



ONDERZOEKSRAPPORT

DROP-OUT ONDERZOEK IN BORSTKANKERSCREENING

EEN STUDIE NAAR DE DETERMINANTEN VAN UITVAL BIJ VROUWEN DIE
PARTICIPEERDEN IN EEN EERSTE SCREENINGSRONDE

Universiteit Hasselt

Cluster Stress, Health Sciences & Exercise Psychology

Prof. Dr. Elke Van Hoof, Sara De Clerck,

Sarina Reekmans en Wouter Goris

Vzw Limburgs Gezondheidsoverleg en Dienst Gezondheid

Provincie Limburg

Dr. Ellen Stoffelen

Leuvens Universitair Centrum voor Kankerpreventie

Gretel Vande Putte



Contactpersoon: Prof. dr. Elke Van Hoof, elke.vanhoof@uhasselt.be



INHOUDSOPGAVE

<u>INLEIDING</u>	4
<u>METHODE</u>	8
<u>KENMERKEN ONDERZOEKSPOPULATIE</u>	10
DEMOGRAFISCHE KENMERKEN	10
KENMERKEN MET BETREKKING TOT HET BEVOLKINGSONDERZOEK	14
<u>RESULTATEN</u>	18
DIAGNOSE BORSTKANKER	18
UITVAL OMWILLE VAN EEN ANDER ADVIES VAN HUISARTS/GYNAECOLOOG/ANDERE ARTS	20
UITVAL OMWILLE VAN PROBLEMEN MET DE OPROEPBRIEF	24
UITVAL OMWILLE VAN NEGATIEVE ERVARINGEN BIJ HET VORIGE BORSTONDERZOEK	25
UITVAL OMWILLE VAN PRAKTISCHE PROBLEMEN	26
UITVAL OMWILLE VAN PERSOONLIJKE OVERTUIGING	27
UITSPRAKEN	28
<u>SAMENVATTING EN DISCUSSIE</u>	30
KENMERKEN ONDERZOEKSGROEP	30
DETERMINANTEN VAN DROP-OUT	31
<u>LITERATUURLIJST</u>	39

INLEIDING

Voor vrouwen van 35 tot 69 jaar is borstkanker nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak (bron: alle overlijdenscertificaten Vlaams Gewest, doodgeborenen uitgezonderd, 2003, (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2005). Eén op vijf overlijdens veroorzaakt door kanker bij vrouwen is te wijten aan invasieve borstkanker. Dit betekent een direct gestandaardiseerd sterftcijfer (Vlaamse standaardbevolking 2000) van 37.59 per 100.000 vrouwelijke inwoners. Deze cijfers overtreffen die van colorectale kanker bij vrouwen (33.64 per 100.000) en van baarmoeder- en baarmoederhalskanker (7.6 per 100.000) (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2005).

In 2001 betrof de incidentie van invasieve borstkankers 175.1 per 100.000 inwoners. Het cumulatief risico (uitgedrukt in percent) bedraagt 11.7% en beschrijft het risico dat een vrouw loopt om borstkanker tijdens een bepaalde levensperiode (tussen 0 en 75 jaar) te ontwikkelen, op voorwaarde dat zij niet sterft aan een andere aandoening voor die leeftijd. Iets meer dan een kwart van de overlijdens door borstkanker gebeurt voor de leeftijd van 60 jaar (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2005).

Het doel van borstkankerscreening is de sterfte door borstkanker gevoelig – met 30 tot 40% - te doen dalen (Fletcher et al., 1993). Deze screenings zijn gebaseerd op het klassieke biomedisch model dat stelt wanneer bij screening abnormaliteiten worden gedetecteerd, een vroegtijdige behandeling kan gestart worden. Eigenlijk gaat het hier om secundaire preventie waarbij een specifiek preventieprogramma wordt aangeboden aan een risicogroep. Internationale studies laten zien dat in landen met een systematisch opsporingsprogramma significant minder vrouwen aan borstkanker sterven (Anderson, Jatoi, & Devesa, 2006; Antilla, Koskela, & Hakama, 2002; Coldman, Phillips, Warren, & Kan, 2007; Olsen et al., 2005; Parvinen et al., 2006; Sarkeala, Heinävaara, & Anttila, 2007; Swedish Organised Service Screening Evaluation Group, 2006). Concreet rapporteren sommige studies 22% tot 45% minder sterftes door borstkanker (Olsen et al., 2005; Parvinen et al., 2006; Sarkeala et al., 2007; Swedish Organised Service Screening Evaluation Group, 2006). Naast de reductie in mortaliteit, wordt de vroege detectie van borstkanker aan de hand van screenings geassocieerd met gereduceerde behandelingskosten, in vergelijking met de behandelingskosten van borstkankers die via andere methoden zijn opgespoord (Kauhava et al., 2004).

Vlaamse bevolkingsonderzoek naar borstkanker

Het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar borstkanker is een initiatief van de Vlaamse overheid gericht op vrouwen tussen 50 en 69 jaar. Het initiatief werd gelanceerd op 15 juni 2001. Elke twee jaar worden deze geselecteerden uitgenodigd om een screeningsmammografie te laten nemen. Voor de start van dit initiatief was screening slechts een mogelijke opportuniteit zonder enige vorm van controle.

Het onderzoek richt zich naar alle vrouwen zonder klachten. Voor vrouwen met een klacht, een verdacht letsel of met een verhoogd risico op borstkanker, bestaan er andere onderzoeken. De screeningsmammografie is kosteloos voor vrouwen die volledig in orde zijn met de Belgische ziekteverzekering. De screeningsmammografie kan enkel worden uitgevoerd in een mammografische eenheid. Elke screeningsmammografie wordt door minstens twee radiologen afzonderlijk bekeken voor de betrokken vrouw een definitieve uitslag krijgt.

Vrouwen kunnen op twee manieren deelnemen aan het bevolkingsonderzoek: via een verwijfsbrief van de huisarts of gynaecoloog (spoor 1) of via een persoonlijke uitnodiging (spoor 2). Sinds 2001 krijgen alle Vlaamse vrouwen tussen de 50 en 69 jaar die al twee jaar geen screeningsmammografie hebben laten nemen, een schriftelijke uitnodiging vanwege één van de vijf screeningscentra in Vlaanderen (spoor 2). De persoonlijke gegevens werden door het nationaal bevolkingsregister ter beschikking gesteld. In deze uitnodiging wordt vrouwen een datum, plaats en uur voor een mammografie voorgesteld. Indien de voorgestelde afspraak niet past, kan de vrouw een gratis nummer bellen om een nieuwe afspraak vast te leggen.

De resultaten van de eerste 3 ronden (15/06/2001-14/06/2003, 15/06/2003-14/06/2005, 15/06/2005-14/06/2007) zijn ondertussen bekend en geven een stijging van de participatie aan.

In de provincie Limburg steeg de screeningsparticipatie van 46.5% in de eerste ronde –over 53.1% in de tweede ronde – naar 56.07% in de derde ronde. Met andere woorden, een stijging van 10% (De Gauquier et al., 2006). Om een significante reductie van de sterfte ten gevolge van borstkanker te bekomen, hebben de Limburgse LOGO's en de provinciale dienst Gezondheid zich tot streefdoel gesteld een 75% participatiegraad aan het bevolkingsonderzoek te bekomen. Dit is bepaald in de Vlaamse gezondheidsconferentie van 16 december 2005, waar de Vlaamse gezondheidsdoelstelling borstkankeropsporing werd vastgelegd (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2007). Ze is gebaseerd op de Europese normen voor preventie (Vande Putte et al., 2006).

Om dit streefdoel te bereiken, is het bijgevolg essentieel om factoren die de participatiegraad in positieve of negatieve zin kunnen beïnvloeden, in kaart te brengen.

Internationale studies hebben reeds uitvoerig onderzoek verricht naar de redenen waarom vrouwen niet deelnemen aan borstkankeronderzoek. Deze redenen kunnen ingedeeld worden in sociaal demografische factoren, gedragsgerelateerde factoren, praktische problemen en attitudes, opvattingen en intenties.

Sociaal demografische voorspellers van niet-deelname aan borstkankeronderzoek betreffen:

Ongetrouwd of gescheiden zijn (Bonelli et al., 1996; Donato et al., 1991; Ho et al., 2005; Lagerlund et al., 2002; McCarthy, Yood, MacWilliam, & Lee, 1996; Ross, Rosenberg, Pross, & Bass, 1994; Sutton, Bickler, Sancho-Aldridge, & Saidi, 1994; Zackrisson, Andersson, Manjer, & Janzon, 2004) en *werkeloosheid* (Aro, de Koning, Absetz, & Schreck, 1999; Lagerlund et al., 2002; Schofield, Cockburn, Hill, & Reading, 1994; Zackrisson et al., 2004). Ten aanzien van opleiding en inkomen (beide indicatoren van *sociaal-economische status*) zijn de resultaten tegenstrijdig: sommige studies stellen dat laag (gemiddeld tot hoog) inkomen en lage (gemiddelde tot hoge) opleiding samenhangen met niet-deelname (deelname) aan preventief borstkankeronderzoek (Aro et al., 1999; Ho et al., 2005; McCarthy et al., 1996; O'Malley, Forrest, & Mandelblatt, 2002; Zackrisson et al., 2004); andere studies vinden geen samenhang (Beaulieu, Béland, Roy, Falardeau, & Hébert, 1996; McNoe, Richardson, & Elwood, 1996; Sutton et al., 1994). Ook voor *leeftijd* spreken de resultaten elkaar tegen (Bonelli et al., 1996; Ho et al., 2005; McNoe et al., 1996; Schofield et al., 1994; Stark, Reay, & Shiroyama, 1997; Sutton et al., 1994).

Risico op borstkanker blijkt geen invloed te hebben op de beslissing tot deelname (Beaulieu et al., 1996; Donato et al., 1991; Sutton et al., 1994; Vernon, Laville, & Jackson, 1990).

Daarnaast worden **praktische problemen** in enkele studies vermeld als zijnde voorspellend voor effectieve deelname aan borstkankeronderzoek (Aro, de Koning, Absetz, & Schreck, 2001; Donato et al., 1991; McNoe et al., 1996). Het betreffen dan voornamelijk problemen ten aanzien van de *toegankelijkheid van het screeningscentrum* (Ross et al., 1994; Schofield et al., 1994; Stark et al., 1997) en het omwille van *tijdsgebrek* of *vervoersproblemen* niet kunnen nakomen van afspraken (Alcaraz, Lluch, Miranda, Pereiro, &

Salas, 2002; Ho et al., 2005). Deze problemen zouden voornamelijk voorkomen bij vrouwen uit lagere sociaal-economische klassen (Alcaraz et al., 2002; Ho et al., 2005).

Het stellen van **gezondheidsbevorderend gedrag** (regelmatig naar gynaecoloog, tandarts) wordt zowel positief geassocieerd met deelname aan borstkankerscreening (Aro et al., 1999, 2001; Lagerlund et al., 2002; McCarthy et al., 1996; Schofield et al., 1994; Vernon et al., 1990) als negatief geassocieerd met niet-deelname aan dergelijke screenings (Beaulieu et al., 1996). Concreet wijzen studies uit dat regelmatig uitstrijkjes laten maken (Aro et al., 1999; Sutton et al., 1994), regelmatig contact met de gynaecoloog (Aro et al., 1999; McCarthy et al., 1996), regelmatige tandartsbezoeken (Sutton et al., 1994) en zelfonderzoek (Aro et al., 1999) samenhangen met een verhoogde deelname aan borstkankerscreenings. Ten aanzien van rookgedrag zijn de resultaten tegenstrijdig: zowel een positieve correlatie met niet-deelname aan borstkankerscreening (Beaulieu et al., 1996) als geen verband (Sutton et al., 1994) wordt gerapporteerd.

