De kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij huisarts en patiënt.

Deel: patiënten

Latruwe Mieke, UGent

Promotor: Prof. Dr. T. Christiaens, UGent

Co-promotor: Dr. V. Piessens, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

De kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij huisarts en patiënt.

Deel: patiënten

Latruwe Mieke, UGent

Promotor: Prof. Dr. T. Christiaens, UGent

Co-promotor: Dr. V. Piessens, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

"De auteur(s) en de (co)promotor geven de toelating deze scriptie voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit deze scriptie."

Aalter, 17 april 2012

Auteur:
Mieke Latruwe

Promotor: Prof. Dr. T. Christiaens
Co-promotor: Dr. V. Piessens

In samenwerking met:
Lien Debel
Evelien Vandromme

Dankwoord

Dit proefschrift geeft mij de gelegenheid om enkele mensen te bedanken voor hun inzet en motivatie ter verwezenlijking van deze scriptie.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor Prof. Dr. T. Christiaens en co-promotor Dr. V. Piessens bedanken voor het nodige advies, de sturing en het nalezen van deze scriptie. Hun bereidwillige medewerking en deskundige uitleg waren van cruciaal belang om dit proefschrift tot een goed einde te brengen.

Vervolgens wil ik ook mijn praktijkopleiders Dr. E. Bral en Dr. A. Coenegrachts danken voor hun betrokkenheid en enthousiasme gedurende dit project.
Ook de geïnterviewde artsen en patiënten verdienen een woord van lof voor de opoffering en de tijd om deel te nemen aan dit onderzoek.

In het bijzonder wens ik ook mijn twee mede-auteurs Lien Debel en Evelien Vandromme te danken voor de goede samenwerking en kritische kijk.

Een laatste woord van dank richt ik tot mijn ouders en Tim, mijn man, voor de mogelijkheden, de luisterbereidheid en de steun die ik van hen kreeg de afgelopen twee jaar.

Lijst met afkortingen

ASA= acetylsalicylzuur
CI= betrouwbaarheidsinterval
CRC= colorectaal carcinoom
CT= computertomografie
EBM= evidence based medicine
FAP= familiale adenomateuze polyposis
FOBT= faecaal ocult bloed test
gFOBT= guaiac faecaal occult bloed test
HAIO= huisarts in opleiding
HNPCC= hereditair non-polyposis colon carcinoom
iFOBT= immunohistochemische faecaal occult bloed test
KCE= federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg
NNT= number needed to treat
NSAID= niet-steroïdaal anti-inflammatoir geneesmiddel
OR= odds ratio
PSA= prostaat-specifiek antigen
RX thorax= radiografie van de thorax

Inhoudstafel

1 ABSTRACT 1

2 INLEIDING 2

3 METHODE 2

3.1 Selectie van studies voor de review 2

3.2 Selectie van patiënten en huisartsen voor een semi-gestructureerd interview 3

3.3 Verzameling en verwerking van de data 4

4 RESULTATEN 5

DEEL I: LITERATUURSTUDIE 5

4.1 Inleiding 5

4.2 Screening 5

4.3 Colorectaal kanker screening 5

4.3.1 Toepasbaarheid van de algemene screeningsvoorwaarden op CRC screening 5

4.3.2 Screenen naar colorectaal kanker, volgens de Aanbeveling van Domus Medica 6

4.4 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening van patiënten 7

4.4.1 Kennis van patiënten over darmkanker(screening) 8

4.4.2 Waaraan geeft de patiënt de voorkeur? 11

4.4.3 Beïnvloedende factoren 12

4.4.3.1 Barrières 12

4.4.3.2 Bevorderende factoren 18

4.5 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening van huisartsen 20

4.5.1 Kennis van huisartsen over darmkanker(screening) 20

4.5.2 Waaraan geeft de huisarts de voorkeur? 21

4.5.3 Beïnvloedende factoren 22

4.5.3.1 Inschatting van het belang van darmkankerscreening 22

4.5.3.2 Kenmerken van de huisarts 23

4.5.3.3 Andere beïnvloedende factoren 24

4.6 Vergelijking beïnvloedende factoren tussen patiënten en huisartsen 25
DEEL II: KWALITATIEF ONDERZOEK PATIËNTEN 26
4.7 Inleiding 26
4.8 Demografisch gegevens patiënten 26
4.9 Kennis van de patiënt over algemene screening 27
4.9.1 Definitie 'screening' 27
4.9.2 Soorten kankerscreening 27
4.10 Kennis van de patiënt over darmkanker 28
4.10.1 Prevalentie 28
4.10.2 Oorzaken 28
4.10.3 Risicofactoren 28
4.10.4 Ontstaansmechanisme 29
4.10.5 Symptomen 29
4.10.6 Diagnose 29
4.10.7 Behandeling 29
4.10.8 Prognose 29
4.10.9 Preventie 29
4.11 Kennis van de patiënt over darmkankerscreening 30
4.11.1 FOBT 30
4.11.2 Colonoscopie 30
4.11.3 Informatiebronnen 30
4.11.4 Voorkeur informatiebron volgens de patiënt 31
4.11.5 De taak van de huisarts volgens de patiënt 31
4.12 Visie van de patiënt over screening 32
4.12.1 Persoonlijke ervaring met screening 32
4.12.2 Algemene visie t.o.v. screening 33
4.12.3 Voordelen screening 33
4.12.4 Nadelen screening 33
4.12.5 Visie t.o.v. screening en eigen CRC-screeningsgedrag 34

4.12.6 Visie van de huisarts op screening, volgens de patiënt 34
4.13 Visie van de patiënt over darmkankerscreening 35
4.13.1 Inschatten eigen darmkankerrisico 35
4.13.2 Onderzoek die de patiënt als voorkeur aangeeft 35
4.13.3 Visie t.o.v. CRC en eigen CRC-screeningsgedrag 35
4.14 Remmende factoren 36
4.14.1 Overzichtstabel 36
4.14.2 Persoonsgebonden factoren 38
4.14.2.1 Huisartsgerelateerd 38
4.14.2.2 Patiëntgerelateerd 38
4.14.3 Ziektegebonden factoren 40
4.14.4 Onderzoeksgebonden factoren 40
4.14.4.1 Economisch 40
4.14.4.2 Effectiviteit van de screeningstesten 40
4.14.4.3 Onderzoekspecifiek 41
4.14.4.4 Pakt het probleem niet aan de oorzaak aan 41
4.14.4.5 Patiëntgerelateerd 41
4.14.5 Organisatorische factoren 41
4.14.5.1 Economisch 41
4.14.5.2 Patiëntgerelateerd 42
4.15 Bevorderende factoren 42
4.15.1 Overzichtstabel (Tabel 21) 42
4.15.2 Persoonsgebonden factoren 43
4.15.2.1 Patiëntgerelateerd 43
4.15.2.2 Ziektegebonden factoren 44
4.15.3 Onderzoeksgebonden factoren: FOBT 44
4.15.4 Organisatorische factoren 44
4.15.4.1 Maatschappelijk 44
4.15.4.2 Patiëntgerelateerd 45

4.16 Samenvatting van de resultaten van de artseninterviews, en van de vergelijking tussen huisarts en patiënt 45

4.16.1 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij de huisarts (Evelien Vandromme, UGent) 45

4.16.2 Vergelijking van de resultaten tussen huisarts en patiënt (Lien Debel, Ugent) 45

5 DISCUSSIE 47

5.1 Inleiding 47

5.2 Kennis 47

5.3 Ideeën 48

5.4 Verwachtingen 49

6 CONCLUSIE 50

7 REFERENTIES 51

8 BIJLAGEN 1

8.1 Bijlage 1: Steekkaart Aanbeveling colorectale kanker-screening (Domus Medica) 1

8.2 Bijlage 2: Informed consent patiënt 3

8.3 Bijlage 3: Informed consent huisarts 5

8.4 Bijlage 4: Vragenlijst patiënten 7

8.5 Bijlage 5: Vragenlijst artsen 12

1 ABSTRACT

DE KENNIS, IDEEËN EN VERWACHTINGEN OVER DARMKANKER-SCREENING BIJ DE HUISARTS EN PATIËNT. DEEL PATIËNTEN.

Mieke LATRUWE
Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Thierry CHRISTIAENS
Co-promotor: Dr. Veerle PIESSENS
Praktijkopleider: Dr. Eddy BRAL en Dr. Agnes COENEGRACHTS

Context: Colorectale kanker (CRC) is de tweede (vrouwen) en derde (mannen) meest voorkomende vorm van kanker. Jaarlijks overlijden ongeveer 1800 Vlamingen aan CRC. In september 2008 publiceerde Domus Medica, de Vlaamse vereniging voor huisartsen, een richtlijn voor de eerste lijn over "Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico". Daarin wordt geadviseerd om laagrisicopatiënten vanaf de leeftijd van 50 jaar CRC-screening aan te bieden.
Onderzoeksvraag: Wat zijn op dit moment - vóór het uitbouwen van informerende en sensibiliserende campagnes door de overheid - de kennis, ideeën en verwachtingen van zowel huisartsen als patiënten over darmkanker(screening)? Deze thesis is een deel van een drieluik en focust zich op de patiënten.
Methode: Wij voerden eerst een literatuurstudie uit naar de kennis, ideeën en verwachtingen van huisartsen en patiënten over CRC-screening. We raadpleegden hiervoor de database MEDLINE (via Pubmed) en de referentielijsten van weerhouden studies, gepubliceerd vóór december 2010. Vervolgens baseerden we ons op deze studies voor het opstellen van een semi-gestructureerd interview, die we bij vijftien laagrisicopatiënten ouder dan vijftig jaar en bij vijftien huisartsen afnamen. Deze interviews werden nadien kwalitatief verwerkt.
Resultaten (patiënteninterviews): De kennis over CRC bij patiënten is onvolledig maar voldoende. CRC-screening zelf is bij 9/15 personen gekend, maar slechts 3/15 personen zijn reeds zelf gescreend (allen via colonoscopie). Deze drie personen werden door de huisarts aangesproken, in tegenstelling tot de overige 12 personen. De patiënt verklaart de onvolledige kennis enerzijds door een gebrek aan informatie en anderzijds door een tekort aan interesse in deze thematiek.
De algemene visie t.o.v. screening is globaal positief (10/15), toch wegen de voordelen van CRC-screening nog niet op tegen de nadelen voor de meerderheid van de patiënten. De drie belangrijkste remmende factoren zijn (i) geen darmklachten hebben (12/15), (ii) niet bezig zijn met CRC (andere prioriteiten hebben) (11/15) en (iii) angst voor (complicaties van) het onderzoek (10/15). Als belangrijkste bevorderende factoren geven patiënten aan (i) gerustgesteld willen worden(8/15), (ii) motivatie tot screening door de huisarts (8/15) en (iii)familie/kennissen met darmkanker (6/15). Wat opvalt is dat geen enkele patiënt zou weigeren om aan screening deel te nemen, mocht de huisarts hier sterk op aansturen.
Wanneer patiënten ervoor zouden kiezen om aan CRC-screening deel te nemen, zou het merendeel (13/15) voor FOBT kiezen vanwege het makkelijke en veilige profiel, en de overige personen (2/15) voor colonoscopie.
Conclusie: Wat betreft CRC-screening ontbreekt het de patiënten niet enkel aan kennis, maar ook aan motivatie tot participatie. Bovendien vinden ze het de taak van de huisarts hen hier attent op te maken.
E-mail: mieke_latruwe@hotmail.com
ICPC-code: A98, D75.

2 INLEIDING

Darmkanker is de tweede meest frequent voorkomende vorm van kanker bij vrouwen, en de derde meest voorkomende kanker bij mannen. Gezien deze hoge prevalentie, gaat de aandacht van wetenschappelijke onderzoekers dan ook uit naar de vraag of de detectie van colorectale kanker (CRC) in een vroeg invasief stadium door middel van screening tot een reductie van de morbiditeit en mortaliteit leidt. Bij dit onderzoek gaat men vaak een stap te snel en is men geneigd de positieve bevindingen zonder meer in een concreet beleid om te zetten, zonder rekening te houden met bijkomende vragen: Wat is de perceptie van patiënten over darmkanker en darmkankerscreening? Wat is hun kennis hier over? Hoe schatten mensen het belang van colorectaal kanker (screening) in? Wat zijn hun verwachtingen van deze screening? Wat zijn mogelijke barrières om zich te laten screenen voor darmkanker; of wat zijn juist zaken die hen aanzetten tot deelname aan een preventief onderzoek? Op deze vragen willen wij in dit proefschrift een antwoord proberen bieden.

Bovendien zien we dat slechts een beperkt aantal Vlaamse huisartsen op dit moment systematisch gaat screenen naar colorectale kanker. Onderzoek toonde aan dat één van de belangrijkste remmende factoren voor huisartsen om te screenen naar darmkanker het ontbreken van een aanbeveling over het onderwerp was. Dit knelpunt is echter weggewerkt met de komst van de Aanbeveling "Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico" van Domus Medica. Toch leidde dit niet tot de verwachte toename van de participatiegraad voor colorectale kanker screening. (Govaerts et al., 2010) Daarom willen wij in dit proefschrift ook nagaan wat de kennis, ideeën en verwachtingen van huisartsen zijn rond darmkankerscreening. Wat denken Vlaamse huisartsen over deze screening? Hoe gaan ze hier op dit moment mee om; en wat is hun rationale? Wat zien huisartsen als stimulerende of belemmerende factoren voor colorectale kanker screening?

Tot slot wordt in een derde luik van deze gezamenlijke thesis een analyse gemaakt van verschillen en gelijkenissen in kennis, ideeën en percepties van huisartsen en patiënten.

3 METHODE

3.1 Selectie van studies voor de review

Voor de selectie van artikels voor dit proefschrift, raadpleegden we de database MEDLINE (via Pubmed). Enkel Engelstalige observationele studies, randomised controlled clinical trials (RCT's), reviews en meta-analyses die gepubliceerd werden vóór december 2010 werden weerhouden. Als zoektermen gebruikten we *'colorectal cancer, colorectal cancer screening, knowledge, attitude, expectations, barriers, participation, primary care, general practitioner, patient'*. Bovendien controleerden we de referentielijsten van deze artikels op zoek naar andere studies die bij dit onderwerp leken aan te sluiten. Op deze manier selecteerden we 66 artikels.

We namen er bovendien de Aanbeveling Colorectale kanker (Gevaert et al., 2010) van Domus Medica bij, aangezien dit de aanbeveling voor Vlaamse huisartsen is.

Vervolgens verdeelden we de 66 artikels onder de drie HAIO's die aan deze scriptie meewerkten. We bestudeerden elk de abstracten van een derde van deze gevonden artikels, om zo de artikels te selecteren die representatief waren en inhoudelijk aansloten bij onze scriptie. Op deze manier weerhielden we 43 artikels. Deze overgebleven studies werden opnieuw onder de drie HAIO's verdeeld, en volledig nagelezen, bestudeerd en beschreven. We maakten een literatuurstudie aan de hand van

deze bevindingen, en includeerden hierin ook de Aanbeveling Colorectale kanker van Domus Medica.
De volgende stap was het opstellen van vragenlijsten die als leidraad zouden dienen voor de semi-gestructureerde interviews van huisartsen en patiënten. We kozen voor semi-gestructureerde interviews om de interbeoordelaars-overeenstemming te verhogen. Toch bood het ons de ruimte om individueel dieper in te gaan op wat de studiepersoon antwoordde.
De vragenlijsten voor huisartsen en patiënten waren grotendeels gelijkaardig, maar lieten anderzijds toe om verschillende accenten te leggen bij de huisartsen en de patiënten, rekening houdend met hun respectievelijke uitgangspositie en achtergrond. We trachtten de vragen vanuit een neutraal perspectief te formuleren, en een open vraagstelling te hanteren. Op deze manier wilden we de patiënten en huisartsen stimuleren om antwoorden vanuit hun persoonlijke visie te formuleren, zonder beïnvloeding vanuit de vraagstelling (sociale gewenstheidsbias).
We baseerden ons bij het opstellen van de vragenlijsten enerzijds op wetenschappelijke literatuur waarin beschreven staat op welke manier een dergelijk interview moet worden opgebouwd, en op bestaande vragenlijsten (Baarda et al., 2007; Hannon et al., 2008; Jones et al., 2010a; Jones et al., 2010c; Mortelmans, 2007; Senore et al., 2010). Anderzijds adapteerden we zelf deze gegevens aan onze specifieke onderzoeksvraag.

3.2 Selectie van patiënten en huisartsen voor een semi-gestructureerd interview.

Vervolgens stelden we inclusie- en exclusiecriteria op waaraan de patiënten moesten voldoen om aangesproken te worden over deelname aan dit onderzoek.
Een eerste voorwaarde was het hebben van een leeftijd van 50 jaar of ouder. We hanteerden geen bovengrens wat de leeftijd betreft. We baseerden ons hiervoor op de Aanbeveling Colorectale kanker waarin wordt aanbevolen dat darmkankerscreening systematisch wordt aangeboden aan patiënten van 50 tot en met 74 jaar. Bovendien adviseert de richtlijn om de screening ook na de leeftijd van 74 jaar systematisch aan te bieden, tenzij de levensverwachting van de patiënt duidelijk beperkt is.
Ten tweede dienden de patiënten tot de populatie van personen zonder verhoogd risico op darmkanker te behoren. Exclusiecriteria waren dus een erfelijke colorectale aandoening (HNPCC, FAP), een persoonlijke voorgeschiedenis van darmpolyposis of colorectale kanker, het lijden aan een inflammatoire darmaandoening (colitis ulcerosa of ziekte van Crohn) gedurende meer dan acht jaar, acromegalie of ureterosigmoïdostomie. Ook patiënten met een verhoogd familiaal risico op CRC werden uitgesloten.
Nu onze doelgroep afgebakend was, konden we starten met het recruteren van patiënten en huisartsen. We stelden een dag voorop (14 september 2011) waarop we alle patiënten die tot onze doelgroep behoorden en die dag op consultatie kwamen, over ons onderzoek zouden aanspreken, en hun vragen aan onze studie mee te werken. We gaven de mensen hierbij ook een informatiebrief mee, waarin onze doelstelling, het verloop van de studie en de praktische gegevens werden uitgelegd. In totaal werden zeventien patiënten aangesproken, om tot een studiepopulatie van vijftien patiënten te komen (vijf patiënten per onderzoeker). Twee personen weigerden wegens tijdsgebrek.
De huisartsen werden at random geselecteerd uit de populatie huisartsen die tot de wachtkring van onze opleidingspraktijk behoren. We deden dit elk voor onze eigen wachtkring. We contacteerden deze huisartsen telefonisch, waarbij we ons onderzoek toelichtten en vroegen om aan onze studie mee te werken. Naar de geïnteresseerde artsen werd een informatiebrief elektronisch opgestuurd. Twintig huisartsen werden

gecontacteerd om tot een studiepopulatie van vijftien artsen te komen (vijf huisartsen per onderzoeker). Ook hier werd tijdsgebrek als grootste belemmering aangegeven.

3.3 Verzameling en verwerking van de data

Onze vooraf opgestelde vragenlijsten dienden als leidraad voor het afnemen van de semi-gestructureerde interviews bij zowel huisartsen als patiënten. Bij alle interviews werden geluidsopnames gemaakt, zodat we ze na afloop woordelijk konden uittypen. Nadien werden de opnames vernietigd.
Voor de verwerking van de data, hanteerden we de 'gefundeerde-theorie-benadering'. Dit houdt in dat onderzoekers een theorie proberen te ontwikkelen door gegevens te coderen en te analyseren. Dit is meest frequent gehanteerde werkwijze in kwalitatief onderzoek. (Baarda et al., 2005; Mortelmans, 2007)
De eerste stap in de dataverwerking was dan ook het coderen van de data. Het doel hierbij is het reduceren van een grote hoeveelheid gegevens tot een verzameling labels. Dit wordt 'open coderen' genoemd. Het resultaat van dit proces is een verzameling labels, die de inhoud van de interviews representeren. De drie HAIO's codeerden elk de eigen vijf patiënteninterviews en vijf huisartseninterviews. Nadien werd elk interview ook door één van de andere onderzoekers nogmaals gecodeerd:

- Lien Debel hercodeerde 2 patienteninteviews en 3 huisartseninterviews van Evelien Vandromme, en 3 patienteninteviews en 2 huisartsen-interviews van Mieke Latruwe.
- Evelien Vandromme hercodeerde 2 patienteninteviews en 3 huisartseninterviews van Mieke Latruwe, en 3 patienteninteviews en 2 huisartseninterviews van Lien Debel.
- Mieke Latruwe hercodeerde 2 patienteninteviews en 3 huisartseninterviews van Lien Debel, en 3 patienteninteviews en 2 huisartseninterviews van Evelien Vandromme.

Bij dit proces van hercoderen, wordt de intersubjectiviteit tussen de onderzoekers nagegaan. Er wordt met andere woorden gekeken in hoeverre de onderzoeksresultaten gekleurd zijn door de persoon van de onderzoeker. Dit zou duidelijk worden doordat dezelfde data bij verschillende onderzoekers tot een verschillend resultaat zouden leiden. Wanneer we in ons onderzoek tot een verschillende codering tussen twee onderzoekers kwamen, overlegden deze hoe het fragment definitief zou gecodeerd worden. (Baarda et al., 2005; Mortelmans, 2007)
Na het voltooien van de codering, startten we met de dataverwerking. We splitsten dit op in drie delen (drie MaNaMa-scripties): verwerking van de resultaten van de huisartsen (Evelien Vandromme), van de patiënten (Mieke Latruwe), en de vergelijking tussen huisarts en patiënt (Lien Debel).
De eerste stap in de dataverwerking was het aanbrengen van een structuur of een patroon in de labels, om zo tot een zinvolle en herkenbare ordening te komen. Dit proces waarbij labels worden samengebracht tot thema's en kernthema's, wordt 'axiaal coderen' genoemd. De labels worden hierbij samengebracht en geordend op basis van hun inhoudelijke verwantschap. Deze data kunnen in de vorm van een hiërarchische boomstructuur worden weergegeven ('taxonomie'). Het ordenen van de labels in een tabel laat toe om de onderlinge verhouding tussen de labels beter te begrijpen. Door het aangeven van de frequentie van voorkomen van een label, kan het belang van de code bovendien makkelijk worden ingeschat. (Baarda et al., 2005; Mortelmans, 2007)
De resultaten van de interviews werden vervolgens beschreven, geïnterpreteerd, en vergeleken met de resultaten van de beschikbare literatuur.

4 RESULTATEN

DEEL I: LITERATUURSTUDIE

4.1 Inleiding

Vooraleer we van start konden gaan met ons eigen onderzoek, hebben we een uitgebreid literatuuronderzoek verricht om een beeld te krijgen van wat reeds onderzocht is binnen onze onderzoeksvraag en welke resultaten dit onderzoek heeft voortgebracht. We hebben ons bovendien op deze gegevens gebaseerd voor het opstellen van de semi-gestructureerde vragenlijst.

4.2 Screening

Wilson en Jungner beschrijven in tien lijnen de algemene voorwaarden voor een geschikte screeningstest (**Tabel 1**) (Wilson and Jungner, WHO 1968):

Tabel 1: Algemene voorwaarden voor goede screening. (Wilson and Jungner, 1968)

Relevant	De op te sporen ziekte moet tot de belangrijke gezondheids- problemen behoren.
Behandelbaar	De ziekte moet behandelbaar zijn met een algemeen aanvaarde behandelingsmethode.
Voorzieningen	Er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn om de diagnose te stellen.
Natuurlijk verloop	Het natuurlijk verloop van de op te sporen ziekte moet bekend zijn.
Herkenbaar	Er moet een herkenbaar latent stadium bestaan wil de opsporing de moeite lonen.
Wie is ziek?	Er moet overeenstemming bestaan over wie als ziek moet worden beschouwd.
Opsporingsmethode	Er moet een bruikbare opsporingsmethode bestaan.
Aanvaardbaarheid	De opsporingstest moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking.
Kosten-baten	De kosten moeten evenredig zijn met de baten.
Continuïteit	Het proces van opsporing dient continu te zijn.

4.3 Colorectaal kanker screening

4.3.1 Toepasbaarheid van de algemene screeningsvoorwaarden op CRC screening

Wanneer we de tien criteria voor een goed screeningsonderzoek volgens Wilson en Jungner bestuderen, en CRC-screening hieraan toetsen, merken we dat darmkankerscreening niet aan alle voorwaarden voldoet. Enerzijds wordt er wel voldaan aan de voorwaarden van relevantie en behandelbaarheid. Anderzijds is het huidige screeningsmodel echter ontoereikend op vlak van voorspelbaarheid van het verloop van de aandoening, de beschikbaarheid van de nodige voorzieningen, de aanvaardbaarheid van het screeningsonderzoek, en de verzekering van continuïteit.

