Opsporing van de doelgroep voor screening op colorectaal carcinoom

in de huisartspraktijk

Manama proefwerk huisartsgeneeskunde 2010-2012

Promotor: Prof. Dr. B. Schoenmakers

Co-promotor, praktijkopleider: Dirk Mertens

Thomas Mertens

Dankwoord

Het tot stand brengen van een thesis lukt meestal pas goed wanneer er voldoende hulp en begeleiding aanwezig is. Deze thesis is hierop geen uitzondering. Graag wens ik mijn promotor, professor Birgitte Schoenmakers, te bedanken voor de enthousiaste begeleiding en vaak ook snelle reactie op alle hulpvragen die tijdens dit werk naar boven kwamen.

Naast het grote schrijf- en denkwerk dat door mijn promotor ondersteund werd, ben ik ook dank verschuldigd aan mijn praktijkopleider die erg actief heeft meegewerkt om het project vlot te laten verlopen. Uiteraard bedank ik ook de meewerkende patiënten, de collega's en praktijkassistenten die hun steentje hebben bijgedragen aan het geheel.

Abstract

Achtergrond

Screening naar colorectale kanker wordt in Vlaanderen nog niet in het algemeen georganiseerd. De gemiddelde huisarts heeft slechts beperkte ervaring met het gebruik van faeces occult bloed testen (FOBT) voor deze screening. Deze studie probeert een antwoord te geven op de vraag hoe de huisarts de doelgroep voor deze screening efficiënt kan opsporen.

Methode

In een opleidingspraktijk werd de colorectale screening met FOBT georganiseerd voor patiënten van 50 tot en met 74 jaar met een actief globaal medisch dossier (GMD) in deze praktijk (n=1492). In de eerste fase werden patiënten gesensibiliseerd dmv een patiëntenfolder in de wachtkamer. In de tweede fase werd de arts bij een nieuw patiëntencontact herinnerd door middel van een pop-up venster dat in het EMD verscheen bij potentieel geschikte patiënten. In de derde fase werd een oproepingsbrief verstuurd naar 40 patiënten die willekeurig werden geselecteerd uit de potentiele screeningspopulatie (cf supra).

Resultaten

De globale participatiegraad bedraagt 10% (154/1021 patiënten). De bijdrage van de foldermethode bedraagt 10% (98/1021) en van de pop-up methode 4% (41/1021). De briefmethode bereikt in verhouding meer patiënten: 37,5% (15/40). De leeftijdscategorie van de 65-59 jaar bereikt in verhouding de hoogste participatiegraad. Het beoogde minimum van 100 patiënten werd ruimschoots overschreden, namelijk 154 patiënten.

Conclusie

Het versturen van een oproepingsbrief is de meest efficiënte methode om patiënten te bereiken en uiteindelijk te screenen. Deze methode lijkt nog efficiënter wanneer de brief in naam van de eigen huisarts wordt verzonden, in plaats van een hogere instantie (m.n. overheid of organisatie). Het gebruik van patiëntenfolders in de wachtkamer en de consultatieruimte heeft een relatief lage opbrengst, maar kan een toegevoegde waarde betekenen in het geheel. Over het gebruik van pop-up's in het EMD kunnen we uit deze studie geen conclusies trekken. Er lijkt met die methode een uitdovend effect te bestaan. Uitnodigen van patiënten tijdens de consultatie hangt wellicht in belangrijke mate af van de aandacht van de arts voor deze topic.

Inhoud

Dankwoord 2
Abstract 3
Achtergrond 3
Methode 3
Resultaten 3
Conclusie 3
Inleiding 5
Waarom preventie? 5
Criteria voor een goede screening 6
Colorectale kanker screening 7
Onderzoeksvraag 8
Populatie 9
Studie opzet 10
Uitkomstmaat 11
Resultaten 11
Discussie 17
Conclusie 19
Bijlagen 20
Bijlage 1: Definities 20
Bijlage 2: Patiënten folder 22
..... 22
Bijlage 3: Oproepingsbrief 22
Bijlage 4: vragenlijst aan een aantal collega's huisartsen 23
Bibliografie 24

Inleiding

Waarom preventie?

Preventie heeft altijd een belangrijke rol gespeeld in het leven van de mens. Problemen voorkomen is vaak interessanter dan ze te ondergaan. Preventie in het algemeen, maar ook preventie van ziekte wordt daarom door iedereen hoog in het vaandel gedragen.

Het woord preventie komt van het Latijnse “pre-venire”, wat letterlijk “voorkómen, verhinderen, vroegtijdig beëindigen” betekent. Preventie bestaat op alle domeinen: brandpreventie, inbraakpreventie, … te veel om op te sommen. In de geneeskunde kan preventie omschreven worden als "het deel van de gezondheidszorg dat maatregelen en acties omvat die tot doel hebben de gezondheid te bevorderen, te beschermen of te behouden.” (1).