Tenslotte spelen de **attitudes, opvattingen en intenties** van vrouwen een rol van betekenis in het al dan niet deelnemen aan borstkankerscreenings. De twee belangrijkste voorspellers van deelname blijken metingen van het gepercipieerde belang van periodieke screening voor borstkanker en intenties om naar deze screening te gaan (Sutton et al., 1994). Eveneens voorspellend zijn opvattingen over de persoonlijke gevolgen om naar dergelijke screenings te gaan, de effectiviteit van borstkankerscreening, de verwachte kans om borstkanker te krijgen en de meningen van significante anderen (de partner, de kinderen) (Sutton et al., 1994). Vrouwen die een gemiddeld niveau van bezorgdheid en angst omtrent borstkanker vertoonden, blijken meer geneigd om deel te nemen aan borstkankeronderzoek dan vrouwen die een extreem hoge of extreem lage bezorgdheid uitten (Aro et al., 1999; Sutton et al., 1994). Niet deelnemers zouden vaker gepreoccupeerd zijn met het onderzoek vanwege angst voor het resultaat van het onderzoek (Alcaraz et al., 2002; Aro et al., 2001; Ciatto, Cecchini, Isu, Maggi, & Cammelli, 1992; French et al., 1982; Lostao, Joiner, Pettit, Chorot, & Sandin, 2001) of daarentegen weinig interesse vertonen (Alcaraz et al., 2002; Ciatto et al., 1992; Donato et al., 1991; Kee, Telford, Donaghy, & O'Doherty, 1992).

Bovenstaande redenen die verondersteld worden om deelname aan borstkankerscreening te beïnvloeden, zijn waarschijnlijk verschillend van de redenen die bepalen of vrouwen uitvallen uit het borstkankeronderzoek na een eerste deelname. Het

voorzittende onderzoeek richt zich op de vrouwen die deelnamen aan een eerste screeningsronde maar om diverse redenen niet meer zijn ingegaan op de tweede screeningsuitnodiging.

Met behulp van een schriftelijke bevraging van deze vrouwen willen we zicht krijgen op de redenen of determinanten van deze ‘uitval’.

Onderzoeek door Van Landeghem et al. (2006) onderzocht reeds de deelnametrouw in het Vlaams bevolkingsonderzoeek tussen 2003 en 2005. Vrouwen met een vals positieve uitslag waren minder geneigd om opnieuw deel te nemen aan het bevolkingsonderzoeek dan screeningsnegatieven. Een lagere deelnametrouw werd ook gevonden bij vrouwen die aanvankelijk uitgenodigd waren door het Centrum voor Preventie en Vroegtijdige Opsporing van Kanker (CPVOK). Verder bleken er grote verschillen in deelnametrouw tussen de radiologische diensten waar de eerste mammografie was uitgevoerd. Deze laatste bevinding deed vermoeden dat de omstandigheden waarin het screeningsonderzoeek plaatsvond, sterk kon verschillen van dienst tot dienst. De leeftijd en de bevolkingsdichtheid van de woonplaats van de vrouw hadden geen invloed op de deelnametrouw. Een grondige studie van de redenen waarom vrouwen afhaken is aangewezen. Een tevredenheidsmeting bij de vrouwen die reeds deelnamen, mag hierbij niet ontbreken (Van Landeghem et al., 2006).

METHODE

De data die de basis vormen voor het onderzoeek werden voorzien door het Leuvens Universitair Centrum voor Kankerpreventie (LUCK).

In de periode 12 oktober tot 23 oktober 2007 is een schriftelijke bevraging gebeurd bij 7555 vrouwen die (1) behoorden tot de doelgroep voor borstkankerscreening, de 50-69 jarigen, én (2) bij de start van het Vlaamse bevolkingsonderzoeek (juni 2001-juni 2003) één (eventueel twee) gratis borstfoto hadden laten maken in een mammografische eenheid, maar niet waren ingegaan op de volgende uitnodiging tot screening (periode 01/01/2004 en 01/09/2006). In de vragenlijst werd met behulp van gesloten vragen gepeild naar de redenen voor ‘uitval’ uit het screeningsonderzoeek.

Daarnaast werden deze vrouwen gevraagd enkele demografische gegevens te vermelden. De ingevulde vragenlijsten konden aan de hand van een geadresseerde en gefrankeerde enveloppe teruggestuurd worden naar de Provinciale Dienst Gezondheid (Limburg).

Na verzending, keerden 391 van de 7555 vragenlijsten terug wegens foutief adres. Van de overige 7164 verstuurd vragenlijsten keerden 3255 vragenlijsten terug, hetgeen een respons van 43.1% vertegenwoordigd. 75 geretourneerde vragenlijsten werden niet opgenomen in de analyses wegens teveel ontbrekende data.

Op een aantal onvolledige vragenlijsten hadden vrouwen aantekeningen gemaakt: 14 vrouwen gaven aan dat ze in de periode na de eerste screeningsronde wel nog een volgende mammografie hadden laten maken en 7 vrouwen schreven neer dat ze (n.a.v. een verhoogd risico op borstkanker) (twee-)jaarlijks werden opgevolgd door hun behandelende arts of huisarts. Nog eens 8 vrouwen gaven aan dat ze regelmatig een ‘onderzoek’ lieten uitvoeren, zonder hierbij te specificeren om welk onderzoek (bv. borstfoto, echo, klinisch onderzoek door middel van palpatie) het ging. Wegens hun onvolledigheid werden deze vragenlijsten niet opgenomen in de analyses. Het finale databestand waarop de gepresenteerde resultaten gebaseerd zijn, bestaat dus uit antwoorden van 3180 vrouwen. De invoer van de gegevens in een databestand werd verzorgd door een medewerkster van de provincie Limburg.

Situering van de doelgroep

De doelpopulatie van de eerste screeningsronde (15/6/2001-14/6/2003) in Limburg bestond uit 90.928 50-69 jarige vrouwen die een uitnodiging voor een gratis borstonderzoek hebben ontvangen. Binnen deze doelgroep, gingen 40.485 vrouwen in op de uitnodiging. De dekkingsgraad van de 1^{ste} screeningsronde bedroeg met andere woorden 44,77%, berekend als de verhouding tussen het aantal vrouwen die een mammografie lieten nemen en de doelgroep minus het aantal gerapporteerde borstkankers.

De specifieke doelgroep van dit onderzoek zijn de Limburgse vrouwen die in de periode 01/01/2001-31/12/2003 1 of 2 keer hebben deelgenomen aan het borstkankeronderzoek en niet meer deelgenomen hebben aan de volgende oproepen tot borstkankerscreening in de periode 01/01/2004-01/09/2006, maar in die periode wel nog tot de doelpopulatie voor de screening (50-69 jaar) behoorden (geboortejaren 1937-1953)

Het aantal Limburgse vrouwen uit de geboortejaren 1937-1954 die een screening liet uitvoeren in de jaren 2001 tot en met 2003 is 38896. Zevenduizend VijfhonderdVijfenvijftig vrouwen namen in de periode 01/01/2004-01/09/2006 niet meer deel aan de screening. Het percentage drop-outs is dus 19.42%.

Statische analyses

De representativiteit van de respondentengroep ten aanzien van opleidingsniveau en leeftijd is onderzocht aan de hand van non-parametrische Chi-Kwadraat testen. Hierbij is de respondentengroep telkens vergeleken met de Vlaamse populatie in dezelfde leeftijdscategorie. De invloed van voorgenoemde demografische variabelen op de uitspraken inzake borstonderzoek, is aan de hand van de reguliere Chi-Kwadraat testen gebeurd.

De verschillende redenen voor drop-out vormen ieder op zich dichotome variabelen die aan de hand van frequenties zijn beschreven (non-parametrische analyses). Teneinde de associatie tussen de demografische variabelen leeftijd (continue geschaald), opleiding en werksituatie (ordinaal respectievelijk nominaal geschaald) en de verschillende drop-out redenen te analyseren, zijn binaire logistische regressies (Forward LR methode) uitgevoerd.

Er wordt een significantie niveau van $p < 0.01$ gehanteerd.

KENMERKEN ONDERZOEKSPOPULATIE

DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

Aan de hand van de geboortedatum die voorgedrukt stond op alle vragenlijst, kon van alle respondenten de leeftijd berekend worden. De overige demografische kenmerken (hoogst behaalde diploma, nationaliteit, arbeidspositie) moesten enkel ingevuld worden door vrouwen die aangaven geen borstkanker te hebben of te hebben gehad. Aangezien 144 vrouwen een geval van borstkanker rapporteerden, werden bij 3036 vrouwen deze demografische kenmerken bevraagd. Echter, ook voor een aantal van deze respondenten ontbreken deze gegevens.

Vrouwen waren relatief gelijk verdeeld over de verschillende leeftijdscategorieën, met een lichte oververtegenwoordiging in de leeftijdscategorie 54-59 jaar. Deze leeftijdsverdeling bleek representatief voor de leeftijdsverdeling van alle 54-70 jarige vrouwen in het Vlaamse gewest: binnen de groep 54-70 jarige Vlaamse vrouwen, behoort 40.2% tot de categorie 54-59 jaar, 27.3% tot de categorie 60-64 jaar en 32.4% tot de categorie 65-70 jaar (Vlaamse Overheid, 2006).

Meer dan 90% (n=2422) van het aantal vrouwen gaf aan van Belgische origine te zijn. Bijna 6% (n=153) had bij geboorte de Nederlandse nationaliteit. De overige 4% (n=106) van de vrouwen was van Turkse, Marokkaanse, Italiaanse, Duitse of een andere origine. Volgens statistieken van de Federale Overheidsdienst Economie (FOD Economie) konden op 1 januari

2006 6. Eén procent vrouwelijke vreemdelingen (= inwoner van België met een buitenlandse (= niet-Belgische nationaliteit) geregistreerd worden. In voorliggende studie duidde 9.7% (n=259) van de vrouwen een ander land dan België aan als land van herkomst. Dit percentage bevat uiteraard 'vreemdelingen', gedefinieerd zoals hierboven, maar ook vrouwen die in het buitenland geboren zijn maar ondertussen de Belgische nationaliteit hebben aangenomen. Voorgenoemde resultaten kunnen met andere woorden niet met elkaar vergeleken worden.

Ten aanzien van de werksituatie van de respondenten bleek dat meer dan 4 op 10 aangaf gepensioneerd te zijn (n=1085, 41.9%). Telkens 15% van de vrouwen was tewerkgesteld/zelfstandig (n=397) of thuiswerkend met uitkering (n=393). Meer dan 1 op 4 vrouwen categoriseerde zichzelf als huisvrouw zonder uitkering (n=714, 27.6%). Volgens de gegevens van de Enquête naar de Arbeidskrachten, bedroeg in 2004 de tewerkstellingsgraad van de Vlaamse vrouwen in de leeftijdscategorie 55-64 jaar 19.6% (Nationaal Instituut voor Statistiek, 2004). Wanneer deze gegevens vergeleken worden met de tewerkstellingsgraad van de 55-64 jarige respondenten, blijkt deze significant hoger te liggen, namelijk 20.5% ($X^2 = 21.985$, $p < .001$).

Het merendeel van de vrouwen was lager geschoold: 33% (n=828) en 40% (n=1000) van de respondenten gaf aan als hoogste diploma een lager/geen diploma respectievelijk middelbaar diploma te hebben behaald. Bijna 26% (n=656) had een diploma van het hoger niet-universitair onderwijs; 1.7% (n=43) was universitair geschoold. Deze cijfers wijken significant af ($X^2 = 1157.35$, $p < .000$) van de Belgische scholingscijfers geregistreerd in 1987 (eerste registratiejaar) waarbij 38.7% van de bevolking een diploma lager onderwijs had, 49.2% een diploma secundair onderwijs, 7.1% een diploma hoger onderwijs korte type, 1.4% een diploma hoger onderwijs lange type en 3.6% een universitair diploma (FOD Economie - Algemene Directie Statistiek, 2006). In vergelijking met deze gegevens bevat de respondentengroep minder lager, secundair en universitair geschoolden en meer hogeschoolden van het korte en lange type hogeschoolonderwijs. Volledigheidshalve moet vermeld worden dat bovenstaande populatiegegevens betrekking hebben op de Belgische (en niet de Vlaamse) situatie en geen onderscheid maken naar geslacht.

