker: kanker wordt niet gezien op de screeningsmammografie;
- Minimale tekens: er waren aanwijzingen, maar nog niet voldoende verdacht op het moment van de screening;
- Echte intervalkanker: de kanker heeft zich pas na de screening ontwikkeld.
- Radiografisch occulte kanker: de kanker is gewoon niet met mammografie te zien (dit is een uiterst zeldzame categorie)

Tumorkarakteristieken zoals het stadium van de kankers, zijn enkel beschikbaar via de kankerregistratiedatabank en niet via het CHP-borst. De kankerregistratiedatabank loopt iets achter op het CHP. Het stadium is een gecombineerd klinisch en pathologisch stadium waarbij wordt voorrang gegeven aan pTNM tenzij er klinisch metastasen zijn (cM1).

Opmerking: Lobulair carcinoma in situ (LCIS; ICD-10: D05.0) van de borst wordt niet meegeteld als borstkanker in het BVO.

3.1 VERWIJSCIJFER EN AANTAL AFWIJKENDE SCREENINGSRESULTATEN

Het aanvaardbare niveau van doorverwijzing bij eerste deelname is volgens Europese richtlijnen maximaal 7% (wenselijk: 5%). Bij vervolgscreening is het maximum 5% (wenselijk: 3%).

Teller/noemer:

Teller: Aantal screeningsmammografieën uit de noemer waarbij een afwijking wordt vastgesteld die verdere op puntstelling vereist.

Noemer 1: TDH-deelnemers met eerste deelname in jaar 20XX.

Noemer 2: TDH-deelnemers met vervolgscreening in jaar 20XX.

Berekening:

Verwijscijfer eerste ronde = $\text{Teller} / \text{Noemer 1} * 100$

Verwijscijfer vervolgronde = $\text{Teller} / \text{Noemer 2} * 100$

3.2 BORSTKANKERDETECTIEGRAAD

Volgens de Europese richtlijnen, wordt de borstkankerdetectiegraad gedefinieerd als het aantal primaire in situ en invasieve letsels dat gedetecteerd wordt via screening per 1.000 gescreende vrouwen. Voor vrouwen die voor het eerst deelnemen aan de screening zou volgens deze richtlijnen een kankerdetectiegraad moeten worden gehaald van minstens 3x de achtergrondincidentie (=BIR: dit is de incidentie in afwezigheid van screening).

Voor vrouwen met een vervolgscreening (dit zijn vrouwen die minstens 2x deelnamen) wordt een kankerdetectiegraad van minstens 1,5x de achtergrondincidentieincidentiegraad vooropgesteld. Vanaf 1999 zijn kankerincidentiecijfers beschikbaar bij BCR voor Vlaanderen. De borstkankerincidentie voor 1999 en 2000 kan echter niet als achtergrondincidentie gebruikt worden vermits er toen al lokale screeningsinitiatieven aan de gang waren. Als achtergrondincidentie wordt daarom de schatting voor de Belgische borstkankerincidentie voor 1995 van het IARC gebruikt. Deze voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie (volgens de 'World Standardized Rate' = WSR, zie verder) bedraagt 2,3/1.000 voor de leeftijd 50-69 jaar. Wanneer vergeleken wordt met de achtergrondincidentie voor borstkanker, worden de cijfers voor leeftijd gestandaardiseerd (volgens de 'World Standard population' (WSR, <http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/glossary.htm>). Deze standaardisatie laat toe te corrigeren voor variaties in leeftijd, die voorkomen tussen verschillende populaties en die de resultaten zouden kunnen beïnvloeden. Het geeft ons de resultaten die verkregen zouden worden indien de bestudeerde populatie dezelfde leeftijdsstructuur zou hebben als de standaardpopulatie (WSR).

Bij de berekening van de borstkankerdetectiegraad wordt de teller gesplitst tussen in situ en invasieve borstkankers.

Teller/noemer:

Teller: het aantal gedetecteerde borstkankers (in situ/invasief) bij vrouwen uit de noemer

Noemer 1: TDH-deelnemers met eerste deelname in jaar 20XX.

Noemer 2: TDH-deelnemers met vervolg deelname in jaar 20XX.

Berekening:

Borstkankerdetectiegraad eerste ronde = $\text{Teller} / \text{Noemer1} * 1000$

Borstkankerdetectiegraad vervolg ronde = $\text{Teller} / \text{Noemer2} * 1000$

3.3 INTERVALKANKERGRAAD

Het aantal intervalkankers per screeningsjaar en de intervalkankergraad per 1.000 deelnames wordt berekend. Bij de berekening van de intervalkankergraad wordt de teller gesplitst tussen intervalkankers na een verdachte screening en na een niet-verdachte screening, daarvoor wordt de noemer ook gesplitst (per 1000 deelnames met resultaat verdacht of niet-verdacht).

Teller/noemer:

Teller: het aantal intervalkankers bij de vrouwen van de noemer

Noemer: TDH-deelnemers in jaar 20XX.

Berekening:

Intervalkankergraad = $\text{Teller} / \text{Noemer1} * 1000$

3.4 % INVASIEVE SCREENGEDETECTEERDE KANKERS

De Europese richtlijnen stellen dat het percentage invasieve screengedetecteerde kankers tussen 80-90% moet liggen. Screengedetecteerde kankers geïdentificeerd na koppeling met de kankerregistratiedatabank en het CHP-borst.

Teller/noemer:

Teller: Aantal invasieve screengedetecteerde kankers bij de vrouwen van de noemer.

Noemer: Alle invasieve en/of in-situ screengedetecteerde kankers bij TDH-deelnemers met screening in jaar 20XX.

Berekening:

% Invasieve screengedetecteerde kankers = $\text{Teller} / \text{Noemer} 1 * 100$

3.5 POSITIEF PREDICTIEVE WAARDE

De doelgroep van het Bevolkingsonderzoek Borstkanker zijn vrouwen zonder klachten en zonder verhoogd risico. Om de voordelen van het bevolkingsonderzoek te laten opwegen tegen de nadelen, moet zoveel mogelijk vermeden worden dat gezonde personen onnodig een bijkomend onderzoek of zelfs behandeling moeten ondergaan. Van de personen aan wie verder onderzoek wordt aangeraden moet dus na het vervolgonderzoek bij een zo groot mogelijk percentage werkelijk sprake zijn van de op te sporen aandoening, in dit geval borstkanker. De positief predictieve waarde (PPW) geeft aan bij welk percentage van de vrouwen voor wie verder onderzoek aangewezen was, werkelijk borstkanker is vastgesteld. De positief voorspellende waarde wordt berekend voor vrouwen die voor de eerste maal deelnamen aan de screening en vrouwen die reeds meerdere screenings kregen. Deze analyse wordt uitgevoerd op vrouwen die tot de TDH behoren.

Teller/noemer:

Teller: het aantal gedetecteerde borstkankers (in situ/invasief) bij vrouwen uit de noemer

Noemer: TDH-deelnemers met een verdachte screening in jaar 20XX.

Berekening:

$PPW = \text{Teller} / \text{Noemer} * 100$

3.6 SENSITIVITEIT VAN HET PROGRAMMA

De sensitiviteit van het programma geeft de gevoeligheid van het programma weer om een borstkanker te detecteren, wanneer deze aanwezig is. Naast de globale sensitiviteit wordt ook het onderscheid gemaakt tussen de sensitiviteit bij een eerste screening en een vervolgscreening. Deze analyse wordt uitgevoerd op vrouwen die tot de TDH behoren.

Teller/noemer:

Teller: Het aantal screengedetecteerde kankers bij mensen uit de noemer.

Noemer1: TDH-deelnemers met een screening in jaar 20XX en een daarbij horende screengedetecteerde kanker of intervalkanker.

Noemer2: TDH-deelnemers met een eerste screening in jaar 20XX waarbij een screengedetecteerde kanker of intervalkanker wordt geconstateerd.

Noemer3: TDH-deelnemers met een vervolg screening in jaar 20XX waarbij een screengedetecteerde kanker of intervalkanker wordt geconstateerd.

Berekening:

Sensitiviteit globaal = $\text{Teller} / \text{Noemer1} * 100$

Sensitiviteit eerste rondes = $\text{Teller} / \text{Noemer2} * 100$

Sensitiviteit vervolg rondes = $\text{Teller} / \text{Noemer3} * 100$

3.7 SPECIFICITEIT VAN HET PROGRAMMA

De specificiteit van het programma geeft de mate weer waarin een vrouw zonder borstkanker ook werkelijk een negatief screeningsresultaat zal hebben. Hoe hoger de specificiteit van het programma, hoe lager het aantal vals positieve mammografieën. Het aantal vals positieve mammografieën zijn alle afwijkende mammografieën waar geen kankerdiagnose aan gekoppeld wordt (ongeacht of die diagnose als screen gedetecteerde kanker of intervalkanker wordt gezien). Naast de globale specificiteit wordt ook het onderscheid gemaakt tussen de specificiteit bij een eerste deelname BVO en een vervolg deelname BVO.

Deze analyse wordt uitgevoerd op vrouwen die tot de TDH behoren.

Teller/noemer:

Teller: Het aantal niet-verdachte screenings van 20XX van mensen uit de noemer.

Noemer 1: TDH-deelnemers met een screening in jaar 20XX waarvoor geen screengedetecteerde kanker of intervalkanker wordt geconstateerd.

Noemer 2: TDH-deelnemers met een eerste ronde screening in jaar 20XX waarvoor geen screengedetecteerde kanker of intervalkanker wordt geconstateerd.

Noemer 3: TDH-deelnemers met een vervolg screening in jaar 20XX waarvoor geen screengedetecteerde kanker of intervalkanker wordt geconstateerd.

Berekening:

Specificiteit globaal = $\text{Teller} / \text{Noemer1} * 100$

Specificiteit eerste rondes = $\text{Teller} / \text{Noemer2} * 100$

Specificiteit vervolg rondes = $\text{Teller} / \text{Noemer3} * 100$

3.8 HET PERCENTAGE GEVORDERDE INVASIEVE SCREEN GEDETECTEERDE KANKERS

Borstkankers met een lager stadium hebben een betere prognose en vereisen een minder ingrijpende behandeling. Voor de invasieve borstkankers die gevonden zijn bij vrouwen die voor het eerst deelnemen aan de screening, stellen de Europese richtlijnen dat minder dan 30% van alle gevonden kankers (waarbij het stadium bekend is) van stadium II of hoger mag zijn. Voor de invasieve borstkankers gevonden bij vrouwen met een vervolgscreening wordt een maximum van 25% als norm aangehouden.

Deze analyse wordt uitgevoerd op vrouwen die tot de TDH behoren en het stadium in deze analyse baseert zich enkel op de pTNM (de pathologische TNM ipv de klinische).

Teller/noemer:

Teller: Het aantal screengedetectede kankers van stadium II of hoger bij mensen uit de noemer.

Noemer 1: TDH-deelnemers met een eerste ronde screening in jaar 20XX waarvoor een invasieve screengedetectede kanker wordt geconstateerd.

Noemer 2: TDH-deelnemers met een vervolg ronde screening in jaar 20XX waarvoor een invasieve screengedetectede kanker wordt geconstateerd.

Berekening:

Percentage gevorderde invasieve kankers eerste rondes= $\text{Teller}/\text{Noemer1} \times 100$

Percentage gevorderde invasieve kankers vervolg rondes= $\text{Teller}/\text{Noemer2} \times 100$

3.9 DE GROOTTE VAN INVASIEVE SCREEN GEDETECTEERDE KANKERS

De grootte van de borsttumoren op het moment van opsporing is van groot belang voor het behandelplan (meer of minder ingrijpend voor de patiënte) en de kans op genezing. Bij screening moet worden gestreefd naar een zo groot mogelijk percentage ≤ 10 mm van alle invasieve tumoren. Volgens de Europese richtlijnen is het wenselijk dat minstens 25% van de invasieve tumoren gedetecteerd bij eerste deelname ≤ 10 mm is. Voor vrouwen met een vervolgscreening is minstens 25% aanvaardbaar en 30% wenselijk.

Deze analyse wordt uitgevoerd op vrouwen die tot de TDH behoren en het stadium in deze analyse baseert zich enkel op grootte van de pTNM (de pathologische TNM i.p.v. de klinische).

Teller/noemer:

Teller: Het aantal screengedetectede kanker met een grootte ≤ 10 mm bij mensen uit de noemer.

Noemer 1: TDH-deelnemers met een eerste ronde screening in jaar 20XX waarvoor een invasieve screengedetectede kanker wordt geconstateerd.

Noemer 2: TDH-deelnemers met een vervolg ronde screening in jaar 20XX waarvoor een invasieve screengedetectede kanker wordt geconstateerd.

Berekening:

Percentage ≤ 10 mm invasieve kankers eerste rondes= $\text{Teller}/\text{Noemer1} \times 100$

Percentage ≤ 10 mm invasieve kankers vervolg rondes= $\text{Teller}/\text{Noemer2} \times 100$

3.10 DE KLIERSTATUS VAN INVASIEVE SCREENGEDETECTEERDE KANKERS

Ook de klierstatus is van groot belang voor de prognose en behandeling. Bij een screening moet een zo hoog mogelijk percentage van de gevonden invasieve kankers geen aangetaste lymfeklieren hebben. De Europese richtlijnen stellen dat bij meer dan 70% van de invasieve kankers, gevonden bij vrouwen met een eerste screening, de klierstatus negatief moet zijn. Bij vrouwen met een vervolgscreening moet bij minstens 75% van de gevonden invasieve kankers sprake zijn van een negatieve klierstatus.

Deze analyse wordt uitgevoerd op vrouwen die tot de TDH behoren en de klierstatus in deze analyse baseert zich enkel op de pN waarde van de pTNM (de pathologische TNM i.p.v. de klinische).

Teller/noemer:

Teller: Het aantal screengedetectede kanker met een negatieve klierstatus bij mensen uit de noemer.

Noemer 1: TDH-deelnemers met een eerste ronde screening in jaar 20XX waarvoor een invasieve screengedetectede kanker wordt geconstateerd.

Noemer 2: TDH-deelnemers met een vervolg ronde screening in jaar 20XX waarvoor een invasieve screengedetectede kanker wordt geconstateerd.

Berekening:

Percentage negatieve klieren invasieve kankers eerste rondes= $\text{Teller}/\text{Noemer1} \times 100$

Percentage negatieve klieren invasieve kankers vervolg rondes= $\text{Teller}/\text{Noemer2} \times 100$

4.1 TIJD TUSSEN SCREENING EN VERSTUREN VAN HET RESULTAAT

Het aanvaardbare niveau van wachttijd ligt volgens de Europese richtlijnen op maximaal 14 kalenderdagen, en 90% moet die norm halen. Daarom wordt per screening gemeten hoelang het duurt voordat het resultaat op de post gedaan wordt.

Teller/noemer:

Teller: alle personen uit de noemer bij wie de datum van resultaatsmededeling minder of gelijk aan 14 dagen na de screeningsdatum val.

Noemer: TDH-deelnemers aan het Bevolkingsonderzoek Borstkanker (zie hoger)

Berekening:

Percentage tijdige verwerking = $\text{Teller/Noemer} \times 100$

5.1 OPVOLGINGSGRAAD NA AFWIJKENDE MAMMOGRAFIE

De opvolgingsgraad geeft het percentage afwijkende screeningsmammografieën weer waarvoor binnen de 12 maanden een vervolgonderzoek plaatsvond. Deze analyse wordt uitgevoerd op vrouwen die tot de TDH behoren en bij de opvolgingstermijn wordt onderscheid gemaakt tussen het aantal maanden na de screeningsmammografie waarbinnen het vervolgonderzoek plaatsvond (≤ 1 maand, ≤ 2 maanden, ≤ 12 maanden).

Teller/noemer:

Teller 1: alle personen uit de noemer bij wie de eerste datum van vervolgonderzoeken binnen de 1 maand na de screeningsdatum valt.

Teller 2: alle personen uit de noemer bij wie de eerste datum van vervolgonderzoeken binnen de 2 maanden na de screeningsdatum valt.

Teller 3: alle personen uit de noemer bij wie de eerste datum van vervolgonderzoeken binnen de 12 maanden na de screeningsdatum valt.

Noemer: TDH-deelnemers met een verdachte screening in jaar 20XX.

Berekening:

Percentage opvolging binnen 1 maand = $\text{Teller1} / \text{Noemer} * 100$

Percentage opvolging binnen 2 maanden = $\text{Teller2} / \text{Noemer} * 100$

Percentage opvolging binnen 12 maanden = $\text{Teller3} / \text{Noemer} * 100$

5.2 BIOPSIEFREQUENTIE (%)

Het aantal en percentage biopsieafnames is belangrijk om te monitoren omdat het niet te hoog mag liggen. Deze analyse wordt uitgevoerd op vrouwen die tot de TDH behoren.

Teller/noemer:

Teller: Het aantal keer een biopsienamname plaatsvond bij mensen uit de noemer

Noemer: TDH-deelnemers met een verdachte screening in jaar 20XX en waarvan gekend is dat er een vervolgonderzoek plaatsvond.

Berekening:

Biopsiefrequentie = $\text{Teller} / \text{Noemer} * 100$

5.3 BENIGNE TOT MALIGNIE BIOPSIE RATIO

De Europese normen stellen dat voor de benigne-maligne biopsieratio voor open biopsies een ratio $\leq 1:2$ ($\leq 33\%$) aanvaardbaar is en $\leq 1:4$ ($\leq 20\%$) wenselijk is. Aangezien tumorectomieën als open biopsies beschouwd kunnen worden, wordt nagekeken wat deze ratio is indien een tumorectomie gefactureerd wordt. Deze analyse wordt uitgevoerd op vrouwen die tot de TDH behoren.

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

TDH-deelnemers met een verdachte screening in jaar 20XX en waarvan gekend is dat er een vervolgonderzoek plaatsvond.

Berekening:

B/M-RATIO = $\text{Teller} / \text{Teller} * 100$

5.4 KANS OP EEN MALIGNE LETSEL BIJ BIOPSIENAME (%)

Vrouwen met een afwijkende mammografie worden gekoppeld met het CHP-borst om het aantal en de aard van het gedetecteerde letsel te bepalen (benigne of maligne).

Teller/noemer:

Teller: Aantal maligne letsels gedetecteerd na een afwijkende screeningsmammografie

Noemer: Totaal aantal letsels gedetecteerd na een afwijkende screeningsmammografie

Berekening:

Kans op maligne letsel bij biopsiename (%) = $\text{Teller}/\text{Noemer} \times 100$

5.5 TERMIJN TUSSEN OPPUNTSTELLING EN HEELKUNDE BIJ SCREENGEDETECTEERDE KANKERS (%)

Om de termijn tussen het eerste vervolgonderzoek van de afwijkende screening en de heilkunde te evalueren worden de screeningsresultaten gekoppeld met het CHP-borst en de IMA-databank. Het is belangrijk dat die termijn klein is, om geen onnodige stress te creëren. Deze analyse wordt uitgevoerd op vrouwen die tot de TDH behoren. Ook moet de bedenking worden gemaakt dat sommige heilkunde pas wordt gedaan na een pre-adjuvante chemo. In die gevallen is het dus niet redelijk om te verwachten dat heilkunde binnen een maand na diagnose wordt gepland.

Teller/noemer:

Teller1: alle personen uit de noemer bij wie de eerste datum van heilkunde binnen de 1 week na de eerste datum van oppuntstelling valt.

Teller2: alle personen uit de noemer bij wie de eerste datum van heilkunde binnen de 1 maand na de eerste datum van oppuntstelling valt.

Teller3: alle personen uit de noemer bij wie de eerste datum van heilkunde binnen de 2 maanden na de eerste datum van oppuntstelling valt.

Noemer: TDH-deelnemers van jaar 20XX met een screeningsgedetecteerde kanker.

Berekening:

Percentage heilkunde binnen 1 week = $\text{Teller1}/\text{Noemer} \times 100$

Percentage heilkunde binnen 1 maand = $\text{Teller2}/\text{Noemer} \times 100$

Percentage heilkunde binnen 2 maanden = $\text{Teller3}/\text{Noemer} \times 100$

5.6 % BORSTSPARENDE EN NIET BORSTSPARENDE OPERATIES PER STADIUM

Het is belangrijk dat borstsparende operaties worden gebruikt indien mogelijk (hoewel de voorkeur van de vrouw altijd bepalend is). Daarom wordt dit gemonitord.