De deontologische plichtenleer beschrijft preventie als een deel van ons takenpakket. Logischerwijs vragen patiënten om een goede risico-analyse wat betreft hun gezondheid. Een arts wordt dus geacht om alle gezondheidsrisico’s te herkennen en daarop in te spelen. Wie te lang talmt tot het overgaan naar investigatie of interventie, krijgt wel eens te maken met een gerechtelijke procedure. De druk om medische errata te vermijden, wordt dus opgevoerd naar de voorspellende geneeskunde.

De huisarts heeft een centrale rol te vervullen in het preventiekader. Zijn kennis van de wetenschap, in combinatie met de context van de patiënt, stelt de huisarts in staat om het nut van bepaalde preventieve interventies goed in te schatten. Het is belangrijk te beseffen dat ziektepreventie en gezondheidspromotie niet louter en alleen taken van gezondheidsmedewerkers zijn. Er is steeds een ruime psychosociale context waarbinnen geageerd wordt. Het is daarom van groot belang om telkens het standpunt van de patiënt tegenover preventieve acties te kennen. Het gaat immers niet zelden om ingrijpende veranderingen in levensstijl: een voorbeeld hiervan is rookstop (2). Het is voor een drukbezette huisarts echter niet evident om steeds goed geïnformeerd te zijn over de bestaande richtlijnen en hun efficiëntie in de praktijk. Bovendien verwacht de patiënt bij zijn consultatie in de eerste plaats een oplossing voor zijn huidig probleem (3). Het is daarom uitermate belangrijk dat elke preventieve daad gebaseerd is op stevige onderzoeksargumenten en bewezen effectief is (4).

Uitgaande van deze situatie, zijn screeningsrichtlijnen het cement voor de bouw van een goed preventiekader. Wanneer men nog een stap verder zou gaan, komen we bij het (gedeeltelijk) 'uitbesteden' van bepaalde preventieve taken aan een preventiecentrum of het oprichten van een nationaal screeningsprogramma (cf. borstkanker).

Criteria voor een goede screening

In 1968 legden Wilson en Jungner een aantal criteria vast, waaraan moet voldaan zijn om een zinvolle screening te organiseren (5).

- De aandoening is een belangrijk gezondheidsprobleem voor het individu en de gemeenschap.
- Er is een aanvaardbare behandeling of bruikbare interventie voor patiënten met de aandoening.
- Er zijn mogelijkheden voor diagnose en behandeling beschikbaar.
- Er is een herkenbaar latent of vroegtijdig symptomatisch stadium.
- Er bestaat een geschikte test of geschikt onderzoek
- De test is aanvaardbaar voor de populatie
- Het natuurlijke verloop van de aandoening is gekend.
- Er is een beleid inzake verwijzing voor verder onderzoek en behandeling van patiënten.
- De kosten, inclusief personen die verdere diagnostiek en behandeling vereisen, zijn afgewogen tegen de totale uitgaven aan gezondheidszorg.
- Het is een continu proces.

In sommige landen worden nog extra criteria toegevoegd aan deze lijst. In Vlaanderen gebeurt dit ook op een eigen manier. In 2003 werd er een wet voorzien over preventief gezondheidsbeleid. Hiermee wil de Vlaamse regering voorkomen dat de bevolking wordt blootgesteld aan onderzoeken die onvoldoende nut hebben bewezen. Zo worden de overheidsfinanciën efficiënter aangewend. Bevolkingsonderzoeken kunnen dus niet ingevoerd worden zonder de goedkeuring van de Vlaamse overheid. In België is het bijgevolg mogelijk dat er verschillen bestaan in screeningsonderzoeken tussen Vlaanderen en Wallonië (6).

Colorectale kanker screening

Kanker is een belangrijke oorzaak van sterfte in de westerse wereld. De redenen hiervoor zijn divers. Ten eerste is de levensstandaard tegenwoordig sterk verbeterd, waardoor mensen langer leven. Zo is er dus meer tijd en gelegenheid voor kankers, om zich te ontwikkelen. Ten tweede wordt de mens ook blootgesteld aan een brede waaier van risicofactoren die het ontstaan van bepaalde kankers kan bevorderen.

Deze redenen gelden ook in meer of minder mate voor het ontstaan van colorectale kanker. Op basis van cijfers van het Intego netwerk, is vast te stellen dat de incidentie van colorectale kanker stijgt met de leeftijd. De meerderheid van de nieuwe diagnoses wordt zelfs gesteld in de leeftijdscategorie boven 75 jaar. Naast dit gegeven staat ook het feit dat colorectale kanker in Vlaanderen de tweede meest voorkomende kanker is bij vrouwen (na borstkanker) en de derde meest voorkomende kanker bij mannen (na prostaat- en longkanker). Jaarlijks worden in Vlaanderen ongeveer 4250 nieuwe diagnoses van colorectale kanker gesteld. Daarnaast hebben colorectale kankers ook een belangrijk aandeel in mortaliteit. Gemiddeld overlijden hieraan jaarlijks ongeveer 1800 Vlamingen. In 2008 stierven bijvoorbeeld 913 mannen en 804 vrouwen aan colonkanker. Per 100 000 inwoners komt dit overeen met 30 mannen, respectievelijk 25.8 vrouwen. (7)