Ook in vergelijking met Vlaamse gegevens betreffende de scholingsgraad van vrouwen in 1999 (eerste registratiejaar) scoren de respondenten in onderhavige studie enigszins afwijkend wat betreft studies na het secundaire onderwijs: in 1999 waren 42.5% van de Vlaamse vrouwen maximaal lager secundair geschoold, 32.1% was hoger secundair geschoold, 17.0% was hoger niet-universitair geschoold en 8.4% was universitair (Algemene Directie Statistiek, 2006). Hierbij moet worden opgemerkt dat de onderwijssituatie anno 1999 waarschijnlijk niet geheel vergelijkbaar is met de situatie in de periode waarin de respondenten hun diploma hebben behaald. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 62 jaar hetgeen betekent dat deze vrouwen – gemiddeld gezien en afhankelijk van het onderwijsniveau – hun diploma hebben behaald tussen 1956 en 1968.

Tabel 1

Demografische kenmerken

Variabelen		Aantal (n)	Percentage (%)
Leeftijd	54-59 jaar	1252	39.4
	60-64 jaar	927	29.2
	65-70 jaar	1001	31.5
	TOTAAL	3180	100.0
Land van afkomst	België	2422	90.3
	Nederland	153	5.7
	Turkije	33	1.2
	Marokko	10	0.4
	Italië	32	1.2
	Duitsland	9	0.3
	Andere	22	0.8
	Totaal	2681	100.0
	<i>Onbekend</i>	355	
TOTAAL	3036		
Arbeidssituatie	Tewerkgesteld	397	15.3
	Pensioen	1085	41.9
	Thuis met uitkering	393	15.2
	Thuis zonder uitkering	714	27.6
	Totaal	2589	100.0
	<i>Onbekend</i>	447	
TOTAAL	3036		
Hoogst behaalde diploma	Lager of geen diploma	828	32.8
	Middelbaar	1000	39.6
	Hoger onderwijs korte type	483	19.1
	Hoger onderwijs lange type	173	6.8
	Universitair	43	1.7
	Totaal	2527	100.0
<i>Onbekend</i>	509		
TOTAAL	3036		

KENMERKEN MET BETREKKING TOT HET BEVOLKINGSONDERZOEK

Slechts 35 vrouwen (1.1%) hadden via het pilootproject deelgenomen aan het gratis borstkankeronderzoek. Afgerond 4 op 10 vrouwen (n=1255, 39.5%) had een verwijfsbrief via de huisarts of gynaecoloog meegekregen. Binnen deze groep gaf 46% (n=585) van de vrouwen aan contact te hebben gehad met de huisarts over dit onderzoek, 33% (n=409) had geen contact gehad en 21% (n=261) beantwoordde deze vraag niet. Indien de eerste twee percentages waarheidsgetrouw zijn, zou men mogen veronderstellen dat de 33% vrouwen die aangeven geen contact te hebben gehad met hun huisarts, hun verwijfsbrief via de gynaecoloog hebben bekomen én zonder over borstkankerscreening met hun huisarts te praten. Bij benadering 6 op 10 vrouwen (n=1890, 59.4%) hebben aan de hand van hun oproepbrief deelgenomen aan het onderzoek.

Ruim 35% (n=668) van deze vrouwen rapporteerde hierover een contact met de huisarts te hebben gehad; 43% (n=817) had dit niet gedaan en voor 21% (n=405) van de vrouwen bleef het antwoord onbekend.

Slechts 104 vrouwen hebben in de periode 2001-2003 deelgenomen aan twee gratis borstscreenings. De meeste vrouwen binnen deze groep (n=85) hadden dit twee keer via een verwijfsbrief van de huisarts/gynaecoloog gedaan. (Tabel 2)

Tabel 3 geeft een overzicht van het aantal vrouwen per mammografische eenheid (ME) die de vragenlijst ingevuld terugstuurden. De percentages zijn berekend op een totaal van 3180 respondenten.

Tabel 2

Modaliteiten van screening

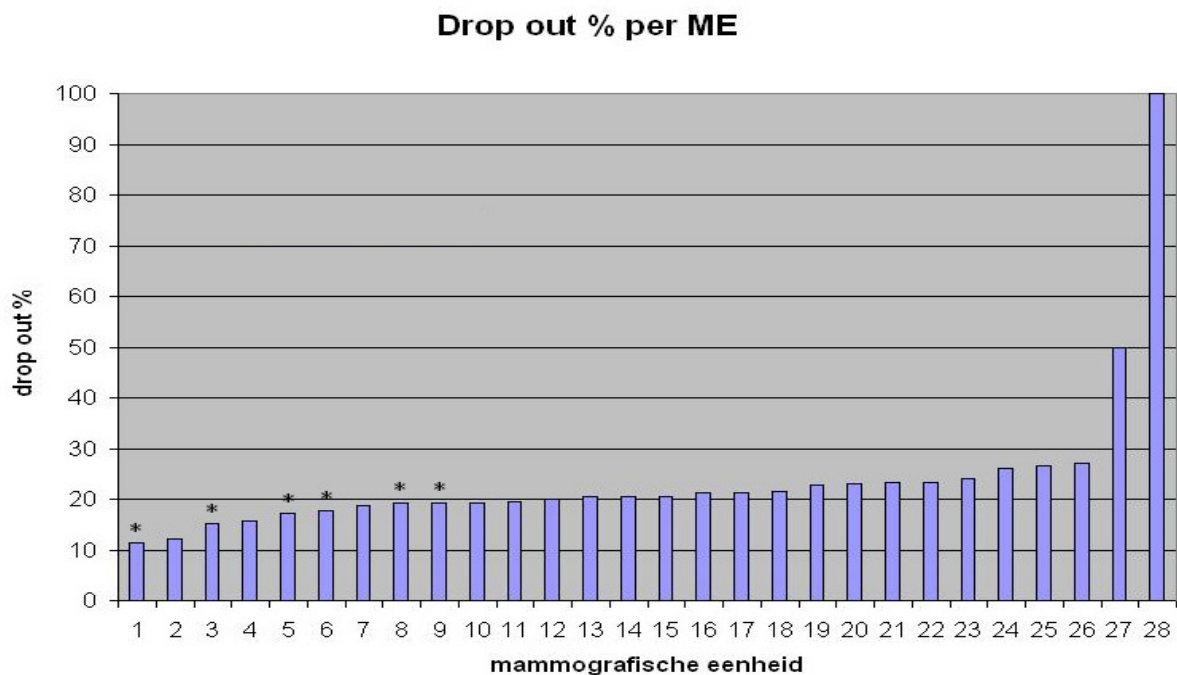
		Contact met HA	Geen contact met HA	Onbekend	TOTAAL
1 screening in 2001-2003	Via pilootproject	18	9	8	35
	(spoor 0)	51.4%	25.7%	22.9%	100.0%
		0.6%	0.3%	0.3%	1.1%
	Via huisarts/ gynaecoloog (spoor 1)	585	409	261	1255
		46.6%	32.6%	20.8%	100.0%
		18.4%	12.9%	8.2%	39.5%
Via oproepbrief (spoor 2)		668	817	405	1890
		35.3%	43.2%	21.4%	100.0%
		21.0%	25.7%	12.7%	59.4%
TOTAAL		1271	1235	674	3180
		40.0%	38.8%	21.2%	100.0%
2 ^{de} screening in 2001-2003	Via	47	15	25	87
	huisarts/gynaecoloog	54.0%	17.2%	28.7	100%
	(spoor 1)	45.2%	14.4%	24.0%	83.7%
	Via oproepbrief	7	5	5	17
	(spoor 2)	41.2%	29.4%	29.4%	100%
		6.7%	4.8%	4.8%	16.3%
TOTAAL		54	20	30	104
		51.9%	19.2%	28.8%	100%
Combinatie bij 2 screenings	Via pilootproject → via huisarts/gynaecoloog				1
	Via pilootproject → met oproepbrief				2
	2 x via huisarts/gynaecoloog				85
	Via huisarts/gynaecoloog → met oproepbrief				10
	2 x met oproepbrief				5
	Met oproepbrief → via huisarts/gynaecoloog				1
TOTAAL					104

Tabel 3

Aantal respondenten per mammografische eenheid

Mammografische eenheid	N	%
Medisch Centrum Beringen	229	7.2
Algemeen ziekenhuis Vesalius-Martinus Bilzen	157	4.9
Ziekenhuis Maas en Kempen Bree	82	2.6
Medisch Centrum Huisartsen Bree en omgeving	111	3.5
Vereniging Diestse Ziekenhuizen	10	0.3
Radiologie dr Caroline Ceyskens (Diest)	21	0.7
Ziekenhuis Oost-Limburg (Genk)	200	6.3
Radiologie Jaspers (Genk)	103	3.2
Polikliniek (Hasselt)	59	1.9
Vennootschap Ingrid Reymen (Hasselt)	89	2.8
Algemeen Ziekenhuis Midden-Limburg Campus Salvator (Hasselt)	178	5.6
Autonome Verzorgingsinstelling Virga Jesse (Hasselt)	225	7.0
Algemeen Ziekenhuis Midden-Limburg Campus St-Ursula (Herk-de-Stad)	99	3.1
Algemeen Ziekenhuis Midden-Limburg Campus St-Franciskus (Heusden-Zolder)	105	3.3
Radiologie dr. Rudi Jans (Landen)	2	0.1
Diagnosecentrum dr. Luc Naulaerts (Lommel)	186	5.8
Ziekenhuis Maas en Kempen (Maaseik)	172	5.4
Medisch Centrum Huisartsen (Maasmechelen)	215	6.8
Ziekenhuis St-Trudo (Sint-Truiden)	164	5.2
Medische Beeldvorming dr Anne Aerts (Sint-Truiden)	0	0
Zelfstandig radioloog Walter Leys (Sint-Truiden)	80	2.5
Medisch Centrum Tessenderlo	145	4.6
Algemeen Ziekenhuis Vesalius Jacobus (Tongeren)	83	2.6
BVBA dr. Loyens (Tongeren)	262	8.2
Mariaziekenhuis Campus Overpelt	103	3.2
Andere	100	3.1
TOTAAL	3180	100.0

Figuur 1 geeft een overzicht van de drop-out percentages per ME. Het gaat hier om de verhouding van het totale aantal drop-outs per ME, zowel van diegenen die de vragenlijst invulden als diegenen die de lijst niet invulden, en het totaal aantal bezoekers per ME. De data werden geanonimiseerd. ME 27 en 28 hebben uitzonderlijk hoge drop-out percentages, respectievelijk 50% en 100%. Dit is te wijten aan het kleine aantal oorspronkelijke deelnemers, respectievelijk 6 en 1. Bij de volgende berekeningen werden deze ME's dan ook buiten beschouwing gelaten. Het gemiddelde drop-out percentage per ME is 20.21% (SD=3.92) (Min.=11.41%, Max.=26.99%). Via een logistische regressie-analyse werd nagegaan of de drop-out percentages per ME onderling significant verschillen. Zoals bij het onderzoek van Van Landeghem et al. (2006), was er ook hier een significant verschil (Wald (27)=311.250, $p < .01$) in deelnametrouw tussen de ME's. Met de huidige gegevens kunnen er echter geen conclusies getrokken worden over de oorzaken van deze verschillen.