In het kader van dit proefschrift wordt dieper ingegaan op de aanvaardbaarheid van het screeningsonderzoek. In onze studie willen wij namelijk nagaan wat de ideeën en verwachtingen van huisartsen en patiënten over CRC-screening zijn. Deze ideeën en verwachtingen weerspiegelen de gepercipieerde aanvaardbaarheid.
Een mogelijke indicator voor deze aanvaardbaarheid is de screenings-participatiegraad. Een review van FOBT-studies toont aan dat in Europa de screeningsdeelname varieert

van 26-77%. Een Vlaams pilootonderzoek rapporteerde in ons gewest een participatiegraad voor darmkankerscreening van ongeveer 40%. (Govaerts et al., 2010) De gewenste participatiegraad is echter 67%. Als we in Vlaanderen dergelijke participatiegraad zouden bereiken, dan zouden we jaarlijks maximaal 288 sterfgevallen door colorectale kanker vermijden. Dit komt overeen met een daling van 16% van de oorzaakspecifieke sterfte. (Govaerts et al., 2010)
Deze doelstelling qua participatiegraad wordt momenteel niet gehaald. Dit zou vraagtekens kunnen plaatsen bij de aanvaardbaarheid van het huidige darmkankerscreeningsmodel bij patiënten en/of huisartsen.

4.3.2 Screenen naar colorectaal kanker, volgens de Aanbeveling van Domus Medica

In deze scriptie willen wij de kennis, ideeën en verwachtingen van zowel huisartsen als patiënten nagaan met betrekking tot CRC-screening. Deze gegevens spiegelen we aan de gangbare vooropgestelde richtlijn voor Vlaamse huisartsen in verband met darmkankerscreening (Aanbeveling van Domus Medica "Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico"bijlage). Het is namelijk deze richtlijn die momenteel door Vlaamse huisartsen als leidraad wordt beschouwd. Bovendien beschikken de huisartsen tot op heden over geen alternatieve Belgische richtlijnen binnen de eerste lijn.

Een samenvatting van de belangrijkste elementen in de Aanbeveling van Domus Medica, vindt u in de Steekkaart van de richtlijn terug (**Bijlage 1**).

In deze richtlijn kunt u zien dat er twee mogelijke screeningsonderzoeken voor darmkanker bestaan: de FOBT en de colonoscopie. Elk heeft zijn eigen testspecifieke eigenschappen. Deze worden beschreven in **Tabel 2**.

Tabel 2: Huisartsrelevante vergelijking tussen screenen met FOBT en colonoscopie.

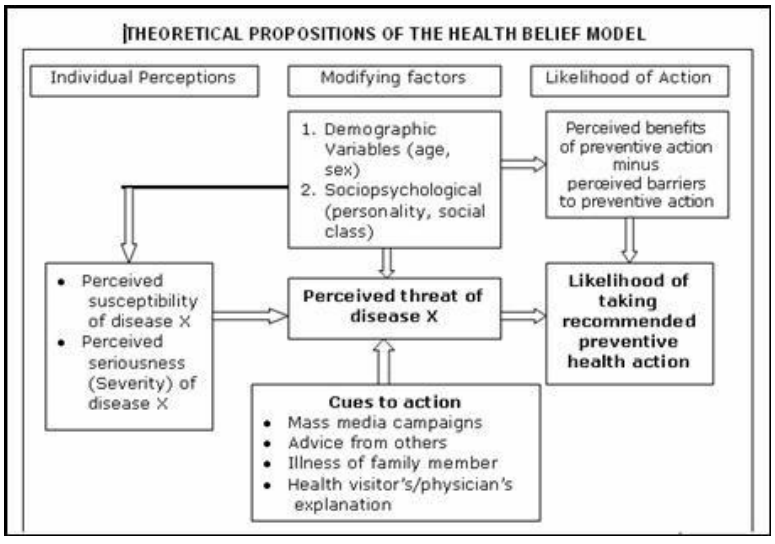
FOBT	**Colonoscopie**
Eerste keuze bij huisartsen	Tweede keuze bij huisartsen
Vooraf: stoppen inname extra vitamine C, en indien mogelijk ASA/NSAID	Vooraf: restenarme voeding, stoelgangvrij maken van colon
Drie opvolgende dagen staalafname stoelgang (gFOBT) / één staal (iFOBT)	Onderzoek op één dag
Thuis	Opname (daghospitalisatie)
Sensitiviteit: 46-92% (stijgt bij herhaling) Specificiteit: 92-94%	Sensitiviteit: 98% bij adenoom >10mm Afhankelijk van darmvoorbereiding en uitvoerder. 5-30% van onderzoeken bereikt caecum niet Specificiteit: 100%
Plaats van bloeding niet vast te stellen	Plaats van bloeding exact vast te stellen. Biopsie mogelijk en soms kan het letsel verwijderd worden, waardoor incidentie van CRC daalt
Bij positieve test is er een grotere a priori	Kleinere a priori kans op afwijkingen, er zijn

kans op afwijkingen bij colonoscopie. Hierdoor wordt de capaciteit aan colonoscopieën beter benut	meer colonoscopieën nodig om een gelijk aantal afwijkingen te vinden en te behandelen. De beschikbare capaciteit wordt minder goed benut
Effect van screening gekwantificeerd: mortaliteitsdaling tgv colonCA 16% ↓	?
Niet invasief	Invasief
Geen complicaties	Complicaties: • 1/500: ernstige bloeding • 1/1000: andere ernstige verwikkeling bv. darmperforatie
Lage kostprijs voor patiënt en samenleving	Kostprijs voor patiënt is hoger en op dit ogenblik sterk afhankelijk van het ziekenhuis en de arts. Dit verhoogt de drempel, vooral bij mensen die er financieel zwakker voor staan.
Screening om de 1-2 jaar	Screening om de 10 jaar

4.4 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening van patiënten

De beslissing van een persoon om al dan niet deel te nemen aan screening, hangt af van een complexe waaier aan facetten: zowel demografische (leeftijd, geslacht, ras), psychosociale (sociale klasse, persoonlijkheid, waarden en normen, opleidingsniveau en werk) als organisatorische (maatschappelijke voorzieningen, richtlijnen, terugbetaling, laagdrempeligheid eerste lijn) factoren spelen een rol. Een veel gebruikt model om dit te kaderen is het 'Health Belief Model' (**Figuur 1**). Ook tussen de verschillende mogelijke screenings-onderzoeken, bepalen de waarden, normen, attitudes en inzichten van een persoon naar welk onderzoek zijn/haar voorkeur uitgaat. (Mandelblatt et al., 1999; Senore et al., 2010)

Figuur 1: Health Belief Model (Janz et al., 2003)



4.4.1 Kennis van patiënten over darmkanker(screening)

Tot op heden is slechts in zeer beperkte mate onderzoek verricht naar de kennis en ideeën van patiënten over darmkanker. Er is momenteel dus slechts beperkt inzicht in deze materie.

Sessa et al. (2008) gingen de kennis over darmkanker(screening) na bij 595 patiënten uit de eerste lijn (**Tabel 3**). Algemeen kon men stellen dat de kennis over darmkanker(screening) beperkt was. Bij navraag naar de definitie van 'darmkanker', gaf 30.1% van de ondervraagden een correct antwoord. Slechts 18.5% van de geïnterviewden kenden de twee belangrijkste modifieerbare risicofactoren voor CRC, namelijk beperkte fysieke activiteit en een hoge inname van vetten. Deze kennis was significant hoger bij een hoger opleidingsniveau (OR=1.08; 95% CI 1.03-1.15), zelf uitoefenen van fysieke activiteit (OR=1.79; 95% CI 1.14-2.83), personen die de voedingswijze aanpassen uit schrik voor het krijgen van darmkanker (OR= 1.92; 95% CI 1.07-3.46), personen die het fysieke activiteitenniveau aanpassen uit schrik voor het krijgen van darmkanker (OR= 2.22; 95% CI 1.10-4.49), en bij een lagere inschatting van het persoonlijke risico op het krijgen van darmkanker (OR= 0.91; 95% CI 0.83-0.99). Deze laatste factor kan vermoedelijk verklaard worden door het feit dat de personen die een lage persoonlijke risico-inschatting op darmkanker hebben, ook degenen zijn die belang hechten aan een gezonde levensstijl en het best geïnformeerd zijn.
FOBT wordt in 51.8% van de gevallen genoemd als belangrijkste methode in het screenen naar darmkanker. De kennis over FOBT werd positief beïnvloed een hoger opleidingsniveau (OR= 1.08; 95% CI 1.03-1.13), door het krijgen van uitleg over FOBT door de huisarts (OR=3.43; 95% CI 2.01-5.83), en bij personen met kennis over de risicofactoren voor darmkanker (OR=1.87; 95% CI 1.04-3.38).

Het onderzoek door Sessa et al. (2008) toonde bovendien aan dat 60.3% van de patiënten denken dat het mogelijk is om CRC te voorkomen en 78.5% meent dat darmkanker in een vroegtijdig stadium kan behandeld worden.

Bij het navragen van de persoonlijke mening over het nut van screening in de preventie van darmkanker (score 1-10; 1= niet belangrijk, 10= extreem belangrijk), was de gemiddelde score 8.3. Bijna de helft (48.6%) van de ondervraagden scoorden dit nut als 10. Een positieve attitude ten opzichte van screening was geassocieerd aan het krijgen van informatie door de huisarts.

Tabel 3: Kennis over risicofactoren voor darmkanker en over darmkankerscreenings- methodes (Sessa et al., 2008)

	Correct antwoord				**Ik weet het niet**	
	Ja	**%**	**Nee n**	**%**	**n**	**%**
Definitie darmkanker	179	30.1	416	69.9	-	-
Risicofactoren						
Persoonlijke voorgeschiedenis poliep	374	62.9	221	37.1	-	-
Familiale voorgeschiedenis poliep	321	53.9	274	46.1	-	-
Hoge inname van vetten	279	46.9	316	53.1	-	-
Roken	160	26.9	435	73.1	-	-

Lage fysieke activiteit	143	24.0	452	76.0	-	-
Geen risicofactoren						
Inname van groenten en fruit	591	99.3	4	0.7	-	-
Hypertensie	585	98.3	10	1.7	-	-
Gebruik van orale contraceptiva	584	98.2	11	1.8	-	-
Diabetes	570	95.8	25	4.2	-	-
Darminfecties	322	54.1	273	45.9	-	-
Screeningsmethode						
Colonoscopie	373	62.7	106	17.8	116	19.5
FOBT	308	51.8	161	27.0	126	21.2
Dubbel contrast barium enema	154	25.9	289	48.6	152	25.5
Sigmoïdoscopie	62	10.4	360	60.5	173	29.1
Geen screeningsmethode						
Bloedtest	255	42.8	226	38.0	114	19.2
Echografie abdomen	249	41.9	222	37.3	124	20.8

Opmerking: n = aantal

Een tweede onderzoek naar de kennis van patiënten over CRC(-screening) werd door Keighley et al. (2004) gedaan. Zij bevroegen Europeanen uit 21 landen. Deze studie toonde aan dat de helft van de populatie de kans op het ontwikkelen van CRC voor elk individu even groot inschat; ze zijn zich met andere woorden niet bewust van bestaande risicofactoren. De meest genoemde risicofactoren in het onderzoek waren dieet (70%), leeftijd (50%), een positieve familiale anamnese (50%) en mannelijk geslacht (30%). Slechts 30% van de ondervraagden hecht belang aan lichaamsgewicht en fysieke activiteit. Landen in Europa waar campagnes werden gevoerd over CRC en waar een goed nationaal screeningsbeleid wordt gevoerd, scoorden beter op de vragenlijst. (Keighley et al., 2004)

Ook bij Ramos et al. (2011) werd onderzoek gedaan naar de kennis en het gedrag bij patiënten in eerste lijn omtrent darmkankerscreening (**Tabel 4**). Men ondervroeg hierbij 625 patiënten (58% vrouwen) tussen 50 en 69 jaar, zonder voorgeschiedenis van CRC of terminale ziekte.
Dit onderzoek toonde aan dat 92.2% (p=0.065) van de mensen geloven dat kanker kan vermeden worden door te stoppen met roken. 69.9% (p=0.266) van de studiepersonen meende dat vele kankers vermeden kunnen worden door gezonde voeding (fruit en groenten). Minder dan 20% van de geïnterviewden gaf aan zelf vatbaar te zijn voor CRC.
Wat de kennis over darmkanker betreft, antwoordde 88.2% (p=0.476) van de ondervraagden bevestigend op de vraag of een detectie van darmkanker vóór het optreden van symptomen kan leiden tot een langere overleving. Daarentegen wist minder dan de helft (44.7%, p=0.759) van de patiënten dat de vijfjaarsoverleving van darmkanker hoger ligt dan 50%. 64.2% meende dat poliepen dienen te worden verwijderd, omdat ze zouden kunnen evolueren naar carcinomen.

Meer vrouwen dan mannen konden symptomen van darmkanker opsommen, en waren zich bewust van de betekenis van bloed in de stoelgang (76.5% vs 66.3%; p=0.006), en onverklaard gewichtsverlies (61.5% vs 47.5%; p=0.001). Minder bewust was men van klachten als diarree en constipatie (gemiddeld 42.9%; p=0.001) en abdominale pijn (gemiddeld 23.6%; p=0.775).
De onderzoekers concludeerden dat de kennis tot op heden erg beperkt is.

Tabel 4: Kennis rond kanker en darmkanker (Ramos et al., 2011)

Vraag	**Antwoord**	**Totaal % (n= 625)**	**% vrouwen (n= 361)**	**% mannen (n= 261)**	**p-waarde**
Er bestaan meerder types kanker	Juist	94.3	95	93.5	0.729
	Fout	0.3	0.3	0.4	
	Weet het niet	5.3	4.8	6.2	
Sommige kankers kunnen genezen worden	Juist	93.2	93.8	92.3	0.617
	Fout	3.4	2.8	4.2	
	Weet het niet	3.4	3.4	3.5	
Kanker is een fatale ziekte	Juist	27.9	27	29.1	0.801
	Fout	65.4	65.9	64.7	
	Weet het niet	6.7	7.1	6.2	
Vele types van kanker kunnen vermeden worden door meer lichaamsbeweging	Juist	45.1	39.4	53.1	0.003
	Fout	17.1	18.7	15	
	Weet het niet	37.7	41.9	31.9	
Vele kankers kunnen vermeden worden door rookstop	Juist	92.2	90.2	95	0.065
	Fout	2.8	3.1	2.3	
	Weet het niet	5.0	6.7	2.7	
Vele kankers kunnen vermeden worden door veel groenten en fruit te eten	Juist	69.9	68.8	71.3	0.266
	Fout	7.5	8.9	5.4	
	Weet het niet	22.7	22.3	23.3	
Diagnose kanker vooraleer er symptomen zijn verhoogt de overleving	Juist	88.2	88.5	87.7	0.476
	Fout	1	0.6	1.5	
	Weet het niet	10.8	10.9	10.7	
Meer dan de helft van de CRC overleeft meer dan 5 jaar na de diagnose	Juist	44.7	45.3	43.8	0.759
	Fout	7.6	8.1	6.9	
	Weet het niet	47.7	46.6	49.2	
Inwendige poliepen moeten verwijderd worden omdat ze anders kwaadaardig kunnen worden	Juist	64.2	66.8	60.6	0.224
	Fout	2.6	2.8	2.3	
	Weet het niet	33.2	30.4	37.1	

Welke van de volgende symptomen duidt op een CRC	Bloed in de stoelgang	72.2	76.5	66.3	0.006
	Diarree-constipatie	42.9	48.5	35.2	0.001
	Buikpijn	23.6	24.1	23.0	0.775
	Hoofdpijn	8.8	8.0	10.0	0.475
	Vermoeidheid	37.9	39.6	35.6	0.317
	Bleekheid	32	34.3	28.7	0.163
	Moeilijk slikken	13.8	13.9	13.8	1.0
	Gewichtsverlies	55.6	61.5	47.5	0.001
	Brandende maag	15.6	14.7	16.9	0.502
	Tenesmen	22.2	24.9	18.4	0.063
	Pijnlijke defecatie	36.2	37.1	34.9	0.612
	Weet ik niet	20.9	17.2	26.1	0.009

4.4.2 Waaraan geeft de patiënt de voorkeur?

Tot op heden werden enkele studies gevoerd naar de expliciete voorkeur van de doelgroep voor één of andere vorm van screening op colorectale kanker. (Phillips et al., 2006) Bij het beperkt aantal onderzoeken waarin dit werd nagegaan, gaat de voorkeur bij ambulante patiënten in eerstelijnspraktijken steeds uit naar FOBT. De patiënten verkiezen FOBT als het type onderzoek dat hun voorkeur wegdraagt, of waarvan het het meest waarschijnlijk is dat zij het zouden willen ondergaan. Toch zien we dat de compliantie voor de test daalt in opeenvolgende screeningsrondes. Colonoscopie komt op de tweede plaats. Andere methoden (sigmoïdoscopie, bariumcontrast) of combinaties van methoden vonden veel minder bijval. Patiënten zijn gevoeliger voor wat het onderzoek hen zelf gaat kosten dan voor de kenmerken van de tests op zich. (Govaerts et al., 2010; Leard et al., 1997; Ling et al., 2001; Nelson and Schwartz, 2004; Senore et al., 2010)

Een onderzoek uit 2001 in Massachusetts concludeerde dat patiënten de voorkeur leken te geven aan FOBT alleen (47%), of in combinatie met flexibele sigmoidoscopie (50%). Colonoscopie scoorde een stuk lager (5%), ondanks de hoge effectiviteit. (Schroy et al., 2001)

Het is tevens belangrijk om op te merken dat de intentie tot screenen niet automatisch hetzelfde betekent als deelnemen aan screening. Onderzoek door Ramos et al. (2011) toonde aan dat er bij 80% van de studiepersonen wel een intentie tot screenen was, maar dat slechts 40% daadwerkelijk deelnam.

4.4.3 Beïnvloedende factoren

4.4.3.1 Barrières

A. Algemeen

Een barrière wordt gedefinieerd als een factor die het uitvoeren van een bepaalde handeling of gedrag beperkt. In deze scriptie spreken we concreet over ideeën die een negatieve invloed hebben op de participatie aan darmkankerscreening (**Tabel 5**).

Tabel 5: Barrières voor colorectaal kanker screening. (Cibula and Morrow, 2003; Finney Rutten et al., 2003; Gimeno-Garcia et al., 2009; Guessous et al., 2010; Hannon et al., 2008; Janz et al., 2003; Jones et al., 2010a; Jones et al., 2010b; Jones et al., 2010c ; Klabunde et al., 2005; Schroy et al., 2001 ; Senore et al., 2010 ; Subramanian et al., 2004 ; Worthley et al., 2006)

- Gebrek aan informatie of motivatie door arts
- Onwetendheid over het belang van de test/zich niet bewust zijn van het belang van screening
- Het gevoel hebben geen risico te lopen op het krijgen/hebben van darmkanker
- Geen darmklachten hebben (wisselend stoelgangspatroon, buikpijn, RBPA)
- Andere prioriteiten hebben (bv. comorbiditeit, familiale problemen)
- Fatalistische visie hebben omtrent kanker
- Van mening zijn dat screening ineffectief is
- Symptomen van angst (stress, piekeren, nervositeit)
- Symptomen van depressie (droevigheid, zich somber voelen)
- In het verleden iets traumatisch meegemaakt hebben (bv. seksueel misbruik en endoscopie)
- Schaamte
- Laag zelfbeeld
- Ongemakken van de voorbereiding voor het onderzoek
- Schrik voor pijn of ongemakken tijdens het onderzoek
- Schrik voor de complicaties van het onderzoek
- Schrik voor de resultaten van het onderzoek
- Nood aan follow-up procedures bij positief testresultaat (bij FOBT)
- Liever niet weten dat je kanker hebt
- Niemand weten die de resultaten van het onderzoek kan uitleggen
- Geen vaste (huis)arts hebben/onregelmatig contact met de huisarts
- In het verleden een slechte ervaring met darmkankerscreening gehad hebben
- Schrik of wantrouwen ten opzichte van het medisch systeem hebben (bv. geen vertrouwen hebben in goede bedoelingen van dokters)
- Kostprijs van het onderzoek
- Geen vrijaf kunnen krijgen op het werk voor het onderzoek – geen tijd hebben
- Problemen hebben met planning: moeite bij het herinneren van afspraken
- Logistieke- of vervoersproblemen
- Dieetvoorwaarden

- Communicatieproblemen door een slecht begrip of spreken van het Nederlands
- Culturele invloeden
- Geslacht van de arts die het onderzoek uitvoert

De vijf meest frequent geciteerde barrières die patiënten voor zichzelf aangeven, zijn (in volgorde van belang) 1) het gebrek aan aanbeveling tot screening door de huisarts, 2) zich niet bewust zijn van het belang van een sceeningsonderzoek, 3) de kostprijs, 4) de afwezigheid van darmklachten, en 5) schaamte. (Cibula and Morrow, 2003; Finney Rutten et al., 2003; Jones et al., 2010c; Lasser et al., 2008; Seeff et al., 2004) Ook een kennistekort bij de patiënt, angst, pijn, negatieve familiale anamnese van CRC, uitstelgedrag en tijdsgebrek worden in de literatuur vaak als barrières aangegeven. Wanneer we kijken naar patiënten die geloven dat een screeningsonderzoek nuttig is, dan zien we dat personen die bovendien ook angst voor een onderzoek hebben drie maal minder gescreend worden dan niet-angstige personen. (Guessous et al., 2010; Hannon et al., 2008; Jones et al., 2010a; Jones et al., 2010b; Jones et al., 2010c; Senore et al., 2010; Worthley et al, 2006)

In de studie door Senore et al. (2010) werden patiënten uitgenodigd tot het laten uitvoeren van darmkankerscreening via FOBT of sigmoïdoscopie. Na vier maanden werden de personen die op deze uitnodiging ingingen in één onderzoeksgroep ingedeeld, zij die geen onderzoek hadden ondergaan in een tweede groep. De onderzoekers contacteerden daarna een random blind geselecteerde groep personen uit de twee studiegroepen met de vraag "wat voor hen de belangrijkste reden was om op dit screeningsaanbod te zijn ingegaan of niet". De resultaten van dit onderzoek staan weergegeven in **Tabel 6**. (Senore et al., 2010)

Tabel 6: Bevorderende factoren voor gescreenden, en barrières voor niet-gescreenden. (Senore et al., 2010)

Belangrijkste reden tot screening bij gescreenden		**Aantal (%)**
Het nuttig lijken van screening		51
Geruststelling bij een negatieve test		13
Advies tot screening door huisarts, familie en/of vrienden		9
Familiale voorgeschiedenis van darmkanker		8
Belangrijkste barrière bij niet-gescreenden	**FOBT (%)**	**Sigmoido-scopie (%)**
Professioneel of familiaal belet	19	17
Afwezigheid van symptomen	12	17
Angst	8	23
Angst voor de diagnose van kanker	13	8

Het valt op dat patiënten met een regelmatig contact bij de (huis)arts zich frequenter laten screenen. In de gescreende populatie ziet 89% regelmatig een arts: hiervan ziet 55% de arts drie keer of meer per jaar, en 43% ziet de arts één of twee maal per jaar.

Hoe meer patiëntencontacten, hoe groter de kans dat 'screening' besproken en benadrukt wordt, en hoe hoger de participatiegraad. De resultaten benadrukken volgens de onderzoekers de belangrijke rol van de artsen in screeningsprogramma's. (Cibula and Morrow, 2003; Seeff et al., 2004)

B. Gebrek aan inzicht / kennis

Jones et al. (2010a) brachten in hun studie enkele nuances aan bij de factor 'het kennisgebrek'. Patiënten die deze barrière noemden, bleken hier namelijk verschillende betekenissen aan te geven: een tekort aan inzicht in de prevalentie van de aandoening, een tekort aan kennis over de voordelen en nadelen van colorectaal kanker screening, niet weten welke testen beschikbaar zijn (met hun individuele voor- en nadelen), een kennistekort over de vereiste voorbereiding van een screeningsonderzoek, geen idee hebben over de kostprijs van een test, of over de behandeling van de aandoening, en kennistekort over de graad van slagen van deze therapie. De patiënten bleken dus met vele vragen te kampen. In het onderzoek door Gimeno-Garia et al. (2009) kreeg een onderzoeksgroep een educatieve video te zien, waarin patiënten geïnformeerd werden over de incidentie van CRC, risicofactoren, prognose, symptomen, beschikbare screeningsonderzoeken en de voor- en nadelen van CRC screening. De controlegroep zag een niet-medische documentaire. Twee weken na de video, bleek het kennisniveau over CRC in de interventiegroep significant hoger te zijn dan in de controlegroep. Dit op vlak van risicoleeftijd ($p<0.001$), symptomen ($p<0.001$), risicofactoren ($p=0.007$), incidentie ($p<0.001$) en prognose ($p<0.001$). Meer kennis bij de patiënt zorgde voor een significante afname van het idee 'ik heb geen klachten, dus ik moet niet gescreend worden' ($p=0.003$), en van barrières als schaamte en angst. Patiënten wilden ook significant vaker zo vroeg mogelijk de diagnose van darmkanker kennen ($p=0.007$). De intentie om zich te laten screenen voor darmkanker was na de video gestegen van 11.4% naar 30.4% ($p=0.002$). Ook in de praktijk bleken meer patiënten uit de interventiegroep nadien een FOBT te hebben ondergaan (70% vs. 54%, $p=0.035$). Dit komt overeen met een NNT van 6.6 personen die de informatievideo over CRC moesten bekijken om 1 persoon meer te screenen.