Hiermee staat colorectale kanker op plaats 8 in de lijst van doodsoorzaken. Op basis van de incidentiecijfers die het Intego netwerk verzamelde sinds 1994, wordt geschat dat een huisarts gemiddeld om de vier à 5 jaar geconfronteerd word met een nieuwe diagnose. De colorectale kanker blijkt bijgevolg een **belangrijk gezondheidsprobleem** te zijn in Vlaanderen.

De meest aanvaarde **hypothese** aangaande het ontstaan van colorectale kanker, is de adenoma-carcinoma sequens. Deze hypothese stelt dat een bepaalde genetische voorbeschikking in combinatie met bepaalde omgevingsfactoren kan leiden tot de vorming van adenomen ter hoogte van de darmmucosa. Onder invloed van omgevingsfactoren kunnen adenomen dysplastische activiteit beginnen te ontwikkelen zodat een carcinoom ontstaat. Dit stapsgewijze proces verloopt over vele jaren. Gemiddeld genomen duurt dit proces 8 à 10 jaar.

Er bestaat er een **nuttige interventie en aanvaardbare behandeling** bij patiënten met adenomen of lokaal beperkte carcinomen. De diagnose wordt gesteld middels een biopsie tijdens een coloscopie. De coloscopie kan in een aantal gevallen eveneens therapeutisch zijn,

wanneer het gezwel klein genoeg is. Indien deze techniek niet voldoet, kunnen heelkundige interventies met of zonder eventuele radio- of chemotherapie een zeer goede behandeling zijn.

Screening op colorectale kanker kan op verschillende manieren gebeuren. De mogelijkheden reiken van faeces occult bloed test (FOBT), over sigmoidoscopie, naar coloscopie, en ook virtuele colonoscopie en combinaties zijn beschreven. Als de verschillende internationale richtlijnen met elkaar vergeleken worden, zien we dat er toch wel verschillen bestaan. De meeste richtlijnen raden een- of tweejaarlijkse FOBT aan. Een aantal richtlijnen gebruikt iFOBT, anderen dan weer gFOBT[i]. De leeftijd van de doelgroep verschilt ook[ii]. Internationaal is er dus geen eenduidigheid. Omwille van diverse redenen werd in België gekozen voor de tweejaarlijkse iFOBT. (8) (9) (10)

Aangezien er momenteel nog geen Vlaams screeningsprogramma voor colorectale kanker loopt, gebeurt deze screening ook niet frequent. De huisarts is nog niet vertrouwd met deze test en het aanbieden van deze screeningsmogelijkheid lijkt dan ook extra moeite te kosten. De arts die zich toch voor deze screening wil inzetten, wil dit uiteraard op een tijd-economische manier kunnen doen. In dit onderzoek proberen we na te gaan hoe efficiënt deze organisatie op niveau van de huisartspraktijk kan.

Onderzoeksvraag

In dit onderzoek wordt nagegaan wat het effect is van verschillende oproepmethoden voor colorectale screening in de huisartspraktijk. De response-ratio's en de uitval voor de verschillende oproepmethoden worden vergeleken en getoetst aan de bestaande aanbevelingen en studies.

We maken gebruik van 3 methoden die mekaar opvolgen in de tijd:

- Patiënten folder in de wachtkamer (bijlage 2)
- Een pop-up in het EMD voor screening bij het patiëntencontact
- Versturen van oproepingsbrieven naar doelgroep (bijlage 3)

Daarnaast wordt in een kwalitatief onderzoek de haalbaarheid van deze oproepmethoden voor de huisartsen bevraagd.

Populatie

De bestudeerde populatie bestaat uit patiënten tussen 50 en 75 jaar die geen verhoogd risico op colorectale kanker hebben en het voorbije jaar hun GMD bevestigd hebben. Op basis van leeftijd kwamen bij de start van het onderzoek (september 2011) 1495 patiënten in aanmerking. Bij gelegenheid werd hun persoonlijk risico verder ingeschat.

De exclusiecriteria zijn:

- Leeftijd <50 jaar en >75 jaar
- 1e graadsverwant met CoReCa met diagnose <60jaar
- Meer dan 1 eerstegraadsverwant met CoReCa ongeacht leeftijd diagnose
- Erfelijke aandoeningen: HNPCC, FAP
- Persoonlijke antecedenten van adenomateuze poliepen
- Reeds een resectie ondergaan voor colorectale kanker
- > 8 jaar colitis ulcerosa of ziekte van Crohn
- Combinatie van rectaal bloedverlies met lossere stoelgang en/of verhoogde stoelgangfrequentie die langer dan zes weken duurt
- Veranderingen in stoelgangpatroon, langer durend dan zes weken, ook zonder rectaal bloedverlies
- Rectaal bloedverlies zonder anale symptomen
- Anaal bloedverlies bij mensen ouder dan 60 jaar

Studie opzet

Dit onderzoek is prospectief met opvolging in 3 fasen waarbij er in het totaal ook 3 methoden gebruikt worden. Elke fase duurt ongeveer 45 dagen.