Figuur 1: drop out % per ME

* $p < 0.01$

RESULTATEN

DIAGNOSE BORSTKANKER

Tabel 5

Vaststelling van borstkanker

Borstkanker vastgesteld	Aantal (N)	Percentage (%)
Ja, na 2001	123	3.9
Ja, voor 2001	21	0.6
Nee	3036	95.5
TOTAAL	3180	100.0

Bijna 4% (n=123) van het aantal vrouwen was, sinds hun deelname bij de start van het bevolkingsonderzoek (in 2001) niet meer ingegaan op de volgende uitnodiging tot borstkankerscreening omdat er in de tussenliggende periode borstkanker was vastgesteld.

Een kleine 0.6% (n=21) van de vrouwen gaf aan reeds voor 2001 gediagnosticeerd te zijn met borstkanker en gaf dit aan als reden voor hun uitval, ook al hadden zij in de periode 2001-2003 gebruik gemaakt van het gratis borstsonderzoek.

Voor het overige aantal vrouwen (n=3036, 95.5%) lagen er één of meerdere andere redenen ten grondslag aan hun 'uitval' uit het bevolkingsonderzoek. In Tabel 5 worden de verschillende categorieën van 'drop out' redenen opgelijst.

Tabel 6

Categorieën van 'drop out' redenen

REDEN UITVAL: Omwille van	Aantal (N)	Percentage (%)
Ander advies van huisarts/gynaecoloog/andere arts	1746	57.5
Problemen met de oproepbrief	1618	53.3
Negatieve ervaringen bij het vorige onderzoek	425	14.0
Praktische problemen	300	9.9
Persoonlijke overtuiging	347	11.4
Medische redenen	74	2.4
TOTAAL	3036	100.0%

Uit Tabel 6 valt af te leiden dat vrouwen vooral “problemen met de oproepbrief” en “alternatieve adviezen van de behandelende arts” aanhalen als zijnde verantwoordelijk zijn voor hun uitval.

Leeftijd was significant geassocieerd met 3 van de 5 drop-out redenen, in die zin dat oudere vrouwen minder vaak “problemen met de oproepbrief” (Wald=5.703, p=0.017) en vaker “negatieve ervaringen uit het vorige onderzoek” (Wald=9.810, p=0.002) en “persoonlijke overtuiging” (Wald=11.869, p=0.001) aanhaalden als zijnde verantwoordelijk voor hun uitval, vergeleken met jongere vrouwen. Vrouwen met een hoger diploma (hogeschool of universiteit) gaven vaker dan laag opgeleide vrouwen aan dat het alternatief advies van hun arts verantwoordelijk was voor hun uitval (Wald=8.941, p=0.003). Werksituatie hing niet significant samen met de verschillende drop-out categorieën.

De verschillende redenen zullen in het hiernavolgende in meer detail besproken worden. Bij de interpretatie van de resultaten moet er rekening mee gehouden worden dat vrouwen meerdere redenen (zoals beschreven in tabel 5) konden aangeven voor hun uitval, en binnen elke reden ook meerdere antwoordmogelijkheden of specificaties konden aanduiden.

Bovendien moest er een extra categorie toegevoegd worden, nl. “medische redenen”. Deze categorie omvat redenen die door de respondenten vermeld werden bij praktische problemen, maar beschouwd moeten worden als een aparte categorie aangezien het per definitie geen “praktische” problemen betreffen. Deze medische redenen zijn:

- in behandeling voor kanker (n=20)
- borstfoto én echo nodig (n=39)
- borstoperatie ondergaan en in het kader hiervan een borstfoto laten maken of in het kader hiervan geen borstfoto (tijdelijk) mogelijk (borstverkleining, -lifting, -vergroting, -reconstructie) (n=15)

UITVAL OMWILLE VAN EEN ANDER ADVIES VAN HUISARTS/GYNAECOLOOG/ANDERE ARTS

Tabel 7

Ander advies van huisarts/gynaecoloog/andere arts

Ander advies	Aantal (N)			Percentage (%)			
Wel van toepassing	1746			57.5			
	<i>Huis- Arts</i>	<i>Gynae- coloog</i>	<i>Andere arts</i>	<i>Huis- Arts</i>	<i>Gynae- coloog</i>	<i>Andere arts</i>	<i>Tot</i>
<i>Schrijft altijd borstfoto+echo voor</i>	298	478	24	9.8	15.8	0.8	26.4
<i>Opvolging benigne letsels</i>	152	247	29	5.0	8.1	0.9	14.0
<i>Vindt onderzoek niet nodig</i>	22	23	6	0.7	0.8	0.2	1.7
<i>Onderzoekt mij zelf</i>							
<i>d.m.v. controle borsten</i>	181	278	22	6.0	9.2	0.7	15.9
<i>d.m.v. borstfoto</i>	56	185	27	1.8	6.1	0.9	8.8
<i>d.m.v. echo</i>	51	159	21	1.7	5.2	0.7	7.6
<i>Reeds mammografie laten nemen:</i>	224						7.4
<i>Onbepaald</i>	163						5.4
<i>Screening</i>	20						0.7
<i>Diagnostisch</i>	17						0.6
<i>Met oproep</i>	24						0.8
Niet van toepassing	1290			42.5%			
TOTAAL	3036			100.0%			

Ruim 57% (n=1746) van het aantal vrouwen gaf aan dat ze, losstaand van het gratis bevolkingsonderzoek, een borstsonderzoek (palpatie en/of borstfoto en/of echo) hadden laten doen (uitgezonderd de vrouwen waarbij de arts geen enkel onderzoek nuttig achtte). Vrouwen moesten vervolgens specificeren via welke weg of op welke manier dit gebeurd was. Uit de

antwoorden bij deze vraag en diverse bemerkingen bij de open vraag, konden we afleiden dat de verschillende specificaties (antwoordmogelijkheden) niet steeds goed begrepen werden.

We hebben er daarom voor gekozen om een 7^{de} categorie (reeds mammografie laten maken) te construeren op basis van de bemerkingen die vrouwen maakten. In deze categorie bevinden zich de vrouwen die ten aanzien van bovenstaande vraag geen antwoordmogelijkheden aankruisten, maar bij de laatste open vraag opmerkten dat:

- ze naar aanleiding van (pijn)klachten een borstfoto hadden laten maken (diagnostische mammografie)
- ze op aanraden van de huisarts/gynaecoloog een borstfoto hadden laten maken. Of dit een borstfoto met een diagnostische of preventieve intentie betrof, bleef daarbij onduidelijk (onbepaald)
- uit eigen beweging een voorschrift voor een preventieve borstfoto hadden aangevraagd (screeningsmammografie)
- ze opgevolgd werden aan de hand van mammografie en echo omwille van hun verhoogd risico op borstkanker (diagnostische mammografie). Door wie deze opvolging verzekerd werd, werd niet vermeld
- wél hadden deelgenomen aan het gratis borstkankeronderzoek in een Limburgse screeningslokatie (mammografie met oproepbrief)
- ze in afwachting van hun oproepbrief reeds een borstfoto hadden laten maken, hetzij preventief hetzij diagnostisch (onbepaald)

Binnen deze groep bevinden zich naar alle waarschijnlijkheid een groot aantal vrouwen die binnen de in vragenlijst opgenomen antwoordcategorieën (zie tabel 6) kunnen gecategoriseerd worden. De onduidelijkheid of onvolledigheid in de formuleringen stond echter niet toe om dit op een eenduidige en consequente manier te doen.

Wanneer vrouwen zowel aanduiden dat de betreffende arts (huisarts, gynaecoloog of andere arts) altijd een echo en borstfoto voorschreef als aanduidde dat de betreffende arts in opvolging van goedaardige letsels een echo en borstfoto voorschreef, werd enkel dit laatste antwoord in rekening genomen daar het een meer specifiek antwoord betreft.

Wanneer vrouwen zowel aanduidden dat hun arts altijd een echo en borstfoto voorschreef als aanduidden dat hun arts hun zelf onderzocht (door middel van controle van de borsten, borstfoto en/of echo) werden beide antwoorden opgenomen.

In het merendeel van de gevallen kregen vrouwen een borstfoto (eventueel aangevuld met echo) voorgeschreven via de gynaecoloog of de huisarts. Dit voorschrijfgedrag kon een preventieve of diagnostische intentie hebben (mijn arts schrijft altijd een borstfoto met echo

voor: 26.4%, n=800) of eenduidig diagnostisch zijn (ter opvolging van goedaardige letsels: 14.0%, n=428).

Deze resultaten moeten met veel voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Men mag er immers niet vanuit gaan dat alle vrouwen (in het bijzonder de lager opgeleiden die in de huidige onderzoeksgroep de meerderheid vormen) weten wat met een 'goedaardig letsel' (bijvoorbeeld cysten, maar ook pijnklachten, verhoogd familiaal risico) bedoeld wordt.

In een aantal gevallen voerde de huisarts of gynaecoloog zelf de onderzoeken uit, door middel van controle van de borsten (n= 481, 15.9%), een borstfoto (n= 268, 8.8%) en/of een echo (n= 231, 7.6%).

7.4% (n=224) van de vrouwen vermeldde bij de open vraag dat ze een borstfoto (eventueel aangevuld met echo) hadden laten maken. Bij 0.6% (n=17) en 0.7% (n=20) kon uit de geschreven uitleg afgeleid worden dat het een diagnostische mammografie respectievelijk screeningsmammografie betrof.

Een kleine groep vrouwen (n=24, 0.8%) rapporteerde dat ze wél aan het gratis borstonderzoek hadden deelgenomen aan de hand van de oproepbrief. Veel vrouwen vermeldden hierbij de data van hun onderzoek waaruit bleek dat deze onderzoeken nog zeer recent hebben plaatsgevonden, i.e. na het opstellen van het doelgroepbestand.

Bijna 2% (n=51) van het aantal artsen vindt volgens de vrouwen borstonderzoek niet nuttig. Hierbij moet volledigheidshalve worden opgemerkt dat de meeste vrouwen dit interpreterden als: mijn arts vindt het gratis borstonderzoek niet nuttig maar laat het borstonderzoek via een andere manier plaatsvinden.

In de groep vrouwen waarbij een alternatief advies van een arts van toepassing was, hing diploma significant samen met de antwoordmogelijkheid dat de arts het borstonderzoek niet nodig achtte: hoger opgeleide vrouwen rapporteerden deze mogelijkheid minder vaak (Wald=8.228, p=0.004). Ten aanzien van dit laatste resultaat is voorzichtigheid geboden aangezien het hier een gering aantal vrouwen betreft.

Zoals reeds vermeld hebben een aantal vrouwen meerdere antwoordmogelijkheden aangeduid bij deze vraag (bijvoorbeeld zowel dat arts borstfoto + echo voorschrijft, als dat deze arts de borstfoto en echo zelf uitvoert). Wanneer we het databestand uitzuiveren van deze dubbele antwoordmogelijkheden, komen we tot de volgende resultaten:

- 1560 vrouwen (51.4%) hebben na hun deelname aan het gratis borstonderzoek nog een borstfoto laten maken, eventueel aangevuld met een echo. Deze borstfoto's konden zowel preventief als diagnostisch van aard zijn.

- 1290 vrouwen (42.5%) gaven aan dat ‘alternatief advies van hun huisarts/gynaecoloog/ andere arts’ niet van toepassing was als reden voor hun uitval en schreven daarnaast niet neer dat ze nog een borstfoto hadden laten maken. Met de nodige reserves, zou men hieruit kunnen concluderen dat deze vrouwen geen borstfoto meer hebben laten maken sinds hun deelname aan het gratis borstonderzoek.

- 15 vrouwen (0.5%) duiden enkel aan dat hun arts het borstonderzoek niet nuttig vond en gaven daarnaast niet aan dat een ander borstonderzoek had plaatsgevonden.