Gebrek aan besef van belang, en gebrek aan kennis over darmkankerscreening, ligt hoger bij personen die tot een lage sociale klasse behoren. Hoe lager geschoold, hoe hoger de kans dat ze nog niet over darmkanker gehoord hebben (3x), hoe hoger de kans dat ze negatief staan tegenover FOBT (onder andere omdat het als een wat 'vuil' onderzoek beschouwd wordt) en hoe hoger de kans dat ze de FOBT niet uitvoeren ondanks het aanraden door de arts. Lager geschoolde patiënten hebben het moeilijker om informatie te vatten uit educatieve materialen en gesprekken. (Dolan et al., 2004)
De drie belangrijkste informatiebronnen voor CRC-screening zijn artsen en verpleegkundigen (57%), televisie (29%) en magazines en kranten (25%). (Cibula et al., 2003)

C. Angst

Jones et al. (2010a) waren van mening dat 'angst' een wel zeer algemeen begrip is, en dat dit angst voor veel verschillende zaken kan inhouden. Daarom wilden zij dit begrip in hun onderzoek verder exploreren. 'Angst' bleek zowel angst voor de diagnose van kanker te kunnen inhouden, als angst voor een behandeling voor kanker, angst voor complicaties bij een screeningsonderzoek, angst voor het tot last zijn voor familie/vrienden, als een algemene angst om een medische test te ondergaan. Patiënten vertelden wel dat de motivatie om deze angst te overwinnen, afhangt van de nadruk die

de arts legt op het belang van de screening. Het onderzoek toonde bovendien aan dat artsen niet mogen verwachten dat een patiënt onmiddellijk beslist om al dan niet aan screening deel te nemen; het is eerder een proces die de nodige tijd vergt.

D. Kankerfatalisme

Kankerfatalisme wordt gedefinieerd als het geloof dat sterven onvermijdelijk is wanneer men de diagnose "kanker" krijgt. Dit fatalisme kan verreikende invloed hebben op een persoons visie op preventie en screening.
Een lagere sociale klasse zou zowel indirect als direct een invloed hebben op het voorkomen van een kankerfatalistische ingesteldheid. Slechte educatie, werkloosheid, slechte woonomstandigheden, gebrek aan kennis over de toegang tot gezondheidszorg … dragen allemaal bij tot het feit men het leven 'dag per dag' bekijkt, niet toekomstgericht durft denken, men zonder symptomen geen arts raadpleegt, en minder gebruik maakt van preventieve gezondheidszorg. Kankerfatalisme neemt bovendien zelfs toe door het feit dat de patiënt minder snel een arts consulteert, de ziekte bij het eerste consult vaak al symptomatisch is, de diagnose later wordt gesteld, de therapeutische opties nauwer zijn, de overlevingskans afgenomen is… Deze patiënten verzeilen met andere woorden in een vicieuze cirkel die het eigen fatalistische denken alleen maar versterkt ("er is toch niets meer aan te doen"). Een toename aan kennis over darmkanker en de mogelijkheid tot darmkankerscreening, zou in een lagere graad aan kankerfatalisme resulteren.
De principes van kankerfatalisme staan in schril contrast met hetgeen men wil bereiken d.m.v. screening: hierbij wordt gestreefd naar diagnostiek vooraleer symptomatologie optreedt. (Lasser et al., 2008; Powe and Finnie, 2003)

Powe and Finnie (2003) stellen bovendien dat ook wanneer iemand gelooft dat: "leven is geluk hebben, alles is voorbestemd", screening minder zal aangewend worden. Er is een externe *locus of control* die men niet kan beïnvloeden. Hierin kan volgens hen ook de spiritualiteit een rol spelen. Mensen met een groter geloof over een interne invloed op de gezondheid, zullen veel sneller geneigd zijn om screeningsprogramma's aan te wenden, in tegenstelling tot diegenen die geloven dat er aan 'het lot' niet veel te beïnvloeden valt en dit slechts God's wil is.

E. Geslachtsgebonden verschillen?

De participatiegraad voor CRC-screening ligt in de VS 7-9% lager bij vrouwen dan bij mannen. (Brawarsky et al., 2003) Verschillen in barrières tussen de geslachten zou hier aan de basis liggen. Zo wordt angst als barrière significant vaker genoemd door vrouwen dan door mannen (14% vs. 4%, $p \leq 0.01$), net als de ongemakken van darmvoorbereiding (12% vs. 1%, $p \leq 0.01$). Mannen halen daarentegen kennisgebrek vaker als reden aan dan vrouwen (12% vs. 6%, $p=0.05$). Ook het feit dat sommige vrouwen darmkanker als een 'mannelijke ziekte' beschouwen, heeft een negatieve invloed op hun participatie. (Friedemann-Sanchez et al., 2007; Jones et al., 2010a)
Voor het laten uitvoeren van een FOBT, wordt geen verschil in participatie tussen de twee geslachten geregistreerd. Het verschil is echter te zoeken bij de endoscopische onderzoeken, waarbij vrouwen minder geneigd zijn dit onderzoek te ondergaan. Enkele van de voornaamste barrières voor vrouwen (bv. darmvoorbereiding), zijn namelijk geassocieerd aan colonoscopie en sigmoïdoscopie. (Friedemann-Sanchez et al., 2007; Seeff et al., 2004)

Een opvallende vaststelling is dat mannen liefst niet uitgebreide geïnformeerd worden over de details van een screeningsonderzoek. Vrouwen prefereren daarentegen zo veel mogelijk informatie te krijgen voor en tijdens het onderzoek. Hoe meer vrouwen geïnformeerd worden, hoe groter de kans dat ze het onderzoek in de toekomst zullen herhalen. (Friedemann-Sanchez et al., 2007)

Bij ouderen zien we een duidelijk geslachtsverschil: vrouwen maken in het algemeen meer gebruik van gezondheidszorg, maar toch zien we op vlak van screening dat mannen meer participeren. (Mandelblatt et al., 1999)

F. Verschillen volgens leeftijd?

Ouderen met een goede algemene toestand blijven een belangrijke doelgroep die we voor screening niet zomaar over het hoofd mogen zien. Door de toenemende levensverwachting is er ook bij deze ouderen nog mortaliteitsreductie te verwachten. (Mandelblatt et al., 1999; Seeff et al., 2004)

Guessous et al. (2010) maakten in hun meta-analyse een kwantitatieve berekening van het aantal studies, uitgevoerd tussen januari 1995 en december 2008 bij 65-plussers, dat een bepaalde barrière of bevorderende factor als significant beoordeelde. De barrières die het meest frequent van significant belang waren, worden in **Tabel 7** weergegeven.

Tabel 7: Significante barrières en bevorderende factoren bij 65-plussers (Guessous et al., 2010)

Significante barrières	**Aantal studies (%)**
Gebrek aan besef van het belang van darmkankerscreening	11/11 (100%)
Gebrek aan aanbeveling tot screening door de huisarts	7/7 (100%)
Een laag opleidingsniveau	19/27 (70)
Vrouwelijk geslacht	14/26 (54%)
Significante bevorderende factoren	
Recent een preventief consult bij de huisarts gehad hebben	17/18 (94%)
Een partner hebben	8/12 (67%)

G. Verschillen volgens screeningsverleden?

Jones et al. (2010c) gingen na of het (al dan niet) reeds ondergaan hebben van een darmkankerscreeningsonderzoek, een invloed heeft op gepercipieerde barrières bij patiënten. De onderzoekers stelden vast dat het belang van meespelende barrières het hoogst was onder de groep van nooit-gescreenden, en intermediair bij de ooit-gescreenden. Het minst barrières werden genoteerd bij de personen die volgens de richtlijn gescreend en opgevolgd werden met correct interval. (Jones et al., 2010c)

H. Verschillen volgens screeningsonderzoek?

In de literatuur vermelden patiënten voor de verschillende beschikbare screeningsonderzoeken andere barrières.
Zo werden in het onderzoek door Jones et al. (2010a) als belemmerende factoren voor **FOBT** een ongemakkelijk gevoel bij het omgaan met stoelgang, en praktische problemen bij het nemen van een stoelgangsstaal genoemd. Andere barrières voor de faecaal occult

bloed test waren onzekerheid over het correct uitvoeren van de test, en het feit dat een positieve test toch nog moest gevolgd worden door een colonoscopie.

Volgens Ramos et al. (2011) is de hoofdreden waarom men screenen door middel van FOBT niet ziet zitten, de angst om kanker te ontdekken (40%). Meer vrouwen dan mannen gaven deze angst aan, maar het verschil was niet significant. Ook het ontbreken van symptomen bleek een duidelijk effect te hebben (40%). Verder zien we ook in het rijtje 'als ik kanker heb, wil ik het liever niet weten' (15%), 'als de FOBT positief is, moet ik nog meer testen ondergaan' (12%), 'als ik darmkanker heb, wil ik geen uitwendig stoma' (8%), 'het is onwaarschijnlijk dat ik darmkanker heb' (5%), 'ik heb geen tijd voor deze tests' (4%) en 'ik heb andere prioriteiten' (11%). De tegenzin tov FOBT kan voornamelijk verklaard worden door: (1) het ongeloof dat vele vormen van kanker voorkomen kunnen worden (door o.a. lichaamsbeweging) en (2) noodzaak tot ondergaan van een colnoscopie als FOBT positief is. (Ramos et al., 2011)

Vernoemde voordelen van FOBT waren anderzijds het niet-invasieve karakter van de test, en het feit dat het weinig tijd in beslag neemt. (Friedemann-Sanchez et al., 2007; Worthley et al., 2006) Gebruiksgemak speelt een rol bij de keuze van de test, en bij het al of niet deelnemen aan screening. (Worthley et al., 2006)

Ook aan **colonoscopie** koppelen patiënten voor- en nadelen. Als nadelen gaven 50-plussers de sedatie of anesthesie aan, de darmvoorbereiding, de kostprijs, de pijn of het ongemak, de schaamte, alsook het risico op een complicatie (bloeding of perforatie van de darm). Vrouwen zagen de noodzaak tot gedeeltelijk uitkleden als hindernis. Mannen noemden pijn dan weer vaker als barrière bij dit onderzoek dan vrouwen. Toch waren er ook patiënten die de sedatie/verdoving eerder als voordeel beschouwden, omdat ze zo het onderzoek minder/niet bewust meemaakten. Dit was voor mannen belangrijk op vlak van pijn, bij vrouwen wat angst en schaamte betrof. (Friedemann-Sanchez et al., 2007; Jones et al., 2010a; Jones et al., 2010c; Seeff et al., 2004)
Volgens Ramos et al. (2011) was de reden om geen colonoscopie te doen vooral de angst voor pijn (70%); dit gaven voornamelijk vrouwen aan. Ook de angst om kanker te ontdekken (20%) en schaamte (8%) droegen hiertoe bij.
Volgens de studie van Menees et al. (2005) kan het geslacht van de arts die de colonoscopie uitvoert een barrière vormen voor het ondergaan van het onderzoek. 45% procent van de vrouwen hecht namelijk veel belang aan het geslacht van de arts, in tegenstelling tot 4.3% bij de mannen.
In eerder uitgevoerd onderzoek bleek reeds dat vrouwen die een vrouwelijke arts hebben, meer borstkankerscreening en cervixkankerscreening ondergaan dan zij die een mannelijke arts hebben. Dit zou te wijten zijn aan schaamte bij het lichamelijk onderzoek bij dit screeningsonderzoek. Op dezelfde manier vindt men bij colonoscopie een schaamtegevoel terug. Bij navraag stelden de meesten van hen het onderzoek zelfs liever uit om toch een vrouwelijke arts te hebben. Sommige vrouwelijke patiënten zouden bovendien meer betalen als daardoor een vrouwelijke arts het onderzoek zou uitvoeren. De hoofdredenen voor de voorkeur bleek hier eveneens schaamte te zijn; ook verwachten ze meer empathie van vrouwelijke artsen.
Menees et al. (2005) stelden vast dat jongere vrouwen en zij die nooit eerder een colonoscopie ondergingen, de grootste voorkeur bleken te hebben voor een vrouwelijke arts. Bij de patiënten die reeds een colonoscopie ondergingen, speelde het geslacht bij een volgend onderzoek slechts een beperkte rol meer. Daarom stellen Menees et al. dat bij een eerste colonoscopie moet nagevraagd worden of de patiënt een mannelijke of vrouwelijke arts verkiest.

I. Patiëntgebonden factoren

Patiëntgebonden factoren zijn belangrijke predictoren tot participatie voor screening. Zo laten bijvoorbeeld mensen die belang hechten aan een gezonde levensstijl, zich vaker screenen. Dergelijke gezondheidsmotivatie uit zich in een actieve levensstijl en gezond voedingspatroon. Ook dames die zich reeds lieten screening voor borst- en/of baarmoederhalskanker, ondergingen significant vaker ook CRC-screening. De screeningsparticipatie ligt daarentegen lager bij rokers. (Senore et al., 2010) De studie van Seeff et al. (2004) stelde vast dat ex-rokers meer deelnamen aan CRC-screening dan niet-rokers of rokers. Bewust omgaan met de gezondheid, en actief een gezonde levenswijze nastreven (sporten, consumptie van veel groenten en fruit) is een positieve predictor tot screening. Personen met een slechte gezondheid zijn minder geneigd tot screeningsdeelname dan mensen in goede gezondheid. Niet-rokers hebben een deelname aan FOBT van 16.7% (95% CI: 15.5 – 17.8), ten opzichte van rokers 14.5% (95% CI: 12.2- 16.8). Bij colonoscopie zijn deze cijfers respectievelijk 32% (95% CI: 31.3 – 34.1) en 28% (95% CI 25.4 – 30.5). (Ramos et al., 2011)

De studie door Jones et al. (2010a) bracht bovendien ook belemmerende factoren voor screening aan het licht, die geassocieerd waren met de ingesteldheid van mensen, zowel over zichzelf als over de maatschappij rondom hen. Persoonsgebonden attitudes waren bijvoorbeeld een laag zelfbeeld hebben, of het zijn van een angstige persoon. Algemene attitudes varieerden van een taboe omtrent darmkanker, tot fatalisme, cynisme over de (goede) bedoelingen van artsen, het instaan voor de zorg voor anderen, onvoldoende sociale steun hebben, of in het verleden onaangename ervaringen met de gezondheidszorg gehad hebben.

Er werd reeds aangehaald dat mensen zich meer zouden laten screenen indien de arts dit meer zou aanraden. Toch zijn er ook patiëntgebonden factoren die deze bevinding beïnvloeden. Messina et al. (2005) vroeg aan een groep mensen hoe zeer zij de betrokkenheid van een arts waarderen, in het maken van beslissingen omtrent CRC-screening. Ongeveer de helft van de mensen overlegt liever met de arts, hetgeen 'shared decision making' heet. 15% procent maakt echter liever alleen de beslissing om al dan niet tot screening over te gaan, en 15% procent laat de keuze liever helemaal over aan de arts. Van de mensen die liever alleen de beslissing maken, gaat toch slechts 25% een keuze maken na eerst de opinie van de arts te vragen. Mensen die de beslissing (tot al dan niet screenen, en bij de keuze van het screeningsonderzoek) volledig uit handen geven, hebben vaker een lager opleidingsniveau . Het verschil in capaciteiten (bij laag geschoolden/laag inkomen/ouderen) om informatie te begrijpen kan de beslissing tot screenen complexer maken. Dit onderstreept het belang van informatie op niveau van de patiënt. Degenen die liever zelf beslissen, staan meestal negatief tegenover CRC-screening. Bij de patiënten die betrokkenheid van een arts belangrijk vinden, wordt 'het niet aanprijzen van screening door de arts' meer als barrière aangehaald dan in de andere groep. De onderzoekers besluiten dat het verstrekken van informatie door de huisarts op het niveau van de patiënt de participatiegraad kan vergroten. (Messina et al., 2005)

4.4.3.2 Bevorderende factoren

Een bevorderende factor wordt gedefinieerd als een factor die het uitvoeren van een bepaalde handeling of gedrag stimuleert. Of in het geval van onze scriptie: factoren die mensen ertoe aanzetten zich te laten screenen voor darmkanker. (**Tabel 8**) Er is tot nu toe weinig onderzoek gedaan naar bevorderende factoren voor darmkankerscreening.

Tabel 8: Bevorderende factoren voor colorectaal kanker screening. (Beydoun and Beydoun, 2008; Cibula and Morrow, 2003; Gimeno-Garcia et al., 2009; Guessous et al., 2010; Janz et al., 2003; Seeff et al., 2004; Senore et al., 2010; Subramanian et al., 2004; Worthley et al., 2006)

- Over kennis beschikken in verband met darmkankerscreening
- Regelmatig contact met de huisarts hebben – aanbeveling door de huisarts
- Iemand kennen die aan darmkanker lijdt – positieve familiale anamnese
- Informatie van andere mensen ('verhalen') of media/bekende personen
- Het willen weten als je kanker hebt
- Aanwezigheid van wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van screening
- Lage drempel van het onderzoek
- Gebruiksgemak van de test
- Personen die belang hechten aan een gezonde levensstijl
- Gebruik maken van andere screening (vb. borstkankerscreening, cervixkankerscreening)
- Hoger opleidingsniveau / hoger inkomen
- Sociale factoren: hogere leeftijd, mannelijk, getrouwd zijn, kaukasisch ras

De angst voor kanker en de bezorgdheid over de gezondheid (75%) bleken de sterkste motivatoren te zijn voor het ondergaan van een FOBT**.** Een andere krachtige motivator is het geloof in het professionele advies van de huisarts (70%). (Ramos et al., 2011)
Wanneer werd gevraagd hoe men zou reageren mocht de arts hen aanbevelen een FOBT te doen, zou 88.8% de test ook ondergaan, 7.3% twijfelde en 3.9% zou weigeren. Als de FOBT positief was, zou 84.9% ook een colonoscopie ondergaan, 5.9% twijfelde en 9.2% zou weigeren. Er was geen significant verschil tussen beide geslachten. (Ramos et al., 2011)
Minder krachtige motivatoren, maar toch belangrijk, zijn 'er vroeg bij zijn' (53%), 'angst voor kanker' (46%), 'ik ken mensen met kanker en ik wil het niet zelf' (37%) en 'ik geloof dat ik risico heb op CRC' (18%).

De motivatie om een colonoscopie te ondergaan, komt voornamelijk voort uit de nood aan geruststelling (75%) en het feit dat, als er een poliep gevonden zou worden, deze ook direct kon verwijderd worden (58%). Andere factoren die de studie van Ramos et al. (2011) aangaf, zijn: 'het is een manier om kleine poliepen of kankergezwellen te vinden' (43%), 'ik hecht geloof aan het advies van de dokter' (42%) en 'ik heb al eens een colonoscopie ondergaan' (13%).

Het valt op dat patiënten met een regelmatig contact bij de (huis)arts zich frequenter laten screenen. In de gescreende populatie ziet 89% regelmatig een arts: hiervan ziet 55% de arts drie keer of meer per jaar, en 43% ziet de arts één of twee maal per jaar. Hoe meer patiëntencontacten, hoe groter de kans dat 'screening' besproken en benadrukt wordt, en hoe hoger de participatiegraad. De resultaten benadrukken volgens de onderzoekers de belangrijke rol van de artsen in screeningsprogramma's. (Cibula and Morrow, 2003; Seeff et al., 2004)

4.5 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening van huisartsen

4.5.1 Kennis van huisartsen over darmkanker(screening)

Er zijn nog maar weinig studies gepubliceerd in verband met de kennis van de huisarts over darmkankerscreening. Ramos et al. (2010) onderzocht de kennis over en de attitude tegenover darmkankerscreening bij artsen en verpleegkundigen.
De kennis werd onderzocht aan de hand van een vragenlijst. Er werd onder andere gepeild naar de kennis over darmkanker en darmkankerscreening. Er werd ook nagevraagd hoe een FOBT praktisch in zijn werk gaat.
Als men navraagt wie de artsen screenen, blijkt dat vooral mensen met familiale antecedenten van een CRC en mensen met verdachte symptomen (zoals anemie, veranderd stoelgangspatroon, rectaal bloedverlies) worden gescreend. De auteurs besluiten hieruit dat artsen vermoedelijk het begrip 'screening' niet volledig begrijpen. Volgens Ramos et al. (2010) kan dit gebrek aan kennis over het begrip 'screening', belangrijk zijn voor wat de participatie aan screeningsprogramma's betreft.
De meeste artsen waren overtuigd dat CRC screening aan de hand van FOBT effectief is. Maar uit de vragenlijst blijkt ook dat dezelfde artsen prostaatkankerscreening aan de hand van de PSA-waarde, en longkankerscreening aan de hand van een CT-scan effectief achten. Op basis van deze gegevens, besluiten de auteurs dat de kennis bij artsen over de beschikbare evidentie in verband met de effectiviteit van screeningsprogramma's, te betwijfelen valt (**Tabel 9**).
De meerderheid van de artsen is op de hoogte van hoe een FOBT moet worden uitgevoerd. Twee derde onder hen leggen ook effectief uit aan de patiënt hoe dit moet gebeuren.

Tabel 9: Kennis van huisartsen over CRC, kankerscreening algemeen, en darmkankerscreening (Ramos et al., 2010)

Vraag	Antwoord	Totaal % (n= 1219)	% artsen (n= 626)	% VPK (n= 593)
CRC is de meest voorkomende kanker bij beide geslachten samen	Juist	58.5	69.0	47.1
	Fout	17.9	17.8	18.1
	Weet het niet	23.6	13.2	34.8
CRC is één van de 3 meest voorkomende oorzaken van sterfte door kanker	Juist	77.6	87.5	66.9
	Fout	8.7	7.3	10.2
	Weet het niet	13.7	5.2	22.9
De 5-jaarsoverleving bedraagt 50%	Juist	69.6	80.1	58.3
	Fout	8.1	8.3	8.0
	Weet het niet	22.3	11.6	33.7
De vroege diagnose van CRC, voor het ontstaan van symptomen, is een prognostische factor	Juist	90.5	95.4	85.0
	Fout	4.0	2.5	5.7
	Weet het niet	5.5	2.1	9.3
Snelle diagnose van CRC, na ontstaan van de symptomen, is een prognostische factor	Juist	80.9	84.3	76.0
	Fout	11.5	12.5	10.4
	Weet het niet	7.6	3.2	12.8
De lokatie van CRC (colon versus rectum) is een prognostische factor	Juist	70.2	71	69.3
	Fout	10.7	14.3	6.0
	Weet het niet	19.1	14.8	24.6

Bevolkingsscreeningprogramma's hebben asymptomatische mensen van specifieke leeftijd als doelgroep	Juist	87.1	93.4	80.2
	Fout	5.0	3.7	6.3
	Weet het niet	8.0	2.9	13.5
Het doel van een bevolkingsscreeningsprogramma is om de de sterfte te doen dalen	Juist	85.4	86.9	83.7
	Fout	11.0	10.4	11.6
	Weet het niet	3.7	2.8	4.7
De effectiviteit van een screeningsprogramma hangt af van het procent van de populatie dat deelneemt	Juist	70.0	76.5	63.0
	Fout	14.4	13.2	15.7
	Weet het niet	15.6	10.3	21.3
Prostaatkanker screening door middel van PSA is…	Effectief	76.4	64.8	88.8
	Niet effectief	20.4	34.1	5.9
	Weet het niet	3.2	1.1	5.3
Borstkanker screening door middel van mammografie is …	Effectief	98.3	99.2	97.4
	Niet effectief	0.6	0.5	0.7
	Weet het niet	1.1	0.3	1.9
Longkanker screening door middel van CT scan is …	Effectief	78.0	67.2	89.5
	Niet effectief	15.3	27.1	2.7
	Weet het niet	6.7	5.7	7.7
CRC screening door middel van rectaal onderzoek is …	Effectief	60.1	57.3	63.0
	Niet effectief	30.1	39.5	20.0
	Weet het niet	9.9	3.3	17.0
CRC screening door middel van FOBT is …	Effectief	83.9	83.1	84.7
	Niet effectief	11.3	15.1	7.1
	Weet het niet	4.9	1.8	8.2
CRC screening door middel van colonoscopie is …	Juist	96.3	97.7	94.6
	Fout	1.0	1.6	0.3
	Weet het niet	2.8	0.6	5.0
FOBT is te risicovol om een screeningstest te zijn	Juist	4.3	3.0	5.7
	Fout	83.3	92.4	72.7
	Weet het niet	12.5	4.6	21.5
Colonoscopie is te risicovol om een screeningstest te zijn	Juist	33.4	36.6	29.8
	Fout	48.9	54.2	42.9
	Weet het niet	17.6	9.2	27.4

Opmerking. VPK= verpleegkundigen.