In een ***eerste fase*** maken we gebruik van een patiënten folder die ter beschikking ligt in de wachtkamer en op de consultatietafel. Deze folder bevat informatie over het belang van darmkanker en het nut van vroegtijdige opsporing. Patiënten die geïnteresseerd zijn kunnen de folder lezen en vrijblijvend hierover vragen stellen aan de arts. Het initiatief ligt hier bij de patiënt zelf. Aan patiënten die in aanmerking komen, stelt de arts vervolgens een screeningsonderzoek voor. De foldermethode start in deze fase, maar blijft beschikbaar gedurende het hele verloop van de studie.

In een ***tweede fase*** maken we gebruik van een pop-up venster dat in het EMD verschijnt bij een nieuw patiëntencontact. Deze pop-up verschijnt bij alle patiënten tussen 50 en 75 jaar. Op deze manier wordt de arts eraan herinnerd om het onderwerp ter sprake te brengen tijdens de consultatie. Deze pop-up-methode blijft ook verder doorlopen tot het einde van de studie.

In een ***derde fase*** worden 40 doelgroeppatiënten (obv leeftijd van 50 t/m 74 jaar) per brief opgeroepen om zich te laten screenen (briefmethode). Dit is de laatste fase en hierin geven we de patiënt 45 dagen tijd om te reageren.

Bij elke methode poogt de arts dus om een gesprek op gang te brengen met betrekking tot de colorectale kankerscreening. De patiënten krijgen uitleg over het ontstaan en het verloop van darmkanker en het nut van vroegtijdige ontdekking. De werking van de iFOB-test wordt eveneens toegelicht.

In het tweede luik van dit onderzoek, wordt er een vragenlijst aan de artsen van de praktijk gegeven. Deze bevat vragen over de houding en kennis van de huisarts met betrekking tot colorectale kankerscreening en screening in het algemeen. De artsen moeten hun eigen kennis over de screening inschatten en verantwoorden. Er wordt gepeild naar hun huidige preventiebeleid en redenen voor het al of niet toepassen van bepaalde preventierichtlijnen.

Uitkomstmaat

De uitkomstmaat is de responseratio per gebruikte methode. Per methode wordt ook bekeken hoe groot de responsratio per tijdsinterval is. Deze responsratio's worden vervolgens getoetst aan cijfers uit andere publicaties. Methoden onderling worden ook vergeleken.

De participatiegraad van een screeningsprogramma moet in het algemeen 40-50% bedragen om maatschappelijk relevant te zijn. In een Nederlands vooronderzoek waar men gebruik maakte van iFOBT bereikte men een participatiegraad van 60%. Dit zou een goede doelstelling zijn om na te streven. Dit betekent concreet dat er 897 patiënten moeten worden gescreend om aan de prestatie van het Nederlands vooronderzoek te kunnen tippen. Gezien het tijdsbestek in deze studie vrij kort is en ook de middelen beperkt zijn, wordt een streefdoel van minstens 100 patiënten vooropgesteld.

Resultaten

Totaal aantal deelnemers

Over verloop van heel de studie (4.5 maanden) hebben 154 patiënten zich ingeschreven voor de screening (deze mensen ondertekenden een formulier voor informed consent). Van deze groep hebben 142 patiënten effectief de screeningstest laten uitvoeren. Een reden voor uitval was voor 6 personen een coloscopie in het recent verleden. Deze mensen werden omwille van verhoogd risico reeds opgevolgd met coloscopisch onderzoek. De reden van uitval bij de 5 andere ingeschreven patiënten is niet bekend. De potentiële screeningspopulatie (leeftijd 50 t/m 74jaar) bestond bij start uit 1492 patiënten. Over verloop van deze screeningsperiode werd er in 1021 van deze 1492 patiëntendossiers een update geregistreerd. Dit betekent meestal dat de patiënt consulteerde (nieuw patiëntencontact), al kan dit soms ook gebeuren door invoer van een protocol of van een extern verslag. Dit cijfer zal bijgevolg niet honderd procent correct zijn, maar gezien de afwijking vermoedelijk zeer beperkt is wordt deze waarde als schatting gebruikt. Naar schatting consulteerden dus ongeveer 1021/1492 patiënten in de studieperiode. Zij konden dus in contact komen met de foldermethode.