- de overige 171 vrouwen (5.6%) hebben hun borsten laten onderzoeken via (1) enkel klinisch onderzoek (n=151), (2) via klinisch onderzoek aangevuld met echo maar zonder borstfoto (n=6) of (3) via echo alleen (n=14).

Bovenstaande resultaten laten moeilijk toe om op eenduidige wijze vast te stellen hoeveel artsen één – in principe – diagnostische borstfoto met een screeningsintentie hebben voorgeschreven, en met andere woorden oneigenlijk gebruik hebben gemaakt van het diagnostisch onderzoek.

Tot slot werd er voor de verschillende items van de reden “uitval omwille van een ander advies” nagegaan of er een verschil was in de demografische variabelen leeftijd, diploma en werksituatie tussen vrouwen die bij hun huisarts gingen of vrouwen die bij hun gynaecoloog gingen. Voor de variabele leeftijd werd een variantie-analyse uitgevoerd (Oneway ANOVA) en voor diploma en werksituatie werd Chi-Square berekend.

Het blijkt dat de gemiddelde leeftijd van vrouwen die aangeven dat hun huisarts altijd een borstfoto + echo voorschrijft significant hoger ligt, dan vrouwen bij wie de gynaecoloog altijd een borstfoto + echo voorschrijft ($F(3)=6.23$, $p<.01$). Hetzelfde geldt voor vrouwen die aangeven dat hun huisarts hen zelf onderzoekt d.m.v. controle van de borsten ($F(3)=5.31$, $p<.01$).

Vrouwen die aangeven dat hun gynaecoloog hen zelf onderzoekt d.m.v. controle van de borsten verschillen significant van vrouwen die aangeven dat hun huisarts dit doet ($\text{Chi-Square}(6)=26.24$, $p<.01$). Bij vrouwen die door hun gynaecoloog onderzocht worden zijn er in verhouding meer vrouwen met een hoger diploma dan met een lager of geen diploma. Terwijl bij vrouwen die door hun huisarts onderzocht worden de verhoudingen omgekeerd liggen, namelijk meer vrouwen met een lager of geen diploma dan met een hoger diploma.

Voor werksituatie is er een significant verschil tussen gynaecoloog en huisarts binnen het item “opvolging owv benigne letsels” ($\text{Chi-Square}(9)=23.97$, $p<.01$). In beide groepen

vertegenwoordigen gepensioneerde vrouwen het hoogste percentage. Bij vrouwen die aangeven dat de huisarts hen opvolgt, zijn de meeste vrouwen thuis zonder uitkering. Bij vrouwen die aangeven dat de gynaecoloog hen opvolgt, zijn de meeste vrouwen tewerkgesteld.

Wanneer we deze gegevens samen nemen, lijkt het dat vrouwen die onderzocht of opgevolgd worden door de huisarts gemiddeld genomen ouder zijn, een lager diploma hebben en vaker werkloos zijn in vergelijking met vrouwen die onderzocht of opgevolgd worden door hun gynaecoloog.

UITVAL OMWILLE VAN PROBLEMEN MET DE OPROEPBRIEF

Tabel 8: Problemen met oproepbrief

Problemen met de oproepbrief	Aantal (N)	Percentage (%)
Van toepassing	1618	53.3
Ik kreeg geen oproepbrief	738	24.3
De voorgestelde datum paste me niet	292	9.6
Ik ben de oproepbrief verloren	111	3.7
Ik was de afspraak vergeten	374	12.3
Ik ga liever naar een andere dienst dan in de brief voorgesteld	185	6.1
Niet van toepassing	1418	46.7
TOTAAL	3036	100

Meer dan de helft (n=1618, 53.3%) van de respondenten gaf aan dat problemen gerelateerd aan de oproepbrief de reden (of één van de redenen) was waarom ze niet meer hadden deelgenomen aan het gratis borstonderzoek.

Bijna één op vier vrouwen (n=738, 24.3%) gaf aan geen oproepbrief te hebben gehad. Voor één op tien vrouwen (n=292, 9.6%) paste de datum die werd voorgesteld in de oproepbrief niet (wegens andere verplichtingen of wegens al geweest voor borstonderzoek).

Eén op acht vrouwen (n=374, 12.3%) gaf aan de afspraak te zijn vergeten en één op dertig vrouwen (n=111, 3.7%) was de oproepbrief zelf verloren. Zes procent (n=185) van de vrouwen zou liever naar een andere dienst gaan dan degene die in de brief werd voorgesteld.

Jongere vrouwen gaven vaker dan oudere vrouwen aan geen oproepbrief te hebben ontvangen (Wald=23.640, p=0.000). Thuiswerkende vrouwen met uitkering rapporteerden vaker dan tewerkgestelde vrouwen dat ze de oproepbrief verloren waren (Wald=5.100,

p=0.024). Opleiding in interactie met leeftijd bleek samen te hangen met de stelling ‘ik was de afspraak vergeten’, in die zin dat oudere vrouwen met een hoger diploma (Wald=3.865, p=0.049) of met een middelbaar diploma (Wald=5.755, p=0.016) minder vaak dan vrouwen met een laag of geen diploma deze stelling onderschreven.

UITVAL OMWILLE VAN NEGATIEVE ERVARINGEN BIJ HET VORIGE BORSTONDERZOEK

Tabel 9: Negatieve ervaringen bij het vorige borstonderzoek

Ervaringen bij het vorige onderzoek	Aantal (N)	Percentage (%)
Van toepassing	425	14.0
De borstfoto was te pijnlijk	278	9.2
Personeel was te onvriendelijk	38	1.3
Te lang wachten op het nemen van een foto	32	1.1
Te lang wachten op het resultaat	43	1.4
1 ^{ste} foto's waren mislukt	60	2.0
Vervelende bijkomende onderzoeken nodig	24	0.8
Andere reden	48	1.6
Niet van toepassing	2611	86.0
TOTAAL	3036	100.0

Veertien procent (n=425) van de vrouwen had negatieve ervaringen opgedaan tijdens het gratis borstonderzoek en wilde om deze reden niet meer ingaan op de uitnodigingen.

De negatieve ervaring die het vaakst werd aangehaald had betrekking op het laten maken van de borstfoto: bijna één op de tien vrouwen (n=278, 9.2%) vond dit te pijnlijk.

Sommige vrouwen klaagden over open wonden, kneuzingen en bloeduitstortingen na het maken van de foto. Een kleine minderheid gaf “vervelende bijkomende onderzoeken nodig” (n=24, 0.8%) en “Te lang wachten op het nemen van een foto” (n=32, 1.1%) op als reden. Ook het te lang moeten wachten op het resultaat werd door relatief weinig respondenten (n=43, 1.4%) aangeduid als reden van uitval.

‘Overige’ redenen werden door een minderheid (n=48, 1.6%) gerapporteerd. De belangrijkste waren:

- mijn arts ontvangt de uitslag of de foto's van het onderzoek niet (n=7)
- vrouw zelf ontvangt geen resultaat van het onderzoek (n=7)

Oudere vrouwen vonden eerder dan jongere vrouwen dat de borstfoto pijnlijk was geweest (Wald=14.142, p=0.000). Opleiding en werksituatie hingen niet significant samen met de verschillende drop-out redenen gerelateerd aan het vorige borstonderzoek.

UITVAL OMWILLE VAN PRAKTISCHE PROBLEMEN

Tabel 10: Praktische problemen

Praktische problemen	Aantal (N)	Percentage (%)
Van toepassing	300	9.9
Radiologische dienst is te veraf gelegen	21	0.7
Ik kon er vanwege vervoersproblemen niet geraken	53	1.7
Ik had niemand om mee te gaan en alleen durf ik niet	17	0.6
Mijn partner wil niet dat ik nog deelneem aan het onderzoek	2	0.0
Ik was ziek op de dag van onderzoek	81	2.7
Ik kan geen tijd vrijmaken omwille van mijn werk	32	1.1
Andere reden	127	4.2
Niet van toepassing	2736	90.1
TOTAAL	3036	100%

Bijna 10% (n=300, 9.9%) van het aantal respondenten gaf praktische problemen aan als reden voor hun uitval. Vooral ziekte op de dag van het onderzoek (n= 81, 2.7%), vervoersproblemen (n= 53, 1.7%) en andere redenen (n=127, 4.2%) werden vermeld. Andere redenen hielden o.a. in:

- chronisch ziek (n=20)
- in behandeling voor kanker (n=20)
- geestelijke problemen (depressie, opname psychiatrie) (n=3) of gehandicapt (n=4)
- ongeval gehad (n=3)
- familiale problemen (bijvoorbeeld ziekte van partner) (n=26)
- in het buitenland of op vakantie ten tijde van het onderzoek (n=21)

Oudere vrouwen gaven vaker aan vervoersproblemen te hebben (Wald=14.275, p=0.000). Tewerkgestelde vrouwen ervaarden minder vervoersproblemen (Wald=9.126, p=0.028) en rapporteerden vaker dan alle andere groepen vrouwen dat ze geen tijd voor het onderzoek konden vrijmaken omwille van hun werk (Wald=40.034, p=0.000).

Vrouwen met een middelbaar (Wald=5.446, p=0.020) en hoger diploma (Wald=11.847, p=0.001) gaven minder dan lager opgeleiden aan dat ze ziek waren geweest op de dag van het onderzoek.

UITVAL OMWILLE VAN PERSOONLIJKE OVERTUIGING

Tabel 11: Persoonlijke overtuigingen

Persoonlijke overtuiging	Aantal (N)	Percentage (%)
Van toepassing	347	11.4
Ik ben bang voor het onderzoek omdat het pijnlijk is	146	4.8
Ik ben bang voor het resultaat van het onderzoek	59	1.9
Ik ben bang voor de straling die gebruikt wordt	73	2.4
Ik geloof niet in de voordelen van het onderzoek	36	1.2
Volgens mij is een 2-jaarlijkse herhaling niet nodig	56	1.8
Andere reden	67	2.2
Niet van toepassing	2689	88.6
TOTAAL	3036	100%

Bij 11% (n=347) van het aantal vrouwen hield een persoonlijke overtuiging hen tegen om deel te nemen aan het onderzoek: 5% (n=146) van de vrouwen had schrik voor het onderzoek omwille van verwachte pijn, 2% (n=59) was daarentegen vooral bang voor het mogelijk ongunstige resultaat van het onderzoek.

Bijna 2% (n=56) vond het niet nodig om tweejaarlijks een borstfoto te laten nemen en 1.2% (n=36) geloofde niet in de voordelen van het onderzoek.

Deze laatste overtuiging werd vaak gevoed door veralgemeningen die vrouwen maakten op basis van situaties die ze in hun directe omgeving hadden meegemaakt: een familielid of vriendin waarbij – ondanks de onderzoeken – een aanwezige maligne borsttumor in eerste instantie niet was ontdekt.

2.4% (n=73) van de vrouwen had schrik voor de straling die tijdens het onderzoek vrijkomt.

Andere redenen werden aangehaald door 2.2% (n=67) van de vrouwen. Een aantal voorbeelden hiervan:

- nalatigheid (n=10)
- niet nodig (n=8)

- uitstelgedrag (n=8)

Oudere vrouwen hadden vaker schrik voor de pijnlijkheid van het onderzoek (Wald=19.539, p=0.000) en de straling die hierbij vrijkomt (Wald=7.241, p=0.007) en vonden vaker dat een tweejaarlijkse herhaling niet nodig is (Wald=13.620, p=0.000). Hoger opgeleide vrouwen hadden minder vaak schrik voor het onderzoek omwille van de verwachte pijn dan lager opgeleide vrouwen (Wald=5.528, p=0.019).