4.5.2 Waaraan geeft de huisarts de voorkeur?

Uit een schriftelijke bevraging van Domus Medica bij een steekproef van Vlaamse huisartsen blijkt dat 36% van de respondenten om de twee jaar een FOBT zou aanbevelen aan hun patiënten zonder verhoogd risico, 22% zou een colonoscopie aanbieden en 34% vond dat deze groep niet benaderd moest worden. (Govaerts et al., 2010)

Wanneer werd gepolst naar hun voornemen om screening op colorectale kanker systematisch in de praktijk toe te passen, vermeldde 20% van de Vlaamse huisartsen dit nu al te doen, 4% plande de toepassing binnen de maand te starten, 29% nog binnen het halfjaar en 27% was het van plan maar op een langere termijn dan zes maanden en/of onder bepaalde voorwaarden. (Govaerts et al., 2010)

4.5.3 Beïnvloedende factoren

Factoren die in de literatuur aangegeven worden als barrières bij huisartsen voor het uitvoeren van darmkankerscreening, staan weergegeven in **Tabel 10**.

Tabel 10: Barrières voor colorectaal kanker screening, vernoemd door huisartsen. (Al-Doghether et al., 2007; Feirfield et al., 2004; Govaerts et al., 2010; Greiner et al., 2004; Hannon et al., 2008; Klabunde et al., 2005; Lasser et al., 2008; Mandelblatt et al., 1999; Schroy et al., 2001; Subramanian et al., 2004)

- Lage prioriteit aan screening geven als huisarts
- Comorbiditeit bij de patiënt met een hogere prioriteit
- Idee dat de patiënt niet geïnteresseerd is in CRC-screening / de patiënt neemt zelf geen initiatief tot het bespreken van CRC-screening
- Het gevoel hebben dat patiënten vaak screening weigeren (vooral sigmoïdoscopie)
- Twijfels over de evidentie van CRC-screening
- Afwezigheid van een duidelijke richtlijn voor CRC-screening
- Kennisgebrek bij de huisarts
- Tijdsgebrek bij de huisarts
- Logistieke of organisatorische problemen
- Ontoereikende faciliteiten (bij colonoscopie)
- Kostprijs van het onderzoek (bij colonoscopie)
- Onvoldoende verloning
- Slechte arts-patiënt relatie
- Gebrekkige communicatievaardigheden bij de huisarts
- Psychosociale problemen bij de patiënt

4.5.3.1 Inschatting van het belang van darmkankerscreening

Lasser et al. (2008) stellen dat een belangrijke screeningsbarrière bij artsen het ziektegericht denken is, waardoor het preventieve luik vaak vergeten wordt.
Onderzoek door Hannon et al. (2008) toont daarentegen aan dat 91% van de huisartsen darmkankerscreening als zeer belangrijk beoordeelt. 80% van de huisartsen die zelf tot de screeningsdoelgroep behoren, verklaren CRC-screening te hebben ondergaan (53% FOBT, 47% colonoscopie). Ook een tweede studie onderzocht het belang dat huisartsen aan CRC-screening hechten. Hier benoemt 76% van de huisartsen darmkankerscreening als belangrijk preventief onderzoek. (Al-Doghether et al., 2007)

Onderzoek door Cornuz et al. (2000) toonde daarentegen aan dat bij het rangschikken van acht preventieve handelingen (bloeddruk controle, evaluatie cholesterolniveau, rookstop-begeleiding, screening naar alcoholmisbruik, geven van voedingsadvies, HIV preventie, borstkankerscreening en CRC-screening) de CRC-screening als minst prioritair werd bevonden door huisartsen (**Tabel 11**). 33% vond de screening erg belangrijk, 46% belangrijk, 16% minder belangrijk en 4% onbelangrijk. (Al-Doghether et al., 2007; Cornuz et al., 2000)

Ook Al-Doghether et al. (2007) gingen het relatieve belang van deze preventieve onderzoeken volgens eerstelijnsartsen na. Het resultaat (het "belang") varieerde van 76% (CRC-screening) tot 95% (bloeddruk controle).

Tabel 11: De mening van huisartsen over het belang van preventieve gezondheids- interventies. (Cornuz et al., 2000)

Interventie	**% huisartsen die dit als erg belangrijk beoordeelt**	**% huisartsen die dit als matig belangrijk beoordeelt**
Bloeddruk controle	93	7
Bepaling van het cholesterol niveau	75	22
Rookstop	73	24
Screening naar alcohol misbruik	58	32
Voedingsadvies	50	43
HIV preventie	48	40
Borstkankerscreening	45	40
Darmkankerscreening	33	46

4.5.3.2 Kenmerken van de huisarts

Barrières voor huisartsen ten opzichte van CRC-screening zijn op te delen in drie categorieën: persoonlijke (**Tabel 12**), professionele (**Tabel 13**), en demografische karakteristieken van de arts. (Cornuz et al., 2000)

Tabel 12: Persoonlijke karakteristieken van de huisarts die geassocieerd zijn met een lagere screeningsgraad van de patiënten. (Cornuz et al., 2000)

Variabele	**OR**	**95% CI**
• Alcoholinname >3 IE per dag, vs. abstinentie	8.4	1.1-63.9
• Beweging <1 maal per maand, vs. >3 maal per maand	3.4	1.1-11.1
• Eigen bloeddruk niveau en/of cholesterol niveau niet kennen, vs. wel kennen	2.0	1.0-3.9

Opmerking: OR= Odds Ratio; CI= Confidence Interval; vs.= versus.

Wat de persoonlijke karakteristieken van huisartsen betreft, zijn drie kenmerken geassocieerd met een significant negatieve invloed op de screeningsgraad van de patiënten (**Tabel 12**). Twee hiervan betreffen eigen levensstijlfactoren: artsen die meer dan 3 eenheden alcohol per dag gebruiken, en artsen die een sedentair leven leiden. Het laatste kenmerk betreft artsen die een mindere kennis over de eigen gezondheid hebben, namelijk zij die geen notie hebben van de eigen bloeddruk en/of cholesterolwaarde.
Artsen die minder waakzaam zijn over hun eigen gezondheid, zijn ook minder alert omtrent preventieve gezondheidszorg bij hun patiënten. Persoonlijke gezondheidsgewoontes hebben dus wel degelijk ook een invloed op het al dan niet screenen. Leeftijd, geslacht en rookstatus maken geen significante verschil. (Al-Doghether et al., 2007; Cornuz et al., 2000)

Demografische karakteristieken van de huisarts die geassocieerd zijn met een lagere screeningsgraad van de patiënten, zijn een mannelijk geslacht, hogere leeftijd, grotere praktijkervaring en het blanke ras. (Cornuz et al., 2000; Mandelblatt et al., 1999)

Tabel 13: Professionele barrières bij de huisartsen bij CRC-screening. (Cornuz et al., 2000)

Barrière	**% huisartsen**
Gebrek aan interesse bij de patiënt	40
Afwezigheid van een richtlijn	39
Gebrek aan evidentie voor ziektewinst	34
Binnendringen in privacy van de patiënt	22
Gebrek aan tijd	21
Gebrek aan training	19
Onvoldoende verloning	18

4.5.3.3 Andere beïnvloedende factoren

Vlaamse huisartsen vernoemen bij navraag de beschikbaarheid van een duidelijke aanbeveling voor CRC-screening het vaakst als stimulans voor het uitvoeren van screening. (Govaerts et al., 2010)
Maar ook omgekeerd blijkt dat een belangrijke barrière tot het uitvoeren van de Amerikaanse richtlijn voor CRC-screening bij de eerstelijnsartsen, de afwezigheid van een duidelijke richtlijn is. Ten tweede ondervinden huisartsen dat patiënten slechts zelden zelf initiatief nemen tot het bespreken van CRC-screening, en de artsen hebben dan ook de opvatting dat patiënten niet geïnteresseerd zijn in deze screening. Huisartsen zijn daarom vaak niet gemotiveerd om dit gesprek met patiënten aan te knopen, zeker niet indien er tijds- en werkdruk is, en indien er andere acute of chronische gezondheidsproblemen aanwezig zijn, die volgens de arts prioritair zijn. (Klabunde et al., 2005)

Ook in de studie door Cornuz et al. (2000) was de vaakst vernoemde barrière door huisartsen een gebrek aan interesse bij de patiënt (40%). Op de tweede en derde plaats werden respectievelijk de afwezigheid van een richtlijn (39%), en gebrek aan evidentie voor ziektewinst als barrières genoemd.

Verder wordt ook het ontbreken van een logistiek systeem voor de opsporing van de doelgroep en herinnering aan follow-up als hindernis beschreven. Om al deze redenen, voelen huisartsen dan ook vaak geen druk om patiënten spontaan CRC-screening aan te bieden. (Al-Doghether et al., 2007; Cornuz et al., 2000; Fairfield et al., 2004; Greiner et al., 2004; Hannon et al., 2008; Klabunde et al., 2005; Schroy et al., 2001)

Uit het onderzoek door Ramos et al. (2010) bleek dat artsen eerder een negatieve attitude hebben tegenover screening. Ze spelen nochtans een sleutelrol in het screeningsproces, aangezien mensen hun advies ter harte nemen. De hoofdredenen voor hun negatieve houding tegenover screening zouden de volgende zijn: (1) twijfels over de effectiviteit van screening, (2) moeten omgaan met vals-positieve en vals-negatieve resultaten, (3) de angst om 'meer schade dan goed' te veroorzaken, (4) twijfel of mensen zich willen laten screenen als ze klachtenvrij zijn, (5) tijdsgebrek en (6) verhoogde werkload bij deelnemen aan screeningsprogramma.

Hannon et al. (2008) kwamen in hun studie tot de vaststelling dat huisartsen eerder patiëntenfactoren als barrières noemden dan arts- of systeemgerelateerde factoren. (**Tabel 14**)

Tabel 14: Perceptie van huisartsen in verband met bestaande barrières tot CRC-screening. (Hannon et al., 2008)

Patiëntgebonden barrières	**Grote barrière (%)**	**Kleine barrière (%)**
Schaamte of angst voor de test	61	33
Geen besef van belang van CRC-screening, of van het gezondheidsrisico dat CRC inhoudt	42	50
Angst voor de diagnose van kanker	20	69
Geloof dat screening niet effectief is	3	43
Arts- of systeemgerelateerde barrières		
Kostprijs	50	34
Geen aanbeveling door de arts gekregen	19	45
Onvoldoende beschikbaarheid van artsen die colonoscopie uitvoeren	17	42
Onvoldoende beschikbaarheid van artsen die invasieve endoscopische procedures uitvoeren als follow-up	18	37

4.6 Vergelijking beïnvloedende factoren tussen patiënten en huisartsen

Klabunde et al. (2005) vergeleek de barrières van de artsen met deze van de patiënten (**Tabel 15**). Deze kwamen grotendeels overeen, maar met enkele kwantitatieve verschillen.

Tabel 15: Vergelijking tussen patiëntenbarrières en artsenbarrières.

Barrière	**% artsen**	**% patiënten**
Te weinig besef van belang van screening bij patiënten / gebrek aan kennis over CRC	48%	> 60%
Geen aanbeveling krijgen van de arts	37%	20%
Schaamte / angst voor de test	56%	< 1%
Kost van de test	46%	< 1%

DEEL II: KWALITATIEF ONDERZOEK PATIËNTEN

4.7 Inleiding

Uit ons literatuuronderzoek blijkt dat de focus in de artikels in het kader van CRC-screening vaak vooral ligt op de participatieverhoging. Dit is echter niet de opzet van onze thesis. We wensen vanuit een neutraal kader te onderzoeken wat de kennis, ideeën en verwachtingen rond colorectaalkankerscreening zijn. We staan hierbij stil bij volgende vragen '*Wat weet de patiënt reeds over CRC(-screening)?', 'Hoe kijkt men naar de eigen gezondheid, screening en ziekte?', 'Is dit voor hen een belangrijk issue?', 'Wat zijn hierbij hun bevorderende en remmende factoren?'.*

Deze scriptie zal enkel de resultaten van de patiënten bespreken. Voor de analyse van de artseninterviews verwijs ik naar de scriptie van Evelien Vandromme (UGent). De vergelijking tussen beide populaties wordt in de scriptie van Lien Debel (UGent) weergegeven. Op het einde van dit hoofdstuk vindt u alvast een korte samenvatting van hun bevindingen.

4.8 Demografisch gegevens patiënten

In dit onderzoek werden 15 patiënten geïnterviewd. Elke HAIO ondervroeg 5 patiënten uit de eigen praktijk. Deze patiënten werden geselecteerd volgens hogerbeschreven procedure. De populatie is gevarieerd, de gemiddelde leeftijd bij de mannen bedroeg 64 jaar, bij de vrouwen 66 jaar. Iedere patiënt was is het bezit van een GMD en consulteerde de huisarts beduidend meer dan de specialist. (**Tabel 16** en **Tabel 17**)

Tabel 16: Demografische gegevens van de patiënten, volgens geslacht en leeftijd

Geslacht (n)	Leeftijd (n)	GMD (n)
Mannelijk (8)	50-59 jaar (2)	2
	60-69 jaar (4)	4
	70-79 jaar (1)	1
	80 jaar of meer (1)	1
Vrouwelijk (7)	50-59 jaar (2)	2
	60-69 jaar (3)	3
	70-79 jaar (1)	1
	80 jaar of meer (1)	1

Opmerking: n=aantal patiënten

Tabel 17: Demografische gegevens van de patiënten, volgens consultatiegedrag

Consultaties/jaar	Aantal patiënten
Huisarts	
0-1	2
2	2
>2	11
specialist	
0-1	11
2	2
>2	2

4.9 Kennis van de patiënt over algemene screening

4.9.1 Definitie 'screening'

De term 'screening' of 'vroegopsporing' lijkt geen goed algemeen gekend begrip te zijn. Zes patiënten zeggen echt niet te weten wat de term inhoudt.
Anderen doen een beschrijvende poging. Vaak wordt het echter vaag gehouden en in de helft van de gevallen klinkt er een grote onzekerheid door. Niet altijd heeft men het bij het rechte eind, zo blijkt.
Patiënten verwoorden het als volgt '*Een soort controle. Onderzoeken.' 'Dat is vroegtijdig kanker opsporen zeker?' 'Iets testen met apparaten?' 'Je volledig onderzoeken, een algemene doorlichting, een algemene check-up van patiënten' 'Dat is eigenlijk het opvolgen van hele generaties' 'Door allerhande onderzoeken en misschien ook door vraagstelling probeert men een ziekte op te sporen.' 'Screening is eigenlijk een onderzoek, dus met een bepaalde methode, om te zien of dat er iets is. Bijvoorbeeld de mammografie, ze zien zo of dat er iets is.' 'Ik denk dat men op zoek gaan naar mogelijke symptomen. Dat men zoekt of er je in een risicogroep zit. En dat men start met een basisonderzoek, waarop men dan eventueel voortbouwt.' 'Dat is preventief onderzoek, volgens mij, dmv radiografie of medische technologie.'*

4.9.2 Soorten kankerscreening

De term 'screening' mag dan niet zo goed gekend of duidelijk zijn, in de praktijk heeft toch iedereen al van dergelijke onderzoeken gehoord of ooit zelf aan deelgenomen. Hieronder de resultaten van de screeningsonderzoeken die mensen spontaan aangaven, wanneer we hen vroegen naar de verschillende bestaande mogelijkheden. (**Tabel 18**)

Tabel 18: kennis soorten kankerscreening.

Soort kanker	**Aantal personen (…/15)**
Borstkanker	12
• palpatie	5
• mammografie	11
Cervixkanker (uitstrijkjes)	6
Darmkanker	4
• FOBT	1
• colonoscopie	3
Prostaatkanker	4
• rectaal toucher	3
• PSA	1
Longkanker	3
• Rx thorax	2
• CT scan	1
Huidkanker (inspectie)	2
Algemeen (bloedname)	3

4.10 Kennis van de patiënt over darmkanker

4.10.1 Prevalentie

Weinig mensen durven een schatting doen naar de prevalentie van CRC en beschrijven het heel algemeen *'ik denk dat het veel voorkomt'*. De ene persoon die cijfers durft te gebruiken, doet het op de volgende manier: '*van alle kankers misschien wel 30%. Darmkanker in totaal misschien 5% die dat ooit krijgen. Of zelfs misschien nog minder, 3%... als het al zoveel is…',* wat de algemene trend van onzekerheid in het licht stelt.
De aandoening wordt zeker niet onderschat, en alle patiënten kunnen het vrij correct inschatten in rangorde naast andere kankers. Bij de meest voorkomende kankers bij mannen wordt, in deze volgorde, vermeld *'longkanker', 'prostaatkanker'* en *'darmkanker'*. Bij vrouwen wordt in de eerste plaats over *'borstkanker'* gesproken, darmkanker komt hier op een tweede plaats. Over het algemeen schat men in dat darmkanker minder bij vrouwen zou voorkomen dan bij mannen.

4.10.2 Oorzaken

De kennis over de oorzaken van kanker is uiteenlopend.
Zes patiënten hebben geen enkel idee hoe kanker in het algemeen ontstaat, terwijl anderen vlot een lijstje durven opsommen.
Acht personen halen een ongezonde levensstijl aan, al is het geloof of dit ook een échte oorzaak (meer dan een uitlokkende factor) kan zijn maar zwakjes. Enerzijds wordt de ongezonde voeding *('vis met kwik in' 'conserveringsmiddelen'*) op zich als oorzaak gezien, anderzijds een hoog BMI.
Negen geïnterviewde patiënten geven aan dat een genetische voorbeschiktheid een van de belangrijkste elementen is voor het ontstaan van kanker.
De leuze *mens sana in copore sano* doet 4 patiënten geloven dat emoties als stress en angst (voor kanker) eveneens als oorzaak zouden kunnen dienen.

Verder wordt ook het klimaat, de luchtverontreiniging en het gebruik van chemische luchtverfrissers door 4 personen gezien als oorzaak tot het ontstaan van kanker.
Twee patiënten hebben het over de link tussen stralingsbelasting en het hoger risico op kanker. Beiden halen hierbij het voorbeeld aan van scanners met röntgenstralen en mammografie. Een van deze personen meldt ook het nadelig effect GSM-straling, terwijl een andere patiënt dit met klem ontkent en het als een verzinsel beschouwt.
Eén persoon noemt virale infecties als oorzaak van het ontstaan van kanker.

4.10.3 Risicofactoren

De risicofactoren voor het ontstaan van darmkanker zijn volgens de patiënten, zoals reeds vermeld, in de eerste plaats een familiale belasting en de ongezonde levensstijl ('*vet eten' 'alcohol' 'vleesconsumptie' 'roken'* en '*onvoldoende lichaamsbeweging'*). Bijna elke patiënt (13/15) haalt beide factoren aan.
Toenemende leeftijd, blijkt voor 3 personen ook een belangrijke risicofactor, al nuanceert 1 vrouw dit '*naarmate men ouder wordt, evolueert kanker ook trager hé. Ze zijn minder agressief.'*
Een andere patiënte vraagt zich af of 'hypergevoelige' darmen (vermoedelijk IBS) een oorzaak zouden kunnen zijn voor darmkanker. Iemand anders heeft het dan weer over de ziekte van Crohn of langdurige diarree, als risicofactoren.

4.10.4 Ontstaansmechanisme

Het ontstaansmechanisme van darmkanker werd niet systematisch nagevraagd.
De helft van de personen gaf wel aan te weten dat darmpoliepen kunnen evolueren naar een maligniteit.

4.10.5 Symptomen

De symptomen van darmkanker die de patiënten aangeven, kunnen we opsplitsen in algemene en specifieke symptomen.
Tot de algemene symptomen behoren vermagering (2 personen), vermoeidheid (1 persoon), anemie (1 persoon) en anorexie (1 persoon).
Als specifieke symptomen spreekt men over anaal bloedverlies (9 personen), diarree (2 personen), constipatie (2 personen), buikpijn (8 personen), andere kleur van de stoelgang (2 personen) en stoelgang die blijft drijven (1 persoon).
Twee patiënten geven ook spontaan aan dat je darmkanker ook asymptomatisch kan verlopen.

4.10.6 Diagnose

De diagnosestelling werd niet systematisch nagevraagd. Een persoon vermeldt de colonoscopie, een andere vermoedt dat darmkanker via een scanner opgespoord wordt.

4.10.7 Behandeling

Negen patiënten denken bij de behandeling van darmkanker aan heelkunde, *'het wegnemen van de zieke darm'.*
Radio- of chemotherapie wordt minder genoemd, respectievelijk door twee en vier personen.
Eén patiënt praat ook over een medicijn dat ze kunnen geven in het beginstadium. Wat hij hier precies mee bedoelt, is niet verder nagevraagd.

4.10.8 Prognose

Het merendeel gelooft dat darmkanker te genezen is als je er 'op tijd' bij bent, al is het voor hen onmogelijk om te zeggen wat die term precies inhoudt. Meestal denkt men dan spontaan aan '*geen uitzaaiingen'* en *'geen agressieve kanker'*.
Sommigen (2 personen) zijn eerder pessimistisch gestemd en geloven dat de kans erg groot is om aan darmkanker te sterven, zonder concrete cijfers te durven geven.
Eén ander persoon is meer optimistisch en zegt dat het zo goed als altijd te genezen is. Hij is er van overtuigd dat men in de toekomst nog meer methoden zal ontwikkelen om kanker definitief te genezen.
Een andere man schat de darmkankermortaliteit in de totale populatie op 1%.
Een vrouw is van mening dat '*met het verouderen de kankers trager groeien. Dus veel verschil op overleving zal er wel niet zitten als je ouder wordt'.*

4.10.9 Preventie

Bij de navraag of het mogelijk is om kanker (in het algemeen) te voorkomen, en zoja 'hoe', dan waren de meeste mensen (11 personen) het er over eens dat voeding een cruciale rol speelt. Het begrip voeding is heel ruim en naar preventie toe, neemt men vooral de termen '*gezond', 'gevarieerd'* en *'met mate'* in de mond. Bij verder doorvragen

over hoe men de concrete invulling van deze begrippen ziet, gaat het voornamelijk over *'niet overdrijven met vet en suikers', 'veel groenten', 'voldoende vezels', 'geen alcohol', 'vers fruit, niet uit blik', 'vermijden van voorverpakte maaltijden'* en *'vermijden van koffie*'.
Naar de preventie van darmkanker toe, wist 1 persoon extra te zeggen dat je beter rood vlees mijdt (volgens zijn vrouw).
De vraag die nu automatisch rijst, is: in hoeverre houdt de individuele patiënt hier rekening mee? Terwijl 6 personen het makkelijk vinden om de levensstijl hiervoor aan te passen, vonden 2 anderen het toch moeilijk om te geloven dat dit veel effect heeft en waren dus niet gemotiveerd hun eetpatroon hiervoor te veranderen.
Een tweede terugkerende fenomeen dat 5 mensen spontaan vermelden in kader van kankerpreventie, was de noodzaak aan voldoende lichaamsbeweging.

4.11 Kennis van de patiënt over darmkankerscreening

Negen van de 15 geïnterviewde patiënten hebben notie van de mogelijkheid tot CRC-screening. De 6 overige personen hadden hier nog niets over gehoord.
Van deze negen personen, zijn er slechts 2 personen die de FOBT aanhalen (beiden zelf nog niet ondergaan), de overige kennen het via de colonoscopie. Van hen zijn er 3 personen die ooit zelf effectief gescreend zijn in het kader van CRC, waarvan 1 iemand vanwege een verhoogd familiaal risico.

4.11.1 FOBT

De eerste patiënt die FOBT aanhaalde, is iemand die hierover eenmalig een artikel heeft gelezen in De Standaard, voordien was hij zich niet bewust van het bestaan ervan. Hij wist het volgende te vertellen '*het gaat om een preventief darmonderzoek met stoelgangsstaaltjes. Ze willen op zoek gaan naar darmpoliepen, omdat dat de voorbode van darmkanker kan zijn. Ze moesten hun stoelgang inzamelen, en dit moesten ze dan opsturen voor onderzoek in het labo.'*
De andere patiënte wist niet zoveel in detail te vertellen. Zij had via haar dochter opgevangen dat het kon via drie faecesstalen, en wist dat je dit onderzoek best elk jaar herhaalt.

4.11.2 Colonoscopie

De drie personen die zelf al een colonoscopie ondergingen, kunnen het vlot navertellen.
Voor de overige 4 is het iets minder duidelijk hoe het precies in zijn werk gaat, maar de beschrijving *'langs achter in de darm kijken, onder algemene verdoving, in dagopname'* is min of meer gelijklopend.
Een iemand weet te vertellen dat het onderzoek te herhalen is na 10 jaar.
Drie personen halen ook de risico's aan, verbonden aan het onderzoek. Het gaat hier meestal over perforatie (zie verder).

4.11.3 Informatiebronnen

Nu we wat meer weten over de kennis rond onze onderzoeksvraag, is het niet onbelangrijk om ook even stil te staan bij de informatiebronnen van de patiënt. Niet alleen wat men weet, maar ook waaruit men de informatie haalt, kan belangrijk zijn voor de interpretatie en de onderbouwing van de gegevens.

Het valt op hoe vaag en verscheiden de verschillende informatiebronnen zijn, zeker in tegenstelling tot andere kankeropsporingsmethodes die worden vernoemd, zoals borstkanker, dat door de Vlaamse Overheid geleid wordt en waar zowat iedereen van op de hoogte is. Wat betreft darmkanker heeft nog niemand gehoord over een algemene campagne.

