

Jan Hendriks

10 jaar borstkankerscreening in Nederland

- Hoe gaat het?
- Wat zijn de problemen?
- Kan het beter?
- Wat brengt de toekomst?

Na de positieve adviezen van Gezondheidsraad en Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 1987, ging het bevolkingsonderzoek op borstkanker in Nederland eind 1989 van start. Vanaf 1996 kon de gehele doelgroep, vrouwen in de leeftijd van 50 tot 70 jaar, worden opgeroepen. In 1997 werden ook vrouwen van 70 tot 74 jaar opgeroepen. Op dit moment worden bijna 800.000 vrouwen per jaar gescreend.

De sterftedaling verloopt zoals voor het begin van de screening op grond van de proefonderzoeken in Utrecht, Nijmegen en Zweden is berekend. Op dit moment bedraagt de daling van de mortaliteit ten gevolge van borstkanker in de gescreende leeftijdsgroepen ongeveer 20%. Het ziet ernaar uit dat het maximale effect van de screening, 30% minder borstkankersterfte in de leeftijdsgroep 50-75 jaar, in 2003 bereikt wordt.

Vergeleken met andere landen kent Nederland een extreem laag doorverwijspercentage: minder dan 1% tegenover 2-5% in Engeland en Zweden. Volgens de eerste voorlopige gegevens van de optimalisatiestudie leidt dit lage doorverwijspercentage waarschijnlijk tot wat grotere bij screening ontdekte tumoren en wat meer intervalcarcinomen. De belangrijkste reden van dit lage doorverwijspercentage is dat in Nederland de diagnose 'mammacarcinoom' niet tijdens de screening wordt gesteld, maar in het natraject. 'Screening is geen diagnose'!

Screening gaat tot het uitspreken van verdenking op maligniteit. Voor het stellen van de diagnose wordt de vrouw via haar huisarts doorverwezen naar een van de ziekenhuizen, waar vaak door een andere radioloog verder onderzoek plaatsvindt. De screeningsradiologen zijn hierdoor mogelijk wat terughoudend bij doorverwijzing.

De feedback van ziekenhuisradioloog naar screeningsradioloog verloopt niet overall optimaal. Helaas was het destijds niet mogelijk de screening op korte termijn in ons gezondheidssysteem te integreren. Er waren te veel problemen met de budgettering, en de kwaliteit van de mammografie was in vele ziekenhuizen niet op het vereiste niveau. De borstkankerscreening is daarom buiten het gezondheidssysteem opgezet en is in handen van veelal niet medisch-professionele organisaties.

In de meeste besturen van de screeningsorganisatie is – in tegenstelling tot wat men zou verwachten – geen enkele radiologische inbreng. Het voortreffelijke werk van de screeningslaboranten wordt dan ook vaak niet gewaardeerd, hetgeen leidt tot lage inschaling, problemen bij nascholing en verlies aan vaardigheid en knowhow, omdat

zij hun werk in afzondering (buiten en niet verbonden aan een radiologieafdeling) verrichten.

Kwantiteit heeft voor de meeste managers een hogere prioriteit dan kwaliteit. Het feit dat geen screening beter is dan slechte screening, is bij de managers onbekend. Door de geïsoleerde positie van de screening buiten de gezondheidszorg, wordt het steeds moeilijker deskundige laboranten te werven: onbekend maakt onbemind. De enige oplossing is de screening in Nederland op korte termijn te integreren in ons gezondheidssysteem, zoals dit in Zweden en Engeland het geval is. De screening zou dan moeten worden georganiseerd vanuit zogenaamde diagnostische breast centers, waartoe de huidige Centrale lees Eenheden zich zouden kunnen ontwikkelen. In deze breast centers, verbonden aan één of meerdere ziekenhuizen, vindt door dezelfde radiologen die de screening bekijken ook het nadere onderzoek plaats: uitgebreide mammografie, echo en punctie. De manager speelt hierbij een meer medisch-faciliterende rol. De laboranten rouleren over de aangesloten screeningseenheden en het 'assessment breastcenter'.

Ook vanwege de toekomstige ontwikkelingen in de mammografie zou deze situatie beter zijn en zeker meer kosteneffectief. Naar verwachting zal in de komende vijf jaar begonnen worden met de conversie van de screeningsmammografie van analoog naar digitaal. Dit zal grote consequenties hebben, niet alleen financieel, maar ook logistiek. Films en lichtkasten zullen vervangen worden door digitale receptorsystemen en werkstations, speciaal ontwikkeld voor het snel lezen van veel screeningsmammogrammen. Met behulp van computerondersteunende detectie en diagnose en psychofysische technieken zijn radiologen dan in staat hun performance aanzienlijk te verbeteren. Het is niet kosteneffectief dit soort werkstations alleen voor screening te gebruiken. Daarom alleen al is het belangrijk leesseenheden te koppelen aan grotere radiologieafdelingen. Aansluiting van PACS, RIS en HIS zal de feedback aanzienlijk vergemakkelijken. Ook teleradiologie en teleconsulting gaan tot de mogelijkheden behoren en maken de screening minder kwetsbaar.

Borstkankerscreening hoort zo snel mogelijk in ons gezondheidssysteem geïntegreerd te worden om een optimale kwaliteit voor de toekomst te waarborgen.

*Dr. J.H.C.L. Hendriks
Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen*

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.