UITSPRAKEN

Tabel 12: Stellingen ten aanzien van het borstkankeronderzoek

	Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens	Totaal N %
1. Ik wil liever niets met borstkankeronderzoeken te maken hebben omdat familie of vrienden borstkanker doormaken	1546 78.6%	265 13.5%	99 5.0%	21 1.1%	36 1.8%	1967 100%
2. Ik heb vertrouwen in het bevolkingsonderzoek	81 3.4%	26 1.1%	189 7.8%	698 29.0%	1415 58.7%	2409 100%
3. Ik vind het belangrijk dat het bevolkingsonderzoek gratis is	72 2.9%	9 0.4%	104 4.2%	430 17.3%	1874 75.3%	2489 100%
4. Het is belangrijk dat de (huis)arts het gratis borstonderzoek aanbeveelt	76 3.2%	13 0.5%	168 7.1%	501 21.1%	1614 68.0%	2372 100%
5. Ik vind het borstzelfonderzoek belangrijk en nodig	78 3.2%	32 1.3%	196 8.1%	545 22.5%	1576 64.9%	2427 100%

Ten aanzien van de 1^{ste} stelling (“Ik wil liever niets met borstkankeronderzoeken te maken hebben omdat familie of vrienden borstkanker doormaken”), geeft meer dan 9 op 10 vrouwen (n=1811, 92.1%) aan het hier niet mee eens te zijn. Een minderheid (n=57, 2.9%) geeft aan deze stelling wel te onderschrijven. Er moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat deze uitspraak verkeerd is begrepen. Het wenselijk geachte antwoord (helemaal oneens of oneens) betreft namelijk een dubbele negatie, hetgeen verwarrend is voor mensen. Uitspraken worden indien mogelijk best positief geformuleerd om de verwarring bij beoordeling van een stelling of uitspraak te voorkomen.

Met de overige vier stelling waren telkens meer dan 85% van de vrouwen het eens. De stelling “Ik vind het belangrijk dat het bevolkingsonderzoek gratis is” werd door maar liefst 92.6% (n=2304) van de vrouwen onderschreven.

Bij benadering 8% van de vrouwen bleef onbeslist bij de stellingen met betrekking tot het vertrouwen in het borstsonderzoek en het belang alsook de noodzaak van borstsonderzoek. Bij dergelijke stelling kan niet uitgesloten worden dat respondenten de neiging vertonen om sociaal wenselijke antwoorden te geven. We hebben echter getracht dit sociaal wenselijk antwoorden tot een minimum te herleiden door vrouwen de mogelijkheid te geven om de vragenlijst anoniem terug te sturen.

Lager opgeleide vrouwen waren het vaker eens met de stelling dat ze bij voorkeur niets te maken willen hebben met borstkanker omdat familie of vrienden dit doormaken ($X^2 = 17.26, p < .01$). Zoals reeds aangehaald, heeft de dubbele ontkenning bij beoordeling van deze stelling waarschijnlijk voor verwarring gezorgd.

Bemerkingen, suggesties

Bij de laatste open vraag, vermeldden vrouwen diverse opmerkingen en suggesties. Een aantal bemerkingen zijn in het kader van dit onderzoek nuttig om te vermelden:

- borstfoto + echo gewenst of nodig (n=115)
- graag zou ik een nieuwe oproepbrief ontvangen (n=177)
- Arts te weinig geïnformeerd over de resultaten van het onderzoek/arts ontvangt geen foto's van het onderzoek (n=11)
- Gratis borstsonderzoek is een goed initiatief (n=24)
- Een groot aantal vrouwen laat halfjaarlijks (vermeld door 10 vrouwen) of jaarlijks (vermeld door +/-100 vrouwen) borstsonderzoek uitvoeren. De meeste vrouwen vermeldden hierbij dat dit gebeurde vanwege een verhoogd risico op borstkanker.

SAMENVATTING EN DISCUSSIE

Op basis van de resultaten van de gesloten vragen en de bemerkingen bij de laatste open vraag, worden de belangrijkste resultaten opgesomd aangevuld met mogelijke suggesties ter remediëring:

KENMERKEN ONDERZOEKSGROEP

✚ De onderzoeksgroep was qua leeftjdsverdeling vergelijkbaar met de Vlaamse vrouwelijke populatie.

✚ Ten aanzien van de arbeidssituatie en de scholingsgraad, waren er tussen de respondentengroep en een vergelijkbare groep Vlaamse vrouwen enkele significante verschillen op te tekenen: in de respondentengroep waren minder vrouwen tewerkgesteld en meer vrouwen hadden een hoge school diploma.

✚ De representativiteit van de onderzoeksgroep met betrekking tot nationaliteit kon moeilijk beoordeeld worden aangezien er op Belgisch/Vlaams niveau geen vergelijkbare registratiegegevens bestaan.

✚ Wanneer we het percentage drop-outs afkomstig van de twee sporen vergelijken, lijkt het dat er meer vrouwen uitvielen die via de oproepbrief deelnamen (Spoor 2), dan vrouwen die via een voorschrift van de huisarts deelnamen (Spoor 1) (59.4% vs. 39.5%). We kunnen deze cijfers vergelijken met de totale percentages gescreenden die via Spoor 1 en Spoor 2 deelnamen aan het onderzoek, respectievelijk 44.5% en 55.5% (Tabel 12). De drop-out percentages verschillen significant van deze percentages gescreenden (Chi-square=26.70, $p < 0.01$). Het verschil in drop-out kan bijgevolg wel degelijk te wijten zijn aan de manier waarop men aan het screeningsonderzoek deelneemt. Verder onderzoek zou deze verschillen meer in detail kunnen nagaan. Onze data laat verdere analyses echter niet toe.

Tabel 12: verhouding Spoor1/Spoor 2

	<i>% drop-outs</i>	<i>% gescreenden 1^e ronde</i>
Spoor 1	39.5	44.5
Spoor 2	59.4	55.5

✚ Binnen de totale respondentengroep had gemiddeld 40% van de vrouwen contact gehad met hun huisarts over hun deelname aan het onderzoek (via

huisarts/gynaecoloog: 46.6%, via oproepbrief: 35.3%, via pilootproject: 51.4%). Uit deze gegevens blijkt dat de huisarts in alle sporen een belangrijke rol speelt bij de beslissing tot deelname aan borstkankeronderzoek. Bijna 39% van de vrouwen had geen contact gehad met de huisarts; voor 21.2% van de vrouwen bleef dit gegeven onbekend. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen toespitsen op de vraag of een bepaald spoor (bij de eerste screeningsronde) meer of minder voorspellend is voor uitval bij volgende screeningsronden.

🚩 Een vergelijking van de drop-out percentages per ME, bevestigt de bevindingen van Van Landeghem et al. (2006). Er bestaat een significant verschil tussen de ME's in deelnametrouw. Met de huidige vragenlijstgegevens kunnen we echter geen conclusies trekken over de mogelijke oorzaak of oorzaken van het verschil tussen de ME's. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen toeleveren op het achterhalen waarin de verschillen gelegen zijn en wat de oorzaken van deze verschillen zijn.

DETERMINANTEN VAN DROP-OUT

Alternatief advies van de arts

Ruim de helft van het aantal vrouwen blijkt in de periode na het gratis borstkankeronderzoek toch nog een borstfoto te hebben laten maken, hetzij met een diagnostische hetzij met een screeningsintentie. Dit resultaat wordt bevestigd in de literatuur. Een Spaanse studie toonde aan dat 48% van de vrouwen die niet deelnamen aan georganiseerd borstkankeronderzoek (non-responders) reeds een borstfoto hadden laten nemen (Alcaraz et al., 2002). Desalniettemin dit een zeer gunstig resultaat is, kan vermoed worden dat een aantal vrouwen diagnostisch gescreend zijn terwijl hier geen noodzaak toe was. Deze vrouwen hebben bijgevolg niet kunnen profiteren van het gratis screeningsonderzoek dat steeds de beste kwaliteit garandeert en minder invasief is dan diagnostisch onderzoek. Vanwege de complexiteit van de vraagstelling en bijgevolg verkeerde interpretaties van de respondenten, laten de resultaten van de bevraging niet toe om eenduidig vast te stellen hoeveel artsen correct dan wel onrechtmatig (diagnostisch onderzoek met een screeningsintentie) gebruik maakten van het borstkankeronderzoek. Bovenstaande resultaten moeten aldus als louter indicatief beschouwd worden.

Verder onderzoek, bij voorkeur uitgevoerd bij artsen, is, met andere woorden, noodzakelijk om zicht te krijgen op het oneigenlijk gebruik van diagnostische borstfoto's. Hierbij moet geïnventariseerd worden om welke redenen (en op wiens vraag) artsen een diagnostische borstfoto voorschrijven en/of een echo toevoegen aan een borstfoto. Hierbij

moet toegevoegd worden dat het aangewezen is artsen te informeren over de potentiële nadelen en kosten van onnodige diagnostische borstonderzoeken.

Het blijkt bovendien dat er demografische verschillen zijn tussen vrouwen die door hun huisarts onderzocht en/of opgevolgd worden en vrouwen die door hun gynaecoloog onderzocht en/of opgevolgd worden. De vrouwen die bij de huisarts gaan lijken gemiddeld genomen ouder te zijn, een lager diploma te hebben en minder vaak tewerkgesteld te zijn. Toekomstig onderzoek zou de impact van deze demografische verschillen kunnen nagaan. Deze resultaten suggereren alvast dat beide sporen een andere doelgroep aanspreken, waardoor elk van de sporen een meerwaarde biedt.

Negatieve ervaringen bij vorig borstonderzoek

Uit het onderzoek van Van Landeghem et al. (2006) bleek dat vrouwen met een vals positieve uitslag minder geneigd waren om opnieuw deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. In het voorliggend onderzoek werd een dergelijke bevinding niet bevestigd. De respondenten konden aangeven of “vervelende bijkomende onderzoeken” één van de redenen waren van hun uitval. Slechts 0.8% (n=24) duidde deze reden aan. Bijkomende onderzoeken naar aanleiding van een initieel positieve uitslag werd dus door een klein aantal van de vrouwen als reden van drop-out aangegeven. Er moet echter rekening gehouden worden met het verschil in methode tussen de twee onderzoeken. Van Landeghem et al. (2006) baseerden hun bevindingen op objectieve dossiergegevens. Het voorliggend onderzoek is gebaseerd op zelfrapportage via vragenlijsten. Door tekortkomingen inherent aan beide onderzoeksmethoden kunnen de verschillende resultaten moeilijk vergeleken worden. Het onderzoek van Van Landeghem et al. (2006) werkte met objectieve gegevens, wat als voordeel heeft dat alle data van de doelgroep beschikbaar zijn. Anderzijds zijn het enkel statistische berekeningen en werden er geen mogelijk andere redenen van uitval bevraagd. Het voorliggend onderzoek vraagt aan de vrouwen zelf welke de mogelijke verschillende redenen zijn. Maar hier zijn er heel wat non-responders, wat een effect zou kunnen hebben op de representativiteit van de onderzoeksgroep. Het zou namelijk kunnen dat vrouwen die de vragenlijst niet invulden dit ook om een specifieke reden deden, bijvoorbeeld ongenoegen omdat ze zich onterecht zorgen gemaakt hadden na een vals positieve uitslag. Tenslotte speelt bij vragenlijstonderzoek steeds het probleem van interpretatie mee. Het zou kunnen dat het item “uitval omwille van vervelende bijkomende onderzoeken” niet door iedereen op dezelfde manier begrepen werd.

1 op 10 vrouwen vond het laten maken van de borstfoto te pijnlijk. Dit resultaat komt overeen met de bevindingen van een Nederlandse studie waarin 10 tot 15% van de ondervraagde vrouwen na een mammografie retrospectief matige tot ernstige pijn- en stressniveaus rapporteerden (Drossaert, Boer, & Seydel, 2002). Overige negatieve ervaringen aan het voorgaande onderzoek werden door slechts een minderheid van de respondenten aangeduid. Volgens dezelfde Nederlandse studie zijn negatieve ervaringen afkomstig van een initiële screeningsronde slechts weinig voorspellend voor de uitval uit volgende screeningsrondes (Drossaert et al., 2002).