Men geeft aan dat er in het algemeen weinig te lezen of te vinden is over CRC. Alle ondervraagde patiënten gaven aan voornamelijk hun kennis te halen uit gesprekken met mensen uit de omgeving. Dit begrip is heel ruim en bevat informatie van buren, familie of vrienden. Een enkeling, die zelf verpleegkundige is, geeft aan soms vakliteratuur(*nursing*) te lezen, maar zelf heeft hij geen uitgesproken interesse naar het lezen van artikels over darmkanker.

Drie personen gaven aan dat ze informatie verkregen door de media (Tv, krant en/of radio). Hierbij werden als bronnen vermeld: *libelle*, *De Standaard, Test Gezondheid, radio 2* (ochtendpost) en *Vitaya* ('bij de dokter').

Het valt duidelijk op dat de huisarts zelden gemeld werd als informatiebron. De huisarts speelt voor de patiënten een centrale rol in de preventieve geneeskunde, toch geven slechts 3 patiënten aan zelf hierover aangesproken te zijn geweest.

4.11.4 Voorkeur informatiebron volgens de patiënt

Bij navraag hoe men zelf denkt best geïnformeerd te worden, vinden we volgende resultaten.
Twee patiënten geven aan geïnteresseerd te zijn in folders (vb. in de wachtkamer), maar tot op heden ontbreken deze nog voor CRC. Twee andere patiënten vinden folders dan weer *'papierverspilling'* en *'niet efficiënt vanwege de overload aan paparassen'*, waardoor voor hen alles direct in de prullenbak belandt.
Een tweede vaststelling is dat bijna alle ondervraagde patiënten sterk gelooft in de rol van de huisarts bij het verschaffen van informatie op maat.

Mocht er een campagne komen voor CRC-screening, dan geeft de patiënt er de voorkeur aan om dit door de provincie of overheid te laten regelen, waarbij men frequent verwijst naar de aanpak bij borstkankerscreening. Het liefst vertoont men dit ook op TV *"Gesproken boodschappen worden beter onthouden dan geschreven boodschappen"*, of volgens een andere persoon via de radio of zelfs via kranten.

4.11.5 De taak van de huisarts volgens de patiënt

Patiënten vinden het heel belangrijk dat de arts de mensen inlicht, begeleidt, opvolgt en duidelijk aangeeft in hoeverre hij/zij het nodig vindt dat die persoon zich laat screenen. Wat opvalt is dat geen enkele patiënt zou weigeren om zich te laten screenen als de huisarts hier sterk zou op zou aansturen. Het woord 'vertrouwenspersoon' werd in deze context vaak in de mond genomen. *"Je moet wel een beetje vertrouwen hebben in je arts. Het is tenslotte zijn/haar job".*
Men verwacht (8 personen) dat de huisarts voldoende uitleg verschaft en dit helder communiceert. De wens naar informatie gaat meestal over de aard van het onderzoek, de belasting ervan, de verwachtingen en de mogelijkheid tot geruststelling bij een negatief resultaat. Eén persoon haalt aan graag ook van de gevaren/nadelen op de hoogte gebracht te worden.

Men verwacht (3 personen) bovendien van de huisarts dat deze rekening houdt met de individuele patiënt. Meestal heeft men het dan over het selecteren van de risicogroepen (positieve familiale anamnese) en inspelen op de karaktereigenschappen van de patiënt. '*Je moet als huisarts een beetje psycholoog spelen om in te schatten hoeveel mensen willen weten.' 'Ik denk dat je dat als huisarts moet afwegen: neem ik die patiënt op in mijn cluster van te screenen patiënten, of stel ik die persoon gerust en laat ik die. De huisarts moet de feeling hebben, en is de persoon die dichter bij de patiënt staat.'*

4.12 Visie van de patiënt over screening

4.12.1 Persoonlijke ervaring met screening

De persoonlijke ervaring met screening leert ons dat de vroegopsporing in het algemeen eerder opportunistisch gebeurt.
Een derde (5/15) van alle geïnterviewde patiënten heeft nog nooit aan screening deelgenomen. De ervaring met borstkankerscreening d.m.v. mammografie (5/8 vrouwen) leert ons dat het onderzoek als onaangenaam wordt ervaren door de pijn. Eén dame beweert nog 2 dagen na het onderzoek last te hebben en mocht ze geen uitnodigingsbrief meer krijgen, zou ze niet meer deelnemen. De meeste vrouwen ondergaan dit onderzoek op aanraden van huisarts of gynaecoloog, of gaan in op de uitnodigingsbrief van de Vlaamse Overheid.
De 6 vrouwen die reeds beroep deden op cervixkankerscreening d.m.v. uitstrijkjes, wisten allemaal te vertellen dat ze dat niet op geregelde tijdstippen deden. Twee personen (die nog tot de doelgroep behoren) geven aan nu nooit meer gescreend te worden, de ene vindt zich '*te oud*', de andere niet meer sinds '*de kinderen geboren zijn*'.
De ervaring met de colonoscopie (3 personen) leert ons dat men het onderzoek zelf niet als vervelend ervaarden, maar wel het drinken vooraf lastig vonden. Een persoon zou door zijn aspiratie tijdens het onderzoek, de colonoscopie niet meer herhalen. De twee overige personen daarentegen zouden daar weinig op tegen hebben.
Prostaatkankerscreening d.m.v. PPA en PSA-bepaling heeft 1 man reeds ondergaan. Andere screeningsonderzoeken werden niet vernoemd door de patiënten tijdens het interview. (**Tabel 19**)

Tabel 19: persoonlijk ervaring met screening.

Soort screening	**Aantal personen**
Nog nooit gescreend	5/15
Borstkanker (mammografie)	5/7
Cervixkanker (PAP-smear)	6/7
Darmkanker • FOBT • colonoscopie	3/15 0/15 3/15
Prostaatkanker • rectaal toucher • PSA	1/8 1/8 1/8

4.12.2 Algemene visie t.o.v. screening

Wanneer we kijken wat de algemene visie t.o.v. screenen is, bemerken we bij de meerderheid (10/15) een algemene positieve attitude.

- Enkele personen (2/10) beschrijven screening als 'heel nuttig'.
- Anderen (4/10) zijn gematigder en hebben het over 'de voordelen wegen zeker op tegen de nadelen'.
- Een andere subgroep (4/10) heeft zelf geen uitgesproken mening, maar gaat er wel vanuit dat screening 'wel nuttig zal zijn'.

Een ander deel van de onderzoekspopulatie is (3/15) staat sceptisch t.o.v. screening en vindt dat er nog een betere selectie van de risicogroepen moet komen dan dat nu het geval is, om screening nóg efficiënter te maken. Een man beschrijft het als volgt *"Laat ons zeggen dat je pas screent in een populatie met een hoger risico. Vb. een kanker die 5/1000 mensen treft, moet je dan echt iedereen screenen? Is het dan niet beter om die risicogroep… laat ons zeggen van die 1000 een 100-tal mensen, waar er van die 5 kankers er 3 zullen zijn… is het dan niet beter om enkel die 100mensen te screenen i.p.v al die 1000? Dat vraag ik mij af. Dat is toch veel effectiever. Daar moet men nog meer werk van maken. Iedereen screenen boven de 50jaar vind ik wat vergaand"* De selectie van de doelgroepen, laat hij over aan de huisarts. Een ander persoon heeft het dan weer over de media-campagnes, die de zaak objectief moeten belichten, omdat alles volgens hem erg subjectief verloopt.

Het andere deel van de populatie (2/15) is van mening dat screening geen verschil maakt, aangezien '*je op ziek worden toch geen vat hebt*' of '*alles nu toch goed te genezen valt'.*

Nu beschrijven we kort de voor- en nadelen van screening. Beide gegevens zijn echter niet altijd even systematisch nagevraagd tijdens de interviews.

4.12.3 Voordelen screening

De meeste patiënten vinden dat screening leidt tot vroegere detectie van de ziekte (12 personen) , waardoor deze beter te genezen valt en een mortaliteitsreductie (2 personen) tot gevolg heeft. Het vermijden van onnodig lijden en de levenskwaliteit verbeteren wordt viermaal aangegeven.

Ook een algemene geruststelling wordt vermeld (3 personen) na vroegopsporing.

Onder het motto 'het doel heiligt de middelen' zou 1 persoon alle screenings-onderzoeken wel zien zitten.

Een ander voordeel dat wordt aangegeven is *'weten dat je goed opgevolgd wordt, en dat iemand met mijn gezondheid inzit'* (1 persoon).

Een enkeling haalt aan dat '*Het beste argument zou misschien puur wetenschappelijk zijn: om kennis te verwerven over het totstandkomen van bepaalde aandoeningen.'* Deze persoon ziet het breder en wil ook dat de mogelijke oorzaken aangepakt worden.

4.12.4 Nadelen screening

Als nadelen van screening werd voornamelijk 'de lastige onderzoeken' (7 personen) aangegeven. Screening kan niet zonder vals positieve resultaten (1 persoon), dit kan met zich meebrengen dat de mensen heel hun leven met wat schrik leven/psychisch lijden (2 personen) en een behandeling krijgen terwijl het eigenlijk niet moet (1 persoon).

Elk onderzoek heeft ook zijn complicaties. In het licht van CRC-screening is dat vooral de pijn die gevreesd wordt en de kans op perforatie (3 personen).

4.12.5 Visie t.o.v. screening en eigen CRC-screeningsgedrag

In dit proefschrift zijn we ook dieper ingegaan op de visie rond screening en op zoek gegaan naar de invloed op het eigen screeningsgedrag in het kader van CRC.
Dit leert ons dat mensen veelal aangeven niet zo met CRC-screening bezig te zijn, het gaat hierbij onder meer over *'bezig zijn met andere zaken'* (11 personen*), 'andere gezondheidsproblemen prioriteit geven'* (5 personen), *'twijfelen over het nut van het onderzoek'* (4 personen), *'gebrek aan interesse/motivatie tot screenen bij de patiënt'* (2 personen) en een '*diagnose of behandeling krijgen die je ander niet zou krijgen'* (2 personen).

Wat betreft '*niet mee bezig zijn, te druk bezig zijn met andere zaken'* is er een algemene trend van niet met (darm)kanker bezig te zijn, er gewoon niet op denken (6 personen), andere dingen te doen hebben (3 personen), niet bezig zijn met een goeie gezondheid (1 persoon) en uitstelgedrag (1 persoon).

Vijf personen geven aan dat andere gezondheisproblemen prioritair zijn. Meer specifiek gaat het over een hogere bezorgdheid t.o.v. borstkanker (2 personen), blaasproblemen (erosieve cystis) en VKF, knieproblemen en hartproblemen. Bij deze personen komt de focus minder te liggen op darmkanker.

Twee mensen vrezen dat ze door screening een diagnose en/of behandeling krijgen die ze anders niet zouden krijgen en nemen hierdoor een terughoudende houding aan. '*Ik ken iemand die regelmatig op onderzoek gaat, en elke keer komt hij met iets nieuws naar huis dat ze ontdekt hebben. Zo leef je heel de tijd in operaties en onderzoeken.'* en *'die nabehandeling is ook zo lastig, dat ik het misschien niet zou zien zitten om af te zien en het daarvoor allemaal over te hebben.'*

Er kan ook gebrek aan motivatie of interesse zijn tot screening in het algemeen. Eén persoon geeft aan dat het soms teveel moeite kost, iemand anders beaamt dit en zegt dat er een veel grotere respons is op het moment dat de mensen een pakketje thuis opgestuurd krijgen.

Dan is er nog de twijfel over nut van het onderzoek. Vier mensen staan eerder kritisch tegenover CRC-screening en er rijst twijfel over de betrouwbaarheid van de uitkomsten. '*ik blijf er eigenlijk mijn twijfels over hebben. Wel ik denk dat er toch meer voor- dan nadelen zijn als je het bekijkt, maar dat is toch niet voldoende om mij te overtuigen.' 'De vraag is of dat dit echt zo is?*'

Bovendien is er ook twijfel over het klinische nut van de resultaten*. 'ik voel mij 95% gerust, en als je dan door dat onderzoek 98% gerustgesteld kan worden, dan vraag ik mij af: is het voor die '3% extra gerustheid' wel nodig dit te laten onderzoeken? Nu, de kans is er altijd hé, maar als ik in de stad fiets is er ook steeds een kans om doodgereden te worden. Dat is gewoon het leven. Het is een kansberekening.'*

4.12.6 Visie van de huisarts op screening, volgens de patiënt

Zeven mensen geven aan geen idee te hebben hoe hun arts over screening denkt, meestal omdat men slechts sporadisch consulteert en/of er niet over gesproken wordt. Bij vier patiënten is er zelfs nog nooit over screening gesproken.
Zes anderen geloven dat hun huisarts hier wel voor openstaat en dat hij/zij het belangrijk vindt.

4.13 Visie van de patiënt over darmkankerscreening

4.13.1 Inschatten eigen darmkankerrisico

Er zijn twee patiënten met een verhoogd familiaal risico (darmkanker bij moeder en bij beide ouders). De eerste persoon rekent zich hierdoor tot de hoogrisicopopulatie en heeft reeds een colonoscopie ondergaan, de andere niet omdat hij gelooft dat *'positief plus positief negatief is, dus ik ga geen kanker hebben.'*
Er zijn 9 personen die geloven dat ze geen verhoogd risico lopen, de redenen hiervoor zijn, naast de '*afwezigheid van erfelijke factoren'* (9 personen), '*te oud'* (2 personen) en '*geen klachten hebben'* (3 personen).
Eén persoon rekent zich wel tot de risicogroep vanwege zijn vele voorafgaande darmproblemen ('hyperactieve darmen', vermoedelijk IBS).

4.13.2 Onderzoek die de patiënt als voorkeur aangeeft

Toen we navroegen welke test de voorkeur wegdroeg voor de screening, bleek FOBT de meest gekozen (13 personen) optie, vanwege het veilige en makkelijke profiel.
Twee van de vijftien ondervraagde patiënten gaf echter de voorkeur aan colonoscopie. De achterliggende reden is de hogere sensitiviteit *'als er iets is, vinden ze het makkelijker'*.

4.13.3 Visie t.o.v. CRC en eigen CRC-screeningsgedrag

De visie die rond CRC bij de mensen leeft, heeft een invloed op het eigen screeningsgedrag.
Bij drie patiënten bestaat het geloof dat er een niet te beïnvloeden voorgeschiktheid bestaat om kanker te krijgen, en kiest men vanuit dit gegeven niet voor CRC-screening. De uitspraken zijn liggen in volgende lijn '*als je dat moet krijgen, dan krijg je het toch.' 'Hetgeen wat komt, dat komt, je kan er niets aan doen. Je hebt daar vaak geen vat op.' 'Als het moet komen, komt het toch. En het kan dan ook te laat zijn. Het is beter om gewoon gerust te leven en als het zover is, dan zien we dat wel op dat moment.'*

Bovendien zien we bij 6 patiënten elementen van 'kankerfatalisme' terug, het geloof dat eens er kanker is gediagnosticeerd, sterfte bijna onvermijdelijk is. '*Is het resultaat niet goed: oei, ik ben een vogel voor de kat.' 'Ja dat kan goed zijn, dat je er vroeg bij bent, maar dat wil niet zeggen dat er daarvoor ook dingen bestaan om die mensen goed te genezen hé. Een keer je kanker hebt, zijn er niet veel die ervan genezen hé.'*

Overigens geloven 6 personen dat ze zelf geen darmkanker zullen krijgen. '*Ik ben daar heilig van overtuigd dat ik geen kanker ga krijgen.' 'Mij gaat dat nooit overkomen.'*

Hoewel dit juist binnen de definitie ligt van 'screening' gaven 12 personen aan dat ze zich niet laten onderzoeken, zonder klachten. Bij klachten stapt men wel naar de huisarts, maar zonder is men niet mee bezig met CRC. Dat wil niet perse zeggen dat ze niet aan kanker denken, maar zoals een vrouw zegt '*Als ik goed naar het toilet kan gaan, zit ik daar niet mee in.' 'als ik niets voel, vind ik dat niet nodig.' 'Ik zou denk ik toch niet gaan vooraleer ik klachten heb naar de screening. Je kan zo heel je lichaam laten onderzoeken.' 'Ik ben niet echt een voorstander om mijzelf te laten screenen, zonder klachten.' 'Preventieve onderzoeken als je niets voelt, waarom moet je dat doen?!' 'Waarom moeten ze mij hebben? Ik mankeer toch niets?!' 'we voelen geen pijn, we hebben geen last, we gaan goed naar het toilet, we drinken elke dag genoeg water, en dan sta je er niet bij stil.' 'Als ik niks voel, ga ik mij niet laten onderzoeken.'*

Vier personen zouden niet willen weten dat ze kanker hebben en zouden zich hierdoor niet laten screenen. Wat de achterliggende reden is, verschilt nogal *'bang zijn om geconfronteerd te worden met de realiteit.' 'Ik weet het dan liever niet. En als het zover is, weet ik niet in hoeverre ik mij zou laten behandelen, dat zou afhangen van de pijn en de lijdensweg die ik zou moeten doormaken. Ik zou niet graag lijden. Ik heb dat gezien bij andere mensen, en dat is toch wel zwaar.' 'Het is soms beter dat je het niet weet.'*

4.14 Remmende factoren

4.14.1 Overzichtstabel

De labels, waarmee de 15 patiënteninterviews werden gecodeerd, behoren een groter geheel (het 'subthema', 'thema' en 'concept') en worden eerst beknopt en schematisch weergegeven in een overzichtstabel. (**Tabel 20**)

Tabel 20: Remmende factoren.

CONCEPT	THEMA	SUBTHEMA	LABEL (n: aantal)
Persoonsgebonden factoren	Huisartsgerelateerd	Visie t.o.v. de patiënt	Gebrek aan patiëntenmotivering door de huisarts (n: 7)
	Patiëntgerelateerd	Demografische factoren	Lagere sociale klasse (n: 1)
			Leeftijd • Te oud (n: 4) • Te jong (n: 1)
		Kennis	Onwetendheid over het bestaan van darmkankerscreening (n: 6)
		Visie t.o.v. screening	Niet mee bezig zijn, te druk bezig zijn met andere zaken, andere zaken zijn belangrijker *(no point of concern)* (n: 11)
			Andere gezondheidsproblemen zijn prioritair (n: 5)
			Diagnose/behandeling krijgen die je anders niet zou krijgen (n: 2)
			Gebrek aan interesse/motovatie tot screening bij de patiënt (n: 2)
			Twijfel over het nut van het onderzoek (n: 4)
		Visie t.o.v.	Niet te beïnvloeden

		(darm)kanker	voorbeschiktheid om wel of geen kanker te krijgen (n: 3)
			Kankerfatalisme (n: 6)
			Denken zelf geen darmkanker te zullen krijgen (n: 6)
			Geen darmklachten hebben (n: 12)
			Niet willen weten dat je kanker hebt (n: 4)
		Ervaring met screening	Persoonlijke beleving bij de colonoscopie (n: 1)
		Opzien tegen onderzoek	Opzien tegen colonoscopie (n: 13) • Pijn • verdoving
		Angst	Angst voor complicaties van een onderzoek (n: 7)
			Angst voor een positief onderzoeksresultaat (n: 10)
			Angst na een positief onderzoeksresultaat (n: 4)
			Angstinductie (n: 3)
Ziektegebonden factoren	Epidemiologie		Darmkanker is geen belangrijk gezondheidsprobleem (n: 2)
Onderzoeksgebonden factoren	Maatschappijgerelateerd		Mogelijks overbodig onderzoek - onderzoeken die om commerciële redenen gebeuren (n: 3)
	Effectiviteit van de screeningstesten	Effectiviteit van het onderzoek	Te lage sensitiviteit (FOBT) (n: 5)
			Vals positieve resultaten (n: 2)
			Vals negatieve resultaten (n: 2)
	Onderzoeksgebonden	Algemeen	Noodzaak tot

			herhalingsonderzoek (n: 3)
		FOBT	Omgang met stoelgang (niet proper) (n: 2)
		Colonoscopie	Noodzakelijke darmvoorbereiding (n: 5)
	Algemeen		Pakt het probleem niet aan de oorzaak aan (n: 1)
	Kostprijs		Kostprijs voor de patiënt (n: 3)
Organisatorische factoren	Economisch		Kostprijs voor de maatschappij (n: 2)
	Patiëntgerelateerd		Organisatorisch belastend voor de patiënt (n:6)

OPMERKING: n=aantal geïnterviewde patiënten die dit label als remmende factor aangeeft

4.14.2 Persoonsgebonden factoren

4.14.2.1 Huisartsgerelateerd

Het gebrek aan patiëntenmotivering door de arts wordt als belangrijkste (7 personen) remmende factoren in het screeningsgedrag door de patiënt aangegeven.
Zes personen zeggen dat ze nog nooit van CRC-screening gehoord hebben. Slechts 3 patiënten zijn ooit actief door de huisarts aangesproken.

4.14.2.2 Patiëntgerelateerd

A. Demografisch

Eén persoon haalt aan dat lager opgeleide mensen vaak andere prioriteiten stellen en dat screening daardoor wat naar de achtergrond verdwijnt.

Dat leeftijd een hindernis kan zijn bij het screenen, staat vast en kan in beide richtingen werken. Eén man vindt zich nog te jong (56j) om zich te laten screenen en rekent zich niet tot een risicogroep. Vaak is echter het omgekeerde waar en 4 personen vinden dat je ook 'te oud' kan zijn om je te laten screenen. Drie vrouwen vinden zichzelf momenteel te oud (76, 80 en 81 jaar). Ze geloven dat de gezondheidswinst slechts minimaal is en dat jonge mensen meer stilstaan bij 'gezond' zijn, en hiervoor meer opofferingen willen doen.

B. Kennisgebrek

Niet het gebrek aan kennis over de aandoening weerhoudt patiënten om voor screening te kiezen, wel de onwetendheid over bestaan ervan. Zes ondervraagde personen geeft aan nog nooit over CRC-screening gehoord te hebben. Een persoon heeft het recent zelf ontdekt in een artikel in de krant (De Standaard) en wist van tevoren ook niet van het bestaan af.

C. Ervaring met screening

Eén persoon haalde de slechte ervaring aan met colonoscopie als reden om zich niet opnieuw te laten onderzoeken. '*Ik moest daar eerst water drinken en zo. Er zat nog van dat water in mijn maag en ik heb dan veel moeten overgeven. Ze hebben dan moeten stoppen met het onderzoek. Ze hebben dan achteraf mijn longen moeten uitzuigen om dat het allemaal daar was gelopen. En dan heb ik een maand aan een stuk gehoest. Ik was een beetje geschrokken. Dat is ook een reden dat je zegt: liefst geen onderzoek.'*

D. Opzien tegen het onderzoek

Niemand van de ondervraagde patiënten zag op tegen FOBT, wel zien we dat 13 personen hun negatieve houding t.o.v. een colonoscopie laten meespelen in hun eigen intentie tot screenen.
Drie personen hebben het onderzoek zelf al ondergaan, 1 iemand heeft een slechte ervaring (aspiratie, zie eerder), de overige twee beschrijven het onderzoek niet als onaangenaam en zie zich dit in de toekomst herhalen. Wat opvalt is dat vele mensen al van kennissen of familie verhalen hebben opgevangen over "hét darmonderzoek". Zoals dat meestal gaat, zijn het vaak afschrikverhalen die doorverteld worden. Begrippen die de algemene terughoudendheid t.o.v. colonoscopie beschrijven zijn '*vervelend*' '*bang voor het ziekenhuis*' *'angst voor medische apparatuur' 'geen aangenaam onderzoek' 'erg ingrijpend' 'erg belastend' 'een serieus onderzoek'.*

Wanneer we dieper trachten in te gaan wat de onderliggende redenen precies zijn, komen we ten eerste terecht bij 'angst voor pijn'. Deze vrees is heel reëel en schrikt 7 mensen af. Commentaren in de zin van '*ik heb al mensen gehoord die daar toch over klagen, die ook zeggen dat dat pijn doet, en ik kan zo moeilijk tegen pijn. Daar heb ik schrik voor'* zijn veelgehoord.
Een tweede doorslaggevende factor is voor twee mensen de schrik voor de verdoving. Ten derde zien we dat 3 patiënten ook vanwege eventuele gêne geen colonoscopie wensen.

E. Angst

Een ander groot luik, is de angst die gepaard gaat met screening. Dan hebben we het niet alleen over de angst die ontstaat na een positief onderzoeksresultaat, de angst voor kanker zelf, maar ook de angst voor eventuele complicaties.
Een eerste luik binnen de angst is 'de angst voor complicaties van het onderzoek' (7 personen). Zes patiënten hebben het hier over perforatie, één persoon over de kans op een bloeding.

Een tweede angstcomponent is de angst voor een positief onderzoeksresultaat (10 personen), de angst voor kanker *'dan denk ik: ik zou eens kanker moeten hebben, daarom ga ik niet.'* De angst dat er kanker wordt gevonden (wanneer er geen klachten zijn) is groot, zeker bij de twee patiënten die familie of vrienden hebben verloren aan deze ziekte, melden een grotere angst. *'Ik denk dat angst eigenlijk een beetje de grootste reden is. De angst dat er iets gaat uitkomen.'* Een persoon meldt ook de angst om tot de 'zieken' gerekend te worden, een stempel te krijgen.