Teller/noemer:

Teller1: alle personen uit de noemer met een borstsparende operatie.

Teller2: alle personen uit de noemer met een niet borstsparende operatie.

Noemer1: TDH-deelnemers van jaar 20XX met een screeningsgedetecteerde kanker.

Noemer2: TDH-deelnemers van jaar 20XX met een invasieve screeningsgedetecteerde kanker.

Noemer3: TDH-deelnemers van jaar 20XX met een invasieve screeningsgedetecteerde kanker stadium 1.

Noemer4: TDH-deelnemers van jaar 20XX met een invasieve screeningsgedetecteerde kanker stadium 2 of hoger.

Berekening:

Globaal % borstsparende operaties = $\text{Teller1}/\text{Noemer1} \times 100$

% borstsparende operaties bij invasieve kankers = $\text{Teller1}/\text{Noemer2} \times 100$

% borstsparende operaties bij 1 kankers stadium = $\text{Teller1}/\text{Noemer3} \times 100$

% borstsparende operaties bij kankers stadium 2 of hoger = $\text{Teller1}/\text{Noemer4} \times 100$

Globaal % niet borstsparende operaties = $\text{Teller2}/\text{Noemer1} \times 100$

% niet borstsparende operaties bij invasieve kankers = $\text{Teller2}/\text{Noemer2} \times 100$

% niet borstsparende operaties bij 1 kankers stadium = $\text{Teller2}/\text{Noemer3} \times 100$

% niet borstsparende operaties bij kankers stadium 2 of hoger = $\text{Teller2}/\text{Noemer4} \times 100$

BEVOLKINGSONDERZOEK BAARMOEDER- HALSKANKER

TIJDIG
OPSPOREN
HELPT!



BEVOLKINGS
ONDERZOEK
BAARMOEDER
HALSKANKER



BEVOLKINGSONDERZOEK BAARMOEDERHALSKANKER

INDICATOREN EN BEREKENINGSWIJZEN

Cluster 1

1.1	VOLLEDIGE DOELGROEP HERACLES (VDH)	20
1.2	UITGESLOTEN PERSONEN	20
1.3	TOEGELATEN DOELGROEP HERACLES	21
1.4	UIT TE NODIGEN DOELGROEP HERACLES	21
1.5	UITGENODIGDE VROUWEN	21
1.6	WEIGERINGEN	21
1.7	DEELNEMERS AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK BAARMOEDERHALSKANKER	22
1.8	RESPONSGRAAD	22
1.9	DEKKINGSGRAAD	22
1.10	DEKKINGSGRAAD WHO-DOELSTELLING	23
1.11	SCREENINGSINTENSITEIT	24

Cluster 2

2.1	KWALITEIT VAN DE SCREENING	25
2.1.1.	Aantal stalen van onvoldoende kwaliteit	25
2.2	AANTAL ONDERZOEKEN	25
2.2.1.	Aantal uitstrijkjes per indicatie (terugbetaalde en niet-terugbetaalde uitstrijkjes)	25
2.2.2.	Aantal uitstrijkjes per leeftijdscategorie	26
2.2.3.	Aantal uitstrijkjes per staafnemer (Huisarts / gynaecoloog)	26
2.2.4.	Overscreening	26
2.2.5.	Onterechte cotesting	27
2.2.6.	Volledigheid HPV-CHP	27

Cluster 3

3.1	AFWIJKENDE SCREENINGRESULTATEN EN PERCENTAGE DOORVERWIJZING	29
3.1.1.	Aantal en percentage afwijkende screeningsresultaten	29
3.1.2.	Primaire HPV screening	31
3.2	KANKERDETECTIE	31
3.2.1.	Aantal tumoren	31
3.2.2.	Incidentie	31
3.2.3.	Gestandaardiseerde incidentie voor alle leeftijden, Vlaanderen	32
3.2.4.	Mortaliteit baarmoederhalskanker, Vlaanderen	32
3.2.5.	Leeftijdsspecifieke incidentie, Vlaanderen	32
3.3	TUMORKARAKTERISTIEKEN	32
3.3.1.	Histologisch type	32
3.3.2.	HPV-negatieve tumoren	32
3.3.3.	Tumoren bij deelnemers en niet-deelnemers	33
3.3.4.	Intervalkankers	33
3.3.5.	Vergelijking tumorkarakteristieken voor de verschillende groepen	34
3.4	POSITIEF VOORSPELLENDE WAARDE	35
3.5	SENSITIVITEIT VAN HET PROGRAMMA	36
3.6	SPECIFICITEIT VAN HET PROGRAMMA	36

Cluster 4

4.1	VOLLEDIGHEID AANGELEVERDE GEÏNTEGREERDE ADVIEZEN	38
4.2	RESULTAATSMEDEDELING	38
	4.2.1. Aan de vrouw zelf	38
	4.2.2. Aan de GMD huisarts	38
4.3	DOORLOOPTIJD	38
	4.3.1. % resultaten < 25KD tussen staalname en doorsturen naar deelnemer en GMD arts en < 40 KD indien reflextest	38
	4.3.2. % resultaten < 15 KD tussen staalname en doorsturen naar BCR en < 30 KD indien reflextest	38
	4.3.3. % resultaten < 5KD tussen ontvangst BCR en doorsturen naar CvKO	38
	4.3.4. % resultaten < 5KD tussen ontvangst CvKO en doorsturen naar deelnemer en GMD arts;	39

Cluster 5

5.1	FOLLOW-UP EN DIAGNOSTIEK	40
	5.1.1. Overzicht van de types vervolgonderzoeken	40
	5.1.2. Aantal screeningsuitstrijkjes met een afwijkend resultaat met een vervolgonderzoek	41
5.2	BEHANDELING	41
5.3	OPVOLGING FAALVEILIGHEID	42
5.4	COLPOSCOPIEN VAN ONVOLDOENDE KWALITEIT	43

Cluster 6

6.1	Aantal klachten	44
-----	-----------------	----

ALGEMENE OPMERKING

Op basis van de beschikbare wetenschappelijke evidentie heeft de Interministeriële conferentie op 6/12/2022 beslist om voor baarmoederhalskankerscreening over te schakelen van cytologische screening naar primaire HPV-screening. Vanaf 1/1/2025 worden vrouwen binnen de leeftijd van 30-64 jaar niet meer gescreend door driejaarlijkse cytologie waarbij de aanwezigheid van afwijkende cellen gedetecteerd wordt, maar d.m.v. een vijfjaarlijkse initiële HPV-test die de aanwezigheid van hoog-risico humaan papillomavirus (hrHPV) opspoort, gevolgd door reflex cytologie op hetzelfde staal indien hoogrisico HPV werd aangetoond. Voor vrouwen binnen de leeftijd van 25-29 jaar blijft de driejaarlijkse cytologie-screening behouden.

Deze overschakeling naar primaire HPV-screening gaat gepaard met een aantal noodzakelijke (organisatorische) aanpassingen in de baarmoederhalskankerscreening. Deze aanpassingsfase wordt ook aangegrepen om naast de noodzakelijke aanpassingen een aantal bijkomende operationele of organisatorische wijzigingen door te voeren om de efficiëntie en de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek te verbeteren.

Bijgevolg zijn er een aantal nieuwe indicatoren en een aantal bestaande indicatoren die gewijzigd moeten worden. De berekeningswijze van indicatoren die nog ontbreken of nog niet vastgelegd zijn, zijn aangeduid met een '[*]'.

1.1. VOLLEDIGE DOELGROEP HERACLES (VDH)

Voor de analyses in het jaarrapport worden alleen de vrouwen die op 1 januari van het betreffende jaar in Vlaanderen wonen en in datzelfde jaar 25 t.e.m. 64 jaar worden, weerhouden. Deze populatie wordt gedefinieerd als de Volledige Doelgroep Heracles (VDH). Alleen vrouwen met een geldig INSZ worden mee opgenomen in de analyses (inclusief personen waarvan de geboortedatum niet exact gekend is maar wel het geboortjaar. Mensen met een bisnummer maken geen deel uit de VDH. Bisnummers zijn nummers die toegekend worden aan personen die niet ingeschreven zijn in het rijksregister maar waarvoor toch informatie moet bijgehouden worden voor de sociale zekerheid. Een bisnummer is op dezelfde manier samengesteld als het rijksregisternummer, maar de geboortemaand is verhoogd met 20 of 40. Internationale werknemers (EU ambtenaren, NAVO-ambtenaren en grensarbeiders) zijn mee opgenomen in de VDH indien ze gedomicilieerd zijn in Vlaanderen. Indien dit niet geval is, worden ze niet meegerekend in de VDH en dus ook niet vermeld in rapportering van cijfers met betrekking tot deze VDH.

Teller/noemer:

Teller: aantal vrouwen die op 1/1/20xx in Vlaanderen wonen en in datzelfde jaar 25 t.e.m. 64 jaar worden en die een geldige INSZ hebben.

Noemer:

n.v.t.

De resultaten worden gestratificeerd naar 5-jaars leeftijdscategorie.

1.2. UITGESLOTEN PERSONEN

De **uitgesloten personen** zijn de vrouwen uit de volledige doelgroep Heracles die op basis van de exclusiecriteria niet in aanmerking komen voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker.

Voor alle vrouwen uit de volledige doelgroep Heracles wordt nagegaan of ze voldoen aan de uitsluitingscriteria. Dit gebeurt op basis van een retrograde uitsluitingslijst. Dit is een uitsluitingslijst van de volledige doelgroep Heracles op basis van de meest recente beschikbare databanken. Retrospectief wordt met alle op dat moment gekende geldende uitsluitingen rekening gehouden. Een deel van de personen met retrograde uitsluitingen kan daarom wel een uitnodiging gekregen hebben voor het bevolkingsonderzoek.

De retrograde uitsluitingen van het jaar 20xx bevatten alle vrouwen die gedurende het hele jaar 20xx uitgesloten waren. Als er voor een persoon meerdere exclusiecriteria geldig waren, werd alleen de exclusie met de langstlopende termijn meegerekend. De criteria voor definitieve uitsluiting hebben altijd prioriteit.

De IMA-databank voor baarmoederhalskanker, de kankerregistratiedatabank en het HPV-cytohistopathologie register voor baarmoederhalskanker worden gekoppeld met de VDH van 20xx. Op basis van deze koppeling wordt per exclusie criterium berekend hoeveel personen van de VDH heel het jaar 20xx uitgesloten waren.

Exclusiecriteria:

- Definitieve uitsluiting om een van de volgende redenen (ten laatste op 31/12 van vorig kalenderjaar):
 - baarmoederhals verwijderd;
 - invasieve baarmoeder(hals)kanker;
 - een in situ baarmoederhalskanker [alleen voor screeningsjaar 2013 t.e.m. 2018, niet meer vanaf screeningsjaar 2019]
- Geen deelname nodig wegens een deelname in de loop van de twee (*) voorafgaande kalenderjaren.

Teller/noemer:

Teller: Aantal vrouwen uit de volledige doelgroep Heracles die uitgesloten zijn voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker in het betrokken jaar omdat ze voldoen aan bovenstaande exclusiecriteria. De criteria voor definitieve uitsluiting hebben altijd prioriteit.

Noemer: Volledige doelgroep Heracles.

Deze bevat alle vrouwen die op 1/1/20xx in Vlaanderen wonen, in datzelfde jaar 25 t.e.m. 64 jaar worden en een geldige INSZ hebben.

Berekening:

Teller/Noemer*100

De resultaten worden gestratificeerd naar 5-jaars leeftijdscategorie.

(*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening.

1.3. TOEGELATEN DOELGROEP HERACLES

De **toegelaten doelgroep Heracles** (TDH) bevat de vrouwen uit de volledige doelgroep Heracles die niet tot de uitgesloten personen behoren en die in het betreffende jaar in aanmerking komen voor een screeningsonderzoek.

Teller/noemer:

Teller: Aantal vrouwen uit de volledige doelgroep Heracles van het jaar 20xx die niet uitgesloten worden.

Noemer: n.v.t.

Berekening: Toegelaten doelgroep = volledige doelgroep Heracles - Uitgesloten personen.

De resultaten worden verder uitgesplitst per 5-jaars leeftijdscategorie.

1.4. UIT TE NODIGEN DOELGROEP HERACLES

De **uit te nodigen doelgroep Heracles** bevat de vrouwen uit de toegelaten doelgroep Heracles van het jaar 20xx die volgens de uitnodigingsstrategie een uitnodiging moesten ontvangen in het jaar 20xx (status databank op 1 januari 20xx).

Teller/noemer:

Teller: Uitgenodigde vrouwen van de vrouwen in de noemer.

Noemer: De vrouwen uit de toegelaten doelgroep Heracles van jaar 20xx die volgens de uitnodigingsstrategie een uitnodiging moesten ontvangen in dat jaar 20xx.

Berekening:

Teller/Noemer*100

De resultaten worden gestratificeerd naar 5-jaars leeftijdscategorie.

1.5. UITGENODIGDE VROUWEN

De **uitgenodigde vrouwen** zijn alle vrouwen aan wie een uitnodiging werd gestuurd met een uitnodigingsdatum in 20xx.

Teller/noemer:

Teller: Aantal vrouwen aan wie een uitnodiging voor het jaar 20xx werd gestuurd.

Noemer: n.v.t.

Berekening:

Het aantal uitnodigingen in de screeningsdatabank met een datum die valt in jaar 20xx.

Het aantal verstuurd uitnodigingen wordt gestratificeerd naar:

- Wijze verzending: per post of My Ebox (sinds 1/1/2025)
- Type uitnodiging
- Leeftijdscategorie : 25-29j en 30-64j
- Terecht en onterechte uitnodigingen

1.6. WEIGERINGEN

Aantal vrouwen dat weigering heeft laten registreren in het jaar 20xx.

Teller/noemer:

Teller: Aantal vrouwen dat een weigering heeft laten registreren in het jaar 20XX.

Noemer: n.v.t.

1.7. DEELNEMERS AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK BAARMOEDERHALSKANKER VROUWEN

Onder de deelnemers aan het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker worden alle vrouwen gerekend die in het jaar 20xx gescreend werden, ongeacht of ze deel uitmaakten van de toegelaten doelgroep Heracles (TDH) of de volledige doelgroep Heracles (VDH). De deelnemers kunnen opgesplitst worden naargelang ze al dan niet deel uitmaken van de TDH, de VDH en of ze al dan niet definitief uitgesloten zijn.

Teller/noemer:

Teller: Aantal deelnemers geregistreerd in de Heracles screeningsdatabank met een datum die valt in jaar 20xx. Alleen uitstrijkjes van de baarmoederhals worden in rekening gebracht. Opsplitsing van deelnemers volgens TDH- en VDH-status van deelnemende vrouwen en of ze al dan niet definitief uitgesloten zijn.

Noemer: n.v.t.

Berekening:

Vrouwen die in de loop van 20xx gedomicilieerd waren in Vlaanderen en een deelname hadden in het betrokken jaar, opgesplitst al naargelang ze deel uitmaken van de VDH en/of TDH.

De resultaten worden gestratificeerd per socio-economische status (SES), nl. de 'aard VT'. De variabele geeft aan op basis van welke voorwaarden de persoon recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming (VT). Dit kan op basis van een sociale uitkering of inkomensvoorwaarden. Aan personen die een sociale uitkering ontvangen kent het ziekenfonds automatisch de verhoogde tegemoetkoming toe. Personen die geen sociale uitkering ontvangen kunnen van de verhoogde tegemoetkoming genieten op basis van het gezinsinkomen.

Mogelijke waarden:

- Geen recht op VT
- Wel recht op VT

De resultaten worden gestratificeerd naar 5-jaars leeftijdscategorie.

1.8. RESPONSGRAAD

Om de responsgraad te berekenen wordt er voor elke vrouw die een uitnodiging ontvangen heeft, nagegaan of zij binnen de 12 maanden deelgenomen heeft. Voor alle vrouwen die deel uit maken van de 'Uitgenodigde vrouwen' van 20xx, wordt individueel gekeken of zij binnen 12 maanden na de uitnodigingsdatum deelnemen (datum deelname in Heracles). De cijfers voor 20xx zijn voorlopig omdat iedereen met een uitnodigingsdatum in 20xx pas op 31/12/20xx+1 één jaar opvolging zal hebben.

Teller/noemer:

Teller: Alle personen uit de noemer met een deelnamedatum die binnen of gelijk aan 12 maanden na de uitnodigingsdatum ligt.

Noemer: Uitgenodigde personen.

Berekening:

$\text{Responsgraad} = \text{Teller} / \text{Noemer} * 100$

De resultaten worden gestratificeerd naar 5-jaars leeftijdscategorie.

1.9. DEKKING(SGRAAD) (*)

Met de totale dekking wordt het aantal personen in 20xx van de Volledige Doelgroep Heracles bedoeld die:

1. Uitgesloten waren voor het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker (dekkingsgraad door uitsluiting);
2. Deelnamen aan het bevolkingsonderzoek in 20xx, 20xx-1 of 20xx-2 (dekkingsgraad door deelname).

De dekkingsgraad wordt bepaald door deze aantallen uit te drukken als percentages t.o.v. de VDH.

Teller/noemer:

Teller: Het aantal vrouwen van de volledige doelgroep Heracles in een bepaald kalenderjaar, opgesplitst als volgt in dalende prioriteit:

- Dekking door uitsluiting: uitgesloten voor het bevolkingsonderzoek, met een datum van uitsluiting die uiterlijk valt op 31/12 van het voorgaande kalenderjaar (a);
- Dekking door deelname in vorige twee kalenderjaren: deelname aan het bevolkingsonderzoek in de twee voorafgaande kalenderjaren (b);
- Dekking door deelname in het betrokken kalenderjaar (c);
 - Dekking door deelname in het betrokken kalenderjaar – eerste deelname: geen enkele deelname in de beschikbare databanken (sinds 2008)
 - Dekking door deelname in het betrokken kalenderjaar – vervolgscreening: minstens 1 vorige deelname in de beschikbare databanken (sinds 2008)
- Totale dekking: som van de drie bovenstaande vormen van dekking (a+b+c);
- Geen dekking: vrouwen die niet in één van bovenstaande categorieën vallen (d).
 - Geen dekking, met een oude deelname voor 1/1/20xx-2
 - Geen dekking, zonder oude deelname voor 1/1/20xx-2

Elke vrouw wordt één keer geteld op basis van bovenstaande prioriteit.

Noemer: volledige doelgroep Heracles van het betreffende kalenderjaar.

Berekening:

De berekening voor de uitgesloten personen werd beschreven in paragraaf 1.4. Dekking door uitsluiting heeft voorrang op andere vormen van dekking. Dekking door deelname in de twee vorige kalenderjaren heeft voorrang op dekking door deelname in het betrokken kalenderjaar.

Voor de berekening van de dekking voor deelname in het betrokken kalenderjaar, worden alleen de vrouwen uit de toegelaten doelgroep Heracles meegeteld.

De categorie 'Geen dekking' bevat alle vrouwen die niet kunnen ondergebracht worden in een van de drie categorieën van dekking.

Bij de berekening van de dekkingsgraad per leeftijd worden de vrouwen in zowel de teller als noemer opgesplitst volgens de aangegeven leeftijdscategorieën.

De resultaten worden gestratificeerd per socio-economische status (SES), nl. de 'aard VT'. De variabele geeft aan op basis van welke voorwaarden de persoon recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming (VT). Dit kan op basis van een sociale uitkering of inkomensvoorwaarden. Aan personen die een sociale uitkering ontvangen kent het ziekenfonds automatisch de verhoogde tegemoetkoming toe. Personen die geen sociale uitkering ontvangen kunnen van de verhoogde tegemoetkoming genieten op basis van het gezinsinkomen.

Mogelijke waarden:

- Geen recht op VT
- Wel recht op VT

De resultaten worden gestratificeerd naar 5-jaars leeftijdscategorie.

(*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening.

1.10. DEKKINGSGRAAD WHO-DOELSTELLING (*)

De WHO-richtlijn om de eliminatie van Baarmoederhalkanker te bereiken stelt dat 70% van de vrouwen wordt gescreend met een hoogwaardige test voor 35-jarige leeftijd en opnieuw voor de 45-jarige leeftijd.