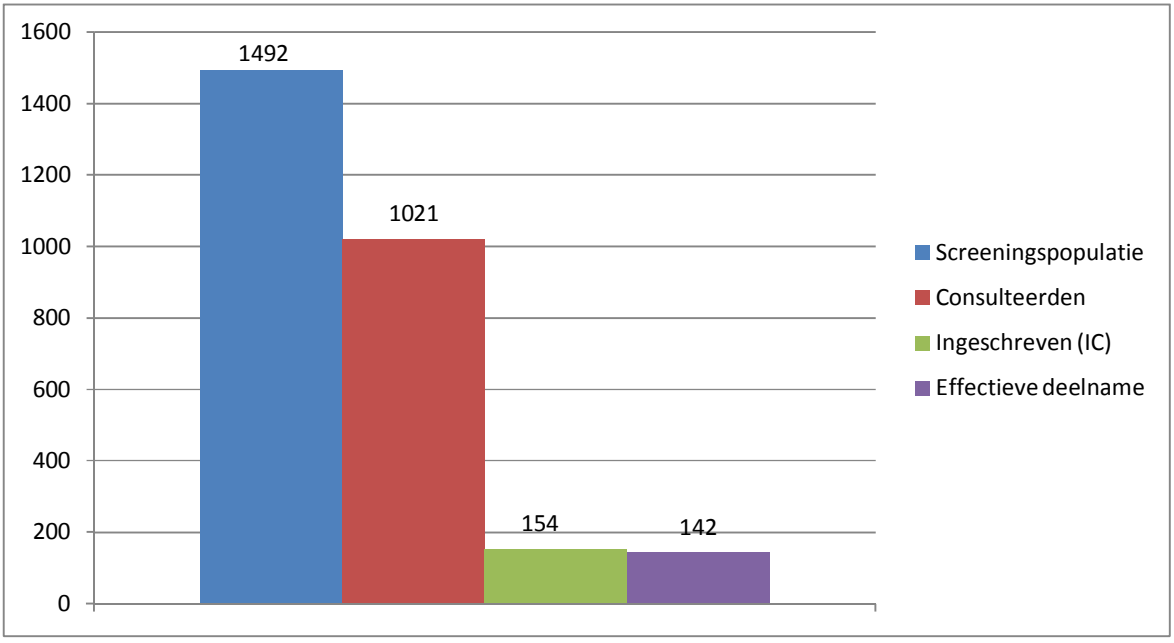
De response ratio in studie is 154/1021. Frequent gehoorde argumenten om niet deel te nemen waren: "De volgende consultatie misschien", "niet echt nodig bij mij," of "ik doe niet mee aan screening". Het meest gebruikte argument had echter te maken met de organisatie van

onze screening. Gewoonlijk werden de patiënten naar de HAIO verwezen om de nodige uitleg over de screening te verschaffen. Het wachten of terugkomen voor dit informerend gesprek was frequent een groot obstakel. Om hoeveel patiënten het hier gaat is niet exact geweten, daar de uitval in deze methode niet geregistreerd werd. Over de hele studie (154 patiënten) zijn 3 iFOB testen positief bevonden. Deze patiënten werden allen doorverwezen voor een coloscopie.

Tabel 1: Studiepopulatie

Studiepopulatie	Aantal patiënten	
Totale screeningspopulatie	1492	
Waarvan patiënten die consulteerden	1021	
Waarvan patiënten die inschreven (IC)	154	10% v screeningspopulatie
Waarvan patiënten die effectief deelnamen	142	