Dit is in tegenstelling met de resultaten van andere studies waarin de ervaring met een 1^{ste} borstkankeronderzoek (o.a. ervaren pijn en negatieve ervaringen met ziekenhuispersoneel) een significante invloed uitoefenden op de effectieve deelname in volgende screeningsrondes (Elwood, McNoe, Smith, Bandaranayake, & Doyle, 1998; Marshall, 1994; Orton et al., 1991). Austoker et al., i.a. Morrisson & Bennett, 2006, p. 152) onderzochten de voorspellende impact van angst tijdens preventieve borstscreenings. Hun resultaten gaven aan dat angst een niet te onderschatten belemmerende factor blijkt. Eenzelfde resultaat wordt gerapporteerd door McCann et al. (2002).

Het is belangrijk om artsen te informeren dat “beleving van pijn” en hiermee samenhangend “schrik voor pijn” een bepalende factor kan zijn in verdere deelname aan borstkankerscreening. Onderzoek wijst uit dat ervaren pijn tijdens eerdere borstfoto's gerelateerd is aan angst voor pijn bij de volgende borstfoto (Drossaert et al., 2002). Op zijn beurt blijkt geanticipeerde pijn of angst voor pijn een belangrijke voorspeller te zijn voor effectief ervaren pijn tijdens het onderzoek (Aro, Absetz-Ylöstalo, Eerola, Pamilo, & Lönnqvist, 1996; Bruyninckx, Mortelmans, Van Goethem, & Van Hove, 1999; Rutter, Calnan, Vaile, Field, & Wade, 1992; Stomper et al., 1988). Het is met andere woorden belangrijk dat artsen anticiperen op dergelijke bezwaren en angsten. Inspanningen om vrouwen op hun gemak te stellen tijdens de screening kunnen helpen om zowel de angst als de pijn te reduceren. Het is daarnaast aangewezen om in de informatie naar vrouwen toe (via folders, voordrachten, infosessies) zoals het waarom en het belang van het samendrukken van de borsten voor het onderzoek aan te geven.

Sommige vrouwen hebben last van pijnlijke borsten voor hun menstruatie. Het is daarom wenselijk deze vrouwen te informeren dat zij hun screening kunnen verzetten naar

een dag kort na hun menstruatie. Voor vrouwen in hun menstruatie, kan overwogen worden een andere datum voor de borstfoto voor te stellen.

Tenslotte moet ook de belangrijke motivationele rol die de huisarts speelt in het overtuigen van vrouwen om deel te nemen aan borstkankerscreening blijvend benadrukt en gestimuleerd worden.

Sommige vrouwen vinden dat ze te lang moeten wachten op de resultaten van het onderzoek. De Europese richtlijnen waaraan het LUCK zich dient te conformeren, stellen echter dat het resultaat van een screening ten laatste 3 weken na het onderzoek naar zowel de arts als de vrouw moet verstuurd worden. Als verder onderzoek vereist is, worden de foto's met een voorstel van opvolging (na de 2^{de} lezing door het LUCK) opgestuurd naar de behandelende arts. Een week later ontvangt de vrouw in kwestie een brief waarin gesteld wordt dat verder onderzoek nodig is en de vrouw zich moet wenden tot haar arts teneinde verdere onderzoeken te bespreken.

Nochtans gaf slechts 1.1% van de vrouwen die in de loop van het onderzoek uitvielen, de 3 weken wachttijd aan als reden van de uitval. De langere wachttijd, die het onvermijdelijk gevolg is van de kwaliteitsprocedure, wordt slechts door een kleine groep als belastend aangegeven.

Praktische problemen

Praktische problemen werden door 12.3% van de vrouwen gerapporteerd. Oudere vrouwen gaven vaker aan vervoersproblemen te hebben. Tewerkgestelde vrouwen ervoeren daarentegen minder vervoersproblemen, maar rapporteerden vaker dat ze geen tijd voor het onderzoek konden vrijmaken omwille van hun werk. Lager opgeleiden gaven iets vaker aan dat ze ziek waren geweest op de dag van het onderzoek. De praktische problemen die vrouwen aanhaalden, hingen met andere woorden samen met de situatie waarin de vrouwen zich bevonden. In de studie van Elwood et al. (1998) werden praktische problemen (tijdsgebrek, familiale problemen, ziekte) – ook al gerapporteerd door een minderheid – als belangrijk gezien in de uitval van vrouwen aan volgende screeningsrondes.

Slechts 0.7% van de vrouwen geeft aan dat de afstand één van de redenen voor uitval was. Bovendien is in Limburg 91.7% (22 van de 24) van de radiologiepraktijken erkend als mammografische eenheid. Op het vlak van te overbruggen afstand is er dus nog maar weinig winst te halen. Dit lijkt voor de vrouwen ook geen groot probleem te vormen.

Problemen met de oproepbrief

Meer dan de helft van de vrouwen vermeldde problemen met de oproepbrief. Eén op acht vrouwen was de afspraak vergeten en één op vier vrouwen gaf aan geen oproepbrief te hebben ontvangen. De provincie onderkende ondertussen een probleem in het oproepsysteem. Bij een aantal vrouwen overschreed de termijn tussen 2 oproepbrieven inderdaad de 24 maanden. Het oproepsysteem werd verfijnd om de termijn tussen twee oproepbrieven zoveel mogelijk in te korten en het probleem te beperken.

Daarnaast blijft de vaststelling dat jongere vrouwen vaker aangeven geen oproepbrief te hebben gehad dan oudere vrouwen. Met de huidige gegevens kan er echter geen uitspraak gedaan worden over de factoren die hierin een rol zouden kunnen spelen.

Persoonlijke overtuigingen

Persoonlijke overtuigingen werden door 11.4% van de vrouwen aangehaald als reden voor hun niet-deelname.

Zowel oudere als lager opgeleide vrouwen hadden vaker schrik voor het onderzoek omwille van de verwachte pijn. In een Italiaanse studie bleken uitstelgedrag, nalatigheid, schrik voor het resultaat van het onderzoek en het niet nuttig vinden van het onderzoek de belangrijkste motivatoren van niet-deelnemers (non-responders) aan borstkankeronderzoek (Ciatto et al., 1992). Angst voor het resultaat van het onderzoek, werd door slechts een minderheid van de respondenten (1.9%) aangekruist als zijnde (mee)bepalend voor uitval uit het onderzoek. Men kan verwachten dat dergelijke overtuiging/angst vooral een determinerende rol speelt bij non-responders, eerder dan bij 'uitvallers', aangezien deze laatste groep de vrees voor het onderzoeksresultaat (grotendeels) heeft overwonnen door een eerste keer deel te nemen aan het onderzoek.

Opvallend is dat bepaalde vrouwen het belang van borstkankerscreening hoog inschatten, het gegeven dat de screening gratis is, erg appreciëren, maar toch niet deelnemen. Bij navraag (o.a. telefonisch) bleek dat deze vrouwen dachten dat ze wel deelnamen aan het screeningsonderzoek omdat ze wel een mammografie hadden laten maken. Het ging dan echter vaak om een diagnostisch onderzoek en de vrouwen waren dus niet opgenomen in het preventief screeningsonderzoek. Hieruit kunnen we concluderen dat het verschil tussen screeningsmammografie en diagnostische mammografie nog onvoldoende gekend is.

Samenvatting

Samenvattend kan gesteld worden dat deze resultaten aangeven dat niet iedereen hetzelfde belang hecht aan screeningsprogramma's. Eerder onderzoek binnen de gezondheidspsychologie gaf al aan dat mensen sterk verschillen in het belang dat ze hechten aan gezondheid. Dezelfde resultaten worden gevonden voor motivatie. Meer nog, onderzoek toont aan dat we ons beter richten op onderzoek naar het verhogen van de motivatie (Morrisson & Bennett, 2006, p. 125). Curry et al. (1994) en Steadman et al. (2002) gaven aan deelname aan een preventieprogramma het best kan uitgelegd worden door de persoonlijke overtuigingen met betrekking tot vatbaarheid en praktische problemen. Uit de resultaten blijkt verder dat preventieve borstscreening een stresserende gebeurtenis is. Bij sommige vrouwen verhoogt het duidelijk de angstgevoelens. Communicatierichtlijnen kunnen overhandigd worden aan de artsen zodat deze laatste zich competent voelen om deze angstgevoelens met hun patiënten te bespreken ten einde de therapietrouw aan deze preventieprogramma's te verhogen.

Bemerkingen in de marge

✚ Veel vrouwen hebben omwille van een familiale belasting, een goedaardig letsel of probleemborsten een borstfoto met echo nodig. Deze vrouwen begrijpen vaak niet waarom de echo niet geïnccludeerd wordt in het gratis borstonderzoek. Ze zijn verbouwereerd of kwaad hierover en voelen zich benadeeld. Ondanks het feit dat in de informatiebrochure voor borstkankeronderzoek wordt uitgelegd waarom vrouwen die een echo nodig hebben, niet opgenomen kunnen worden in het screeningsonderzoek, stellen vrouwen zich vragen bij deze praktijk. Verder onderzoek is aangewezen om te exploreren op welke manier (mondeling, schriftelijk) en via welk kanaal (mammografische eenheid, huisarts, brochure) deze informatie het best kan overgebracht worden.

✚ Een aantal vrouwen laat tweejaarlijks een borstfoto voorschrijven door hun arts. Voor deze vrouwen geldt dat de oproep voor het gratis borstonderzoek telkens plaatsvindt in de intervalperiode tussen twee opeenvolgende voorgeschreven onderzoeken. Het gaat hier om een diagnostisch onderzoek want de oproeptermijn (ongeveer 22 maanden) wordt aangepast aan de vorige screeningsdatum. Als er geen registratie van een screening is, zal de uitnodiging telkens ongeveer 22 maanden na de vorige uitnodiging gebeuren.

In de oproepbrief aangeven hoe lang deze geldig blijft, lijkt geen goed idee, aangezien dit uitstelgedrag in de hand kan werken. Het is naar alle waarschijnlijkheid efficiënter om in de brief het infonummer, waarnaar vrouwen kunnen bellen met allerhande vragen, meer in het oog te laten springen.

✚ Een aantal vrouwen uitten hun ongenoegen dat hun arts geen foto's ontvangt van het gratis borstonderzoek, hetgeen een vergelijking met eerdere foto's onmogelijk maakt. Om een correcte beoordeling van deze bemerking te maken, is het wenselijk een beschrijving te geven van de werkwijze van het LUCK ten aanzien van de rapportering van de resultaten: artsen krijgen na de 2^{de} lezing van de mammografieën altijd via het elektronisch programma van het UZ-GHB Medibridge de uitslag toegestuurd. Daarnaast worden er resultaatsbrieven verstuurd: Bij een negatief resultaat ontvangt de voorschrijvende (spoor 1) of opgegeven arts (spoor 2) een brief met de vermelding dat Mevr X gescreend werd en dat verder onderzoek niet nodig is. Indien de arts een gynaecoloog is, ontvangt ook de huisarts een brief. De foto's zijn eigendom van de vrouw in kwestie: als zij dit wil, worden de foto's naar haar opgestuurd. De meeste foto's echter worden bewaard in de mammografische eenheid. Als verder onderzoek vereist is, worden de borstfoto's met een voorstel van opvolging (na 2^{de} lezing door het LUCK) opgestuurd

naar de behandelende arts. Een week later ontvangt ook de vrouw een brief. Ter volledigheid moet tenslotte opgemerkt worden dat de vergelijking van recente en vroegere borstfoto's steeds gebeurt door het LUCK. Om deze reden worden vrouwen altijd opgeroepen naar de mammografische eenheid waar ze de vorige keer gescreend zijn.