Om na te gaan of binnen het Vlaamse bevolkingsonderzoek deze norm bereikt wordt, zullen volgende indicatoren berekend worden:

Voor de vrouwen van 35 jaar in 20xx:

- % vrouwen van de VDH dat onder de dekkingsgraad valt in 20xx
- % vrouwen van de VDH dat niet onder de dekkingsgraad valt in 20xx, maar wel ooit gescreend is

Voor de vrouwen van 45 jaar in 20xx:

- % vrouwen van de VDH dat onder de dekkingsgraad valt in 20xx
- % vrouwen dat onder de dekkingsgraad valt in 20xx en minstens 1 bijkomende deelname heeft in de 10 jaar voorafgaand.

- % vrouwen dat niet onder de dekkingsgraad valt in 20xx, maar welk ooit gescreend (*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening

1.11. SCREENINGSINTENSITEIT (*)

De **screeningsintensiteit** geeft weer in welke mate vrouwen regelmatig gescreend worden over een periode van zes jaar en hoeveel vrouwen zich aan de aanbevolen richtlijnen houden, nl. een screening per drie kalenderjaren.

Dataselectie:

Alle vrouwen uit de Volledige doelgroep Heracles van het betreffende kalenderjaar die:

- Niet definitief uitgesloten zijn;
- In de periode van de laatste zes jaar minstens één deelname hadden, ongeacht het type deelname.

Opsplitsing van data:

- Opdeling van de vrouwen o.b.v. het aantal screeningsjaren met minstens één deelname in een bepaald kalenderjaar.
- Opdeling al naargelang de richtlijnen gevolgd worden.
 - Selectie van vrouwen met een eerste deelname: Voor vrouwen die slechts in een van de zes screeningsjaren een deelname hadden en sinds 2008 geen enkele voorafgaande deelname, werd dit als een eerste deelname beschouwd. Deze vrouwen zijn gescreend volgens de richtlijnen.
 - Selectie van vrouwen met twee kalenderjaren tussen twee deelnames: Voor vrouwen die in twee van de zes screeningsjaren een deelname hadden waartussen twee kalenderjaren zonder deelname, worden als regelmatige deelnemers beschouwd en zijn gescreend volgens de richtlijnen.
 - Minder of meer dan twee kalenderjaren tussen twee deelnames: Alle vrouwen die niet voldoen aan criteria van de twee bovenstaande categorieën zijn niet gescreend volgens de richtlijnen en worden overscreend, onvoldoende gescreend of onregelmatig gescreend.

Teller/noemer:

Teller: Het aantal vrouwen dat voldoet aan de criteria omschreven in de noemer werden opgesplitst volgens het aantal screeningsjaren met een deelname en de bijkomende opsplitsing al naargelang ze gescreend zijn volgens de richtlijnen.

Noemer: Alle vrouwen die voldoen aan de criteria omschreven in de dataselectie.

Berekening:

Screeningsintensiteit = $\text{Teller} / \text{Noemer} * 100$

(*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening

2.1. KWALITEIT VAN DE SCREENING

2.1.1. Aantal stalen van onvoldoende kwaliteit

Voor elk cytologische analyse moet de kwaliteit beoordeeld worden. Indien een cytologiestaal om een of andere reden niet geëvalueerd kan worden en/of als er geen betrouwbare conclusie mogelijk is, wordt de kwaliteit van dit staal als onvoldoende beschouwd. De kwaliteit van het staal geeft geen informatie over het al dan niet aanwezig zijn van endocervicale cellen. Mogelijke redenen voor onvoldoende kwaliteit zijn o.a. een gebroken staal, afwezigheid van cellen, te weinig cellen, te veel bloed, te veel ontsteking.

Indien een HPV-test geen interpreteerbaar resultaat geeft (geen onderscheid HPV-positief of HPV-negatief) is dit staal ook van onvoldoende kwaliteit (*).

Teller/noemer:

Teller: Het aantal terugbetaalde screeningsuitstrijkjes zoals beschreven in de noemer waarvan de kwaliteit onvoldoende is.

Noemer: Het aantal terugbetaalde screeningsuitstrijkjes afgenomen in 20xx bij vrouwen die deel uitmaken van de toegelaten doelgroep Heracles voor het betrokken jaar en waarvan het resultaat beschikbaar is in het HPV-CHP.

Berekening:

Percentage van screeningsuitstrijkjes van onvoldoende kwaliteit = $\text{Teller/Noemer} \times 100$

De resultaten worden gestratificeerd naar 5-jaars leeftijdscategorie.

(*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening

2.2. AANTAL ONDERZOEKEN

2.2.1. Aantal uitstrijkjes per indicatie (terugbetaalde en niet-terugbetaalde uitstrijkjes)

Voor alle vrouwen die behoren tot de toegelaten doelgroep Heracles in 20xx werd nagegaan of er een uitstrijkje geregistreerd is in het HPV-CHP en/of de IMA-databank in 20xx. Beide databanken zijn deels overlappend en deels complementair. Terugbetaalde stalen die ontbreken in het HPV-CHP worden vanuit de IMA-databank gerecupereerd. Omgekeerd zijn er ook terugbetaalde stalen die nog niet geregistreerd zijn in de IMA-databank, maar wel in het HPV-CHP. Door koppeling van het HPV-CHP met de IMA-databank op basis van INSZ kan het deelnametype bepaald worden. Aan de hand van de aangerekende nomenclatuur kan immers bepaald worden of het een screeningsuitstrijkje, een uitstrijkje in het kader van 12-maanden triage, opvolging, symptomen of een verhoogd risico is. Ook kan er bepaald worden of een staal in beide databanken aanwezig is, of maar in een van beide.

Dataselectie:

Aantal vrouwen uit de toegelaten doelgroep Heracles van 20xx met minstens één uitstrijkje in het corresponderende kalenderjaar, opgesplitst per beschikbaarheid van diagnose in het HPV-CHP en type van uitstrijkje/analyse a.d.h.v. de koppeling tussen HPV-CHP en IMA-databank. Voorwaarden voor koppeling zijn eenzelfde INSZ en de datum in beide databanken mag niet meer dan 30 dagen verschillen. De nomenclatuur geregistreerd in de IMA-databank heeft voorrang op de nomenclatuurcode die aangeleverd is vanuit de laboratoria.

Opsplitsing:

- Opsplitsing volgens beschikbaarheid diagnose:
 - Diagnose gekend: staal geregistreerd in CHP, ongeacht er een IMA-tegenhanger is.
 - Diagnose niet gekend: IMA-registratie waarvoor geen tegenhanger kan teruggevonden worden in CHP omwille van volgende redenen:
 - INSZ niet gekend in CHP
 - staal niet aangeleverd vanuit laboratoria voor pathologische anatomie
 - datum van staal geregistreerd in CHP verschilt meer dan 30 dagen met IMA-registratie voor zelfde INSZ

- Opsplitsing volgens indicatie: aan de hand van de IMA-databank.
 - CHP-staal zonder corresponderende IMA registratie wordt beschouwd als een niet-terugbetaald staal.
- Indien meerdere stalen per vrouw per kalenderjaar wordt slechts 1 staal weerhouden volgens dalende prioriteit:
 - screeningsuitstrijkje > opvolgingsuitstrijkje_12maanden triage > opvolgingsuitstrijkje_niet gespecificeerd > verhoogd risico/symptomen > niet-terugbetaald uitstrijkje (*)
 - diagnose gekend > diagnose niet gekend
 - eerste staal

(*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening

2.2.2. Aantal uitstrijkjes per leeftijdscategorie

Teller/noemer:

Teller: Aantal vrouwen per leeftijdscategorie uit de toegelaten doelgroep Heracles van 20xx met minstens één uitstrijkje in het corresponderende kalenderjaar, opgesplitst per type van uitstrijkje op basis van de koppeling tussen CHP en IMA-databank.

De voorwaarden voor koppeling zijn eenzelfde INSZ en de datum in beide databanken mag niet meer dan 30 dagen verschillen. Als er meerdere stalen per vrouw per kalenderjaar zijn, wordt volgende prioriteit toegepast:

- screeningsuitstrijkje > opvolgingsuitstrijkje_12maanden triage > opvolgingsuitstrijkje_niet gespecificeerd > verhoogd risico/symptomen > niet-terugbetaald uitstrijkje (*)
- oudste staal per zelfde type uitstrijkje.

De leeftijd wordt bepaald op basis van geboortjaar.

Noemer:

Aantal vrouwen uit de toegelaten doelgroep Heracles per leeftijdscategorie.

Berekening:

Percentage vrouwen van elke leeftijdscategorie voor elk type van deelname = aantal vrouwen van elke leeftijdscategorie voor elk type van deelname/Noemer*100

(*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening

2.2.3. Aantal uitstrijkjes per staalafnemer (Huisarts / gynaecoloog)

Een analyse van de staalafnemers kan op twee manieren gebeuren, ofwel op basis van de IMA databank ofwel op basis van het RIZIV nummer van de arts die de analyse van een cervixuitstrijkje aanvraagt bij het laboratorium. Op basis van de aangerekende nomenclatuur in de IMA databank kan er een onderscheid gemaakt worden tussen stalen afgenomen door een huisarts of door een specialist. Vanuit de laboratoria voor pathologische anatomie wordt het RIZIV nummer van de arts die de analyse van een cervixuitstrijkje aanvraagt bij het laboratorium, ook aangeleverd en geregistreerd in het CHP. In tegenstelling tot de cijfers die louter gebaseerd zijn op de IMA data, bevatten de cijfers gebaseerd op het CHP ook informatie over de niet-terugbetaalde stalen. Bovendien bevat het CHP ook meer gedetailleerde informatie over de kwalificatie van de afnemer.

Het aantal uitstrijkjes dat afgenomen is in 20xx en die geregistreerd zijn in het CHP, wordt opgesplitst volgens type deelname en de kwalificatie van de afnemer. De kwalificatie van de afnemer is gebaseerd op het RIZIV-nummer van de aanvragende arts. Cijfers voor vrouwen uit de toegelaten doelgroep Heracles zijn weergegeven.

Teller/noemer:

Teller: Aantal uitstrijkjes afgenomen bij vrouwen die deel uitmaken van de toegelaten doelgroep Heracles 20xx in het corresponderende kalenderjaar, en die geregistreerd zijn in het HPV-CHP opgesplitst per type van uitstrijkje en per kwalificatie van de afnemer.

Het type van uitstrijkje wordt bepaald op basis van de koppeling tussen HPV-CHP en IMA databank. Voorwaarden voor koppeling zijn eenzelfde INSZ en de datum in beide databanken mag niet meer dan 30 dagen verschillen.

De kwalificatie van de afnemer wordt bepaald op basis van het RIZIV nummer van de aanvragende arts, dat aangeleverd is vanuit de laboratoria.

Noemer: Aantal uitstrijkjes die zijn afgenomen in 20xx en geregistreerd in het HPV-CHP in het corresponderende kalenderjaar, opgesplitst per type van deelname op basis van de koppeling tussen HPV-CHP en IMA databank.

Berekening:

Teller/Noemer*100

2.2.4. Overscreening

Het Vlaams Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker bestaat deels uit opportunistische screening, deels uit een door de overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek. Opportunistische screening houdt in dat een vrouw zich op eigen initiatief of op initiatief van een arts laat screenen. Alle vrouwen voor wie een onderzoek wel aangewezen is, krijgen een uitnodigingsbrief voor deelname vanuit het georganiseerde bevolkingsonderzoek. Anderzijds kan

een vrouw zelf bepalen wanneer en hoe vaak ze zich laat screenen. Overscreening wordt beperkt doordat een screeningsuitstrijkje maar een keer per drie of vijf kalenderjaren terugbetaald wordt door de verzekeringsinstellingen.

Voor elke vrouw die deelnam in 20xx werd nagegaan of een deelname al dan niet aangewezen was.

Teller/noemer:

Teller: Het aantal unieke vrouwen in de volledige doelgroep Heracles van 20xx dat deelnam in het corresponderende kalenderjaar, opgesplitst volgens TDH status en naargelang een deelname al dan niet terecht was.

Opsplitsing: volgens dalende prioriteit

- Deelnemer uit de TDH: De bepaling van de TDH is beschreven in punt 1.5. Alle deelnames worden als terecht beschouwd.
- Vrouwen die niet in de TDH zitten, werden verder uitgesplitst:
 - Deelnemers die NIET in TDH zitten, maar WEL voldoen aan criteria voor definitieve uitsluiting: alle deelnames worden als terecht beschouwd (medische opvolging).
 - Deelnemers die NIET in TDH zitten en NIET voldoen aan criteria voor definitieve uitsluiting: Volgende types van deelnames werden weerhouden met dalende prioriteit: (*)
- Screeningsuitstrijkjes: overscreening
- Niet-terugbetaalde uitstrijkjes: overscreening
- Opvolgingsuitstrijkjes_12maanden triage: terechte deelname (medische opvolging)
- Opvolgingsuitstrijkjes_niet gespecificeerd: terechte deelname (medische opvolging)
- Uitstrijkjes omwille van verhoogd risico/symptomen: terechte deelname (medische opvolging)

Indien een vrouw meerdere deelnames per kalenderjaar heeft, werd slecht 1 deelname weerhouden volgens bovenstaande dalende prioriteit.

Noemer: Het totaal aantal unieke vrouwen uit de volledige doelgroep Heracles (VDH) van 20xx dat een deelname had in het corresponderende kalenderjaar. Elke vrouw werd maar 1 keer geteld.

Berekening:

Teller/Noemer*100

De resultaten worden gestratificeerd naar 5-jaars leeftijdscategorie en per type staalafnemer (huisarts/gynaecoloog)

(*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening

2.2.5. Onterechte cotesting (*)

(*) aan te vullen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening

2.2.6. Volledigheid HPV-CHP

Om de volledigheid van het HPV-CHP te evalueren, werd het gekoppeld met de IMA databank. Omdat de IMA databank de factureringsgegevens van medische prestaties bevat, kan alleen de volledigheid van terugbetaalde cytologie-stalen geëvalueerd worden. HPV-CHP stalen zonder corresponderende IMA registratie worden beschouwd als niet- terugbetaalde stalen en worden niet weerhouden voor de analyse van de volledigheid.

Dataselectie:

- Alle stalen, afgenomen bij vrouwen uit de VDH, die geregistreerd zijn in HPV-CHP en die kunnen gekoppeld worden aan de IMA databank worden weerhouden.
- Stalen, afgenomen bij vrouwen uit de VDH, die geregistreerd zijn in HPV-CHP en die niet gekoppeld kunnen worden aan een IMA registratie, worden niet weerhouden.
- IMA registraties voor vrouwen uit de VDH zonder HPV-CHP tegenhanger worden wel weerhouden.
- Voorwaarden voor koppeling tussen cervix HPV-CHP en IMA databank zijn eenzelfde INSZ en de datum in beide data- banken mag niet meer dan 30 dagen verschillen.
- De volledigheid wordt berekend voor de verschillende groepen vrouwen in de VDH (TDH, tijdelijk uitgesloten vrouwen, definitief uitgesloten vrouwen).

Opsplitsing data:

- Opsplitsing van de verschillende groepen vrouwen uit de VDH:

- TDH
- tijdelijk uitgesloten vrouwen wegens deelname in vorige twee kalenderjaren (*)
- definitief uitgesloten vrouwen
- Opsplitsing volgens beschikbaarheid diagnose:
 - diagnose gekend: staal geregistreerd in beide databanken;
 - diagnose niet gekend: IMA registratie waarvoor geen tegenhanger kan teruggevonden worden in HPV-CHP om volgende redenen:
- INSZ niet gekend in HPV-CHP;
- staal niet aangeleverd vanuit laboratoria voor pathologische anatomie of klinische biologie;
- datum van staal geregistreerd in HPV-CHP verschilt meer dan 30 dagen met IMA registratie voor zelfde INSZ.
- Opsplitsing volgens type uitstrijkje: op basis van de aangerekende nomenclatuur in de IMA databank.

Berekening:

Percentage volledigheid = $\text{aantal 'Diagnose gekend'} / (\text{aantal 'Diagnose gekend'} + \text{aantal 'Diagnose niet gekend'}) * 100$
 Wenselijk 100% , aanvaardbaar 95% (*).

3.1. AFWIJKENDE SCREENINGSRESULTATEN EN PERCENTAGE DOORVERWIJZING

3.1.1. Aantal en percentage afwijkende screeningsresultaten

• Aantal en percentage afwijkende screeningsresultaten

Het aantal screeningsuitstrijkjes afgenomen in 20xx en waarvan de diagnose geregistreerd is in HPV-CHP wordt berekend. De betekenis van de verschillende letselcodes staat in tabel 1.

Tabel 1: Betekenis van de cytologische diagnoses en de aangewezen opvolging

	Diagnose	Betekenis	Aangewezen opvolging
Normaal staal	NILM	Negatief voor epitheliale celafwijkingen of maligniteit	Normaal screeningsschema
	NODIAGN	Geen diagnose beschikbaar	
Afwijkend staal	NODIAGN-INSU	Geen diagnose beschikbaar wegens staal van onvoldoende kwaliteit	Herhaling uitstrijkje
	ASCU	Atypische squameuze cellen, niet nader omschreven	HPV triage
	ATYP	Atypische cellen, niet nader omschreven	
	LSIL	Laaggradige squameuze intra-epitheliale laesie	12 maanden triage cytologie
	HSIL	Hooggradige squameuze intra-epitheliale laesie, inclusief in situ voor cytologiestalen	Colposcopie
	ASCH	Atypische squameuze cellen, geen uitsluiting van 'HSIL' mogelijk	
	AGLC (*)	Atypische glandulaire cellen, oorsprong niet nader bepaald	
	Rest	In situ en invasieve tumoren	

[\$] Squameuze in situ letsels die gediagnosticeerd worden d.m.v. cytologie vallen onder de letselcode 'HSIL'.

[*] Inclusief glandulaire afwijkingen in combinatie met squameuze afwijkingen.

Cytologiestalen zonder diagnose ('NODIAGN') worden samen met de negatieve stalen ('NILM') als een normaal staal beschouwd. Een staal krijgt als finale diagnose 'NODIAGN' als de letselcode ontbreekt of als de aangeleverde letselcode geen relevante informatie bevat. Stalen waarvan alleen het HPV-resultaat aangeleverd is en waarvan er geen corresponderende cytologische diagnose kan teruggevonden worden in het HPV-CHP, krijgen ook de finale diagnose 'NODIAGN'. Stalen van onvoldoende kwaliteit krijgen ook als finale diagnose 'NODIAGN', maar worden ondergebracht bij de afwijkende stalen omdat er in principe een herhaling van het staal nodig is. Elke diagnose die overeenkomt met 'ASCU+' wordt beschouwd als een afwijkend staal. De finale diagnose 'ATYP' wordt toegekend als er atypische cellen in een uitstrijkje aanwezig zijn, maar er niet gespecificeerd wordt of het om squameuze of glandulaire cellen gaat. Voor de afwijkende diagnoses is de aangewezen opvolging vermeld.

Teller/Noemer:

Teller: Het aantal screeningsuitstrijkjes zoals omschreven in de noemer, opgesplitst per diagnose en normaal versus afwijkend, met vermelding van de aangewezen opvolging voor de afwijkende diagnoses.

Noemer: Het aantal screeningsuitstrijkjes afgenomen in 20xx bij de vrouwen die deel uitmaken van de toegelaten doelgroep Heracles en waarvan de diagnose geregistreerd is in HPV-CHP. Er wordt telkens een subtotaal gemaakt van de normale stalen en de afwijkende stalen.

Berekening:

Teller/Noemer*100

• HPV-triage en HPV-positiviteit

Momenteel worden HPV bepalingen uitgevoerd als triage bij aanwezigheid van aspecifieke cellen of in het kader van opvolging. Naast de cytologische diagnoses worden ook de resultaten van deze HPV testen geregistreerd in het HPV-CHP. Een HPV test wordt als positief beschouwd alleen als de HPV test aangeeft dat er hoogrisico HPV types aanwezig zijn in het staal. Volgende 13 HPV types worden als hoogrisico HPV types beschouwd: HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33, HPV 35, HPV 39, HPV 45, HPV 51, HPV 52, HPV 56, HPV 58, HPV 59 en HPV 68. Voor de screeningsuitstrijkjes werd het aantal en percentage HPV triage bepaald ongeacht of deze terugbetaald is.