Figuur 1: Visuele weergave van de studiepopulatie



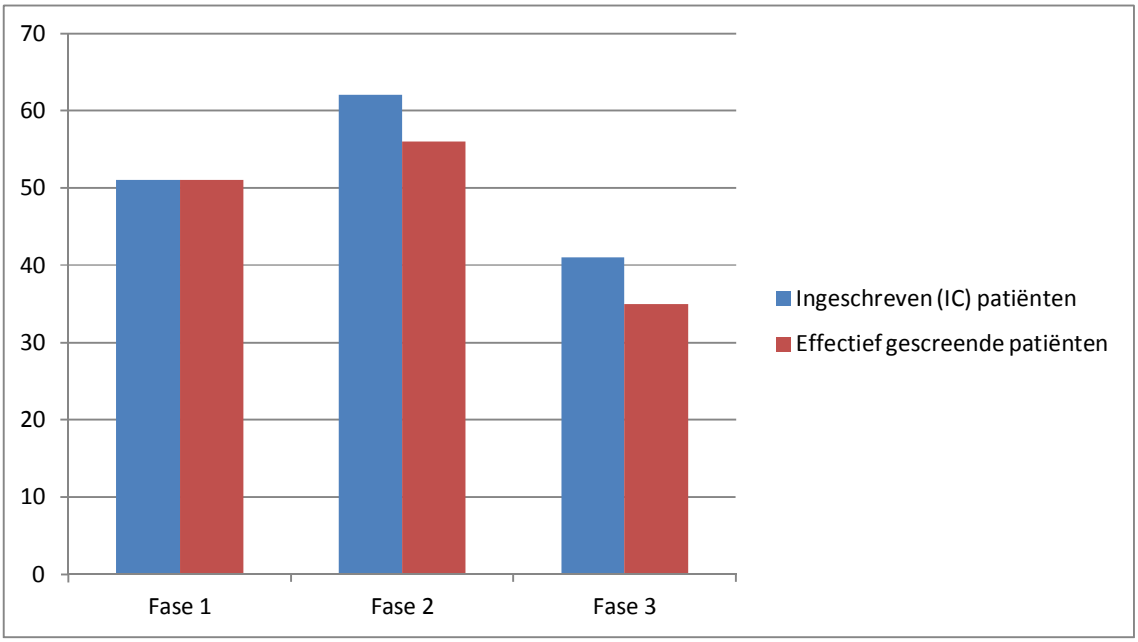
Deelname per fase

In de eerste fase (waarin enkel de foldermethode gebruikt werd,) werden 51 patiënten bereikt en gescreend. In de daaropvolgende fase (foldermethode en pop-up-methode) werden 62 patiënten bereikt waarvan 56 gescreend werden. Tijdens de laatste fase (foldermethode, pop-up-methode en briefmethode) werden 41 patiënten bereikt waarvan 35 mensen werden gescreend. Er werden in het totaal 73 vrouwen en 81 mannen geregistreerd. Er is dus een verschil tussen beide geslachten te bemerken.

Tabel 2: Inschrijvingen en deelnemers per studiefase

Fase n°	Aantal ingeschreven pat.	Aantal gescreende pat.
1	51	51
2	62	56
3	41	35

Figuur 2: Inschrijvingen en deelnemers per studiefase



Deelname per methode

Wanneer een patiënt zich aanmeldde voor de screening, werd steeds nagevraagd via welke methode hij/zij in contact kwam met deze studie. De foldermethode blijkt steeds een belangrijk aandeel in te nemen, hoewel zijn belang vermindert naarmate de andere oproepmethodes ook in gebruik worden genomen (m.n. in fase 2 en 3). De folder kon 98 patiënten bereiken over de 3 fasen heen. Gemiddeld betekent dit 32 patiënten in elke fase.

De pop-up-methode heeft behoorlijk wat succes in de startfase, maar lijkt duidelijk minder effect te hebben in de daaropvolgende fase (resp 30 en 7 patiënten). Dit betekent gemiddeld 18.5 patiënten in elke fase.

Het gebruik van de briefmethode leverde een respons van 15 op 40 patiënten op (37.5%). Dit cijfer is mogelijks een onderschatting, aangezien binnen onze selectie nog patiënten kunnen zitten die onder de exclusiecriteria vallen. Dit komt omdat de selectie louter op basis van leeftijd werd gemaakt. De andere exclusiecriteria werden steeds tijdens het informerend gesprek bevraagd. Indien er patiënten uit de selectie wegvallen, wordt de waarde van de noemer in de breuk kleiner, waardoor de verhouding groter wordt.

De meerderheid van de deelnemers bij deze methode zijn eveneens mannen (10 vs 5).

Tabel 3: Aantal deelnemers per methode en per studiefase

	Folder	Pop-up	Brief	Som van alle methoden
Fase 1	47	4		51
Fase 2	32	30		62
Fase 3	19	7	15	41
Totaal	98	41	15	154

Deelname per scholingsgraad

Wanneer we de scholingsgraad van de patiënt onder de loep nemen, merken we dat er slechts een klein aantal universitair en hoger geschoolden deelnamen (resp 7 en 19 patiënten).