Niet alleen de angst voor een positief onderzoeksresultaat, ook de angst voor de consequenties worden vernoemd. Dit houdt in angst voor de verdere onderzoeken en de behandeling (operatie, chemotherapie), maar evenzeer angst voor een mogelijke lijdensweg en om afhankelijk te worden komt bij vier patiënten aan bod als reden om

zich niet te laten screenen. '*Dat zou toch een grote beslissing zijn om dan een grote ingreep te laten doen, als je er niets van merkte. Ik zou het daar moeilijk mee hebben.' 'Angst voor de behandeling. Niet direct de operatie op zich, meer de verdoving. Ze zeggen allemaal dat je niet bang moet zijn maar toch heb ik die schrik.*'

Screening kan ook angstinducerend werken. Drie personen halen aan dat je bij screening je vaak met angst leeft en screening maakt mensen angstiger. '*Als je moet gaan, ben je er toch mee bezig.' ' Je denkt dan ook al snel 'zou ik dat ook kunnen krijgen' en dan zou je ongerust worden.' 'Ik denk dat dat niet goed is. Je kan zo heel je leven met angst geleefd hebben, en 80jaar worden zonder ooit iets te mankeren. Dus toch 50 of 60jaar van je leven in angst geleefd hebben, wat voor zin heeft dat dan?*'

4.14.3 Ziektegebonden factoren

Gezien darmkanker door 2 personen niet als belangrijk gezondheidsprobleem gezien wordt, laten deze personen zich omwille van deze reden minder screenen. Beide vrouwen geven borstkanker aan als probleem die hen meer verontrust en de overheid stimuleert deze screening ook meer.

4.14.4 Onderzoeksgebonden factoren

4.14.4.1 Economisch

Volgens 3 patiënten gebeurt screening mogelijks om commerciële redenen en mensen durven daardoor afhaken. '*Er zit een factor in: gaat het puur over de volksgezondheid op zich, of zit er iets commercieels achter? Dat weet je niet. Hier heb ik toch een beetje twijfels bij. Ik kan dat moeilijk inschatten.'* Bij CRC gaat de kritiek dan voornamelijk over de onderzoeken die in een ziekenhuis gebeuren en niet over FOBT. '*Dat is zo als je in het ziekenhuis bent. Die vragen wat ze willen en zoveel ze maar willen.'*

4.14.4.2 Effectiviteit van de screeningstesten

De specificiteit van FOBT wordt niet vernoemd als remmende factor, wel de lage sensitiviteit van FOBT in vergelijking met colonoscopie, is volgens 5 personen een barrière om zich te laten screenen. Een lage sensitiviteit gaat natuurlijk gepaard met meer vals negatieve resultaten. Men is bang dat men met FOBT een kanker zal missen en mensen slechts deels kan geruststellen. '*Het feit dat het risico nog altijd bestaat dat de test de kanker niet kan opsporen, dat is misschien een argument om toch kritisch te staan tegenover die screening. Het feit dat het niet 100% sluitend is'* en *'Ik kan mij best inbeelden dat mensen zeggen dat ze willen dat het onderzoek zo sluitend mogelijk is, en dat ze een colonoscopie kiezen..*
Ook de lagere sensitivitiet van sigmoidoscopie t.o.v. colonoscopie zorgt dat deze eerste optie voor zowat alle patiënten niet aan de orde is. We merken duidelijk dat de keuze van onderzoek ofwel naar FOBT gaat, ofwel naar colonoscopie. Bij de beslissing spelen natuurlijk ook nog andere factoren een doorslaggevende rol (zie eerder en verder).

Ook het tegendeel klopt, vals positieve resultaten kunnen ook leiden tot een ander screeningsgedrag. Twee patiënten halen aan dat hemorrhoiden ook tot bloed in de stoelgang kunnen leiden en vragen zich af wat het nut is van FOBT bij mensen met deze problematiek.

4.14.4.3 Onderzoekspecifiek

Er zijn ook enkele onderzoeksspecifieke factoren die zorgen voor terughoudendheid.

Enerzijds wordt de noodzaak tot herhalingsonderzoek driemaal genoemd als barrière. Het herhalen van het onderzoek, het feit dat je er niet meer vanaf geraakt en de bijhorende stress zijn soms dus lastig om dragen.

Verder zijn er nog enkele specifiek onderzoeksgebonden remmende factoren.
Voor **FOBT** zien we dat het omgaan met stoelgang voor 2 mensen een probleem zou vormen. Ze vinden het onpraktisch en onhygiënisch om met stoelgang om te moeten gaan.
Wat betreft de **colonoscopie** zien we dat het voornamelijk de noodzakelijke darmvoorbereiding is die een probleem vormt. Twee van de drie patiënten die al dergelijk onderzoek ondergingen, haalden dit ook aan als vervelendste onderdeel van het gehele onderzoek, maar voor hen is het geen barrière. Voor vijf ander personen is dat echter wel het geval. Zij ontzien zich vooral het dieet de voorafgaande dagen, de dag zelf de hoeveelheid drank en de 'vieze smaak' en de diarree die uitgelokt wordt '*het is niet zo'n onderzoek waarvan je zegt 'ik ga dat eventjes laten doen'. 'Als je zo liters achter elkaar moet drinken en dat smaakt nog eens zo slecht. Ik zou dat ook niet zo goed zien zitten.'*

4.14.4.4 Pakt het probleem niet aan de oorzaak aan

Een persoon haalt aan de barrière voor hem ook het feit is dat men het probleem niet aan de oorzaak aanpakt d.m.v. onderzoek. '*ik heb er toch een beetje twijfels bij. Stel dat deze problematiek ook te maken heeft met onze Westerse leefwijze, dan ga je het probleem er niet mee oplossen, dan moet je misschien op termijn toch veel meer streven naar sensibilisering rond gezonde voeding. Die afweging moet er wel zijn denk ik… Het gaat het aantal mensen die sterven aan darmkanker misschien wel drastisch doen dalen, maar of dat fundamenteel iets oplost? Ik zou beginnen aan het begin van de ketting.' 'Als je de oorzaak niet aanpakt, kom je tot een gezondheidszorgsysteem dat onbetaalbaar is.'*

4.14.4.5 Patiëntgerelateerd

Drie mensen hebben bedenkingen over de kostprijs van het onderzoek voor de patiënt. Dit zou ook wel een barrière kunnen vormen. '*Ik denk dat er zijn die het laten voor het geld.'*
Iemand haalt het belang aan van de kosteloosheid van de onderzoeken aan omdat hij gelooft dat anders meer mensen passen voor screening.

4.14.5 Organisatorische factoren

4.14.5.1 Economisch

Ook het kostenplaatje voor de maatschappij is bepalend voor een screeningsonderzoek, waarvan men verwacht dat het kosten-effectief is. Twee mensen hebben hierover hun bedenkingen. 'M*et de huidige besparingen in de ziekteverzering op komst... Zo'n onderzoeken zijn allemaal serieuze kosten. Weegt dat wel allemaal op tegen deze kosten?*' en '*De kostprijs is voor mij wel belangrijk. Niet voor mij als individu, maar dat is dan het maatschappelijk aspect van screening. Ik denk dat je als individu onmogelijk de afweging kunt maken of het maatschappelijk verantwoord is of niet. Dat zijn keuzes die moeten gemaakt worden.'*

4.14.5.2 Patiëntgerelateerd

Een bijkomende barrière voor de patiënt is de organisatorische belasting. Zes personen spreken over te voorziene moeilijkheden bij CRC-screening op organisatorisch vlak. Een persoon heeft het over FOBT die hij belastend vindt en niet praktisch. Gezien zijn eigen goeie ervaringen met colonoscopie, verkiest hij dit onderzoek. Vijf andere personen halen de organisatorische moeilijkheden bij colonoscopie aan. Twee personen hebben het moeilijk met de dagopname, een hele dag in het ziekenhuis blijven voor een preventief onderzoek is voor hen geen optie. Anderen hebben het over logistieke obstakels: werkverlet, de rompslomp, het geregel, vervoer zoeken (want je mag zelf niet met de wagen rijden)…

4.15 Bevorderende factoren

4.15.1 Overzichtstabel (Tabel 21)

Tabel 21: bevorderende factoren.

CONCEPT	THEMA	SUBTHEMA	LABEL (n: aantal)
Persoonsgebonden factoren	Patiëntgerelateerd	Demografische factoren	Toenemende leeftijd (n: 2)
		Kennis	Weten dat darmkanker symptoomloos kan voorkomen (n: 1)
		Omgevingsafhankelijk	Positieve familiale anamnese van darmkanker (n: 4)
			Mensen kennen met darmkanker (n: 4)
		Persoonlijke ingesteldheid	Bezig zijn met een goede gezondheid (n: 4)
		Omgaan met kankerrisico	Angst om kanker te hebben (n: 5)
			Willen weten of je kanker hebt / gerustgesteld willen worden (n: 8)
Ziektegebonden factoren	Epidemiologie		Vaak voorkomende kanker (n: 1)
	Detectie		Kanker in een vroegtijdig stadium diagnosticeren (n: 7)

Onderzoeksgebonden factoren		FOBT	Eenvoudig onderzoek (n: 6)
			Geen lastig onderzoek (n: 5)
			Geen pijnlijk onderzoek (n: 4)
			Veilig onderzoek (n: 3)
Organisatorische factoren	Maatschappijgerelateerd		Meewerken aan wetenschappelijke vooruitgang (n: 2)
	Patiëntgerelateerd		Uitgenodigd worden om je te laten screenen / geadviseerd worden om je te laten screenen (n: 8)

OPMERKING: n: aantal geïnterviewde patiënten die dit label als een bevorderende factor aangeeft

4.15.2 Persoonsgebonden factoren

4.15.2.1 Patiëntgerelateerd

Er zijn duidelijke ook bevorderende factoren naar CRC-screening toe.

Zoals eerder aangehaald kan de hoge leeftijd een belemmering vormen, maar voor 2 personen is het net wel een reden om op screening in te gaan. Ouder worden gaat volgens hen gepaard met meer vatbaar worden voor ziekte, waardoor screening meer nut heeft. *'Eens je de leeftijd van* 50 *voorbij bent, zeg je wel: "ik moet een beetje opletten".'*

Vier patiënten geloven dat mensen die bezig zijn met een goeie gezondheid en bezorgd zijn over hun eigen gezondheid, zelf meer openstaan voor vroegopsporing.

Een persoon laat zich sneller screen omwille van volgende reden '*ik denk eigenlijk dat je ook darmkanker kunt hebben zonder dat je iets voelt.'*

Niet alleen hangt het van de demografische factoren of de kennis af, ook de omgevingsfactoren kunnen doorslaggevend zijn.
Een familiaal risico op darmkanker is voor 4 mensen een belangrijke stimulatie tot screening. Enerzijds gaat men uit van een erfelijke voorbeschiktheid, anderzijds ook van een toegenomen aandacht en schrik eens de ziekte 'in je familie of omgeving zit'. Mensen kennen met darmkanker (4 personen) vormt om die reden ook een sterke motivator.
'Als je dan hoort van iemand die darmkanker heeft. Dan ben ik er wel mee bezig… dan ben je toch wel een beetje voorzichtig en probeer je toch te voorkomen eigenlijk hé. Of op zijn

minst er op tijd bij te zijn.' 'Als er iemand in de omgeving ziek wordt, ga je je ook sneller laten onderzoeken'

Bij de inschatting van het eigen kankerrisico, zien we dat de angst om kanker te hebben voor 5 personen de drempel tot screening verlaagt. '*Hoe meer je er over leest of hoort, hoe sterker dat die angst uitgelokt wordt en sommige mensen zijn maar gerust als de arts zegt dat het negatief is. Die moeten dat dan laten doen.'*

Acht personen geven aan dat het motivatie tot deelname aan screening voor hen is dat ze gerustgesteld willen worden en streven naar gemoedsrust. Twee personen relativeren dit gegeven en zeggen dat de geruststelling vaak maar van korte aard is en wijzen op de vals negatieve resultaten.

4.15.2.2 Ziektegebonden factoren

Er is 1 patiënt die de incidentie van darmkanker vrij hoog inschat en zich daarom openstelt voor screening.

Zeven personen willen gescreend worden om kanker in een vroegtijdig stadium te diagnosticeren. Volgende factoren spelen hierin mee: hoe vroeger de kanker ontdekt wordt, hoe minder ingrijpend de behandeling, hoe groter de kans op genezing, hoe minder lijden en hoe lager de kans op herval.

4.15.3 Onderzoeksgebonden factoren: FOBT

FOBT heeft verschillende voordelen, die de drempel laag houdt, in vergelijking met colonoscopie.
Zes personen hebben het over een eenvoudig onderzoek. Men vindt het blijkbaar niet moeilijk om 3 stoelgangsstaaltjes te verzamelen. De test is bovendien minder ingrijpend en gaat een stuk sneller dan een colonoscopie.
Een tweede voordeel is dat het geen lastig onderzoek is. (5 personen) Er is geen darmvoorbereiding nodig en het onderzoek houdt niet meer dan het verzamelen van de 3 staaltjes.
Als derde ziet men voordeel in een pijnloos onderzoek. (4 personen)
Een vierde voordeel is het veilig profiel van de FOBT. (3 personen) Er is voor de patiënt geen enkel risico aan verbonden. Het is bovendien een niet invasief onderzoek zonder direct gevaar voor complicaties.
Eén patiënt haalt ook aan dat het ook financieel beter is om voor FOBT te kiezen.

4.15.4 Organisatorische factoren

4.15.4.1 Maatschappelijk

Twee patiënten zijn gemotiveerd tot screenen omdat het bijdraagt aan een groter geheel, namelijk het meewerken aan wetenschappelijke vooruitgang.
'Het beste argument zou misschien puur wetenschappelijk zijn: om kennis te verwerven over het totstandkomen van bepaalde aandoeningen.'
'Screening kan zorgen dat er meer kennis over verzameld wordt, en dat de screening zo nog verbetert en meer sluitend wordt. Als je niets doet, kun je het nooit weten. Dat is dan weer een zeer belangrijk aspect van screening: dat hopelijk de kennis vergroot door het te doen.'

4.15.4.2 Patiëntgerelateerd

Een van de krachtigste motivatoren is uitgenodigd worden om je te laten screenen (8 personen). Hierin blijkt dat de rol van de huisarts uiterst belangrijk is. De vertrouwensrelatie komt hier meermaals ter sprake. Het algemene standpunt klinkt globaal uniform '*Als jullie (artsen) zeggen dat we iets moeten doen, zal het ook wel belangrijk zijn.'*

Mensen worden ook op een aantal andere manieren gesensibiliseerd. Eén patiënt neemt deel op aanraden van zijn vrouw. Twee andere personen geven aan dat, mocht de overheid hier meer aandacht aan zou schenken, veel meer mensen zich zouden laten onderzoeken.

4.16 Samenvatting van de resultaten van de artseninterviews, en van de vergelijking tussen huisarts en patiënt

Deze thesis is een deel van een drieluik. Hieronder wordt kort de essentie van de thesissen van mijn collega's Evelien Vandromme (huisartsen) en Lien Debel (vergelijking huisartsen-patiënten) samengevat. De volledige thesis kan u opvragen via evelien.vandromme@ugent.be en lien.debel@ugent.be.

4.16.1 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij de huisarts (Evelien Vandromme, UGent)

Vlaamse huisartsen beschouwen darmkanker als een belangrijk gezondheidsprobleem. Bovendien zien ze preventie duidelijk als taak voor de eerste lijn. Daarentegen leggen Vlaamse huisartsen voor CRC-screening sterk de nadruk op darmonderzoek bij de (beperkte) hoogrisicopopulatie. 8/15 huisartsen vertelt bijna uitsluitend te screenen bij deze hoogrisicopopulatie, en enkel in de laagrisicogroep te screenen indien de patiënt hierom vraagt. 5/15 artsen volgen de Aanbeveling van Domus Medica, waarbij ook laagrisicopatiënten om de één à twee jaar gescreend worden. Deze huisartsen nemen zelf het initiatief om patiënten over CRC-screening aan te spreken. CRC-screening gebeurt meestal opportunistisch (13/15).
Remmende factoren voor CRC-screening zijn volgens huisartsen voornamelijk dat patiënten niet bezig zijn met dit preventief onderzoek (7/15), een gebrek aan motivatie bij de patiënt (5/15), en de angst voor een positief onderzoeksresultaat (5/15). Onderzoeksgebonden barrières zijn voor FOBT de vals-positieve (8/15) en vals-negatieve (7/15) resultaten. Voor colonoscopie worden de darmvoorbereiding (13/15) en angst voor complicaties (8/15) als belangrijkste remmende factoren vernoemd. Als voornaamste bevorderende factoren zien huisartsen het hebben van een familielid (9/15) of iemand uit de omgeving (8/15) met darmkanker, en angst om kanker te hebben (8/15). Het doel van huisartsen bij CRC-screening is het vroegtijdig diagnosticeren van darmkanker, om zo prognose van de patiënt te vergroten. De kennis van huisartsen over CRC en CRC-screening is wisselend.

4.16.2 Vergelijking van de resultaten tussen huisarts en patiënt (Lien Debel, Ugent)

Zowel arts als patiënt vinden darmkanker een belangrijk gezondheidsprobleem. Beide weten dat een positieve familiale anamnese een belangrijke risicofactor is voor

darmkanker. De kennis over alarmsignalen is uiteraard beter bij arsten in vergelijking met patiënten. Toch weten de patiënten dat bloed in de stoelgang een alarmsymptoom is. De kennis over colonoscopie is bij patiënten beperkt. De kennis over de FOBT en de uitvoering ervan blijken bij beide partijen minder bekend. Screening blijkt bij de populatie geen welgekend begrip te zijn. Als ze ervan hoorden, konden ze slechts vaag beschrijven wat het concept inhoudt. De visies van de patiënt op screening blijken uiteenlopend te zijn. Er valt echter op te merken dat deze visie slechts werd gevormd na het geven van informatie over screening. Op die manier is het moeilijk om te weten welke visie over screening er echt leeft bij hen. Bij patiënten gaat de voorkeur voor darmkankerscreening naar FOBT. Artsen beslissen op basis van risico-profiel welk onderzoek ze laten uitvoeren bij de patiënt. Artsen en patiënten leggen de oorzaak van de lage participatiegraad aan screening vooral bij elkaar. De helft van de patiënten vindt dat hun huisarts hen te weinig motiveert, terwijl zij net verwachten dat de arts aangeeft of zo een onderzoek belangrijk is of niet. Huisartsen daarentegen leggen het gebrek aan motivatie bij de patiënt. Huisartsen geven ook aan dat zij het idee hebben dat patiënten niet met screening bezig zijn. Ook 11 patiënten zeggen zelf niet met screening bezig te zijn. Er zijn 2 belangrijke remmende factoren. Enerzijds is er angst op verschillende vlakken, zowel bij de arts als bij de patiënt. Anderzijds is er de afwezigheid van darmklachten, waarbij de betekenis van screening aan de patiënt voorbij gaat. Ook de noodzaak tot herhalingsonderzoek vormt bij beide groepen een remmende factor tot screening, maar hiervoor hebben ze elk een verschillende reden. Het gebrek aan kennis over de FOBT en zijn uitvoering ervan, zou een drempel kunnen vormen bij de artsen om dit onderzoek voor te stellen als screeningsonderzoek. Een belangrijk gegeven dat blijkt uit ons onderzoek, is het feit dat huisartsen niet op de hoogte zijn over het effect op de mortaliteit van de FOBT, een hard eindpunt. Als bevorderende factor wordt ‘angst voor kanker’ aangehaald door artsen. Patiënten verwoordden dit eerder in een positieve connotatie, namelijk ze zouden screenen ter geruststelling. Angst is voor hen op dit moment geen issue. Huisartsen gaven aan dat ze meer zouden gaan screenen indien er een duidelijke richtlijn aanwezig zouden zijn. Een aantal artsen en patiënten geven aan dat sensibilisatie via de overheid zou kunnen helpen om de participatiegraad te verhogen.

5 DISCUSSIE

5.1 Inleiding

In dit proefschrift hebben we gestreefd om een neutraal standpunt in te nemen in het kader van CRC-screening. Tijdens het voorafgaand literatuuronderzoek hadden we immers al snel de indruk dat darmkankerscreening vaak eenzijdig vanuit een positief standpunt wordt bekeken. Wij zijn er m.a.w. niet vanuit gegaan dat screenen naar darmkanker per definitie nuttig en aangewezen is. Dit gaf ons het voordeel om onbevooroordeeld na te vragen wat de huidige kennis en visie over CRC-screening is bij huisartsen en patiënten, vooraleer er vanuit de overheid sensibiliseringscampagnes van start zijn gegaan. Het feit dat we de CRC-screening anders zijn gaan belichten, is de grootste trof van ons onderzoek.

Daartegenover staat dat ons onderzoek ook enkele beperkingen kent. Ten eerste bleef de studiepopulatie beperkt tot 15 patiënten en 15 huisartsen. Dit maakt het wat moeilijk om veralgemeende conclusies te trekken, toch kunnen de resultaten zeker richtinggevend zijn voor verder onderzoek. Meer uitgebreid onderzoek is dus wenselijk. Een tweede opmerking die gemaakt dient te worden is dat alle 15 patiënten in slechts 3 huisartspraktijken komen consulteren (5 patiënten per praktijk). Wanneer er m.a.w. 1 huisarts een uitgesproken mening heeft over screening en dit zo ook communiceert met zijn patiënt, kan dit dus een invloed hebben op een derde van onze patiëntenpopulatie.

5.2 Kennis

Tot op heden is slechts in beperkte mate onderzoek gedaan naar de kennis van de patiënten in het kader van darmkankerscreening. Onderzoek dat verricht is in eerste lijn, toont aan dat de kennis hoger ligt bij patiënten die meer bezig zijn met een goeie gezondheid (niet roken, sporten, gezonde voeding nuttigen) en bij hoger opgeleiden. Ons aanvoelen is dat de kennis over darmkanker van de patiënten onvolledig, maar toch voldoende is. Weinig mensen kennen details over de aandoening, maar de alarmsymptomen kon men toch vrij spontaan opnoemen, en de ziekte wordt als gezondheidsprobleem niet onderschat. Wat ons daarentegen wel opvalt is dat weinig mensen zichzelf vatbaar achten voor de ziekte en het meer als een aandoening veraf beschouwen. De patiënt zelf verklaart de onvolledige kennis enerzijds door een tekort aan informatie en anderzijds door een tekort aan interesse in deze thematiek. Deze laatste vaststelling is alvast een eerste belangrijk gegeven voor deze scriptie.

De kennis over screening in het algemeen volgt deze trend (onvolledig maar voldoende). Patiënten kunnen moeilijk aangeven wat de term 'vroegopsporing' precies inhoudt en er bestaan ook nog enkele misverstanden rond screening. We geven het voorbeeld dat een algemeen bloedonderzoek door 3 personen wordt genoemd als screeningonderzoek, terwijl dit op zich geen enkel nut heeft binnen de voegopsporing.

De best gekende screeningsonderzoeken in de algemene bevolking blijken de borst- en cervixkankerscreening te zijn. De meest voor de hand liggende verklaring is dat beide onderzoeken tot op heden het meeste media-aandacht kregen en het meest gepromoot werden. Onder onze patiëntenpopulatie waren dit net ook de onderzoeken die de meeste vrouwen al ondergaan hadden, respectievelijk 5/7 en 6/7, hoewel de beoogde participatiegraad ook voor deze screeningstests in de algemene populatie nog niet bereikt wordt. Het is dan ook een belangrijke vaststelling dat ook deze screening meestal nog erg opportunistisch gebeurt en er een slechte follow-up is.

De kennis over CRC-screening is duidelijk erg beperkt. Zes van de 15 geïnterviewde patiënten had nog nooit over CRC-screening gehoord. Drie van de overige negen personen werd door de huisarts geïnformeerd en ging het steeds om screening d.m.v. colonoscopie. Bij de zes andere personen die reeds op de hoogte waren van CRC-screening, ging het in 4 gevallen ook over colonoscopie en in 2 gevallen over FOBT. Globaal gezien komt het er dus op neer dat de huisarts in 12 van de 15 gevallen nog nooit over darmkankerscreening heeft gesproken en hierbij werd FOBT ook nooit vermeld.

5.3 Ideeën

De houding die men aanneemt t.o.v. preventieve gezondheidszorg is afhankelijk van allerlei factoren, zo toont het *Health Belief Model*. Beïnvloedende factoren zijn demografisch, sociopsychologisch, organisatorisch… van aard, maar ook is er een sterke beïnvloeding van de persoonlijke visie op screening.