Voor alle terugbetaalde screeningsuitstrijkjes die afgenomen zijn in 20xx bij de vrouwen die deel uitmaken van toegelaten doelgroep Heracles, werd nagegaan of er een HPV triage plaatsvond en of de HPV test positief was. De resultaten zijn opgesplitst per cytologische diagnose. Alle HPV resultaten werden in rekening gebracht, ongeacht of de HPV test terugbetaald is en ongeacht het resultaat van de HPV test. De betekenis van de verschillende letselcodes (= cytologische diagnose) staat in tabel 1.

Dataselectie:

- Alle terugbetaalde screeningsuitstrijkjes die afgenomen zijn in 20xx bij de vrouwen die deel uitmaken van de toegelaten doelgroep Heracles en die geregistreerd zijn in HPV-CHP.
- Nagaan of er een HPV triage plaatsvond ongeacht of de HPV test terugbetaald is.
 - HPV test alleen in HPV- CHP geregistreerd: niet-terugbetaalde HPV test, met gekend resultaat.
 - HPV test zowel in HPV-CHP en IMA databank: terugbetaalde HPV test, met gekend resultaat.
 - HPV test alleen in IMA databank: terugbetaalde HPV test, zonder gekend resultaat

Opsplitsing data:

- Opsplitsing per jaar van staalname screeningsuitstrijkje.
- Opsplitsing per cytologische diagnose. De betekenis van de verschillende letselcodes (= cytologische diagnose) staat in tabel 1.
- Opsplitsing naargelang er een HPV-triage plaatsvond.
 - Kolom (a): aantal cytologiestalen waarvoor geen HPV test werd uitgevoerd per cytologische diagnose.
 - Kolom (bd): aantal stalen waarop er wel een HPV triage gebeurde, werd verder opgesplitst volgens het resultaat van de HPV-test (f).
- Kolom (b): positieve HPV-testen
- Kolom (c): negatieve HPV-testen, inclusief niet-interpreteerbare testen
- Kolom (d): geen HPV-resultaat geregistreerd is in CHP, maar uit IMA blijkt dat er wel een HPVtest aangerekend is
 - Kolom (e): totaal aantal cytologiestalen = som van kolom (a), (b), (c) en (d)

Berekening:

- Percentages voor de kolommen (a) t.e.m. (e) = $\text{Teller/Noemer} \times 100$ (zie tabel)
 - Teller: Het aantal screeningsuitstrijkjes zoals omschreven in de noemer, opgesplitst per HPV-triage en HPV-resultaat.
 - Noemer: Alle terugbetaalde screeningsuitstrijkjes die afgenomen zijn in 20xx bij de vrouwen die deel uitmaken van toegelaten doelgroep Heracles en die geregistreerd zijn in HPV-CHP, per diagnose.
- Het % HPV-testen t.o.v. totaal aantal unieke cytologiestalen = $(f/e) \times 100$
 - Teller: Het aantal stalen vermeld in de noemer waarop een HPV-test uitgevoerd werd, onafhankelijk van het feit of deze terugbetaald is én van het feit of het resultaat hiervan gekend is (= f)
 - Noemer: Het totale aantal terugbetaalde screeningsuitstrijkjes die zijn afgenomen bij vrouwen uit de toegelaten doelgroep per kalenderjaar, per laboratorium en per diagnose (=e)
- Het % HPV-positiviteit t.o.v. totaal aantal gekende HPV-testresultaten = $(b/(b+c)) \times 100$:
 - Teller: Het aantal stalen vermeld in de noemer waarvan de HPV-test positief was (= b)
 - Noemer: Het totaal aantal HPV-testen met een gekend resultaat (= b+c)

Om een zicht te hebben op het percentage HPV-testen die terecht uitgevoerd worden, werden het aantal HPV-testen opgesplitst volgens het feit dat HPV-triage aangewezen was of niet aan de hand van de cytologische diagnose.

Teller/Noemer:

Teller: Het totaal aantal van alle uitgevoerde HPV triages zoals omschreven in de noemer, opgesplitst volgens het al dan niet aangewezen zijn van de HPV-triage.

- HPV triage aangewezen: terugbetaalde screeningsuitstrijkjes met als cytologische diagnose 'ASCU', 'ASCH', 'ATYP' en 'AGLC'.
- HPV triage niet aangewezen: terugbetaalde screeningsuitstrijkjes met cytologische diagnose verschillend van 'ASCU', 'ASCH', 'ATYP' en 'AGLC'.

Noemer: Het totaal aantal van alle uitgevoerde HPV triages uitgevoerd op terugbetaalde screeningsuitstrijkjes die afgenomen zijn 20xx bij de vrouwen die deel uitmaken van de toegelaten doelgroep Heracles en die geregistreerd zijn in CHP, ongeacht de diagnose.

Berekening:

$\text{Teller/Noemer} \times 100$

• 12 maanden triage (*)

(*) nog toe te voegen in kader van HPV screening

3.1.2. Primaire HPV screening (*)

(*) nog toe te voegen in kader van HPV screening

3.2. KANKERDETECTIE

Zoals aangegeven in de Europese richtlijnen voor de kwaliteitsgarantie van een Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker werd een analyse uitgevoerd van de screeningshistoriek van alle nieuwe invasieve baarmoederhalskankers gediagnosticeerd in Vlaanderen. Om de vrouwen te identificeren waarbij een tumor gediagnosticeerd werd in 20xx, wordt de volledige doelgroep Heracles 20xx gekoppeld met de kankerregistratiedatabank van BCR voor de respectievelijke incidentiejaar. De koppeling werd uitgevoerd o.b.v. het INSZ. Zowel de invasieve als de in situ tumoren met orgaancode C53 (= baarmoederhals) in de kanker databank werden weerhouden en opgesplitst volgens de TDH-status van de vrouw.

3.2.1. Aantal tumoren**Teller/Noemer:**

Teller: Het aantal nieuwe kankerdiagnoses zoals omschreven in de noemer, opgesplitst volgens de TDHstatus van de vrouwen, voor de invasieve tumoren en de in situ tumoren.

Noemer: Het aantal nieuwe diagnoses van invasieve of in situ baarmoederhalskanker geregistreerd in de kanker databank van BCR voor de incidentiejaar 20xx, voor vrouwen die deel uitmaken van de volledige doelgroep Heracles 20xx.

Berekening:

$\text{Teller/Noemer} \times 100$

De resultaten worden gestratificeerd naar 5-jaars leeftijdscategorie.

3.2.2. Incidentie

De incidentie van in situ invasieve baarmoederhalskankers werd berekend voor de toegelaten doelgroep en de tijdelijke uitgesloten vrouwen en definitief uitgesloten vrouwen.

Teller/Noemer:

Teller: Het aantal nieuwe diagnoses van baarmoederhalskanker geregistreerd in de kanker databank van BCR voor het incidentiejaar 20xx, voor vrouwen die deel uitmaken van de volledige doelgroep Heracles van 20xx, opgesplitst volgens de TDH-status van de vrouwen.

Noemer: Het aantal vrouwen in de VDH van 20xx, opgesplitst volgens de TDH-status van de vrouwen.

Berekening:

$(\text{Teller/Noemer}) \times 10.000$

De resultaten worden gestratificeerd naar 5-jaars leeftijdscategorie.

3.2.3. Gestandaardiseerde incidentie voor alle leeftijden, Vlaanderen

De leeftijdsgestandaardiseerde incidentiecijfers zijn het gewogen gemiddelde van de afzonderlijke leeftijdsspecifieke cijfers met gebruikmaking van een externe standaardpopulatie. Het is de incidentie die zou worden waargenomen indien de populatie de leeftijdsstructuur van de standaardpopulatie zou hebben. Aangezien leeftijd een sterke invloed heeft op het risico op kanker, is deze standaardisatie noodzakelijk wanneer verschillende bevolkingsgroepen worden vergeleken die wat leeftijdsstructuur betreft verschillen. In deze publicatie wordt de wereldstandaardpopulatie voor standaardisatie gebruikt en worden bijgevolg de wereldwijd gestandaardiseerde incidentiecijfers (World Standardised Incidence Rates, WSR) gerapporteerd. Deze worden uitgedrukt als het aantal nieuwe gevallen per 100.000 persoonsjaren..

3.2.4. Mortaliteit baarmoederhalskanker, Vlaanderen

De mortaliteit is het aantal personen die in een bepaalde tijdsperiode in een specifieke populatie zijn overleden aan een maligniteit. Sterftestatistieken in België worden verzameld en behandeld door de drie gewesten (Vlaams Gewest: Agentschap Zorg en Gezondheid (www.zorg-en-gezondheid.be), Brussels Hoofdstedelijk Gewest: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad / l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (www.observatbru.be), Waals Gewest: Direction générale de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles-Cellule des statistiques des naissances et des décès (www.sante.cfwb.be). De Algemene Directie Statistiek van België (www.statbel.fgov.be) is verantwoordelijk voor het verzamelen en samenvoegen van de gegevens die afkomstig zijn van de regionale agentschappen. Sterftegegevens vanaf 2004 die in deze publicatie worden gebruikt, worden verzameld bij de Algemene Directie Statistieken België. De gegevens voor 2004 zijn afkomstig van het Vlaamse Gewest.

3.2.5. Leeftijdsspecifieke incidentie, Vlaanderen

Leeftijdsspecifieke incidentiecijfers komen overeen met het aantal nieuwe kankerdiagnoses waargenomen in een bepaalde leeftijdsgroep van 5 jaar tijdens een kalenderjaar, gedeeld door het aantal personen binnen deze leeftijdsgroep van vijf jaar en uitgedrukt per 100.000 persoonsjaren.

3.3. TUMORKARAKTERISTIEKEN

3.3.1. Histologisch type

Teller/Noemer:

Teller: Het aantal nieuwe diagnoses van baarmoederhalskanker zoals omschreven in de noemer, opgesplitst per histologie van de tumor.

Noemer: Het aantal nieuwe diagnoses van invasieve baarmoederhalskanker geregistreerd in de kankerdatabase van BCR voor het incidentiejaar 20xx, voor vrouwen die deel uitmaken van de volledige doelgroep Heracles van 20xx respectievelijk, opgesplitst volgens de leeftijdscategorie.

Berekening:

$(\text{Teller/Noemer}) \times 100$

3.3.2. HPV-negatieve tumoren (*)

Om na te gaan of de invasieve tumoren al dan niet HPV-negatief zijn, werd er voor elk van deze vrouwen met een tumor nagegaan of er een HPV-resultaat geregistreerd is in de HPV-CHP. Alle resultaten van HPV-testen voorafgaand aan of op het moment van de kankerdiagnose werden hiervoor weerhouden. HPV-resultaten na de incidentiedatum werden niet weerhouden. Een tumor wordt als HPV-negatief beschouwd er een HPV-negatieve test gebeurde binnen de 65 maanden voor de kankerdiagnose, ongeacht het resultaat van eventuele andere HPV-testen.

Dataselectie en opsplitsing data:

Het aantal nieuwe diagnoses van invasieve baarmoederhalskanker voor het incidentiejaar 20xx, voor vrouwen die deel uitmaken van de respectievelijke volledige doelgroep Heracles van 20xx, opgesplitst volgens de leeftijdscategorie en de HPV-status geregistreerd in het HPV-CHP.

Berekening van het percentage HPV-negatieve tumoren:

Teller/Noemer:

Teller: Het aantal nieuwe diagnoses van invasieve baarmoederhalskanker voor de incidentiejaren 20xx, voor vrouwen die deel uitmaken van de volledige doelgroep Heracles van 20xx, opgesplitst volgens de 5-jaars leeftijdscategorie en HPV negatieve status.

Noemer: Het aantal nieuwe diagnoses van invasieve baarmoederhalskanker voor de incidentiejaar 20xx, voor vrouwen die deel uitmaken van de volledige doelgroep Heracles van 20xx, opgesplitst volgens de 5-jaars leeftijdscategorie ongeacht de HPV status.

Berekening:

$(\text{Teller/Noemer}) \times 100$

Omdat de aantallen relatief klein zijn, worden de aantallen en percentages berekend voor enkele jaren samen.

(*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening

3.3.3. Tumoren bij deelnemers en niet-deelnemers (*)

Om een onderscheid te maken in de tumorkarakteristieken bij deelnemers en niet-deelnemers werden alle tumoren opgesplitst op basis van de screeningshistoriek van deze vrouwen. Deze screeningshistoriek bevat alle cervixstalen afgenomen bij deze tumorpatiënten en die geregistreerd zijn in de beschikbare databanken. De screeningshistoriek werd opgesteld door koppeling van de kankergegevens met het HPV-CHP en de IMA databank o.b.v. het INSZ. Aan gezien deze beide databanken gegevens bevatten vanaf 1/1/2008, bevat deze screeningshistoriek maximaal gegevens over een periode variërend van 5 jaar voor het incidentiejaar 20xx jaar. Registraties waarvoor het INSZ niet gekend is, kunnen uiteraard niet gekoppeld worden en worden niet opgenomen in de screeningshistoriek

Teller/Noemer:

Teller: Het aantal nieuwe diagnoses van invasieve en in situ baarmoederhalskanker zoals omschreven in de noemer, opgesplitst in deelnemers en niet-deelnemers.

- Deelnemers: alle INSZen die tot de noemer behoren en waarvoor er minstens 1 cytologiestaal geregistreerd is in ofwel het HPV-CHP ofwel de IMA databank, meer dan 3 maanden voorafgaand aan de incidentiedatum, ongeacht de tijdsdelay tussen de datum van de afname van het cytologiestaal en de incidentiedatum.
- Niet-deelnemers: alle INSZen die tot de noemer behoren en waarvoor er geen enkel cytologiestaal geregistreerd is in noch het HPV-CHP noch de IMA databank, met uitsluiting van de 3 maanden voorafgaand aan de incidentiedatum.

Noemer: Het aantal nieuwe diagnoses van invasieve baarmoederhalskanker voor het incidentiejaren 2013-2020, voor vrouwen die deel uitmaken van de volledige doelgroep Heracles van 2013-2020, opgesplitst volgens de leeftijdscategorie en alle leeftijden samen.

Berekening:

$(\text{Teller/Noemer}) \times 100$

Omdat de aantallen relatief klein zijn, worden de aantallen en percentages ook berekend enkel jaren samen.

(*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening

3.3.4. Intervalkankers (*)

Op basis van de screeningshistoriek en de diagnoses geregistreerd in het HPV-CHP werden de tumoren verder opgesplitst:

- Tumoren bij deelnemers
- Tumoren bij vrouwen die drie jaar voorafgaand aan de incidentiedatum een cytologie hadden (= recente deelnemers)
- Tumoren bij vrouwen die drie jaar voorafgaand aan de incidentiedatum een negatieve cytologie hadden (= recente deelnemers met een negatief staal of intervalekankers)

Teller/Noemer:

Teller: Het aantal nieuwe diagnoses van invasieve baarmoederhalskanker zoals omschreven in de noemer, opgesplitst in deelnemers, recente deelnemers en intervalekankers.

- Deelnemers: alle INSZen die tot de noemer behoren en waarvoor er minstens 1 cytologiestaal geregistreerd is in ofwel het HPV-CHP ofwel de IMA databank dat voldoet aan volgende criteria:
 - meer dan 3 maanden voorafgaand aan de incidentiedatum
 - ongeacht de tijdsdelay tussen de datum van de afname van het cytologiestaal en de incidentiedatum
 - ongeacht de diagnose
- Recente deelnemers (exclusief intervalekankers): alle INSZen die tot de noemer behoren en waarvoor er minstens 1 cytologiestaal geregistreerd is in ofwel het HPV-CHP ofwel de IMA databank dat voldoet aan volgende criteria:
 - meer dan 3 maanden voorafgaand aan de incidentiedatum
 - binnen de 3 jaar voorafgaand aan de kankerdiagnose
 - ongeacht de diagnose, maar geen 'NILM'

- Intervalkankers (recente deelnemers met negatief staal): alle INSZen die tot de noemer behoren en waarvoor er minstens 1 cytologiestaal geregistreerd is in ofwel het HPV-CHP ofwel de IMA databank dat voldoet aan volgende criteria:
 - meer dan 3 maanden voorafgaand aan de incidentiedatum
 - binnen de 3 jaar voorafgaand aan de kankerdiagnose met gekende diagnose 'NILM'

Noemer: Het aantal nieuwe diagnoses van invasieve baarmoederhalskanker voor de incidentiejaren 2013-2020, voor vrouwen die deel uitmaken van de volledige doelgroep Heracles van 2013-2020, en waarvoor er minstens 1 cytologiestaal geregistreerd is in ofwel het HPV-CHP ofwel de IMA databank, meer dan 3 maanden voorafgaand aan de incidentiedatum, ongeacht de tijdsdelay tussen de datum van de afname van het cytologiestaal en de incidentiedatum. De aantallen worden weergegeven voor alle leeftijden en per leeftijdscategorie.

Berekening:

(Teller/Noemer)*100

Omdat de aantallen relatief klein zijn, worden de aantallen en percentages ook berekend voor enkele jaren samen. (*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening

3.3.5. Vergelijking tumorkarakteristieken voor de verschillende groepen

De tumorkarakteristieken van de invasieve baarmoederhalstumoren gediagnosticeerd in 2013-2020 bij de drie groepen werden bepaald en vergeleken. De tumoren in de verschillende groepen werden vergeleken wat betreft stadium en de histologische diagnose.

Wanneer een tumor gediagnosticeerd wordt, krijgt deze een TNM stadium toegekend. Het TNM stadium is gebaseerd op 3 parameters:

- De 'T' geeft de grootte van de tumor weer.
- De 'N' beschrijft de status van de regionale klieren.
- De 'M' geeft aan of er metastasen op afstand zijn.

Er kan zowel een pTNM als een cTNM toegekend worden. De 'p' in pTNM duidt erop dat de classificatie gebaseerd is op anatomopathologische bevindingen. De 'c' in cTNM duidt erop dat deze gebaseerd is op klinische bevindingen. Op basis van de combinatie van de T, N en M waarden wordt een stadium van 0 tot IV toegekend. Stadium 0 komt overeen met een in situ kanker. Stadium IV is het verst gevorderde stadium van de ziekte. In deze analyse werd het gecombineerde stadium gebruikt. Dit gecombineerd stadium wordt in eerste instantie bepaald volgens de pTNM. Wanneer deze niet beschikbaar is, baseert het zich op de cTNM. Indien er echter klinische evidentie is van een metastase (cM1) wordt deze steeds weerhouden voor het bepalen van het stadium. Er werd gekozen om gebruik te maken van het gecombineerde stadium omdat dit meer volledig is. Meer geavanceerde stadia zijn immers vaak niet gekend op basis van de pTNM (metastasen worden vaak niet gebiopseerd), maar wel op basis van de cTNM.

Teller/Noemer:

Teller: Het aantal nieuwe diagnoses van invasieve baarmoederhalskanker voor het incidentiejaar 20xx, voor vrouwen die deel uitmaken van de volledige doelgroep Heracles van 20xx, opgesplitst in volgende groepen:

- Niet-deelnemers: alle INSZen die tot de teller behoren en waarvoor er geen enkel cytologiestaal geregistreerd is in noch het HPV-CHP noch de IMA databank, 3 maanden voorafgaand aan de incidentiedatum.
- Deelnemers: alle INSZen die tot de teller behoren en waarvoor er minstens 1 cytologiestaal geregistreerd is in ofwel het HPV-CHP ofwel de IMA databank dat voldoet aan volgende criteria:
 - meer dan 3 maanden voorafgaand aan de incidentiedatum
 - ongeacht de tijdsdelay tussen de datum van de afname van het cytologiestaal en de incidentiedatum
 - ongeacht de diagnose
- Deelnemers, zonder intervalekankers: alle deelnemers, zonder hieronder omschreven intervalekankers
- Intervalekankers (Recente deelnemers met een negatief staal): alle INSZen die tot de noemer behoren en waarvoor er minstens 1 cytologiestaal geregistreerd is in ofwel het HPV-CHP ofwel de IMA databank dat voldoet aan volgende criteria:
 - meer dan 3 maanden voorafgaand aan de incidentiedatum
 - binnen de 3 jaar voorafgaand aan de kankerdiagnose met gekende diagnose 'NILM'
 - De intervalekankers worden verder opgesplitst in twee groepen naargelang de termijn tussen de 'NILM' diagnose en de incidentiedatum.
- Termijn tussen de kankerdiagnose en de 'NILM' diagnose 0 tot en met 24 maanden
- Termijn tussen de kankerdiagnose en de 'NILM' diagnose meer dan 24 maanden en maximaal 36 maanden

Elke groep is verder onderverdeeld per stadium en per histologische diagnose.