Deelname per leeftijd

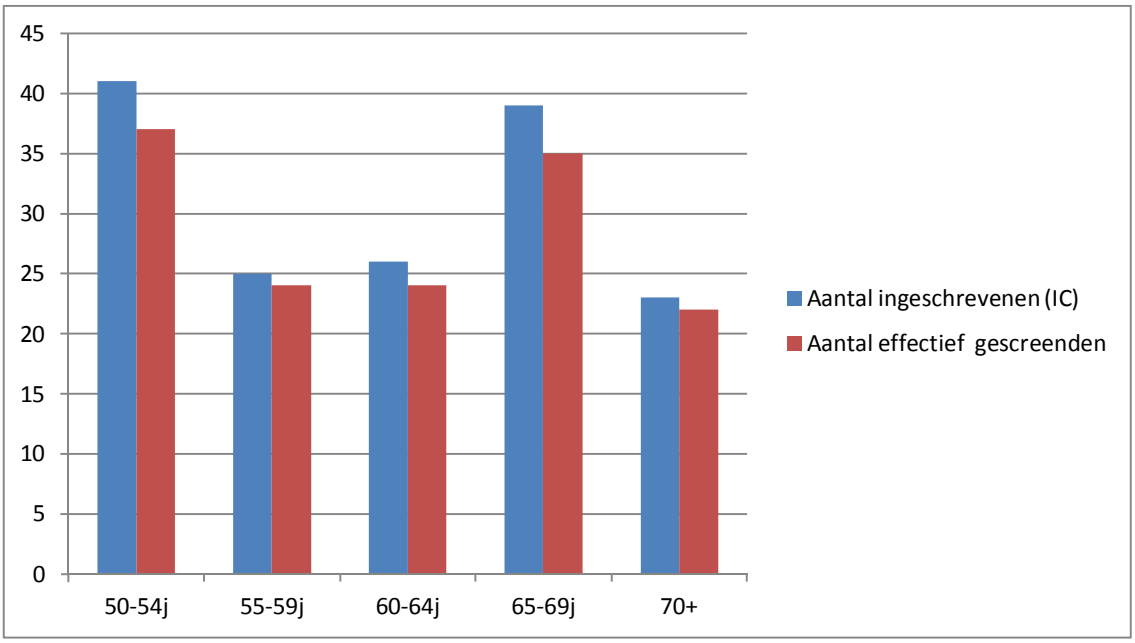
We kunnen de leeftijd ook in categorieën indelen. Enerzijds 50-65 en anderzijds 65-75 (resp "actieve bevolking" en "pensioengerechtigde bevolking"). Hier zien we deelnamecijfers van resp 88 en 53 personen. Als het relatieve aantal screenings bekeken wordt, blijkt dat de 65 plussers de hoogste responsratio hebben. Dit komt ook ongeveer overeen met resultaten uit het Vlaams vooronderzoek waar vooral de categorie 60-69 jaar het best scoorde.

Tabel 4: Aantal deelnemers per leeftijdscategorie

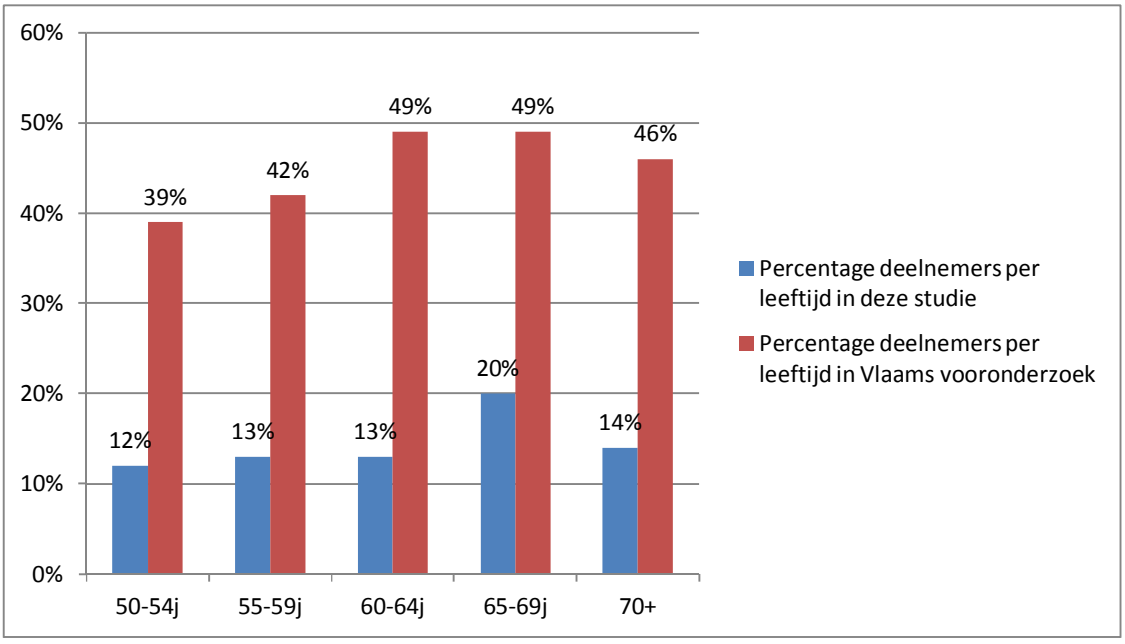
Leeftijd	Aantal ingeschreven	Aantal gescreend	Noemer*	% ingeschreven
50-54	41	37	325	12 %
55-59	25	24	188	13 %
60-64	26	24	194	13 %
65-69	39	35	191	20 %
70+	23	22	123	14 %
Totaal	154	142	1021	

* Noemer: aantal patiënten dat in de studieperiode consulteerden, en dus 'blootgesteld' werden aan de oproepmethodes.

Figuur 3: deelname per leeftijdscategorie



Figuur 4: Deelname per leeftijdscategorie in percentage



Nationaliteiten

Onder de deelnemers bevonden zich 12 patiënten met Nederlandse, 1 patiënt met Franse en 1 patiënt met Duitse nationaliteit. De andere patiënten waren allen Belg.