De algemene visie t.o.v. screening is globaal positief (10/15), al verschilt de nuance hierin nog sterk. Een minderheid (2/15) vindt screening 'heel nuttig', terwijl anderen (4/10) er gewoon van uitgaan dat 'screening wel nuttig zal zijn'. Deze laatste subgroep van patiënten vindt de mening van de arts heel belangrijk, en laten dit sterk meespelen in hun beslissing om zich al dan niet te laten screenen.
De overige patiënten (5/15) hebben een (eerder) negatieve kijk op screening. Sommigen hiervan (3/5) vinden screening nutteloos, anderen (2/5) vinden gewoon dat het beter kan en moet.
Vertaalt deze visie t.o.v. screening zich ook in de houding t.o.v. screening? We zien dat een derde (5/15) van de ondervraagde patiënten inderdaad nog nooit aan screening heeft deelgenomen. Het aantal vrouwen dat ooit aan borst -(5/7) of cervixkankerscreening (6/7) heeft deelgenomen ligt vrij hoog. Zoals eerder aangehaald, is de screening opportunistisch van aard en vaak met een slechte opvolging door de arts. Van de vrouwen die nog tot de risicogroep behoren (5/7), ondergaan slechts 2 vrouwen systematisch elke 2jaar een mammografie, en niemand onder hen ondergaat nog systematisch een PAP-smear.
Een andere vaststelling is dat het opsporen van een ziekte vooraleer er klachten zijn d.m.v. onderzoeken met potentiële gevaren, voor vele mensen gevoelsmatig wat moeilijk ligt.

In het kader van ons onderzoek, zijn we dieper ingegaan op zowel de remmende als bevorderende factoren voor CRC-screening in het bijzonder.
Wat betreft de remmende factoren zien we dat er enkele verschillen zijn tussen het literatuuronderzoek en ons eigen onderzoek. We vermoeden dat de verklaring ligt in het verschil in focus. Literatuuronderzoek is voornamelijk gericht op de participatieverhoging, terwijl dit niet onze doelstelling was. De twee belangrijkste remmende factoren uit ons onderzoek, die we niet in de literatuur terugvinden, zijn dan ook 'geen darmklachten hebben' (12/15) en 'niet mee bezig zijn/andere prioriteiten hebben' (11/15). Er zijn wel gelijkenissen op vlak van 'angst voor het onderzoek of complicaties' (10/15), 'gebrek aan patiëntenmotivering door de huisarts' (7/15) en'kennisgebrek' (6/15). Het komt vaak terug dat mensen zeggen dat screening zinvol kan zijn in de totale populatie, maar dat ze het voor zichzelf niet goed zien zitten om allerlei redenen. De algemene trend onder de geïnterviewde patiënten is dan ook dat de meerderheid geen vragende partij is voor CRC-screening. Voor hen wegen de voordelen nog niet op tegen de nadelen. Onze studie leert ons bovendien dat er nog enkele foutieve

inschattingen zijn bij de patiënt. Zo schatten mensen de kostprijs van FOBT of de maatschappelijk belasting te hoog in.

De bevorderende factoren zijn meer gelijklopend tussen literatuur en ons onderzoek. Het gaat onder meer over 'gerustgesteld willen worden' (8/15), 'motivatie tot screening door de huisarts' (8/15) en 'familie/kennissen met darmkanker' (6/15). Het moet gezegd dat alle geïnterviewde patiënten zouden instemmen met screening mocht de huisarts daar (sterk) op aansturen. Verder navragen leert ons bovendien dat de patiënt in de helft van de gevallen niet weet hoe zijn/haar arts over screening denkt. Dit komt omdat er niet frequent geconsulteerd wordt of omdat er tijdens een consultatie amper of zelfs helemaal niet over screening gesproken wordt. Het lijkt er sterk op dat screening ook voor de huisarts geen prioriteit is.

Sommige factoren kunnen zowel bevorderend als remmend werken naar screening toe. We hebben het ondermeer over hoge leeftijd en angst voor kanker. Vertrekkende uit deze factoren, kunnen mensen ofwel sneller geneigd zijn tot screeningsdeelname, bij anderen zal het een meer afschrikkend effect hebben.

5.4 Verwachtingen

De verwachting naar screening toe is reeds aangehaald want dit hangt nauw samen met de visie rond vroegopsporing.

Een andere belangrijke vraag is: wat verwacht de patiënt van de huisarts? Acht patiënten geven zelf aan het belangrijk te vinden om door de huisarts informatie op maat te krijgen. Dit geeft de huisarts een belangrijke taak binnen de gehele screening. Men zou dan ook kunnen denken dat hoe vaker er arts-patiënten contacten zijn, hoe groter de kans op gegeven informatie. Echter, uit onderzoek (Fenton et al., 2009) blijkt dit niet het geval te zijn wat betreft CRC-screening. Blijkbaar vormt CRC-screening ook voor de artsen geen prioriteit.
Wij vroegen de patiënten waarover zij dan voornamelijk wensten geïnformeerd te worden en zij gaven aan: de mogelijke screenings-opties, weten wat de onderzoeken inhouden, wat hun waarde (effecitviteit) is, wat de voor- en nadelen en mogelijke consequenties zijn. Men verwacht ook dat de arts oog heeft voor de individuele patiënt, met eigen ideeën, zorgen en verwachtingen. Zo kan onder de vorm van *informed consent* een beslissing genomen worden.
Belangrijk eveneens om op te merken is, dat er gecommuniceerd moet worden in een begrijpelijke taal, met respect voor de persoonlijke barrières. Literatuuronderzoek (Navkiran et al., 2005) heeft in dat verband aangetoond dat blanken eerder de voorkeur geven aan een colonoscopie, terwijl Afro-Amerikanen eerder een FOBT zouden kiezen (hogere angst voor de invasiviteit en meer schaamte).

Er is ook een verwachting t.o.v. de test. Onze studie leert ook dat de keuze tussen FOBT, colonoscopie en sigmoidoscopie te maken heeft met de eenvoud van het onderzoek (gemak, tijdsduur, thuissetting), de veiligheid (complicaties), de impact (invasiviteit), effectiviteit (sensitiviteit, specificiteit, vals negatieven en vals positieven), de organisatorische last, de kostprijs (voor maatschappij en patiënt) en de psychische last (angst voor pijn). Voor de overgrote meerderheid (13/15) wegen de voordelen van FOBT een stuk zwaarder door dan die van colonoscopie (2/15) en sigmoidoscopie (0/15). Dit resultaat is vergelijkbaar met de gegevens uit de literatuur.

6 CONCLUSIE

De kennis van de patiënten rond de aandoening darmkanker is voldoende, toch is de screening ervan heel weinig gekend. Slechts 9 van de 15 patiënten heeft ooit gehoord over de mogelijkheid tot CRC-screening, waarbij drie personen door huisarts aangesproken zijn, dit enkel met betrekking tot colonoscopie.
Wat betreft de visie op screening zien we dat de meerderheid (10/15) een positieve attitude heeft t.o.v. vroegopsporing. Bij CRC-screening echter wegen de voordelen nog niet op tegen de nadelen en is het voor de patiënten geen medische prioriteit. We zagen geen grote geslachts- of leeftijdsgebonden verschillen. Het ontbreekt de mensen niet enkel aan kennis, maar ook aan motivatie tot deelname aan screening. De patiënt is zelf niet echt vragende partij naar CRC-screening.
Daarentegen stellen mensen de huisarts wel centraal in de aansporing in het kader van screening. De individuele aanbeveling door de huisarts blijkt de grootste motivator te zijn. Hierbij verkiest de overgrote meerderheid (13/15) FOBT vanwege het gunstige profiel en de minderheid (2/15) colonoscopie door de hogere sensitiviteit.
Ons onderzoek laat een algemene tendens zien om CRC-screening pas in drie gevallen te ondergaan (1) bij klachten, (2) wanneer CRC in de familie of vrienden voorkomt, (3) wanneer de huisarts het duidelijk aanbeveelt.

7 REFERENTIES

AL-DOGHETHER M, AL-TUWIJRI A, KHAN A. Obstacles to preventive intervention. Do physicians' health habits and mind-set towards preventive care play any role? Saudi Med J 2007: 28: 1269-1274.

AL-SOHAILY S, DUGGAN A. Gender preference may be a barrier to colorectal screening. Intern Med J 2007: 37: 142-143.

BAARDA DB, DE GOEDE MPM, TEUNISSEN J. Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen: Wolters-Noordhoff; 2005. p. 369.

BAARDA DB, DE GOEDE MPM, VAN DER MEER-MIDDELBURG J. Basisboek interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews. Groningen: Wolters-Noordhoff; 2007. p. 128.

BASTANI R, GALLARDO N, MAXWELL A. Barriers to colorectal cancer screening among ethnically diverse high- and average-risk individuals. J Psychosoc Oncol 2001: 19: 65-84.

BEYDOUN HA, BEYDOUN MA. Predictors of colorectal cancer screening behaviors among average-risk older adults in the United States. Cancer Causes Control 2008: 19: 339-359.

BROUSE CH, BASCH CE, WOLF RL, SHMUKLER C. Barriers to colorectal cancer screening: an educational diagnosis. J Cancer Educ 2004: 19: 170-173.

CIBULA DA, MORROW CB. Determining local colorectal cancer screening utilization patterns. J Public Health Manag Pract 2003: 9: 315-321.

COKKINIDES VE, CHAO A, SMITH RA, VERNON SW, THUN MJ. Correlates of underutilization of colorectal cancer screening amon U.S. adults, age 50 years and older. Prev Med 2003: 36: 85-91.

CORNUZ J, GHALI WA, DI CARLANTONIO D, PECOUD A, PACCAUD F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. Fam Pract 2000: 17: 535-540.

DOLAN NC, FERREIRA MR, DAVIS TC, FITZGIBBON ML, RADEMAKER A, et al. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference? J Clin Oncol 2004: 22: 2617-2622.

FAIRFIELD KM, CHEN WY, COLDITZ GA, EMMONS KM, FLETCHER SW. Colorectal cancer risk counseling by health-care providers: perceived barriers and response to an internet-based cancer risk appraisal instrument. J Cancer Educ 2004: 19: 95-97.

FENTON JJ, REID RJ, BALDWIN L, ELMORE JG, BUIST DSM, et al. Influence of primary care use on population delivery of colorectal cancer screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2009: 18: 640-645.

FINNEY RUTTEN LJ, NELSON DE, MEISSNER HI. Examination of population-wide trends in barriers to cancer screening from a diffusion of innovation perspective (1987 – 2000). Prev Med 2004: 38: 258-268.

FREDA A, WELLER D. Evaluation of the UK Colorectal Cancer Screening Pilot: Final Report. 2003. Beschikbaar via: http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/finalreport.pdf. Geraadpleegd 18 november 2010.

FRIEDMAN-SANCHEZ G, GRIFFIN JM, PARTIN MR. Gender differences in colorectal cancer screening barriers and information needs. Health Expect 2007: 10: 148-160.

GENNARELLI M, JANDORF L, CROMWELL C, VALDIMARSDOTTIR H, REDD W, et al. Barriers to colorectal cancer screening: inadequate knowledge by physicians. Mt Sinai J Med 2005: 72: 36-44.

GIMENO-GARCIA AZ, QUINTERO E, NICOLAS-PEREZ D, PARRA-BLANCO A, JIMENEZ-SOSA A. Impact of an educational video-based strategy on the behavior process associated with colorectal cancer screening: a randomized controlled study. Cancer Epid 2009: 33: 216-222.

GOODMAN MJ, OGDIE A, KANAMORI MJ, CANAR J, O'MALLEY AS. Barriers and facilitators of colorectal cancer screening among Mid-Atlantic Latinos: focus group findings. Ethn Dis 2006: 16: 255-261.

GOVAERTS F, DETURCK L, WYFFELS P. Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. Aanbeveling Domus Medica. Nov 2010.

GREINER KA, ENGELMAN KK, HALL MA, ELLERBEK EF. Barriers to colorectal cancer screening in rural primary care. Prev Med 2004: 38: 269-275.

GUESSOUS I, DASH C, LAPIN P, DOROSHENK M, SMITH RA, et al. Colorectal cancer screening barriers and facilitators in older persons. Prev Med 2010: 50: 3-10.

HANNON PA, MARTIN DP, HARRIS JR, BOWEN DJ. Colorectal cancer screening practices of primary care physicians in Washington State. Cancer Control 2008: 15: 174-181.

JANZ NK, WREN PA, SCHOTTENFELD D, GUIRE KE. Colorectal cancer screening attitudes and behavior: a population-based study. Prev Med 2003: 37: 627-634.

JONES RM, DEVERS KJ, KUZEL AJ, WOOLF SH. Patient-reported barriers to colorectal cancer screening, a mixed-methods analysis. Am J Prev Med 2010: 38: 508-516.

JONES RM, VERNON SW, WOOLF SH. Is discussion of colorectal cancer screening options associated with heightened patient confusion? Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2010: 19: 2821-2825.

JONES RM, WOOLF SH, CUNNINGHAM TD, JOHNSON RE, KRIST AH, et al. The relative importance of patient-reported barriers to colorectal cancer screening. Am J Prev Med 2010: 38: 499-507.
KEIGHLEY MR, O'MORAIN C, GIACOSA A, ASHORN M, BURROUGHS A, et al. Public awareness of risk factors and screening for colorectal cancer in Europe. Eur J Cancer Prev 2004: 13: 257-262.
KLABUNDE CN, VERNON SW, NADEL MR, BREEN N, SEEFF LC, et al. Barriers to colorectal cancer screening: a comparison of reports from primary care physicians and average-risk adults. Med Care 2005: 43: 939-944.
LASSER KE, AYANIAN JZ, FLETCHER RH, DELVECCHIO GOOD M. Barriers to colorectal cancer screening in community health centers: a qualitative study. BMC Fam Pract 2008: 9: 15-22.
MANDEL JS, BOND JH, BRADLEY M, SNOVER DC. Sensitivity, specificity, and positive predictivity of the hemoccult test in screening for colorectal cancers. Gastroenterology 1989: 97: 597-600.
MANDEL JS, CHURCH TR, BOND JH, EDERER F, GEISSER MS, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. N Engl J Med 2000: 343: 1603-1607.
MANDELBLATT JS, YABROFF KR, KERNER JF. Equitable acces to cancer services: a review of barriers to quality care. Cancer 1999: 86: 2378-2390.
MENEES SB, INADOMI JM, KORSNES S, ELTA GH. Women patients' preferences for women physicians is a barrier to colon cancer screening. GI endoscopy 2005: 62: 219-224.
MESSINA CR, LANE DS, COLSON RC. Colorectal cancer screening among users of county health centers and users of private physician practices. Public Health Rep 2009: 124: 568-578.
MESSINA CR, LANE DS, GRIMSON R. Colorectal cancer screening attitudes and practices preferences for decision making. Am J Prev Med 2005: 28: 439-446.
MORTELMANS D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Uitgeverij Acco; 2007. p. 534.
NAVKIRAN K, SHOKAR MD, VERNON SW, WELLER SC. Cancer and colorectal cancer: Knowledge, Beliefs, and Screening preferences of a diverse patient population. Fam Med 2005: 37 (5): 341-347.
NG EST, TAN CH, TEO DCT, SEAH CYE, PHUA KH. Knowledge and perceptions regarding colorectal cancer screening among Chinese – A community-based survey in Singapore. Prev Med 2007: 45: 332-335.
POWE BD, FINNIE R. Cancer fatalism: the state of the science. Cancer Nurs 2003: 26: 454-465.
RAMOS M, ESTEVA M, ALMEDA J, CABEZA E, PUENTE D, et al. Knowledge and attitudes of primary health care physicians and nurses with regard to population screening for colorectal cancer in Balearic Islands and Barcelona. BMC Cancer 2010: 10: 500-508.
RAMOS M, LLAGOSTERA M, ESTEVA M, CABEZA E, CANTERO X, et al. Knowledge and attitudes of primary healthcare patients regarding population-based screening for colorectal cancer. BMC Cancer 2011: 11: 408-418.
SCHROY PC, GELLER AC, CROSIER WOOD M, PAGE M, SUTHERLAND L, et al. Utilization of colorectal cancer screening tests: a 1997 survey of Massachusetts internists. Prev Med 2001: 33: 381-391.
SEEFF LC, NADEL MR, KLABUNDE CN, THOMPSON T, SHAPIRO JA, et al. Patterns and predictors of colorectal cancer test use in the adult U.S. population. Cancer 2004: 100: 2093-2103.
SENORE C, ARMAROLI P, SILVANI M, ANDREONI B, BISANTI L, et al. Comparing different strategies for colorectal cancer screening in Italy: predictors of patients' participation. Am J Gastroenterol 2010: 105: 188-198.
SESSA A, ABBATE R, DI GIUSEPPE G, MARINELLI P, ANGELILLO IF. Knowledge, attitudes, and preventive pratices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy. BMC Cancer 2008: 8: 171-177.
SHOKAR NK, VERNON SW, WELLER SC. Cancer and colorectal cancer: Knowledge, beliefs, and screening preferences of a diverse patient population. Fam Med 2005: 37: 341-347.
STECKELBERG A, KASPER J, REDEGELD M, MUHLHAUSER I. Risk information-barrier to informed choise? A focus group study. Soz Praventivmed 2004: 49: 375-380.
SUBRAMANIAN S, KLOSTERMAN M, AMONKAR MM, HUNT TL. Adherence with colorectal cancer screening guidelines: a review. Prev Med 2004: 38: 536-550.
VARADARAJULU S, PETRUFF C, RAMSEY WH. Patient preferences for gender of endoscopists. Gastrointest Endosc 2002: 56: 170-173.
WILSON JMG, JUNGNER G. Principles and practice of screening for disease. WHO. Publ Health Papers 1968: 34.
WORTHLEY DL, COLE SR, MEHAFFEY S, ROOSA NM, SMITH A, et al. Screening for colorectal cancer by faecal occult blood test: why people choose to refuse. Intern Med J 2006: 36: 607-610.

8 BIJLAGEN

8.1 Bijlage 1: Steekkaart Aanbeveling colorectale kanker-screening (Domus Medica)

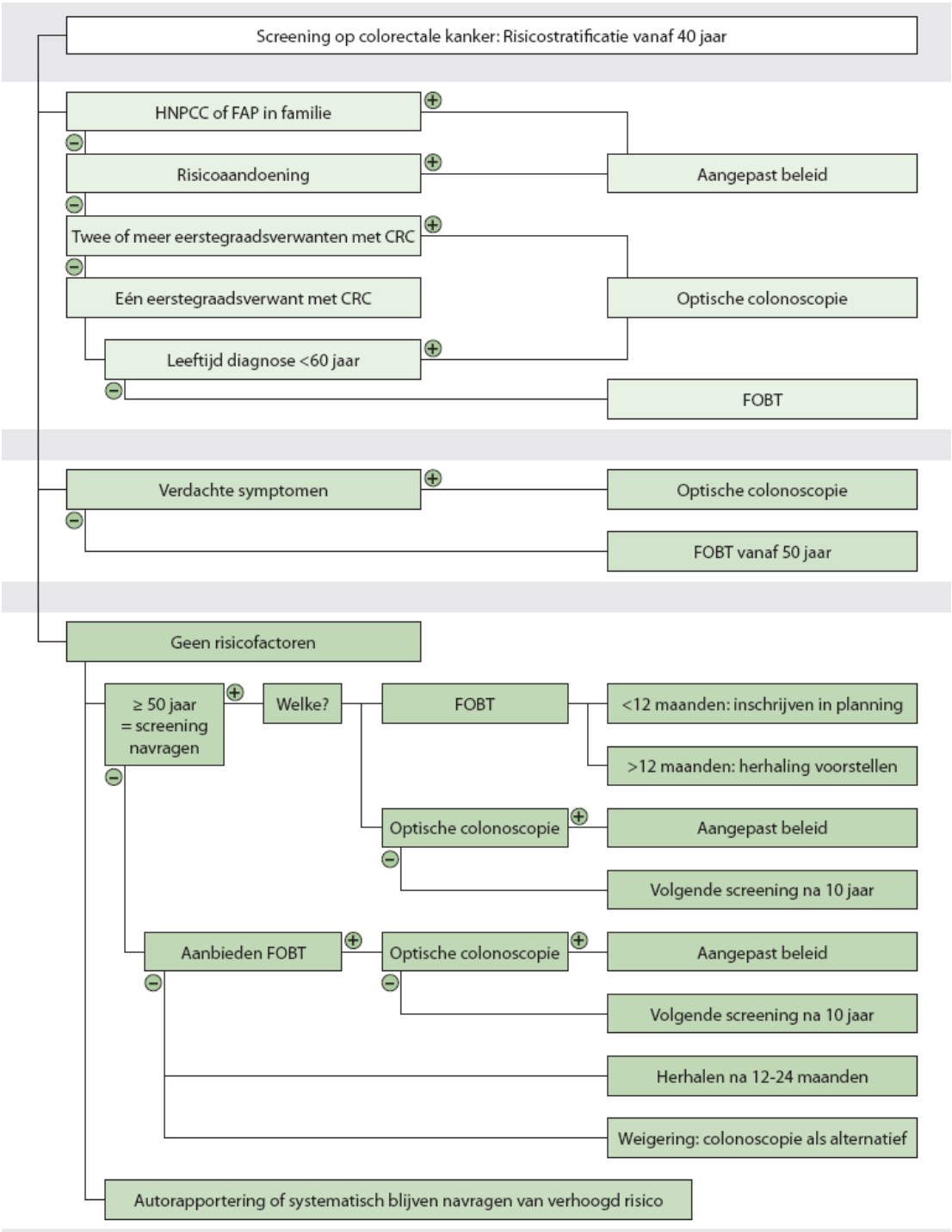
- **Identificeer personen met verhoogd risico**
  - Ga bij iedereen vanaf 40 jaar t/m 74 jaar na of er risicofactoren aanwezig zijn:
    - erfelijke aandoeningen: HNPCC (Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer), FAP (Familiale Adenomateuze Polyposis);
    - ≥ twee eerstegraadsverwanten met colorectale kanker (CRC) of één eerstegraadsverwant bij wie de diagnose werd gesteld voor 60 jaar;
    - persoonlijke voorgeschiedenis van adenomateuze poliepen of van CRC;
    - patiënten met colitis ulcerosa of ziekte van Crohn >8 jaar;
    - patiënten met acromegalie of ureterosigmoïdostomie.
  - Zodra één risicofactor aanwezig => aangepast beleid
  - Bij alarmsymptomen, altijd dringend verwijzen voor optische colonoscopie. Dit zijn:
    - rectaal bloedverlies met lossere stoelgang en/of verhoogde stoelgangfrequentie gedurende > 6 weken;
    - veranderingen in stoelgangpatroon gedurende > 6 weken;
    - rectaal bloedverlies zonder anale symptomen;
    - anaal bloedverlies bij mensen ouder dan 60 jaar.
  - <u>Geen risicofactoren of alarmtekenen => vanaf 50 t/m 74 jaar om de 12-24 maanden Hemoccult II®-test (FOBT) laten uitvoeren.</u>

- **Bespreek met patiënt belang en doel van vroegtijdige opsporing**
  - Eén persoon op 40 zal CRC krijgen. De kans dat iemand de komende 2 jaar CRC zal krijgen is 4 per 1000; iets minder dan de helft zal hieraan overlijden.
  - Zich regelmatig laten screenen vermindert de kans aan CRC te sterven met één vierde.
  - Bij 2 patiënten op 100 zal de test positief zijn; 1 op 6 positieve tests zal blijken kanker te zijn. Ongeveer de helft van de mensen met CRC heeft een negatieve test.
  - Iedere positieve test moet opgevolgd worden door een optische colonoscopie.

- **Uitvoering**
  - Drie dagen na elkaar op 2 plaatsen in de stoelgang een teststrook Hemoccult II®-test (FOBT) inbrengen. Bij zelf ontwikkelen van de FOBT: wachttijd van 3 dagen mag. Niet rehydrateren. Positief vanaf één blauw verkleurd vakje. Met patiënt erbij bij positieve test: onmiddellijk colonoscopie afspreken.

- **Dieet en medicatie**
  - Geen dieet volgen. Indien verantwoord, NSAID's en ASA stoppen 7 dagen voor en tijdens de Hemoccult II®-test (ook automedicatie). Geen inname van vitamine C.

- **Staalname**
  - Contact met toiletwater en daarin opgeloste chemicaliën vermijden.



8.2 Bijlage 2: Informed consent patiënt

Geachte Meneer/Mevrouw,

In het kader van hun Master na Master opleiding huisartsgeneeskunde doen Lien Debel, Mieke Latruwe en Evelien Vandromme een onderzoek naar 'De kennis, ideeën en verwachtingen van colorectaal carcinoom screening bij de huisarts en patiënt'. Dit onderzoek gebeurt in de periode van 1 september 2010 tot en met 31 juni 2012, en onder toezicht van de Universiteit Gent.

Een ander woord voor colorectale kanker is darmkanker. Dit is een veelvoorkomende tumor in de bevolking. Mammografie en baarmoederhalsuitstrijkje zijn onderzoeken die door veel mensen gekend zijn. Ook voor darmkanker bestaan testen die deze kanker in een vroeger stadium kunnen opsporen. Dit proces noemt men screening. Dit wil zeggen dat men aan de hand van deze onderzoeken een tumor kan opsporen vooraleer deze klachten veroorzaakt.