Noemer: n.v.t.

Berekening:

n.v.t.

3.4. POSITIEF VOORSPELLENDE WAARDE (*)

De positief voorspellende waarde (PVW) van een afwijkend screeningsuitstrijkje is het percentage gescreende personen met een afwijkend screeningsuitstrijkje, dat werkelijk een cervixletsel heeft. Deze PVW werd bepaald op basis van de correlatie tussen de cytologische diagnose (25-29 j) of het HPV-resultaat (30-64j) van de screeningsuitstrijkjes en de eerstvolgende histologische diagnosebevestiging binnen de 3 maanden. De betekenis van de cytologische diagnoses staat in tabel 1. De betekenis van de histologische diagnoses staat in tabel 2. Op basis van een correlatietabel kan de PVW van een afwijkende screening bepaald worden. Deze PVW kan verder uitgesplitst worden volgens de ernst van zowel het cytologische letsel of HPV-resultaat als het histologische letsel.

Tabel 2: Betekenis van de histologische diagnoses

Diagnose	Betekenis
ABST	Geen dysplasie, noch tumor
ATYP	Atypische cellen, niet nader omschreven
CGIN	Endocervicale glandulaire dysplasie
LSIL	Laaggradig intraepitheliaal squameus letsel (= CIN1)
CIN2	Matige dysplasie
HSIL/IN SITU	Hooggradig intraepitheliaal squameus letsel (= CIN3/Squameus carcinoma in situ), inclusief adenocarcinoma in situ, adenosquameus carcinoma in situ en CIN 2
INVASIEF	Squameus carcinoma, adenocarcinoma, adenosquameus carcinoma
NODIAGN	Geen diagnose beschikbaar (niet aangeleverd, staal van onvoldoende kwaliteit)

Dataselectie:

Alle terugbetaalde screeningsuitstrijkjes:

- afgenomen in 20xx bij vrouwen die deel uitmaken van de toegelaten doelgroep Heracles
- met gekende cytologische diagnose en een gekende histologische diagnose binnen de 3 maanden (> dag 0 en ≤ 3 maanden).

Opsplitsing data:

- Opsplitsing per cytologische diagnose / HPV resultaat en histologisch letsel is vermeld in tabel 3A en 3B.
- De groepering van histologische diagnose voor de kolommen 'LSIL+', 'HSIL+' en 'invasief' staat onderaan in de tabel gedefinieerd.
- De betekenis van de cytologische letsels is vermeld in tabel 1.
- De betekenis van de histologische letsels is vermeld in tabel 2.

Tabel 3A: Correlatietabel tussen de cytologische diagnose van screeningsuitstrijkjes afgenomen in 20xx bij de vrouwen van 25-29 j uit de toegelaten doelgroep en de eerstvolgende histologische diagnosebevestiging binnen de 3 maanden

Cytologische diagnose	Betekenis						
	ABST / NODIAGN	ATYP	Glandulair letsel (§)	LSIL+(+)	Totaal	HSIL+ (++)	Invasief (+++)
NILM							
NODIAGN							
NODIAGN-INSU							
ASCU							
ATYP							
ASCH							
LSIL							
HSIL							
AGLC (*)							
REST (§)							
Totaal							

(§) inclusief 'CGIN' in combinatie met 'CIN1', 'CIN2' of 'CIN3'

(+) 'LSIL', inclusief letsels vermeld onder (++)

(++) 'HSIL', inclusief squameus carcinoma in situ, adenocarcinoma in situ en adenosquameus carcinoma in situ en letsels vermeld onder (+++)

(+++)'Squameus carcinoma, adenocarcinoma, adenosquameus carcinoma, inclusief tumoren, andere dan squameus of adenocarcinoma en metastasen

Tabel 3B: Correlatietabel tussen de HPV resultaat en cytologische diagnose van screeningsuitstrijkjes afgenomen in 20xx bij de vrouwen van 30-64 j uit de toegelaten doelgroep en de eerstvolgende histologische diagnosebevestiging binnen de 3 maanden

Cytologische diagnose	Histologische diagnose						
	ABST / NODIAGN	ATYP	Glandulair letsel ^(§)	LSIL+(+)	Totaal	HSIL+ (++)	Invasief (++++)
Hr HPV non 16/18+ en ≥ASCU							
HPV 16/18+							
Totaal							

(§) inclusief 'GIN' in combinatie met 'CIN1', 'CIN2' of 'CIN3'

(+) 'LSIL', inclusief letsels vermeld onder (++)

(++) 'HSIL', inclusief squameus carcinoma in situ, adenocarcinoma in situ en adenosquameus carcinoma in situ en letsels vermeld onder (++++)

(++++)'Squameus carcinoma, adenocarcinoma, adenosquameus carcinoma, inclusief tumoren, andere dan squameus of adenocarcinoma en metastasen

Definitie:

- echt positieve uitstrijkjes (EP): het aantal afwijkende uitstrijkjes waarvoor binnen de 3 maanden een histologisch onderzoek plaatsvond en waarbij een letsel bevestigd werd;
- vals positieve uitstrijkjes (VP): het aantal afwijkende uitstrijkjes waarvoor binnen de 3 maanden een histologisch onderzoek plaatsvond en waarbij een letsel NIET bevestigd werd.

Opsplitsing van de cytologische afwijkingen:

- 'ASCU+': alle uitstrijkjes met als diagnose 'ASCU', 'ATYP', 'ASCH', 'AGLC', 'LSIL' of 'HSIL';
- 'ASCH+': alle uitstrijkjes met als diagnose 'ASCH', 'AGLC', 'LSIL' of 'HSIL';
- 'HSIL': alle uitstrijkjes met als diagnose 'HSIL'.

Opsplitsing van de histologische afwijkingen:

- 'LSIL+': 'CIN1' (= Laaggradig intraepitheliaal squameus letsel), inclusief letsels vermeld onder 'HSIL+';
- 'HSIL+': 'HSIL' (= Hooggradig intraepitheliaal squameus letsel), squameus carcinoma in situ, adenocarcinoma in situ, adenosquameus carcinoma in situ, inclusief letsels vermeld onder 'Invasieve tumoren';
- 'Invasieve tumoren': Squameus carcinoma, adenocarcinoma, adenosquameus carcinoma, inclusief tumoren, andere dan squameus of adenocarcinoma en metastasen.

Teller/Noemer:

Teller: echt positieve uitstrijkjes (EP)

Noemer: echt positieve uitstrijkjes (EP) + Vals positieve uitstrijkjes

Berekening:

$PVW = (EP / EP + VP) * 100$

(*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening

3.5. SENSITIVITEIT VAN HET PROGRAMMA

(*) nog te bepalen

3.6. SPECIFICITEIT VAN HET PROGRAMMA (*)

De specificiteit is het percentage niet-afwijkende screeningsuitstrijkjes bij de vrouwen die effectief geen baarmoeder-halsletsel hebben. Dus hoe hoger de specificiteit, hoe groter de kans dat iemand die geen letsel heeft, ook een negatief screeningsuitstrijkje zal hebben.

Teller/Noemer:

Teller: Aantal terugbetaalde screeninguitstrijkjes afgenomen in 20xx bij vrouwen die deel uitmaken van de toegelaten doelgroep, met een gekende diagnose en een normaal screeningsresultaat. Indien een vrouw meer dan 1 terugbetaald screeningsuitstrijkje heeft, wordt alleen het oudste weerhouden. De specificiteit wordt berekend op twee afkappunten voor normaal screeningsresultaat.

Definitie normaal screeningsresultaat: Primaire cytologiescreening:

* Negatief staal: cytologische diagnose 'NILM' of 'NODIAGN'

Noemer: Aantal terugbetaalde screeninguitstrijkjes afgenomen in 20xx bij vrouwen die deel uitmaken van de toegelaten doelgroep, met een gekende cytologischce diagnose of HPV resultaat, en die geen bevestigde diagnose van 'LSIL+'.

Selectie stalen met bevestigde diagnose van 'LSIL+':

Stalen die voldoen aan de criteria zoals vermeld in de noemer en die binnen de 3 maanden (> dag 0 en ≤ 3 maanden) een histologisch bevestigde diagnose van 'LSIL+' hebben.

Definitie van 'LSIL+':

Volgende histologische diagnose: 'LSIL', 'HSIL', squameus carcinoma in situ, adenocarcinoma in situ, adenosquameus carcinoma in situ, squameus carcinoma, adenocarcinoma, adenosquameus carcinoma en tumoren andere dan squameus of adenocarcinoma.

Berekening: Test specificiteit: aantal gescreende vrouwen met een normaal screeningsresultaat / aantal gescreende vrouwen die geen histologische bevestigde 'LSIL+' hebben (zie ook de kolom 'Berekening' in tabel 4).

Tabel 4: Berekening van specificiteit voor screeningsuitstrijkjes afgenomen bij de toegelaten doelgroep voor twee verschillende afkappunten voor een normaal staal zoals vermeld onder de tabel

	Berekening
Aantal gescreende vrouwen met gekende diagnose	X
Aantal gescreende vrouwen met een normaal of licht afwijkend screeningsresultaat (\$) (*)	Y
Aantal gescreende vrouwen met histologisch bevestigde diagnose LSIL+	Z
Aantal gescreende vrouwen ZONDER histologisch bevestigde diagnose LSIL+	X-Z
Specificiteit van screeningsuitstrijkje	$[Y/(X-Z)]*100$

(\$) Voor primaire cytologiescreening:

Normaal: diagnose 'NILM' of 'NODIAGN'

Licht afwijkend: diagnose 'NILM', 'NODIAGN', 'ASCU' of 'ATYP'

(\$) Voor primaire HPV screening: (*)

Normaal: HPV negatief resultaat

(*) aan te passen i.k.v. overschakeling naar HPV-screening

4.1. VOLLEDIGHEID AANGELEVERDE GEÏNTEGREERDE ADVIEZEN

Dit is % screeningsstalen met aangeleverd geïntegreerd advies door de labo's aan BCR.

Teller: het aantal screeningsstalen met aangeleverd geïntegreerd advies door de labo's aan BCR

Noemer: het totaal aantal screeningsstalen met aangeleverd geïntegreerd advies door de labo's aan BCR

Berekeningswijze: Teller/Noemer *100

We nemen als wenselijke norm 100% en als aanvaarbare norm 95% (alleen van toepassing voor laboratoria die werken met FHIR formaat).

4.2. RESULTAATSMEDEDELING

4.2.1. Aan de vrouw zelf

Dit is % vrouwen waaraan een resultaat is verzonden is door CvKO binnen 30 dagen na afname van het staal

Teller: het aantal vrouwen waaraan een resultaat is verzonden is binnen 30 dagen na afname van het staal

Noemer: het totaal aantal vrouwen waaraan een resultaat is verzonden

Berekeningswijze: Teller/Noemer *100

4.2.2. Aan de GMD huisarts

Dit is % GMD artsen waaraan een resultaat is verzonden is door het CvKO binnen 30 na afname van het staal

Teller: het aantal GMD artsen waaraan een resultaat is verzonden is door het CvKO binnen 30 na afname van het staal

Noemer: het totaal aantal GMD artsen waaraan een resultaat is verzonden door het CvKO

Berekeningswijze: Teller/Noemer *100

4.3. DOORLOOPTIJD

Een doorlooptijd van 100% is wenselijk; 95% is aanvaardbaar (na volledige overschakeling naar FHIR formaat voor alle laboratoria)

4.3.1. resultaten < 25KD tussen staalname en doorsturen naar deelnemer en GMD arts en < 40 KD indien reflextest

Teller: het aantal resultaten verzonden door CvKO naar deelnemer en GMD arts binnen 25 dagen na afname van het staal en binnen 40 dagen indien een reflextest nodig was

Noemer: het totaal aantal verzonden resultaten door CvKO naar deelnemer en GMD arts

Berekeningswijze: Teller/Noemer *100

4.3.2. % resultaten < 15 KD tussen staalname en doorsturen naar BCR en < 30 KD indien reflextest

Teller: het aantal resultaten verzonden door het labo naar BCR binnen 15 dagen na afname van het staal en binnen 30 dagen indien een reflextest nodig was

Noemer: het totaal aantal verzonden resultaten naar deelnemer en GMD arts

Berekeningswijze: Teller/Noemer *100

4.3.3. % resultaten < 5KD tussen ontvangst BCR en doorsturen naar CvKO

Teller: het aantal resultaten verzonden door BCR naar CvKO binnen 5 dagen

Noemer: het totaal aantal verzonden resultaten door BCR naar CvKO

Berekeningswijze: Teller/Noemer *100

4.3.4. % resultaten < 5KD tussen ontvangst CvKO en doorsturen naar deelnemer en GMD arts;

Teller: het aantal resultaten verzonden door CvKO naar deelnemer en GMD arts binnen 5 dagen

Noemer: het totaal aantal verzonden resultaten door naar CvKO naar deelnemer en GMD arts

Berekeningswijze: $\text{Teller} / \text{Noemer} * 100$

5.1. FOLLOW-UP EN DIAGNOSTIEK

Alle vrouwen met een afwijkend screeningsuitstrijkje, worden verder opgevolgd in het diagnostische circuit. In deze analyse wordt nagegaan of vrouwen met een afwijkend screeningsresultaat de nodige medische opvolging krijgen. Er wordt m.a.w. nagegaan of er de nodige en correcte diagnostische en therapeutische acties worden ondernomen (bv. herhaling cervixcytologie, colposcopisch onderzoek zo geïndiceerd, biopsienam) en dat deze binnen een aanvaardbare tijdsspanne plaatsvinden. Daarnaast moeten vrouwen met een uitstrijkje van onvoldoende kwaliteit ook een herhalingsuitstrijkje krijgen.

5.1.1. Overzicht van de types vervolgonderzoeken (*)

Voor elk van de afwijkende screeningsuitstrijkjes wordt nagegaan of er voor het INSZ in kwestie een vervolgonderzoek geregistreerd is in de beschikbare databanken. Een overzicht van de mogelijke opvolgingsonderzoek en bijhorende criteria zijn omschreven in tabel 5.

(*) nog aan te vullen i.k.v. HPV screening

Tabel 5: Overzicht van selectiecriteria voor de verschillende opvolgingsonderzoeken in de beschikbare databanken

Opvolgingsonderzoek	Data bank	Nomenclatuurcode/ type staal	Bijkomende criteria voor vervolgonderzoeken
Colposcopie na uitstrijkje	IMA data-bank	431955 - 431966	>0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Colposcopie samen met uitstrijkje			= 0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Biopsie/Coagulatie/ Poliepectomie na uitstrijkje		432110-432121, 149052-149063	>0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Biopsie/Coagulatie/ Poliepectomie samen met uitstrijkje			= 0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Histologiestaal na uitstrijkje	CHP	histologiestaal	>0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Histologiestaal samen met uitstrijkje			= 0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Conisatie na uitstrijkje	IMA data-bank	432294 - 432305	>0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Conisatie samen uitstrijkje			= 0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Uitstrijkje	IMA data-bank	114030-114041, 149612-149623, 588350-588361, 588873-588884, 589853-589864 (§)	> 0 en <= 30 dagen na afwijkend uitstrijkje
			> 30 dagen na afwijkend uitstrijkje
		114170-114181, 149634-149645, 588895-588906	> 0 en <= 30 dagen na afwijkend uitstrijkje
			> 30 dagen na afwijkend uitstrijkje
	CHP	cytologiestaal	> 0 en <= 30 dagen na afwijkend uitstrijkje
			> 30 dagen na afwijkend uitstrijkje
Amputatie (al dan niet volledig) / Totale hysterectomie / Verwijderen van resterende cervix	IMA data-bank	431491-431502, 431911-431922	> 0 dagen na afwijkend uitstrijkje
		431270-431281, 431314-431325	
		431336-431340, 431351-431362	
		432670-432681, 432736-432740	
		432154-432165	
Andere medische opvolging (*)	IMA data-bank	220290-220301, 244915-244926	> 0 dagen na afwijkend uitstrijkje
		244930-244941, 431292-431303	
		432390-432401, 432655-432666	
Invasieve tumor (niet baarmoederhals)	CIB	Alle diagnose verschillend van ICD-10 D06 en C53	- Na afwijkend staal, inclusief opvolging uitgevoerd op zelfde dag als afwijkend staal. - Invasieve endometrium-, ovarium- of vaginakanker = opvolging. Alle andere invasieve tumoren: indien afwijkend staal gelinkt is aan de kankerdiagnose.
Baarmoederhalstumor (in situ en invasief)	CIB	Diagnose = ICD-10 D06 en C53	Een nieuw staal > 0 dagen na afwijkend staal

^(*)Baarmoedercurettage, curatieve of exploratieve, eventueel inclusief dilatatie en afname voor endo-uterine biopsie.
Debulking voor uitgebreide intra-abdominale tumor, mogelijk met totale hysterectomie.
Subtotale hysterectomie. Diagnostische hysteroscopie met of zonder biopsie of cytologie.

5.1.2. Aantal screeningsuitstrijkjes met een afwijkend resultaat met een vervolgonderzoek

De tijd tussen het afwijkende screeningsuitstrijkje en de eerstvolgende opvolging wordt berekend in aantal maanden. De maximale tijdsdelay tussen het afwijkende uitstrijkje en de opvolging is vastgelegd op 36 maanden.

Dataselectie:

- Alleen terugbetaalde screeningsuitstrijkjes van vrouwen die deel uitmaken van de TDH of de tijdelijk uitgesloten vrouwen afgenomen in 20xx.
- Alleen stalen met een afwijkende diagnose die geregistreerd is in het CHP en welke vermeld is in tabel met resultaten.
- Er wordt slechts 1 staal per vrouw weerhouden. Indien er meerdere stalen per vrouw zijn, werd het oudste staal weerhouden.

Opsplitsing van data:

- opsplitsing per cytologische diagnose;
- opsplitsing per HPVresultaat;
- opsplitsing volgens het feit dat er al dan niet opvolging plaatsvond.

Teller/noemer:

Teller: Alle uitstrijkjes die voldoen aan de criteria omschreven in noemer, werden opgesplitst volgens het feit op er een opvolging binnen de 12 maanden na het afwijkende uitstrijkje plaatsvond. Een overzicht van de mogelijke opvolgingen staat in tabel 5.

Noemer: Alle vrouwen met een afwijkende screeningsuitstrijkjes die voldoen aan de criteria omschreven in dataselectie en opsplitsing.

Berekening:

Teller/Noemer*100

Stratificatie per type staalafnemer

Cumulatieve curves met termijn tussen afwijkend staal en eerste opvolging.

5.2. BEHANDELING

De tijd tussen het afwijkende screeningsuitstrijkje en de behandeling wordt berekend in aantal maanden. De maximale tijdsdelay tussen het afwijkende uitstrijkje en de opvolging is vastgelegd op 36 maanden.

Dataselectie:

- Alleen terugbetaalde screeningsuitstrijkjes van vrouwen die deel uitmaken van de TDH of de tijdelijk uitgesloten vrouwen afgenomen in 20xx.
- Alleen stalen met een afwijkende diagnose die geregistreerd is in het CHP en welke vermeld is in de tabel met resultaten.
- Er wordt slechts 1 staal per vrouw weerhouden. Indien er meerdere stalen per vrouw zijn, werd het oudste staal weerhouden.

Opsplitsing van data:

- opsplitsing per cytologische diagnose;
- opsplitsing per HPVresultaat;
- opsplitsing volgens het feit dat er al dan niet een behandeling plaatsvond.

Teller/noemer:

Teller: Alle uitstrijkjes die voldoen aan de criteria omschreven in noemer, werden opgesplitst volgens het feit of er een behandeling binnen de 12 maanden na het afwijkende uitstrijkje plaatsvond.