✚ Om een hogere participatiegraad voor het borstkankerscreeningsprogramma in Limburg te bereiken moeten de bestaande drempelverlagende maatregelen worden aangevuld met concretere en achtergrondinformatie en een actievere rol van de huisarts.

Er is een grote groep vrouwen die de huisarts prefereren als kanaal om in contact te komen met het screeningsprogramma. Anderzijds leeft er nog steeds een beperkte kennis van het officiële screeningprogramma zoals een gebrek aan kennis over de kwaliteit van een screeningsmammografie. Daarnaast vormt het feit dat de huisarts hen hier niet toe aanzet, een ernstige barrière om deel te nemen aan het officiële programma (Wouters et al., 2006).

✚ De georganiseerde screeningscampagne bereikte tijdens zijn eerste ronde al een substantieel deel van de doelpopulatie. Ze slaagde er ook in vrouwen van alle leeftijden en socio-economische achtergronden in gelijke mate te bereiken. Maar, er blijft nog een lange weg af te leggen om minstens 75% van de doelpopulatie te bereiken en om de artsen ervan te overtuigen de combinatie diagnostische mammografie-echografie te vervangen door de kwaliteitsvollere screeningsmammografie (De gauquier et al., 2006).

Het moge duidelijk zijn dat de implementatie van een screeningsprogramma nooit zonder problemen verloopt. De hoofdbezorgdheid op dit moment is de non-responsiviteit en de optimalisatie van het gebruik van het officiële screeningsprogramma (Weyler, 2006). Creatieve oplossingen moeten gezocht om vrouwen door de bestaande en meest opportune faciliteiten te leiden.

LITERATUURLIJST

- Alcaraz, M., Lluch, A., Miranda, J., Pereiro, I., & Salas, M. D. (2002). Study of non-participation in the breast cancer screening program in the city of Valencia (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 16(3), 230-235.
- Algemene Directie Statistiek. (2006, 15/07/2006). *Scholingsgraad van de bevolking van het Vlaamse Gewest (25-64 jaar), naar geslacht, in %* [Internet]. Algemene Directie Statistiek. Retrieved October, 15th, 2007, from the World Wide Web: http://aps.vlaanderen.be/statistiek/cijfers/stat_cijfers_onderwijs.htm
- Anderson, W. F., Jatoi, I., & Devesa, S. S. (2006). Assessing the impact of screening mammography: Breast cancer incidence and mortality rates in Connecticut (1943-2002). *Breast cancer research and treatment*, 99(3), 333-340.
- Antilla, A., Koskela, J., & Hakama, M. (2002). Programme sensitivity and effectiveness of mammography service screening in Helsinki, Finland. *Journal of Medical Screening*, 9(4), 153-158.
- Aro, A. R., Absetz-Ylöstalo, P., Eerola, T., Pamilo, M., & Lönnqvist, J. (1996). Pain and discomfort during mammography. *European journal of cancer*, 32(10), 1674-1679.
- Aro, A. R., de Koning, H. J., Absetz, P., & Schreck, M. (1999). Psychosocial predictors of first attendance for organised mammography screening. *Journal of Medical Screening*, 6(2), 82-88.
- Aro, A. R., de Koning, H. J., Absetz, P., & Schreck, M. (2001). Two distinct groups of non-attenders in an organized mammography screening program. *Breast cancer research and treatment*, 70(2), 145-153.
- Beaulieu, M. D., Béland, F., Roy, D., Falardeau, M., & Hébert, G. (1996). Factors determining compliance with screening mammography. *Canadian Medical Association*, 154(9), 1335-1343.
- Bonelli, L., Branca, M., Ferreri, M., Barizzone, D., Rossi, E., Cedri, S., Bruzzi, P., & Santi, L. (1996). Attitude of women towards early cancer detection and estimation of the compliance to a screening program for cervix and breast cancer. *Cancer detection and prevention*, 20(4), 342-352.
- Bruyninckx, E., Mortelmans, D., Van Goethem, M., & Van Hove, E. (1999). Risk factors of pain in mammography screening. *Social Science and Medicine*, 49(7), 933-941.
- Ciatto, S., Cecchini, S., Isu, A., Maggi, A., & Cammelli, S. (1992). Determinants of non-attendance to mammographic screening. Analysis of a population sample of the screening program in the District of Florence. *Tumori*, 78(1), 22-25.
- Coldman, A., Phillips, N., Warren, L., & Kan, L. (2007). Breast cancer mortality after screening mammography in British Columbia women. *International journal of cancer*, 120(5), 1076-1080.
- Donato, F., Bollani, A., Spiazzi, R., Soldo, M., Pasquale, L., Monarca, S., Lucini, L., & Nardi, G. (1991). Factors associated with non-participation of women in a breast cancer screening programme in a town in northern Italy. *Journal of epidemiology and community health*, 41(1), 59-64.
- Drossaert, C. H., Boer, H., & Seydel, E. R. (2002). Monitoring women's experiences during three rounds of breast cancer screening: results from a longitudinal study. *Journal of Medical Screening*, 9(4), 168-175.
- Elwood, M., McNoe, B., Smith, T., Bandaranayake, M., & Doyle, T. C. (1998). Once is enough -- why some women do not continue to participate in a breast cancer screening programme. *The New Zealand medical journal*, 111(1066), 180-183.
- FOD Economie - Algemene Directie Statistiek. (2006). *Onderwijsniveau van de bevolking - in absolute aantallen (1987-2006)* [Internet]. FOD Economie - Algemene Directie

- Statistiek. Retrieved Octobre, 15th, 2007, from the World Wide Web:
http://statbel.fgov.be/figures/d33_nl.asp#1bis
- French, K., Porter, A. M. D., Robinson, S. E., McCallum, F. M., Howie, J. G. R., & Roberts, M. M. (1982). Attendance at a breast screening clinic: a problem of administration or attitudes. *British medical journal*, 285(28), 617-620.
- Ho, V., Yamal, J. M., Atkinson, E. N., Basen-Engquist, K., Tortolero-Luna, G., & Follen, M. (2005). Predictors of breast and cervical screening in Vietnamese women in Harris County, Houston, Texas. *Cancer nursing*, 28(2), 119-129.
- Kauhava, L., Immonen-Räihä, P., Parvinen, I., Helenius, H., Kaljonen, A., Räsänen, O., Pylkkänen, L., & Klemi, P. J. (2004). Lower costs of hospital treatment of breast cancer through a population-based mammography screening program. *European journal of public health*, 14, 128-133.
- Kee, F., Telford, A. M., Donaghy, P., & O'Doherty, A. (1992). Attitude or access: reasons for not attending mammography in Northern Ireland. *European journal of cancer prevention*, 1(4), 311-315.
- Lagerlund, M., Maxwell, A. E., Bastani, R., Thurfjell, E., Ekbom, A., & Lambe, M. (2002). Sociodemographic predictors of non-attendance at invitational mammography screening -- a population-based register study (Sweden). *Cancer causes and control*, 13(1), 73-82.
- Lostao, L., Joiner, T. E., Pettit, J. W., Chorot, P., & Sandin, B. (2001). Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance. *European journal of public health*, 11(3), 274-279.
- Marshall, G. (1994). A comparative study of re-attenders and non-re-attenders for second triennial National Breast Screening Programme appointments. *Journal of public health medicine*, 16(1), 79-86.
- McCarthy, B. D., Yood, M. U., MacWilliam, C. H., & Lee, M. J. (1996). Screening mammography use: the importance of a population perspective. *American journal of preventive medicine*, 12(2), 91-95.
- McNoe, B., Richardson, A. K., & Elwood, J. M. (1996). Factors affecting participation in mammography screening. *The New Zealand medical journal*, 109(1030), 359-361.
- Nationaal Instituut voor Statistiek. (2004). *Enquête naar de Arbeidskrachten 2004*. FOD Economie. Retrieved 20 augustus 2008, from the World Wide Web:
<http://statbel.fgov.be/lfs>
- Olsen, A. H., Njor, S. H., Vejborg, I., Schwartz, W., Dalgaard, P., Jensen, M. B., Tange, U. B., Blichert-Toft, M., Rank, F., Mouridsen, H., & Lynge, E. (2005). Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening: cohort study. *British medical journal*, 330(7485), 1-5.
- O'Malley, A. S., Forrest, C. B., & Mandelblatt, J. (2002). Adherence of Low-income Women to Cancer Screening Recommendations. *Journal of general internal medicine*, 17(2), 144-154.
- Orton, M., Fitzpatrick, R., Fuller, A., Mant, D., Mlynek, C., & Thorogood, M. (1991). Factors affecting women's response to an invitation to attend for a second breast cancer screening examination. *The British Journal of General Practice*, 41(349), 320-322.
- Parvinen, I., Helenius, H., Pylkkänen, L., Antilla, A., Immonen-Räihä, P., Kauhava, L., Räsänen, O., & Klemi, P. J. (2006). Service screening mammography reduces breast cancer mortality among elderly women in Turku. *Journal of Medical Screening*, 13(1), 34-40.
- Ross, N. A., Rosenberg, M. W., Pross, D. C., & Bass, B. (1994). Contradictions in women's health care provision: a case study of attendance for breast cancer screening. *Social Science and Medicine*, 39(8), 1015-1025.

- Rutter, D. R., Calnan, M., Vaile, M. S., Field, S., & Wade, K. A. (1992). Discomfort and pain during mammography: description, prediction, and prevention. *British medical journal*, 22(305), 443-445.
- Sarkeala, T., Heinävaara, S., & Anttila, A. (2007). Organised mammography screening recedes breast cancer mortality: A cohort study from Finland. *International journal of cancer*.
- Schofield, P. E., Cockburn, J., Hill, D. J., & Reading, D. (1994). Encouraging attendance at a screening mammography programme: determinants of response to different recruitment strategies. *Journal of Medical Screening*, 1(3), 144-149.
- Stark, C. R., Reay, L., & Shiroyama, C. (1997). The effect of access factors on breast screening attendance on two Scottish islands. *Health bulletin*, 55(5), 316-321.
- Stomper, P. C., Kopans, D. B., Sadowski, N. L., Sonnenfeld, M. L., Swann, C. A., Gelmans, R. S., Meyer, J. E., Jochelson, M. S., Hunt, M. S., & Allen, P. D. (1988). Is mammography painful? *Archives of internal medicine*, 148(3), 521-524.
- Sutton, S., Bickler, G., Sancho-Aldridge, J., & Saidi, G. (1994). Prospective study of predictors of attendance for breast screening in inner London. *Journal of epidemiology and community health*, 48(1), 65-73.
- Swedish Organised Service Screening Evaluation Group. (2006). Reduction in Breast Cancer Mortality from Organized Service Screening with Mammography: Further Confirmation with Extended Data. *Cancer epidemiology, biomarkers and prevention*, 15(1), 45-51.
- Vernon, S. W., Laville, E. A., & Jackson, G. L. (1990). Participation in breast screening programs: a review. *Social Science and Medicine*, 30(10), 1107-1118.
- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. (2005). *Borstkanker als gezondheidsprobleem in Vlaanderen, Gezondheidsconferentie 2005*: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid.
- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. (2007). *Gezondheidsdoelstelling borstkankeropsparing*. Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid. Retrieved 24th of april 2008, 2008, from the World Wide Web: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=5356>
- Vlaamse Overheid. (2006). *Bevolkingskubussen: Aantal inwoners naar woonplaats, leeftijd, geslacht, nationaliteit en huishoudgrootte - jaren 1997 t.e.m. 2006* [Internet]. Vlaamse Overheid. Retrieved October, 15th, 2007, from the World Wide Web: http://aps.vlaanderen.be/statistiek/cijfers/stat_cijfers_demografie.htm
- Zackrisson, S., Andersson, I., Manjer, J., & Janson, L. (2004). Non-attendance in breast cancer screening is associated with unfavourable socio-economic circumstances and advanced carcinoma. *International journal of cancer*, 108(5), 754-760.