Voor hun eindwerk willen zij onderzoeken wat patiënten en huisartsen op dit moment weten en denken over darmkanker en (darm)kankerscreening. Voor u beslist al dan niet aan het onderzoek deel te nemen, volgt hieronder eerst nog wat meer informatie over hun studie. Indien u vragen hebt bij deze informatie, mag u hen altijd contacteren voor verduidelijking.

Aan de hand van een interview wordt nagegaan wat u weet over darmkanker en de mogelijke onderzoeken om deze op te sporen. Daarna wordt u hierover wat meer uitleg gegeven. Na deze uitleg worden u nog een aantal vragen gesteld over darmkanker en de mogelijke onderzoeken voor de vroegopsporing. Het is zeker niet de bedoeling dat u zich voorbereidt op dit interview. Deze huisartsen-in-opleiding nemen hetzelfde interview af bij huisartsen.

In dit onderzoek worden mannen en vrouwen ouder dan 50 jaar geïnterviewd. Elke huisarts-in-opleiding zal bij de patiënten uit haar eigen praktijk dit interview afnemen. Zij zal ook uw dossier inkijken. Na het interview worden deze gegevens anoniem verwerkt, en daarna samengevoegd met de gegevens van de andere 2 HAIO's die samen dit eindwerk maken. Dit betekent dus dat de anonieme verwerking van de gegevens gebeurt door de 3 huisartsen-in-opleiding, en dit uit wetenschappelijke doeleinden. De gegevens zullen bij de verwerking ingedeeld worden in 3 studiegroepen: de patiënten tussen 50 en 69 jaar, de patiënten die 70 jaar of ouder zijn, en de huisartsen.

Het gesprek duurt ongeveer 1 uur en gebeurt in de praktijk of bij u thuis.

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt zich op elk moment uit deze studie terugtrekken, zonder dat dit een invloed zal hebben op uw behandeling en relatie met uw behandelende arts.

Deze studie is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Universiteit Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Dr. L. Debel - HAIO Dr. M. Latruwe - HAIO Dr. E. Vandromme – HAIO

Deelnemer:

Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

Ik heb de bovenstaande informatie gelezen. Ik kreeg de mogelijkheid om vragen te stellen over deze studie en deze werden ook voldoende beantwoord. Hierbij verklaar ik vrijwillig aan dit onderzoek deel te nemen aan het onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening deelnemer:

Datum:

Afnemer:

Ik heb voldoende informatie gegeven aan de deelnemende patiënt en hem/haar daarbij de mogelijkheid gegeven vragen te stellen. Deze zijn correct en volledig beantwoord. De patiënt stemde vrijwillig in met het deelnemen aan de studie en werd niet gedwongen.

Naam afnemer:

Handtekening afnemer:

Datum:

8.3 Bijlage 3: Informed consent huisarts

Geachte dokter/collega,

Onze namen zijn Lien Debel, Mieke Latruwe en Evelien Vandromme. Wij zijn huisartsen in opleiding aan de Universiteit van Gent. In het kader van onze Master na Master opleiding huisartsgeneeskunde doen wij een onderzoek naar 'De kennis, ideeën en verwachtingen van colorectaal carcinoom screening bij de huisarts en patiënt'. Dit onderzoek gebeurt in de periode van 1 september 2010 tot en met 31 juni 2012, en onder toezicht van de Universiteit Gent.

Colorectale kanker is een veelvoorkomende tumor in de bevolking en op heden bestaan hiervoor verschillende screeningsmethoden die bewezen hebben de mortaliteit te doen dalen. Er bestaan reeds Belgische richtlijnen hierover voor huisartsen, maar deze worden in het algemeen nog weinig toegepast. Voor ons eindwerk willen wij onderzoeken wat patiënten en huisartsen op dit moment weten en denken over darmkanker en (darm)kankerscreening.

Aan de hand van een interview wordt nagegaan wat u weet over darmkanker en de mogelijke onderzoeken om deze op te sporen. Daarna wordt u hierover wat meer uitleg gegeven. Na deze uitleg worden u nog een aantal vragen gesteld over darmkanker en de mogelijke onderzoeken voor de vroegopsporing. Het is zeker niet de bedoeling dat u zich voorbereidt op dit interview. Wij nemen hetzelfde interview af bij patiënten.

Wij streven een gevarieerde huisartsenpopulatie na. Het interview duurt ongeveer 1 uur. U wordt geïnterviewd door de HAIO die u contacteerde. Na het interview worden deze gegevens anoniem verwerkt, en daarna samengevoegd met de gegevens van de andere 2 HAIO's die samen dit eindwerk maken. Dit betekent dus dat de anonieme verwerking van de gegevens gebeurt door de 3 huisartsen-in-opleiding, en dit uit wetenschappelijke doeleinden. De gegevens zullen bij de verwerking ingedeeld worden in 3 studiegroepen: de patiënten tussen 50 en 69 jaar, de patiënten die 70 jaar of ouder zijn, en de huisartsen..

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig.

Deze studie is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Universiteit Gent.

Dr. L. Debel - HAIO

Dr. M. Latruwe - HAIO

Dr. E. Vandromme – HAIO

Deelnemer:

Ik heb de bovenstaande informatie gelezen. Ik kreeg de mogelijkheid om vragen te stellen over deze studie en deze werden ook voldoende beantwoord. Hierbij verklaar ik vrijwillig aan dit onderzoek deel te nemen aan het onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening deelnemer:

Datum:

Afnemer:

Ik heb voldoende informatie gegeven aan de deelnemende huisarts en hem/haar daarbij de mogelijkheid gegeven vragen te stellen. Deze zijn correct en volledig beantwoord. De huisarts stemde vrijwillig in met het deelnemen aan de studie en werd niet gedwongen.

Naam afnemer:

Handtekening afnemer:

Datum:

8.4 Bijlage 4: Vragenlijst patiënten

Om te beginnen, zou ik u graag wat gegevens over uzelf willen vragen.

Om te beginnen, zou ik u graag wat gegevens over uzelf willen vragen.

Geslacht	M / V
Leeftijd	jaar
Beroep	
Hoogst behaalde diploma	Geen diploma Lager onderwijs Lager middelbaar onderwijs Hoger middelbaar onderwijs Hoger onderwijs van het korte type – lange type Universiteit Bachelor – Master Andere:
Contacten met de gezondheidszorg	Vaste huisarts: ja – neen GMD bij de huisarts: ja - neen Aantal consultaties bij de huisarts per jaar: 0 – 1 – 2 - >2 Aantal consultaties bij een specialist per jaar: 0 – 1 – 2 - >2

Interview

- Heeft u ooit gehoord over **darmkanker**? Wat weet u erover? Is dit iets waar u mee bezig bent? Is dit iets waar u zich zorgen over maakt? Denkt u dat u zelf 'vatbaar' bent voor deze ziekte? Hoe schat u uw eigen gezondheid in? Wanneer zou u zich hierover zorgen beginnen maken?
    - *Als 'neen' of onduidelijk antwoord*:
      "Dit is het type kanker waarin ik geïnteresseerd ben voor ons onderzoek. Veel mensen hebben eerder gehoord over andere kankers zoals borstkanker of prostaatkanker. Darmkanker is een type kanker die voornamelijk in het laagste gedeelte van de darm groeit, namelijk in de dikke darm."
    - *Als 'ja':*
      Waar heb je erover gehoord?

- Kent u iemand in uw dichte omgeving die **kanker** heeft, of heeft gehad?
  Hoe werd de diagnose gesteld?

- Zijn er in uw familie mensen waarvan u weet dat ze darmkanker of poliepen in de darmen hebben gehad?

- Denkt u dat er mogelijkheden/methoden bestaan om kanker te kunnen vermijden of tegenhouden?
    - *Als 'ja':*

Wat is dat volgens u? Welk mechanisme zit hier achter? Past u dat bij uzelf toe? Waarom wel/niet? Hoe groot schat u dat effect in? Voelt u zich dan 'veilig/beschermd'?

- *Als 'neen' of onduidelijk antwoord*:
  Waardoor denkt u dat kanker ontstaat? Op welke manier denkt u dat kanker ontstaat?

- Zijn er volgens u bepaalde methoden om een kanker vroegtijdig op te sporen?
  - *Als 'ja':*

  Wat weet u hierover? Hoe werkt dit volgens u? Wat verwacht u hiervan? Zijn er ook bepaalde nadelen?
  Bij welke kankers kan men dit al?

- Weet u wat '**screening'** of 'vroegopsporing' is?
  - *Als het antwoord onjuist is*: geef uitleg over de algemene principes van screening:
    "Screening is een manier om bij mensen iets op te sporen, nog vóórdat er klachten zijn. Als er bij dit onderzoek een afwijking gevonden wordt, dan wordt er verder onderzoek verricht om de diagnose met meer zekerheid te kunnen stellen. Blijkt dat nodig, dan kan een behandeling gestart worden. De methode wordt frequent gebruikt voor het opsporen van een kanker. Men probeert zo dus kanker in een vroeger stadium van de ziekte te ontdekken, zodat er eventueel een minder ingrijpende behandeling nodig is dan bij verdergevorderde kanker. Voorbeelden hiervan zijn mammografie bij borstkanker, of een uitstrijkje bij baarmoederhalskanker."

- Wat vindt u van screening? Heeft screening volgens u zin? Helpt het volgens u om kanker vroegtijdig op te sporen? Waarom wel? Waarom niet?

- Heeft u al eens een kankerscreeningstest laten doen? Welke? Wat was uw ervaring hiermee? Bent u van plan hier in de toekomst (verder) aan deel te nemen? Waarom zou u dat doen/niet doen?

- Hoe staat uw arts volgens u tegenover screening? Heeft hij/zij al voorgesteld u te laten screenen in het algemeen? Hoe frequent wijst hij/zij u hierop?
  Hoe zou uw arts reageren mocht u er zelf naar vragen, denkt u?
  En wat darmkanker betreft?

- Bestaat er volgens u een screening naar darmkanker? Heeft u ooit gehoord over **darmkankerscreening**?
  - *Als 'ja':*
    - Waar heeft u hierover gehoord of gelezen?
    - Kan u er wat meer over vertellen? Wat weet u hierover?
    - Hoe werkt dit volgens u?

    geef hier ook de uitleg die hieronder bij "Als 'neen' " staat.

  - *Als 'neen':*
    - "Bij darmkankerscreening wordt er een onderzoek gedaan om

poliepen (= goedaardige gezwellen in de darm, waaruit later kanker zou kunnen ontstaan) of darmkanker op te sporen, nog vóórdat er klachten zijn. "

- Voordelen van darmkankerscreening zijn:
  - dat de kanker vroeger gedetecteerd wordt, en
  - dat er daardoor een minder invasieve behandeling nodig is
  - dat er door sommige testen te doen een kleinere kans is om te sterven aan darmkanker (Info voor onderzoekers: mortaliteit 16% gedaald door FOBT; effect van colonoscopie op mortaliteit werd nog niet onderzocht; sigmoidoscopie zou volgens 1studie na 7jaar wel effect hebben. Het barium enema is nog niet verder onderzocht in het kader van CRC-screening).
- Toch heeft kankerscreening ook nadelen:
  - Het is mogelijk dat er bij het onderzoek geen afwijking gevonden wordt, maar dat er toch kanker aanwezig is (Info voor de onderzoekers: In 98% van de gevallen is FOBT negatief. Bij 0,33% van de negatieve FOBT's is er toch darmkanker aanwezig). Het onderzoek heeft de kanker dus niet ontdekt.
  - Ook het omgekeerde is mogelijk: het onderzoek toont een afwijking, waarna deze afwijking met een andere test verder onderzocht wordt (nl. colonoscopie). Bij deze 2de test blijkt dan dat het toch geen kanker is. (bij 2% van de uitgevoerde FOBT's is het resultaat positief. Hiervan is 16,5% inderdaad darmkanker, 83,5% blijkt bij verder onderzoek ahv colonoscopie geen darmkanker te zijn).
  - Het is mogelijk dat je door een afwijkende screeningstest een (ingrijpende) behandeling moet krijgen, terwijl de darmkanker later niet de oorzaak van je overlijden zou geweest zijn.

- Darmkankerscreening kan op verschillende manieren gebeuren (zie uitleg hieronder over de verschillende mogelijke onderzoeken).

- Welke indruk geeft deze informatie u, die ik u nu juist gegeven heb? Verandert dit uw visie over screening?

- Hebt u zich ooit laten onderzoeken ivm darmkanker?
  - *Als 'ja':*
    - Op welke manier is dit gebeurd?
      - FOBT
      - Sigmoidoscopie
      - colonoscopie
      - barium enema
    - Hoe was dat voor u?
    - Hoe vaak heeft u dit onderzoek gehad?
    - Hoe lang is dit geleden?
    - Zou u dit in de toekomst nog laten doen?
  - *Als 'neen':*

"Er zijn een aantal testen die men kan laten doen als preventie voor darmkanker, of ten minste om de darmkanker te ontdekken voordat het uitgezaaid is":

- *Leg FOBT uit.*
  "Dit is een onderzoek waarbij men vraagt om zelf op 3 opeenvolgende dagen een stoelgangsstaal te verzamelen. Deze stalen onderzoekt men op de aanwezigheid van bloed, aangezien men weet dat darmkanker de neiging heeft om af en toe te bloeden, maar dat het bloed vaak onzichtbaar is voor het blote oog. Indien er bloed gevonden wordt, dient men een colonoscopie te plannen. Het onderzoek dient elke 2 jaar herhaald te worden, en kent geen complicaties. "

  - Heeft u nog vragen over dit onderzoek? Ziet u zichzelf ooit dit onderzoek laten doen? Waarom wel? Waarom niet?

- *Leg sigmoidoscopie uit.*
  "Dit is een onderzoek dat een lichte voorbereiding van de darm vergt via een lavement/klysma, om zo het laatste deel van de darm vrij te maken van stoelgang. Nadien gaat men met een flexibele slang in het laatste deel van de dikke darm kijken of er verdachte letsels zichtbaar zijn. Men weet dat in dat deel van de darm de meeste kankers zitten. De procedure gebeurt onder een roesverdoving en dient elke 5 jaar te gebeuren."

  - Heeft u nog vragen over dit onderzoek? Ziet u zichzelf ooit dit onderzoek laten doen? Waarom wel? Waarom niet?

- *Leg colonoscopie uit.*
  "Dit onderzoek is vergelijkbaar met het voorgaande, maar toch iets ingrijpender. Er is een betere voorbereiding van de darm noodzakelijk en het vergt meestal een dagopname in het ziekenhuis. Eerst dient u een sterk laxerende vloeistof te drinken om de darmen stoelgangvrij te krijgen. Nadien bekijkt de arts met een flexibele slang via de anus de gehele dikke darm op verdachte letsels. Van eventueel aanwezige letsels kan een stukje weefsel worden weggenomen om in het labo te onderzoeken. De procedure gebeurt onder een roesverdoving (of algemene verdoving)._Bij dit onderzoek bestaat er een risico op perforatie van de darm. Dit onderzoek voert men in het kader van kankerscreening elke 10 jaar uit."

  - Heeft u nog vragen over dit onderzoek? Ziet u zichzelf ooit dit onderzoek laten doen? Waarom wel? Waarom niet?

- Mocht uw huisarts u voorstellen om een onderzoek te doen in de preventie van darmkanker, zou u dat zien zitten? Waarom wel? Waarom niet?

- Als u nu zou moeten kiezen tussen de verschillende mogelijke screenings-onderzoeken voor darmkanker, welk onderzoek zou u kiezen? Waarom?

    - FOBT
    - Sigmoidoscopie
    - Colonoscopie
    - Wat mijn huisarts mij aanraadt
    - Ik weet het niet
    - Ik zou me niet laten screenen

- Welk onderzoek zou u iemand anders, die tussen deze verschillende onderzoeken moet kiezen, aanraden om te doen? Waarom?

- Wat zou volgens u de reden kunnen zijn dat sommige mensen zich wel laten screenen, en anderen niet?

- Hoe denkt u dat mensen zouden kunnen aangespoord worden om zich te laten screenen voor darmkanker?

- Zijn er nog dingen die u nog zou willen zeggen?

8.5 Bijlage 5: Vragenlijst artsen

Om te beginnen, zou ik u graag wat gegevens over uzelf willen vragen.

Geslacht	M / V
Leeftijd	jaar
Type huisartsenpraktijk	Solopraktijk – duopraktijk - groepspraktijk Stedelijk – randstedelijk - landelijk

Interview

- Wat weet u over **darmkanker**? Wat denkt u erover? Is dit volgens u een belangrijk gezondheidsprobleem? In hoeverre schat u in dat uw patiënten hiervoor 'vatbaar' zijn? Hoe schat u uw eigen risico op het krijgen van darmkanker in?

- Gelooft u dat er bepaalde dingen/methoden bestaan die **kanker kunnen voorkomen**? Wat is dat volgens u? Welk mechanisme zit hier achter? Hoe groot schat u dat effect in?
    - *Als 'ja':*
      Wat raadt u uw patiënten aan?

- Zijn er volgens u bepaalde methoden om een **kanker vroegtijdig op te sporen**? Kunt u hier voorbeelden van geven? Hoe werkt dit volgens u?

- Wat is uw ervaring met **screening** in het algemeen? Heeft screening volgens u zin? Helpt het volgens u om kanker vroegtijdig op te sporen? Waarom wel? Waarom niet?

- Welke methodes raadt u uw patiënten reeds aan? Bij welke kankers? Waarom? Welke resultaten heeft u hier reeds mee bereikt?

- Wat denken de <u>patiënten</u> volgens u over screening? Zijn ze hier volgens u mee bezig? Hebben patiënten u op eigen initiatief al aangesproken om zich te laten screenen in het algemeen? En wat betreft darmkanker?

- Bent u van plan uw houding ivm screening in de toekomst te veranderen? Wat zijn hierbij de doorslaggevende factoren? Waarom zou u dat doen/niet doen? Wat verwacht u van een screeningsonderzoek (voordelen)? Zijn er volgens u nadelen?

- Heeft u ooit gehoord over **darmkankerscreening**?
    - *Als 'ja':*
        - Waar heeft u hierover gehoord of gelezen? Kan u er iets meer over vertellen?
        - Wat weet u hierover?
        - Hoe werkt dit volgens u?
        - Op welke manier(en) kan men screenen naar darmkanker? Wat verwacht u van darmkankerscreening?

- Wat zijn er de voordelen en nadelen van?
- Raadt u darmkankerscreening actief aan uw patiënten aan? Doet u dit vaak? Aan welke patiënten raadt u het aan?
  Waarom wel? Waarom niet?
  Verwacht u van patiënten dat ze u zelf naar screening vragen?
- Bent u van plan uw houding in de toekomst te veranderen? Wat zijn hierbij de doorslaggevende factoren? Waarom zou u dat doen/niet doen?

- Nu zou ik u graag wat informatie geven over de voor- en nadelen van darmkankerscreening.
  - "Bij darmkankerscreening wordt er een onderzoek gedaan om poliepen (= goedaardige gezwellen in de darm, waaruit later kanker zou kunnen ontstaan) of darmkanker op te sporen, nog vóórdat er klachten zijn. "
  - <u>Voordelen</u> van darmkankerscreening zijn:
    - dat de kanker vroeger gedetecteerd wordt, en
    - dat er daardoor een minder invasieve behandeling nodig is
    - dat er door sommige testen te doen een kleinere kans is om te sterven aan darmkanker (Info voor onderzoekers: mortaliteit 16% gedaald door FOBT; effect van colonoscopie op mortaliteit werd nog niet onderzocht; sigmoidoscopie zou volgens 1studie na 7jaar wel effect hebben. Het barium enema is nog niet verder onderzocht in het kader van CRC-screening).
  - Toch heeft kankerscreening ook <u>nadelen</u>:
    - Het is mogelijk dat er bij het onderzoek geen afwijking gevonden wordt, maar dat er toch kanker aanwezig is. Het onderzoek is dus vals negatief. Concreet is een FOBT in 98% van de gevallen negatief. Bij 0,33% van de negatieve FOBT's is er toch darmkanker aanwezig.
    - Ook het omgekeerde is mogelijk: het onderzoek toont een afwijking, waarna deze afwijking met een andere test verder onderzocht wordt (nl. colonoscopie). Bij deze 2de test blijkt dan dat het toch geen kanker is. Het resultaat van de FOBT was dus vals positief. Concreet geeft 2% van de FOBT's een positief resultaat. Hiervan is 16,5% inderdaad darmkanker, 83,5% blijkt bij verder onderzoek ahv colonoscopie geen darmkanker te zijn).
    - Algemeen bedragen voor FOBT de sensitiviteit en de specificiteit beiden ongeveer 92%. Voor colonoscopie is de sensitiviteit +- 98%, de specificiteit bij een correct uitgevoerd onderzoek 100%.
    - Het is mogelijk dat je door een afwijkende screeningstest een (ingrijpende) behandeling moet krijgen, terwijl de darmkanker later niet de oorzaak van je overlijden zou geweest zijn.

- Welke indruk geeft deze informatie u, die ik u nu juist gegeven heb? Verandert dit uw visie?

- *Als de huisarts hierboven vertelde dat hij/zij patiënten reeds heeft laten screenen tegen darmkanker:*

  U vertelde daarnet dat u reeds patiënten heeft gescreend op darmkanker.
  - Op welke manier is dit gebeurd?
  - Hoe was dat voor u?
  - Heeft u dit onderzoek na een bepaalde tijd herhaald? Na hoeveel tijd was dit?
  - Hoe verzekert u de follow-up?
  - Hoe gaat u daar mee om in het EMD?

  Nu zou ik u graag wat informatie geven over de verschillende screeningsmogelijkheden ivm darmkanker.

  "Er zijn een aantal testen die men kan laten doen als preventie voor darmkanker, of ten minste om de darmkanker te ontdekken voordat het uitgezaaid is":

  - *Leg FOBT uit.*
    "Dit is een onderzoek waarbij men vraagt om zelf op 3 opeenvolgende dagen een stoelgangsstaal te verzamelen. Deze stalen onderzoekt men op de aanwezigheid van bloed, aangezien men weet dat darmkanker de neiging heeft om af en toe te bloeden, maar dat het bloed vaak onzichtbaar is voor het blote oog. Indien er bloed gevonden wordt, dient men een colonoscopie te plannen. Het onderzoek dient elke 1 à 2 jaar herhaald te worden, en kent geen complicaties. "

    - Heeft u nog vragen over dit onderzoek? Ziet u zichzelf ooit dit onderzoek laten doen? Waarom wel? Waarom niet?
    - Zou u zelf de resultaten aflezen? Of via het labo? Wat is volgens u het verschil? Waarop zou u uw keuze baseren? Wat zijn belangrijke argumenten voor u?
  - *Leg sigmoidoscopie uit.*
    "Dit is een onderzoek dat een lichte voorbereiding van de darm vergt via een lavement/klysma, om zo het laatste deel van de darm vrij van stoelgang te maken. Nadien gaat men met een flexibele slang in het laatste deel van de dikke darm kijken of er verdachte letsels zichtbaar zijn. Men weet dat in dat deel van de darm de meeste kankers zitten. De procedure gebeurt onder een roesverdoving en dient elke 5jaar te gebeuren."

    - Heeft u nog vragen over dit onderzoek? Ziet u zichzelf ooit dit onderzoek laten doen? Waarom wel? Waarom niet?
  - *Leg colonoscopie uit.*
    "Dit onderzoek is vergelijkbaar met het voorgaande, maar toch iets ingrijpender. Er is een betere voorbereiding van de darm noodzakelijk en het vergt meestal een dagopname in het ziekenhuis. Eerst dien je een sterk laxerende vloeistof te drinken om de darmen stoelgangvrij te krijgen. Nadien bekijkt de arts met

een flexibele slang via de anus de gehele dikke darm op verdachte letsels. Van eventueel aanwezige letsels kan een stukje weefsel worden weggenomen om in het labo te onderzoeken. De procedure gebeurt onder een roesverdoving (of algemene verdoving). Bij dit onderzoek bestaat er een risico van bloeding of van perforatie van de darm. Dit onderzoek voert men in het kader van kankerscreening elke 10 jaar uit."

- Heeft u nog vragen over dit onderzoek? Ziet u zichzelf ooit dit onderzoek laten doen? Waarom wel? Waarom niet?

- Mocht uw patient u vragen om een onderzoek te laten doen in de preventie van darmkanker, zou u dat zien zitten/daarin meegaan? Waarom wel? Waarom niet?

- Als u nu zou moeten kiezen tussen de verschillende mogelijke screenings-onderzoeken voor darmkanker, welk onderzoek zou u uw patiënt aanraden? Waarom?
    - FOBT
    - Sigmoidoscopie
    - Colonoscopie
    - Wat mijn huisarts mij aanraadt
    - Ik weet het niet
    - Ik zou me niet laten screenen

- Welk onderzoek zou u voor uzelf kiezen om te ondergaan? Waarom?

- Wat zou volgens u de reden kunnen zijn dat sommige mensen zich wel laten screenen, en anderen niet?

- Hoe denkt u dat mensen zouden kunnen aangespoord worden om zich te laten screenen voor darmkanker?

- Zijn er nog dingen die u nog zou willen zeggen?