Noemer: Alle vrouwen met een afwijkend screeningsuitstrijkje die voldoen aan de criteria omschreven in dataselectie en opsplitsing.

Berekening:

Teller/Noemer*100

Cumulatieve curves met termijn tussen afwijkend staal en eerste behandeling.

5.3. OPVOLGING FAALVEILIGHEID (*)

Om de opvolgingsgraad te verbeteren werd een faalveiligheidsmechanisme opgestart. Vier keer per jaar stelt BCR lijsten op van vrouwen die een cervixstaal hebben dat wijst op (minstens) een ernstige dysplasie en waarvoor geen enkele opvolging binnen de 12 maanden kan teruggevonden worden in de databanken van BCR. CvKO stuurt na de ontvangst van deze lijsten een faalveiligheidsbrief (FVB) naar de staalafnemer(s) en de GMD-arts. 12 maanden het versturen van de FVB wordt nagegaan hoeveel van deze vrouwen er een opvolging hadden na het afwijkende staal. (*) nog aan te passen i.k.v. HPV-screening

Tabel 6: Overzicht van selectiecriteria voor de opvolgingsonderzoeken in de beschikbare databanken voor vrouwen waarvoor een faalveiligheidsbrief verstuurd is

(*) nog aan te passen i.k.v. HPV-screening

Opvolgingsonderzoek	Data bank	Nomenclatuurcode/ type staal	Bijkomende criteria voor alle vervolgonderzoeken
Colposcopie na uitstrijkje	IMA data-bank	431955 - 431966	>0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Colposcopie samen met uitstrijkje			= 0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Biopsie/Coagulatie/ Poliepectomie na uitstrijkje		432110-432121, 149052-149063	>0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Biopsie/Coagulatie/ Poliepectomie samen met uitstrijkje			= 0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Histologiestaal na uitstrijkje	CHP	histologiestaal	>0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Histologiestaal samen met uitstrijkje			= 0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Conisatie na uitstrijkje	IMA data-bank	432294 - 432305	>0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Conisatie samen uitstrijkje			= 0 dagen na afwijkend uitstrijkje
Uitstrijkje	IMA data-bank	114030-114041, 149612-149623, 588350-588361, 588873-588884, 589853-589864 (§)	> 0 en <= 30 dagen na afwijkend uitstrijkje
			> 30 dagen na afwijkend uitstrijkje
		114170-114181, 149634-149645, 588895-588906	> 0 en <= 30 dagen na afwijkend uitstrijkje
			> 30 dagen na afwijkend uitstrijkje
	CHP	cytologiestaal	> 0 en <= 30 dagen na afwijkend uitstrijkje
			> 30 dagen na afwijkend uitstrijkje
Amputatie (al dan niet volledig) / Totale hysterectomie / Verwijderen van resterende cervix	IMA data-bank	431491-431502, 431911-431922	> 0 dagen na afwijkend uitstrijkje
		431270-431281, 431314-431325	
		431336-431340, 431351-431362	
		432670-432681, 432736-432740	
		432154-432165	

Andere medische opvolging (*)	IMA data-bank	220290-220301, 244915-244926	> 0 dagen na afwijkend uitstrijkje
		244930-244941, 431292-431303	
		432390-432401, 432655-432666	
Invasieve tumor (niet baarmoederhals)	CIB	Alle diagnose verschillend van ICD-10 D06 en C53	- Na afwijkend staal, inclusief opvolging uitgevoerd op zelfde dag als afwijkend staal. - Invasieve endometrium-, ovarium- of vaginakanker = opvolging. Alle andere invasieve tumoren: indien afwijkend staal gelinkt is aan de kankerdiagnose.
Baarmoederhalstumor (in situ en invasief)	CIB	Diagnose = ICD-10 D06 en C53	- Een nieuw staal > 0 dagen na afwijkend staal

Dataselectie:

- Alle vrouwen met een FVB > 12 m geleden.
- Selectie van de eerste opvolging na het afwijkend staal.
- Berekening van termijn tussen:
 - Afwijkend staal en eerste opvolging
 - FVB en eerste opvolging

Opsplitsing van data:

- Aantal vrouwen met een FVB > 12 m geleden zonder opvolging.
- Aantal vrouwen met een FVB > 12 m geleden met opvolging.
 - Termijn opvolging:
 - Opvolging voor de FVB
 - Opvolging na de FVB
 - Bron opvolging:
 - Selectie van de bron waarin de eerste opvolging beschikbaar is.
 - Prioriteit indien eerste opvolging in meerdere bronnen beschikbaar: CHP > CIB > IMA

Berekening:

- % opvolging (t.o.v. totaal aantal vrouwen): noemer = totaal aantal vrouwen met een FVB > 12 m geleden
- % (t.o.v. vrouwen met opvolging): noemer = noemer = totaal aantal vrouwen met een FVB > 12 m geleden en een opvolging van het afwijkende staal

(*) nog aan te passen i.k.v. HPV-screening

5.4. COLPOSCOPIEN VAN ONVOLDOENDE KWALITEIT

Dit is het % colposcopien van onvoldoende kwaliteit

Teller: het aantal colposcopien van onvoldoende kwaliteit.

Noemer: het totaal aantal colposcopien

Berekeningswijze: teller/noemer*100

6.1. AANTAL KLACHTEN

Dit is het aantal geregistreeerde klachten en meldingen in het kader van het Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker

Teller: aantal geregistreeerde klachten en meldingen

Noemer: nvt

BEVOLKINGSONDERZOEK DIKKEDARM- KANKER

TIJDIG
OPSPOREN
HELPT!



BEVOLKINGS
ONDERZOEK
DIKKEDARM
KANKER



BEVOLKINGSONDERZOEK DIKKEDARMKANKER

INDICATOREN EN BEREKENINGSWIJZEN

Cluster 1

1.1	VOLLEDIGE DOELGROEP HERACLES	47
1.2	UITGESLOTEN PERSONEN	47
1.3	TOEGELATEN DOELGROEP HERACLES	48
1.4	UIT TE NODIGEN DOELGROEP HERACLES	48
1.5	UITGENODIGDE PERSONEN	48
1.6 A)	TOTAAL AANTAL PERSONEN MET EEN IFOLT (LOS VAN 12 MAANDEN NA UITNODIGING)	48
1.6 B)	TOTAAL AANTAL DEELNEMERS AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK DIKKEDARMKANKER	49
1.7	RESPONGSGRAAD	49
1.8	DEKKINGSGRAAD	49
1.9	PERCENTAGE 2-RONDEN-TROUW	50
1.10	1.10 PERCENTAGE 3-RONDEN-TROUW	50
1.11	PERCENTAGE INSTAPPERS NA NON-RESPONS IN VORIGE RONDE	51
1.12	PERCENTAGE NOOIT DEELNEMERS	51

Cluster 2

2.1	AANTAL LABO RECALLS	52
2.2	AANTAL UITGEVOERDE iFOBTS BINNEN HET BVO	52
2.3	AANTAL UITGEVOERDE iFOBTS BUITEN HET BVO	52
2.4	OVERSCREENING	52

Cluster 3

3.1	AFWIJKENDE SCREENINGRESULTATEN EN DOORVERWIJZING	53
3.2	ADENOMA- EN KANKERDETECTIEGRAAD	53
	3.2.1. Inleidend	53
	3.2.2. Kankerdetectiegraad	54
	3.2.2. Adenomadetectiegraad	54
3.3	INTERVALKANKERGRAAD	54
3.4	TUMORKARAKTERISTIEKEN	55
3.5	POSITIEF PREDICTIEVE WAARDE	55
3.6	SENSITIVITEIT VAN HET PROGRAMMA	56
3.7	SPECIFICITEIT VAN HET PROGRAMMA	56

Cluster 4

4.1	TIJD TUSSEN SCREENING EN VERSTUREN VAN HET RESULTAAT	57
-----	--	----

Cluster 5

5.1	OPVOLGINGSGRAAD: AANTAL PERSONEN MET EEN COLOSCOPIE NA EEN AFWIJKENDE iFOBT	58
5.2	OPVOLGINGSGRAAD: AANTAL PERSONEN MET EEN iFOBT i.p.v. EEN COLOSCOPIE NA EEN AFWIJKENDE iFOBT	58
5.3	OPVOLGINGSGRAAD: AANTAL PERSONEN ZONDER GEKENDE FOLLOW-UP NA EEN AFWIJKENDE iFOBT	58
5.4	TIJDSINTERVAL TUSSEN AFWIJKENDE iFOBT EN VERVOLGONDERZOEK	59
5.5	AANTAL PERSONEN MET EEN COLOSCOPIE <31 DAGEN NA AFWIJKENDE iFOBT	59
5.6	PERCENTAGE VOLLEDIGE COLOSCOPIEEN NA AFWIJKENDE iFOBT	60
5.7	AANTAL PERSONEN WAARVOOR FOBT HERHAALD WERD BINNEN 1 JAAR NA AFWIJKENDE iFOBT	60
5.8	AANTAL PERSONEN WAARVOOR STAALNAME PLAATSVOND BINNEN 1 JAAR NA AFWIJKENDE iFOBT	60
5.9	FAALVEILIGHEID VERVOLGONDERZOEKEN	61
5.10	PERSONEN MET EEN AFWIJKENDE STOELGANGTEST EN EEN FAALVEILIGHEIDSBRIEF	61
5.11	TOTAAL AANTAL UITGEVOERDE INGEPEN 1 JAAR NA DE AFWIJKENDE iFOBT	61
5.12	FAALVEILIGHEID BEHANDELING	62

1.1 VOLLEDIGE DOELGROEP HERACLES

De personen die in het betreffende jaar op basis van hun geboortedatum en plaats van inschrijving (een gemeente in Vlaanderen) op 1 januari in aanmerking komen voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. Deze populatie wordt gedefinieerd als de Volledige Doelgroep Heracles (VDH).

Alleen mannen en vrouwen met een geldig INSZ worden mee opgenomen in de analyses (inclusief personen waarvan de geboortedatum niet exact gekend is maar wel het geboortjaar).

Internationale werknemers (EU-ambtenaren, NAVO-ambtenaren en grensarbeiders) kunnen mee opgenomen zijn in de VDH indien ze ingeschreven zijn in Vlaanderen en een geldig INSZ hebben. Indien dit niet geval is, zijn ze - net als andere mensen die niet in Vlaanderen zijn ingeschreven en/of geen geldig INSZ hebben - geen deel van de VDH. Mensen met een bisnummer zijn geen deel van de VDH (nummers die toegekend worden aan personen die niet ingeschreven zijn in het rijksregister maar waarvoor toch informatie moet bijgehouden worden voor de sociale zekerheid).

Teller/noemer:

Teller: het aantal mannen en vrouwen die op 1/1/20XX in Vlaanderen wonen en in datzelfde jaar 49 t.e.m. 73 jaar zijn en dus dat jaar 50 t.e.m. 74 jaar oud worden.

Noemer: n.v.t.

Berekening:

n.v.t

1.2 UITGESLOTEN PERSONEN

De uitgesloten personen zijn personen uit de VDH die op basis van de exclusiecriteria niet in aanmerking komen voor een uitnodiging voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. Het kan gaan om:

- een volledige coloscopie (nomenclatuurcodes: 473174 - 473185)
- ileoscopie (sinds april 2015, nomenclatuurcodes: 473432-473443,473756-473760)
- poliepectomie (sinds april 2015, nomenclatuurcodes: 473955-473966,473211-473222)
- virtuele coloscopie (sinds 2017 toegevoegd als uitsluitingscriterium)
- een volledige colectomie (nomenclatuurcodes: 243014, 243025, 243036, 243040, 244753, 244764)
- een diagnose van dikkedarmkanker
- een stoelgangtest buiten het BVO (nomenclatuurcodes: 120713, 120724, 125716, 125720)
- de nomenclatuurcodes 473955-473966, 473211- 4732220 geven geen aanleiding meer tot uitsluiting vanaf prestatiedatum 1/11/2016.
- een deelname aan het BVO in jaar 20XX-1

Retrospectief werd dus met alle huidig geldende uitsluitingen rekening gehouden. Een deel van de personen met retrograde uitsluitingen zal daarom wel een uitnodiging gekregen hebben voor het bevolkingsonderzoek. De retrograde uitsluitingen van het jaar 20XX bevatten alle personen die gedurende het hele jaar 20XX uitgesloten waren. Als er voor een persoon meerdere exclusiecriteria geldig waren, werd alleen de exclusie met de langstlopende termijn meegerekend, met uitzondering van de deelname aan het bevolkingsonderzoek in het vorige kalenderjaar.

De IMA-databank voor dikkedarm, de kankerregistratiedatabank, het Cytohistopathologie register voor dikkedarmkanker en de screeningsgegevens worden gekoppeld met de VDH van 20XX. Op basis van deze koppeling wordt per exclusiecriterium berekend hoeveel personen van de VDH heel het jaar 20XX uitgesloten waren.

Teller/noemer:

Teller: het aantal personen uit de VDH die gedurende het hele jaar 20XX uitgesloten zijn voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker omwille van de exclusiecriteria.

Noemer: VDH van het jaar 20XX

Berekening:

n.v.t

1.3 TOEGELATEN DOELGROEP HERACLES

De toegelaten doelgroep Heracles (TDH) bevat de personen uit de VDH die niet tot de uitgesloten personen behoren en daarom in het betreffende jaar in aanmerking komen voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. Niet elk van deze personen moet dit jaar een uitnodiging krijgen omdat een deel van hen een uitnodiging kreeg in het voorgaande jaar.

Teller/noemer:

Teller: het aantal personen uit de VDH van jaar 20XX die niet uitgesloten zijn.

Noemer: VDH van het jaar 20XX

Berekening:

n.v.t

1.4 UIT TE NODIGEN DOELGROEP HERACLES

De personen uit de TDH van jaar 20XX die volgens de uitnodigingsstrategie een uitnodiging moesten ontvangen in jaar 20XX. Voor elke persoon in de TDH wordt nagegaan of ze dit jaar een uitnodiging moet ontvangen. De mannen en vrouwen die geen uitnodiging moeten ontvangen maken deel uit van volgende groepen:

- Uitgenodigd in het vorige kalenderjaar
- Persoon heeft aan het CvKO laten weten dat hij of zij geen uitnodigingen wil ontvangen (weigering)

Teller/noemer:

Teller: het aantal personen uit de TDH van jaar 20XX dat dit jaar een uitnodiging moet krijgen.

Noemer: TDH van het jaar 20XX

Berekening:

n.v.t

1.5 UITGENODIGDE PERSONEN

De uitgenodigde mannen en vrouwen zijn alle mannen en vrouwen aan wie een uitnodiging wordt gestuurd met een uitnodigingsdatum in het betreffende jaar. Het betreft dus het aantal uitnodigingen in de screeningsdatabank met een datum die valt in het betreffende jaar, zonder enige uitzondering.

Let op: dit verschilt van het aantal 'uit te nodigen doelgroep Heracles (zie 1.4.), omdat hier ook wordt gekeken naar personen die na 01/01/20XX in de doelgroep komen.

Teller/noemer:

Teller: Aantal vrouwen aan wie een uitnodiging voor het betreffende jaar wordt gestuurd, opgesplitst al naar gelang ze deel uitmaken van de VDH en/of TDH.

Noemer: n.v.t

Berekening:

n.v.t

1.6A TOTAAL AANTAL PERSONEN MET EEN IFOBT (LOS VAN 12 MAANDEN NA UITNODIGING)

Alle mannen en vrouwen - die in Vlaanderen wonen en aan de leeftijdscriteria voldoen - die in jaar 20XX een iFOBT lieten uitvoeren binnen het BVO.

Teller/noemer:

Teller: het aantal mannen en vrouw in de screeningsdata (afgesloten op 30/06/20xx) met een analysedatum (datum laboresultaat) die valt in jaar 20xx.

Noemer: n.v.t.

Berekening: n.v.t.

1.6B TOTAAL AANTAL DEELNEMERS AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK DIKKEDARMKANKER

Alle mannen en vrouwen – die in Vlaanderen wonen en aan de leeftijdscriteria voldoen – die in jaar 20XX uitgenodigd werden én gescreend werden, met een analysedatum binnen de 12 maanden na de uitnodiging. Deze deelnemers wordt opgenomen in de berekening voor de responsgraad. Databanken worden steeds afgesloten op 30/06/20XX terwijl een analyse binnen 12 maanden na de uitnodiging nog kan vallen na 30/06/20XX.

Teller/noemer:

Teller: het aantal mannen en vrouwen in Heracles met een analysedatum (datum laboresultaat) binnen de 12 maanden na de uitnodiging.

Noemer: n.v.t.

Berekening:

Het aantal screenings in de screeningsdatabank voor uitgenodigden in jaar 20XX (afgesloten op 30/06/20XX) met een analysedatum binnen de 12 maanden na de uitnodiging (dus in 20XX of 20XX+1).

1.7 RESPONSGRAAD

Van “Uitgenodigde personen” van jaar 20XX (1.5.) wordt individueel gekeken of zij binnen 12 maanden na de uitnodigingsdatum deelnam (datum deelname). Deze cijfers zijn voorlopig in september 20XX+1 en definitief vanaf 31/12/20XX+1 omdat iedereen met een uitnodigingsdatum in jaar 20XX vanaf dan één jaar opvolging zal hebben. Deze responsgraad wordt opgedeeld in ‘responsgraad voor herinnering’ en ‘responsgraad na herinnering’, maar de 12 maanden wordt alleen berekend vanaf de uitnodigingsdatum. Sinds jaarfiche 2022 (screeningsjaar 2021) wordt ook de responsgraad voor uitnodiging met afnameset en uitnodiging zonder afnameset (na 3 opeenvolgende niet-deelnames) apart weergegeven.

Teller/noemer:

Teller: alle personen met een deelnamedatum die minder of gelijk aan 12 maanden na de uitnodigingsdatum valt.

Noemer: Uitgenodigde personen (zie hoger 1.5.)

Berekening:

Responsgraad = Teller/Noemer*100

1.8 DEKKINGSGRAAD

De totale dekkingsgraad geeft de proportie mannen en vrouwen uit de Volledige doelgroep Heracles 20XX weer die of:

- deelnam aan het bevolkingsonderzoek in jaar 20XX of 20XX-1
- of uitgesloten was voor het bevolkingsonderzoek (dekkingsgraad door uitsluiting)
- niet deelnam maar een stoelgangtest deed buiten het bevolkingsonderzoek in 20XX of 20XX-1 (dekkingsgraad door screening buiten het bevolkingsonderzoek)
- niet deelnam maar een coloscopie deed buiten het bevolkingsonderzoek in 20XX (dekkingsgraad door coloscopie buiten het bevolkingsonderzoek)

Voor meer uitleg zie <http://bevolkingsonderzoek.incijfers.be>

Teller/noemer:

Teller:

- het aantal personen dat deelnam aan het bevolkingsonderzoek in 20XX of 20XX-1
- het aantal personen dat gans 20XX uitgesloten was voor het bevolkingsonderzoek wegens een voorafgaande volledige colectomie, een volledige coloscopie of dikkedarmkanker of een virtuele coloscopie.
- het aantal personen dat een stoelgangtest buiten het bevolkingsonderzoek deed in 20XX of 20XX-1
- het aantal personen dat een coloscopie deed buiten het bevolkingsonderzoek in 20XX

Totale dekking: som van de drie bovenstaande vormen van dekking;

Geen dekking: mannen en vrouwen die niet in één van bovenstaande categorieën vallen.
Noemer: VDH van 20XX.

Berekening:

Dekkingsgraad = $\text{Teller} / \text{Noemer} * 100$.

- Dekking door uitsluiting: Personen uit de volledige doelgroep Heracles 20XX die in 20XX uitgesloten waren van het bevolkingsonderzoek wegens een volledige colectomie, een volledige coloscopie, een virtuele coloscopie of dikkedarmkanker. De personen die uitgesloten waren wegens een stoelgangtest buiten het bevolkingsonderzoek, vallen in deze tabel onder dekking door screening buiten het bevolkingsonderzoek van vorig jaar. Personen die uitgesloten hadden moeten zijn, maar toch uitgenodigd werden, tellen alleen mee in de categorie uitgesloten personen.
- Dekking door deelname aan het bevolkingsonderzoek dit jaar: Personen uit de volledige doelgroep Heracles 20XX die niet uitgesloten waren in 20XX en deelnamen aan het bevolkingsonderzoek in 20XX
- Dekking door deelname aan het bevolkingsonderzoek vorig jaar: personen uit de volledige doelgroep Heracles 20XX die deelnamen in 20XX-1 en dus niet hoeven deel te nemen in 20XX.
- Dekking door screening buiten het bevolkingsonderzoek dit jaar: personen uit de volledige doelgroep Heracles 20XX die niet uitgesloten waren in 20XX maar die in 20XX een stoelgangtest buiten het bevolkingsonderzoek uitvoerden.
- Dekking door screening buiten het bevolkingsonderzoek vorig jaar: personen uit de volledige doelgroep Heracles 20XX die uitgesloten zijn in 20XX omwille van een stoelgangtest buiten het bevolkingsonderzoek in 20XX-1
- Dekking door screening m.b.v. coloscopie buiten het bevolkingsonderzoek in het huidige jaar: personen uit de volledige doelgroep Heracles 20XX die niet uitgesloten waren in 20XX en een volledige coloscopie buiten het bevolkingsonderzoek uitvoerden in 20XX. Deze personen kunnen zowel niet-deelnemers van 20XX als van 20XX-1 zijn of personen die wel tot de toegelaten doelgroep behoren, maar die (nog) geen uitnodiging ontvingen als gevolg van de uitnodigingsstrategie. Het gaat om een klein percentage, maar als dit niet apart wordt gecategoriseerd, zouden deze personen onterecht bij geen dekking geïncludeerd worden. Er werd voor deze personen een nomenclatuurcode geregistreerd die wijst op een coloscopie. Bijvoorbeeld: persoon krijgt uitnodiging, maar heeft een verhoogd familiaal risico. In de folder bij de uitnodiging staat beschreven dat deelname niet nuttig is.
- Totale dekking: de totale dekking geeft aan in hoeverre de personen uit de volledige doelgroep 20XX hun screening naar dikkedarmkanker voor 20XX voltooid hebben, hetzij omdat ze een stoelgangtest binnen of buiten het bevolkingsonderzoek uitvoerden in 20XX of 20XX-1 of een coloscopie buiten het bevolkingsonderzoek kregen in 20XX, hetzij omdat ze niet in aanmerking kwamen voor deelname in 20XX (uitgesloten personen),
- Geen dekking: de 'geen dekking' geeft aan in hoeverre de personen uit de volledige doelgroep niet in orde zijn met hun screening naar dikkedarmkanker in jaar 20XX. Het betreft personen uit de volledige doelgroep Heracles 20XX die niet uitgesloten waren in 20XX (m.a.w. tot de toegelaten doelgroep van 20XX behoorden) maar niet deelnamen.

1.9 PERCENTAGE 2-RONDEN-TROUW

Van de personen die uitgenodigd en deelnamen binnen 12 maanden na de vorige uitnodiging (vorige screeningsronde), wordt gekeken welke percentage ook opkomt binnen 12 maanden na de huidige uitnodiging. De minimumleeftijd in deze groep is 52 jaar.

Teller/noemer:

Teller: alle personen die zowel in 20XX-2 als in 20XX een uitnodiging gekregen hebben en opgekomen zijn binnen de 12 maanden na uitnodiging (= iedereen uit de noemer die opgekomen is binnen de 12 maanden na uitnodiging in 20XX).

Noemer: alle personen die in de vorige screeningsronde(n) een uitnodiging gekregen hebben en opgekomen zijn binnen de 12 maanden na uitnodiging en opnieuw uitgenodigd zijn in 20XX (= de actuele screeningsronde)

Berekening:

percentage 2-ronden-trouw = $\text{Teller} / \text{Noemer} * 100$.

1.10 PERCENTAGE 3-RONDEN-TROUW

Van de personen die uitgenodigd en opgekomen zijn binnen 12 maanden na hun uitnodigingen van de vorige twee screeningsrondes (i.e. actueel uitnodigingsjaar -4 en -2 jaar), wordt gekeken welke percentage ook opkomt binnen 12 maanden na de huidige uitnodiging. De minimumleeftijd in deze groep is 54 jaar.

Teller/noemer:

Teller: alle personen die zowel in 20XX-4 als in 20XX-2 en 20XX een uitnodiging hebben gekregen en opgekomen zijn binnen de 12 maanden na uitnodiging (= iedereen uit de noemer die opgekomen is binnen de 12 maanden na uitnodiging in 20XX).

Noemer: alle personen die zowel in 20XX-4 als in 20XX-2 (= de vorige 2 screeningsrondes) een uitnodiging hebben gekregen en opgekomen zijn binnen de 12 maanden na uitnodiging en uitgenodigd zijn in 20XX (= de actuele screeningsronde).

Berekening:

Percentage 3-ronden-trouw= $\text{Teller/Noemer} \times 100$.

1.11 PERCENTAGE INSTAPPERS NA NON-RESPONS IN VORIGE RONDE

Van de mannen en vrouwen die de vorige keer niet opkwamen na de uitnodiging, wordt gekeken welk percentage wel opkomt binnen 12 maanden na de uitnodiging van 20XX. De minimumleeftijd in deze groep is 52 jaar.

Teller/noemer:

Teller: alle personen die zowel in 20XX-2 als in 20XX een uitnodiging hebben gekregen, niet opgekomen zijn binnen de 12 maanden na uitnodiging in 20XX-2, maar wel opgekomen zijn binnen de 12 maanden na uitnodiging in 20XX (= iedereen uit de noemer die opgekomen is na uitnodiging in 20XX).

Noemer: alle personen die in 20XX-2 (= de vorige screeningsronde) een uitnodiging gekregen hebben en niet opgekomen zijn binnen de 12 maanden na uitnodiging en opnieuw uitgenodigd zijn in 20XX (= de actuele screeningsronde)

Berekening:

Percentage instappers na non-respons in vorige ronde= $\text{Teller/Noemer} \times 100$.

1.12 PERCENTAGE NOOIT DEELNEMERS

Het aantal mannen en vrouwen uit de doelgroep die nog nooit deelnam in het BVO en nog nooit een FOBT buiten het bevolkingsonderzoek deed, een volledige of virtuele coloscopie onderging en geen dikkedarmkanker heeft (gehad) of volledige colectomie kreeg, werd berekend.

Er wordt geen rekening gehouden met de leeftijd van de mannen en vrouwen en het aantal uitnodigingen voor het bevolkingsonderzoek dat zij al dan niet ontvingen.

Om de nooit deelnemers te identificeren (vanaf screeningsjaar 2019) werd de VDH gekoppeld met de screeningsgegevens, de IMA-gegevens, de CHP-gegevens en de kankerregistratiegegevens.

Teller/noemer:

Teller: Aantal mannen en vrouwen uit de VDH die nog nooit deelnamen aan het BVO DDK, nog nooit een FOBT buiten het BVO deed, een volledige of virtuele coloscopie onderging en geen dikkedarmkanker heeft (gehad) of een volledige colectomie.

Noemer: De VDH van 20XX

Berekening:

n.v.t

2.1 AANTAL LABO RECALLS

Teller/noemer:

Teller: het totaal aantal labo recalls in jaar 20XX.

Noemer: uitgenodigde personen in jaar 20XX (1.5.) of aantal uitgevoerde FOBTs (1.6 A) afhankelijk van de indicator ratio aantal labo recalls op aantal uitgenodigden of ratio aantal labo recalls op aantal deelnames.

Berekening:

n.v.t

2.2 AANTAL UITGEVOERDE IFOBTS BINNEN HET BVO

2.3 AANTAL UITGEVOERDE IFOBTS BUITEN HET BVO

Mannen en vrouwen van de volledige doelgroep Heracles (VDH), die behoorden tot de deelnemers, de niet-deelnemers of de uitgesloten personen en die een stoelgangtest buiten het bevolkingsonderzoek hebben uitgevoerd.

Teller/noemer:

Teller: het aantal personen dat in jaar 20XX een stoelgangtest buiten het bevolkingsonderzoek onderging, in totaal en opgesplitst per screeningsstatus in 20XX

Noemer: het totaal aantal personen in de VDH van 20XX, in totaal en opgesplitst per screeningsstatus

Berekening:

Aantal personen uit de doelgroep van screeningsjaar 20XX voor wie in 20XX een nomenclatuur voor een stoelgangtest (nomenclatuurcodes 120713, 120724, 125716, 125720) teruggevonden werd. Er werd maar rekening gehouden met 1 nomenclatuurcode per persoon per jaar. Een persoon kan dus theoretisch gezien maar 1 keer per jaar voorkomen.

- Deelnemers: personen uit de toegelaten doelgroep 20XX die uitgenodigd werden voor het bevolkingsonderzoek en een iFOB-test uitvoerden (analyseresultaten beschikbaar) binnen het bevolkingsonderzoek in 20XX.
- Niet-deelnemers: personen uit de toegelaten doelgroep 20XX die uitgenodigd werden voor het bevolkingsonderzoek maar geen iFOB-test uitvoerden binnen het bevolkingsonderzoek in 20XX.
- Uitgesloten personen: personen uit de totale doelgroep 20XX die niet tot de toegelaten doelgroep van 20XX behoorden, omdat ze uitgesloten waren.

2.4 OVERSCREENING

Het aantal deelnemers aan het bevolkingsonderzoek die ook buiten het bevolkingsonderzoek een stoelgangtest hebben uitgevoerd.

Aantal deelnemers uit de volledige doelgroep Heracles die deelnamen aan het bevolkingsonderzoek in 20XX en voor wie in de periode van 1 jaar voor tot 1 jaar na hun deelname aan het bevolkingsonderzoek een nomenclatuur voor een stoelgangtest (nomenclatuurcodes 120713, 120724, 125716, 125720) teruggevonden werd. Er werd maar rekening gehouden met één nomenclatuurcode per persoon. Hierbij werd de prestatie die het dichtst bij de deelname aan het bevolkingsonderzoek ligt, weerhouden.

Teller/noemer:

Teller: het aantal deelnemers aan het bevolkingsonderzoek in jaar 20XX die ook gescreend werden met een stoelgangtest buiten het bevolkingsonderzoek.

Noemer: het totale aantal deelnemers.

3.1 AFWIJKENDE SCREENINGSRESULTATEN EN DOORVERWIJZING

Teller/noemer:

Teller: het aantal afwijkende iFOBTs geregistreerd in 20XX of 20XX+1 van uitgenodigden in jaar 20XX.

Noemer: het totale aantal iFOBTs geanalyseerd in jaar 20XX of 20XX+1 van uitgenodigden in jaar 20XX.

Berekening:

Dit cijfer is gebaseerd op de responsgraad (dus van uitgenodigden in jaar 20XX die tot 12 maanden na de uitnodiging hebben deelgenomen, en dus niet op deelname in jaar 20XX).

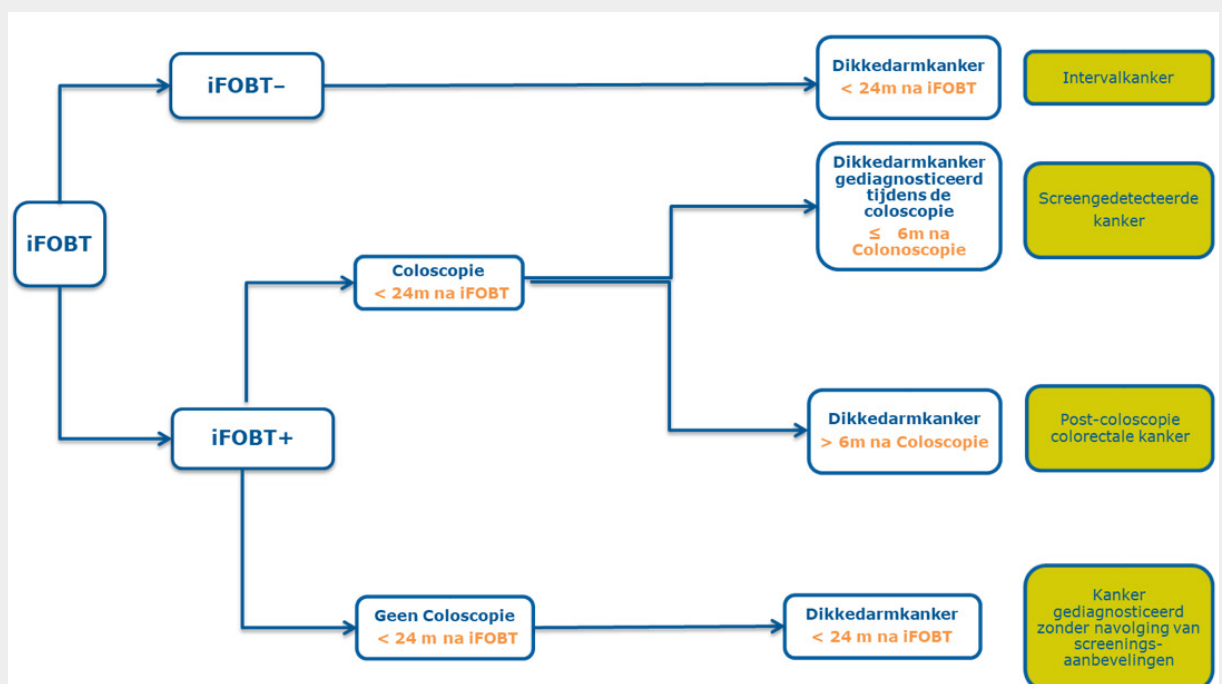
3.2 ADENOMA- EN KANKERDETECTIEGRAAD

3.2.1 Inleidend

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 screengedeteteerde kanker: een dikkedarmkanker gedetecteerd binnen de 24 maanden na een afwijkende iFOBT en binnen de 6 maanden na de coloscopie die uitgevoerd wordt als vervolgonderzoek van de afwijkende iFOBT.
- Een intervalkanker: een dikkedarmkanker die gediagnosticeerd wordt binnen de 24 maanden na een negatieve iFOBT.
- Een post-coloscopie colorectale kanker (PCCRC): een dikkedarmkanker die optreedt na een afwijkende iFOBT maar meer dan 6 maanden na de coloscopie die uitgevoerd werd als vervolgonderzoek van de afwijkende iFOBT. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen PCCRC die optreden tussen de 6 maanden en 5 jaar (PCCRC-5) na de coloscopie en deze die optreden tussen de 5 en de 10 jaar na coloscopie (PCCRC-10).
- 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.



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.

3.2.2 Kankerdetectiegraad

De kankerdetectiegraad wordt gedefinieerd als het aantal screengedetectede kankers bij deelnemers uit jaar 20XX, per 1.000 deelnames in jaar 20XX.

Teller/noemer:

Teller: het aantal deelnemers uit screeningsjaar 20XX met een afwijkende iFOBT waarbij tijdens de daaropvolgende coloscopie minstens één dikkedarmkanker werd gedetecteerd

Noemer: het aantal deelnemers uit jaar 20XX

Berekening:

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT geanalyseerd wordt nagegaan of er screengedetectede dikkedarmkankers werden gevonden, op basis van bovenstaand algoritme. Hiervoor werden de screeningsresultaten van de iFOBTs gekoppeld met de gegevens van het IMA, de kankerregistratiedatabank en het colorectaal CHP. Als voor een persoon meerdere letsels zijn geregistreerd in het CHP, werd alleen met het hoogste letsel (meest ernstige letsel) rekening gehouden (invasief > in situ > hoog risico I adenoom (tubulovilleus adenoom laaggradig en villeus adenoom laaggradig) > laag risico adenoom (tubulair adenoom laaggradig en serrated adenoom laaggradig).
- Voor screeningsjaar 20XX werden enkel de iFOBTs uitgevoerd t.e.m juni 20XX opgenomen in de analyse omdat nadien de follow-up-gegevens nog te onvolledig zijn.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.
- Bij deze analyse werd eveneens onderscheid gemaakt tussen de detectiegraad voor in situ en invasieve kankers en de detectiegraad bij eerste screening en vervolgscreening

3.2.3 Adenomadetectiegraad

De adenomadetectiegraad wordt gedefinieerd als het aantal screengedetectede adenomen bij deelnemers uit jaar 20XX, per 1.000 deelnames in jaar 20XX.

Teller/noemer:

Teller: het aantal deelnemers uit screeningsjaar 20XX met een afwijkende iFOBT waarbij tijdens de daaropvolgende coloscopie minstens één adenoma werd gedetecteerd

Noemer: het aantal deelnemers uit screeningsjaar 20XX

Berekening:

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT geanalyseerd wordt nagegaan of er screengedetectede adenomen werden gevonden, op basis van bovenstaand algoritme maar dan voor adenomen. Hiervoor werden de screeningsresultaten van de iFOBTs gekoppeld met de gegevens van het Inter-mutualistisch Agentschap, de kankerregistratiedatabank en het colorectaal CHP.
- Onder de term 'adenoma' behoren volgende letsels: tubulaire, villeuze, tubulovilleuze en serrated adenomen met laaggradige dysplasie. Als voor een persoon meerdere letsels zijn geregistreerd in het CHP, werd alleen met het hoogste letsel rekening gehouden (hoog risico I adenoom (tubulovilleus adenoom laaggradig en villeus adenoom laaggradig) > laag risico adenoom (tubulair adenoom laaggradig en serrated adenoom laaggradig))
- Voor screeningsjaar 20XX werden enkel de iFOBTs uitgevoerd t.e.m juni 20XX opgenomen in de analyse omdat nadien de follow-up-gegevens nog te onvolledig zijn.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.
- Bij deze analyse werd eveneens onderscheid gemaakt tussen de detectiegraad bij eerste screening en vervolgscreening.

3.3 INTERVALKANKERGRAAD

Het aantal intervalkankers per screeningsjaar en de intervalkankergraad per 1.000 deelnames wordt berekend.

Teller/noemer:

Teller: het aantal intervalekankers binnen de 24 maanden na een negatieve iFOBT in het BVO DDK in jaar 20XX

Noemer: het aantal uitgevoerde iFOBTs in jaar 20XX

Berekening:

Intervalekankergraad = $\text{Teller/Noemer} \times 1000$

3.4 TUMORKARAKTERISTIEKEN

Tumorkarakteristieken, zoals het stadium van de kankers, zijn enkel beschikbaar via de kankerregistratiedatabank en niet via het colorectaal Cyto-histopathologieregister.

- Een screengedeteteerde kanker: een dikkedarmkanker gedetecteerd binnen de 24 maanden na een afwijkende iFOBT en binnen de 6 maanden na de coloscopie die uitgevoerd wordt als vervolgonderzoek van de afwijkende iFOBT.
- Een intervalekanker: een dikkedarmkanker die gediagnosticeerd wordt binnen de 24 maanden na een negatieve iFOBT.
- Kankers bij niet-deelnemers zijn dikkedarmkankers waarvoor en in de 2 jaar voor de diagnose geen deelname aan het bevolkingsonderzoek was. Mogelijk werden deze personen wel buiten het bevolkingsonderzoek gescreend, via een FOBT of coloscopie.

De verdeling van de stadia werd berekend voor deze 3 groepen.

3.5 POSITIEF PREDICTIEVE WAARDE

De doelgroep van het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker zijn mannen en vrouwen zonder klachten en zonder verhoogd risico. Om de voordelen van het bevolkingsonderzoek te laten opwegen tegen de nadelen, moet zoveel mogelijk vermeden worden dat gezonde personen onnodig een bijkomend onderzoek of zelfs behandeling moeten ondergaan. Van de personen aan wie verder onderzoek wordt aangeraden moet dus na het vervolgonderzoek bij een zo groot mogelijk percentage werkelijk sprake zijn van de op te sporen aandoening, in dit geval adenoma en dikkedarmkanker. De positief predictieve waarde (PPW) geeft aan bij welk percentage van de mannen en vrouwen voor wie verder onderzoek aangewezen was, werkelijk adenoma of dikkedarmkanker is vastgesteld.

Teller/noemer:

Teller: het aantal afwijkende iFOBT in jaar 20XX waarvoor bij coloscopie minstens één screengedeteteerd letsel (adenoma, in situ kanker of invasieve kanker) werd gedetecteerd

Noemer: het aantal een afwijkende iFOBT in jaar 20XX met een daaropvolgende coloscopie.

Berekening:

$\text{PPW} = \text{Teller/Noemer} \times 100$

- De positief voorspellende waarde wordt berekend voor adenoma, in situ kankers en invasieve kankers afzonderlijk.
- De positief voorspellende waarde wordt berekend voor mannen en vrouwen die voor de eerste maal deelnamen aan de screening (1e screening) en mannen en vrouwen die reeds meerdere screenings kregen (vervolgscreening).
- Enkel mannen en vrouwen die tot de TDH behoren worden in deze analyse opgenomen.
- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT wordt nagegaan of er screngedeteteerde letsels werden gevonden, op basis van bovenstaand algoritme. Hiervoor werden de screeningsresultaten van de iFOBTs gekoppeld met de gegevens van het Inter mutualistisch Agentschap, de kankerregistratiedatabank en het colorectaal CHP.
- Onder de term 'adenoma' behoren volgende letsels: tubulaire, villieuze, tubulovillieuze en serrated adenomen met laaggradige dysplasie. Als voor een persoon meerdere letsels zijn geregistreerd in het CHP, werd alleen met het hoogste letsel rekening gehouden (invasief > in situ > hoog risico I adenoom (tubulovillieus adenoom laaggradig en villieus adenoom laaggradig) > laag risico adenoom (tubulair adenoom laaggradig en serrated adenoom laaggradig))
- Voor screeningsjaar 20XX werden enkel de iFOBTs uitgevoerd t.e.m juni 20XX opgenomen in de analyse omdat nadien de follow-up-gegevens nog te onvolledig zijn.

3.6 SENSITIVITEIT VAN HET PROGRAMMA

De sensitiviteit van het programma geeft de gevoeligheid van het programma (de iFOBT) weer om een adenoma/dikkedarmkanker te detecteren, wanneer deze aanwezig is. Naast de globale sensitiviteit wordt ook het onderscheid gemaakt tussen de sensitiviteit bij een eerste screening en een vervolgscreening.

Teller/noemer:

Teller: het aantal screengedetectede kankers + het aantal post-colonoscopie colorectale kankers+ het aantal kanker na afwijkende iFOBT waarvoor de screeningsaanbevelingen niet gevolgd werden

Noemer: het aantal screengedetectede kankers + het aantal post-colonoscopie colorectale kankers+ het aantal kanker na afwijkende iFOBT waarvoor de screeningsaanbevelingen niet gevolgd werden + het aantal intervalkankers na negatieve iFOBT

Analoog voor adenoma

Berekening:

Sensitiviteit globaal = $\text{Teller/Noemer} \times 100$

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een iFOBT werden de screengedetectede kankers, intervalkankers, post-coloscopie colorectale kankers en de kankers na afwijkende iFOBT waarvoor de screeningsaanbevelingen niet gevolgd werden bepaald op basis van bovenstaand algoritme.
- Hiervoor werden de screeningsresultaten van de iFOBTs gekoppeld met de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap, de kankerregistratiedatabank en het colorectaal CHP. Als voor een persoon meerdere kankers zijn geregistreerd in het CHP, werd alleen met het hoogste letsel rekening gehouden (invasief > in situ > hoog risico I adenoom (tubulovilleus adenoom laaggradig en villeus adenoom laaggradig) > laag risico adenoom (tubulair adenoom laaggradig en serrated adenoom laaggradig)
- Aangezien de meeste intervalkankers en post-coloscopiecolorectale kankers met een zekere delay gediagnosticeerd worden is deze analyse beperkt tot screeningsjaar 20XX-?.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.
- Bij deze analyse werd eveneens onderscheid gemaakt tussen de sensitiviteit bij 1e screening en vervolgscreening.

3.7 SPECIFICITEIT VAN HET PROGRAMMA

De specificiteit van het programma (de iFOBT) geeft de mate weer waarin een man of vrouw zonder adenoma/dikkedarmkanker ook werkelijk een negatief screeningsresultaat (negatieve iFOBT) zal hebben. Hoe hoger de specificiteit van het programma, hoe lager het aantal vals positieven. Een vals positieve screeningstest leidt vaak tot onnodige ongerustheid bij de deelnemers, onnodige vervolgonderzoeken (coloscopieën) en moet dus zo veel mogelijk vermeden worden.

Teller/noemer:

Teller: Het aantal negatieve iFOBT's waarvoor geen adenoom of kanker werd gediagnosticeerd binnen de 24 maanden na de iFOBT

Noemer: Het aantal negatieve iFOBT's waarvoor geen adenoom of kanker werd gediagnosticeerd binnen de 24 maanden na de iFOBT + het aantal afwijkende iFOBT's zonder adenoom of kanker binnen de 24 maanden na de iFOBT

Berekening:

Specificiteit globaal = $\text{Teller/Noemer} \times 100$

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een iFOBT wordt nagekeken of er al dan niet een adenoom of kanker geregistreerd werd in het colorectaal CHP binnen de 24 maanden na de iFOBT. Hiervoor werden de screeningsresultaten van de iFOBTs gekoppeld met de kankerregistratiegegevens ten het colorectaal CHP.
- Aangezien binnen een periode van 24 maanden na de iFOBT geanalyseerd wordt of een letsel geregistreerd werd, is deze analyse beperkt tot screeningsjaar 20XX-2.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.
- Bij deze analyse werd eveneens onderscheid gemaakt tussen de specificiteit bij 1e screening en vervolgscreening.

4.1 TIJD TUSSEN SCREENING EN VERSTUREN VAN HET RESULTAAT

Het aanvaardbare niveau van wachttijd ligt volgens de Europese richtlijnen op maximaal 14 kalenderdagen, en 90% moet die norm halen. Daarom wordt per screening gemeten hoelang het duurt voordat het resultaat op de post gedaan wordt.

Teller/noemer:

Teller: alle personen uit de noemer bij wie de datum van resultaatsmededeling minder of gelijk aan 10/14 dagen na de screeningsdatum (datum laboresultaat) valt.

Noemer: TDH-deelnemers aan het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker (zie hoger)

Berekening:

Percentage tijdige verwerking = $\text{Teller/Noemer} \times 100$

Het aantal kalenderdagen berekend tussen de datum waarop de analyse van het staal in het laboratorium werd uitgevoerd (datum analyse), en de datum waarop de resultaatsbrief in Heracles werd aangemaakt en op ftp van de drukker werd gezet (aanmaakdatum resultaat). In de uitnodigingsbrief staat: 'Binnen 14 kalenderdagen krijgen u en uw (huis)arts het resultaat.' In de folder bij de uitnodiging: 'Het duurt maximaal 14 kalenderdagen voor u en uw (huis)arts het resultaat van het onderzoek ontvangen.' Het lijkt dus correcter om naast de richtlijn van 14 kalenderdagen ook een zekere marge in te bouwen om de resultaatsbrief te kunnen drukken en hem te laten bezorgen via BPost (een marge van 2 of 3 dagen). Vandaar dat we naast de 14 kalenderdagen, ook steeds 10 kalenderdagen als striktere deadline berekenen.

5.1 OPVOLGINGSGRAAD: AANTAL PERSONEN MET EEN COLOSCOPIE NA EEN AFWIJKENDE IFOBT

De opvolgingsgraad geeft het percentage afwijkende iFOBT weer waarvoor binnen de 12 maanden een vervolgonderzoek plaatsvond. Deze analyse wordt uitgevoerd op mannen en vrouwen die tot de TDH behoren.

Teller/noemer:

Teller: het aantal deelnemers met minstens één coloscopie na een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Noemer: het aantal deelnemers met een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Berekening:

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT wordt nagegaan of zij een coloscopie hebben ondergaan binnen het jaar na analyse van de iFOBT. Hiervoor werden volledige coloscopieën, poliepectomieën en onvolledige coloscopieën meegerekend.
- Per persoon werd maar één coloscopie meegerekend.
- Voor deze analyse werden de personen met een afwijkende iFOBT gekoppeld met de nomenclatuurgegevens afkomstig van het IMA.
- Voor screeningsjaar 20XX werden enkel de stoelgangstesten geanalyseerd t.e.m. juni 20XX meegenomen in de analyse, omdat nadien de follow-upgegevens nog te onvolledig zijn.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.
- Opvolgingsgraad werd eveneens geanalyseerd per leeftijd en geslacht.

5.2 OPVOLGINGSGRAAD: AANTAL PERSONEN MET EEN IFOBT I.P.V. EEN COLOSCOPIE NA EEN AFWIJKENDE IFOBT

Teller/noemer:

Teller: het aantal deelnemers met een FOBT en geen coloscopie na een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Noemer: het aantal deelnemers met een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Berekening:

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT en zonder coloscopie als vervolgonderzoek, werd nagegaan of zij een FOBT hebben ondergaan binnen het jaar na analyse van de iFOBT.
- Voor deze analyse werden de personen met een afwijkende iFOBT gekoppeld met de nomenclatuurgegevens afkomstig van het IMA.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.
- Voor screeningsjaar 20XX werden enkel de stoelgangstesten geanalyseerd t.e.m. juni 20XX meegenomen in de analyse, omdat nadien de follow-upgegevens nog te onvolledig zijn.

5.3 OPVOLGINGSGRAAD: AANTAL PERSONEN ZONDER GEKENDE FOLLOW-UP NA EEN AFWIJKENDE IFOBT

Het aantal personen zonder gekende follow-up binnen één jaar na een afwijkende iFOBT.

Teller/noemer:

Teller: het aantal personen zonder gekende vervolgonderzoeken na afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Noemer: het aantal afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Berekening:

Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT werd nagegaan of zij een vervolgonderzoek hebben ondergaan binnen het jaar na analyse van de iFOBT.

Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.

Voor deze analyse werden de personen met een afwijkende iFOBT gekoppeld met de nomenclatuurgegevens afkomstig van het IMA, de CHP-gegevens en de kankerregistratiegegevens.
Voor screeningsjaar 20XX werden enkel de stoelgangstesten geanalyseerd t.e.m. juni 20XX meegenomen in de analyse, omdat nadien de gegevens over vervolgonderzoeken nog te onvolledig zijn.

5.4 TIJDSINTERVAL TUSSEN AFWIJKENDE IFOBT EN VERVOLGONDERZOEK

Voor de deelnemers is het belangrijk om ongerustheid te beperken en bij een afwijkende iFOBT de coloscopie zo snel als mogelijk uit te voeren. Daarom wordt het tijdsinterval tussen de analyse van de afwijkende iFOBT en de datum van de eerste coloscopie berekend.

Teller/noemer:

Teller: het aantal deelnemers met een coloscopie in een bepaald tijdsinterval na een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Noemer: het aantal deelnemers met een coloscopie na een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Berekening:

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT geanalyseerd, gevolgd door een coloscopie binnen het jaar na analyse van de iFOBT, werd het tijdsinterval tussen de iFOBT-analyse en de coloscopie berekend.
- Hiervoor werden volledige coloscopieën, poliepectomieën en onvolledige coloscopieën meegerekend.
- Per persoon werd alleen de eerste coloscopie die volgt op de iFOBT meegerekend.
- Voor deze analyse werden de personen met een afwijkende iFOBT gekoppeld met de nomenclatuurgegevens afkomstig van het IMA.
- Voor screeningsjaar 20XX werden enkel de stoelgangstesten geanalyseerd t.e.m. juni 20XX meegenomen in de analyse, omdat nadien de follow-upgegevens nog te onvolledig zijn.
- De analyse werd uitgevoerd per geslacht.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.

5.5 AANTAL PERSONEN MET EEN COLOSCOPIE <31 DAGEN NA AFWIJKENDE IFOBT

De EU richtlijn dicteert dat een coloscopie moet uitgevoerd worden <31 dagen na de afwijkende iFOBT. Daarom wordt het aantal personen met een % tijdsinterval < 31 dagen berekend.

Teller/Noemer:

Teller: het aantal deelnemers met een coloscopie binnen 31 dagen na een afwijkende iFOBT (31 dagen na verzending resultaatsbrief) in jaar 20XX

Noemer: aantal deelnemers met een coloscopie na een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Berekening:

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT wordt nagegaan of zij een coloscopie hebben ondergaan binnen de 31 dagen na verzending van de resultaatsbrief.
- Hiervoor werden volledige en onvolledige coloscopieën meegerekend.
- Indien een persoon meerdere coloscopiën ondergaan heeft, werd de datum van de eerste coloscopie genomen.
- Voor deze analyse werden de personen met een afwijkende iFOBT en de datum van verzending van de resultaatsbrief gekoppeld met de nomenclatuurgegevens afkomstig van het IMA.
- Voor screeningjaar 20XX werden enkel stoelgangstesten geanalyseerd t.e.m. juni 20XX meegenomen in de analyse.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.

5.6 PERCENTAGE VOLLEDIGE COLOSCOPIEEN NA AFWIJKENDE IFOBT

Proportie deelnemers die een volledige coloscopie kregen binnen één jaar na een afwijkende iFOBT ten opzichte van het aantal deelnemers die een coloscopie kregen binnen één jaar na een afwijkende iFOBT.

Teller/noemer:

Teller: het aantal deelnemers met minstens één volledige coloscopie na een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Noemer: het aantal deelnemers met minstens één coloscopie na een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Berekening:

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT gevolgd door een coloscopie werd nagegaan of dit een volledige coloscopie was. Nomenclatuurcodes voor volledige coloscopie en poliepectomie werden als volledige coloscopie beschouwd. Per persoon werd maar één coloscopie meegerekend.
- Voor deze analyse werden de personen met een afwijkende iFOBT gekoppeld met de nomenclatuurgegevens afkomstig van het IMA.
- Voor screeningsjaar 20XX werden enkel de stoelgangstesten geanalyseerd t.e.m. juni 20XX meegenomen in de analyse, omdat nadien de follow-upgegevens nog te onvolledig zijn.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.

5.7 AANTAL PERSONEN WAARVOOR FOBT HERHAALD WERD BINNEN 1 JAAR NA AFWIJKENDE IFOBT

Teller/noemer:

Teller: het aantal deelnemers met een FOBT na een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Noemer: het aantal deelnemers met een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Berekening:

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT wordt nagegaan of zij een FOBT hebben ondergaan binnen het jaar na analyse van de iFOBT.
- Voor deze analyse werden de personen met een afwijkende iFOBT gekoppeld met de nomenclatuurgegevens afkomstig van het IMA.
- Voor screeningsjaar 20XX werden enkel de stoelgangstesten geanalyseerd t.e.m. juni 20XX meegenomen in de analyse, omdat nadien de follow-upgegevens nog te onvolledig zijn.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.

5.8 AANTAL PERSONEN WAARVOOR STAALNAME PLAATSVOND BINNEN 1 JAAR NA AFWIJKENDE IFOBT

Teller/noemer:

Teller: het aantal deelnemers met staalname na een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Noemer: het aantal deelnemers met een afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Berekening:

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT geanalyseerd wordt nagegaan of zij staalname hebben ondergaan binnen het jaar na analyse van de iFOBT.
- Voor deze analyse werden de personen met een afwijkende iFOBT gekoppeld met de CHP-gegevens.
- Voor screeningsjaar 20XX werden enkel de stoelgangstesten geanalyseerd t.e.m. juni 20XX meegenomen in de analyse, omdat nadien de follow-upgegevens nog te onvolledig zijn.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.

5.9 FAALVEILIGHEID VERVOLGONDERZOEKEN

Deelnemers met een afwijkende iFOBT die na één jaar nog geen (correcte) opvolging hebben gehad, ontvangen vanaf 2019 een specifieke brief met het advies alsnog een coloscopie te laten uitvoeren. Een herhaling van de FOBT wordt niet als een correcte opvolging van een afwijkende iFOBT beschouwd. Let op: deze brief wordt pas verstuurd 24 maanden na de afwijkende iFOBT (omwille van het administratieve delay). Vanaf 10/2024 wordt er na elke 24 maanden opnieuw een faalveiligheidsbrief verstuurd als er nog steeds geen correcte follow-up werd uitgevoerd.

Teller/noemer:

Teller: het aantal deelnemers met een afwijkende iFOBT in 20XX, zonder correcte opvolging binnen het jaar na de iFOBT

Noemer: het aantal deelnemers met een afwijkende iFOBT in 20XX

Berekening:

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT geanalyseerd wordt nagegaan of een correct vervolgonderzoek werd uitgevoerd. Een coloscopie (volledig, onvolledig en virtueel), colectomie (partieel of volledig) of een staalname werd voor deze analyse als correcte opvolging beschouwd.
- De coloscopie en colectomie werden nagegaan in de IMA-nomenclatuurgegevens. Voor de staalname werd nagegaan of er een staal in het colorectaal CHP kon teruggevonden worden.
- Voor screeningsjaar 20XX werden enkel de stoelgangstesten geanalyseerd t.e.m. juni 20XX meegenomen in de analyse, omdat nadien de follow-upgegevens nog te onvolledig zijn.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.

5.10 PERSONEN MET EEN AFWIJKENDE STOELGANGTEST EN EEN FAALVEILIGHEIDSBRIEF

Teller/Noemer:

Teller: het aantal deelnemers met een afwijkende iFOBT in jaar 20XX, een faalveiligheidsbrief en opvolging

Noemer: aantal deelnemers met een afwijkende iFOBT in jaar 20XX en een faalveiligheidsbrief

Berekening:

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT geanalyseerd wordt nagegaan of zij een faalveiligheidsbrief hebben ontvangen en of er opvolging heeft plaatsgevonden.
- Hiervoor werden alle soorten van opvolging meegenomen.
- Indien een persoon meerdere soorten opvolging heeft ondergaan, werd de volgende prioriteit gebruikt: volledige coloscopie/ poliepectomie > onvolledige coloscopie > staal in CHP > virtuele coloscopie > iFOBT > ingrepen dikke darm > beeldvorming.
- Voor deze analyse werden de personen met een afwijkende iFOBT en de datum van verzending van de faalveiligheidsbrief gekoppeld met de nomenclatuurgegevens afkomstig van het IMA.
- Voor screeningjaar 20XX werden enkel stoelgangstesten geanalyseerd t.e.m. juni 20XX meegenomen in de analyse.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.

5.11 TOTAAL AANTAL UITGEVOERDE INGEPEN 1 JAAR NA DE AFWIJKENDE IFOBT

Types darmingrepen die uitgevoerd werden na een afwijkende iFOBT binnen het jaar na analyse van de iFOBT.

Teller/noemer:

Teller: het aantal gekende darmingrepen na afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Noemer: het totale aantal ingrepen na afwijkende iFOBT in jaar 20XX

Berekening:

- Voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek met een afwijkende iFOBT wordt nagegaan of zij een darmingreep hebben ondergaan binnen het jaar na analyse van de iFOBT.
- Bij meerdere onderzoeken, werd voorrang gegeven aan de meest invasieve ingreep (volledige colectomie > gedeeltelijke colectomie > poliepectomie > andere (darm)ingrepen).

- Om het aantal darmingrepen te identificeren werden de gegevens over een afwijkende iFOBT gekoppeld met de nomenclatuurcodes afkomstig van het IMA.
- Voor screeningsjaar 20XX werden enkel de stoelgangstesten geanalyseerd t.e.m. juni 20XX meegenomen in de analyse, omdat nadien de follow-upgegevens nog te onvolledig zijn.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.

5.12 FAALVEILIGHEID BEHANDELING

Voor alle screengedetectede kankers werd nagekeken welke darmingrepen er plaatsvonden.

Teller/noemer:

Teller: het aantal gekende darmingrepen voor screengedetectede kankers

Noemer: het totale aantal screengedetectede kankers

Berekening:

- Voor alle screengedetectede kankers uit screeningsjaren wordt nagegaan of zij een darmingreep hebben ondergaan binnen het jaar na analyse van de incidentiedatum van de dikkedarmkanker.
- Bij meerdere onderzoeken, werd voorrang gegeven aan de meest invasieve ingreep (volledige colectomie > gedeeltelijke colectomie > poliepectomie > andere (darm)ingrepen).
- Om het aantal darmingrepen te identificeren werden de screengedetectede kankers gekoppeld met de nomenclatuurcodes afkomstig van het IMA.
- Enkel personen die tot de TDH behoren werden in beschouwing genomen.