Enquête

Uit de rondvraag bij de collega's in de praktijk, blijkt dat iedereen in meer of mindere mate bezig is met screening. Vooral over cardiovasculaire preventie en baarmoederhalsuitstrijkjes heeft iedere arts dezelfde mening en strategie. Het gebruik van PSA waarde voor screening gebeurt door 3 van de 4 collega's, hoewel de controverse over deze parameter gekend is. Aandacht voor mammografische screening is er bij de twee vrouwelijke collega's, terwijl de mannelijke collega's dit niet noteerden als screeningstopic.

Drie collega's gebruikten wel eens FOB testen bij vermoeden van gastro-intestinale bloeding. Screening met de FOB test werd door 2 collega's al in zeer beperkte mate gedaan. De overige 2 artsen deden dit nog niet. Redenen om dit niet te doen waren onvoldoende kennis over de test en de screening enerzijds en twijfel over de waarde van de test anderzijds. Als we pijlen naar de inschatting van de arts over zijn kennis van de richtlijn, is er 1 arts die zijn kennis als

volledig beschouwd, 2 artsen als ongeveer en 1 arts beweert er geen kennis van te hebben. Twee artsen kenden de startleeftijd van deze screening. Drie artsen zouden de screening systematisch toepassen indien dit eenvoudig en efficiënt gedaan kan worden. Eén arts zou de screening niet uitvoeren, wegens twijfels over de waarde van de test.

Het eventuele uitbesteden van screening aan een preventiecentrum wordt door alle artsen afgewezen, omdat zij vinden dat dit tot het takenpakket van de huisarts behoort.

Discussie

In dit onderzoek werd de efficiëntie en haalbaarheid van drie verschillende oproepmethoden voor screening van colorectale tumoren nagegaan. De meest efficiënte methode blijkt de oproepingsbrief die door de huisarts verstuurd werd. Hiermee werd een respons ratio van 37,5% (15/40) bereikt in een periode van 45 dagen. De foldermethode en de pop-up-methode bereikten een respons ratio van respectievelijk 10% (98/1021) en 4% (41/1021) over langere perioden.

Het onderzoek leverde een globale screeningsgraad van 10% op over een periode van 4,5 maand. Dit lijkt een vrij laag cijfer in vergelijking met studies die in Nederland (11) gebeurden en ook in vergelijking met het Vlaams proefonderzoek (12). Er zijn hier wel een aantal evidente verklaringen voor te vinden.

De gebruikte methoden zijn verschillend. Het versturen van een oproepingsbrief is de meest vergelijkbare methode die in andere studies ook terug komt. Het gebruik van dit instrument werd in deze studie slechts in laatste instantie ingeschakeld. Het effect hiervan is ook groter (namelijk 37,5%) dan het globaal gemiddelde in de hele studie. Als deze methode op grotere schaal gebruikt zou worden, dan zou de globale gemiddelde screeningsgraad uiteraard beter liggen. Het is ook vermeldenswaardig dat in deze studie geen herinneringen werden verstuurd om alsnog de non-responders aan te sporen. Als het rapport van dit onderzoek naast dat van het Vlaams vooronderzoek wordt gelegd, is er na 6 weken (en zonder reminder) een belangrijk verschil merkbaar. Daar was de responsratio slechts 17.62% (in vergelijking met de 37.5% in deze studie). In een andere arm van het Vlaams vooronderzoek stuurt men de FOBT met instructies per post naar de patiënt. Deze methode werd in andere studies ook gebruikt en gaf de beste resultaten. Daar wij niet over de nodige financiële middelen beschikten om deze methode te organiseren kunnen we hiervan geen vergelijking maken.

De opbrengst van informatiefolders in de wachtkamer is moeilijk als een verhouding uit te drukken. De reden hiervoor (zoals hierboven reeds werd vermeld) is dat we niet exact weten hoeveel patiënten er effectief in contact kwamen met deze methode. Als we het aantal patiëntencontacten in het EMD in deze periode beschouwen als effectieve consultaties (en dus kans op contact met de folder), dan is het rendement van deze methode 98 op 1021 patiënten (9.6%). Een beperkte opbrengst dus, die niet in de buurt komt van de noodzakelijke minimale participatiegraad. Toch kan deze methode een toegevoegde waarde hebben, daar elke bijdrage een verschil kan maken op de totale participatiegraad (13).

Over de pop-up-methode kunnen we weinig concrete uitspraken doen. Dit heeft te maken met het feit dat de drop-outs niet werden geregistreerd bij deze methode. Het was immers moeilijk haalbaar om tijdens iedere consultatie (zeker in drukke periodes) de screeningsvraag te stellen, te registreren en de reden van drop-up te noteren. Veel gehoorde redenen om niet deel te nemen waren: weinig tijd of weinig interesse. De meest gebruikte reden had echter te maken met de organisatie van onze studie. Patiënten werden gevraagd om na hun consultatie of op een ander moment terug te komen bij de HAIO. Bij die ontmoeting werd dan de nodige uitleg over de screening en het gebruik van de test gegeven. De tijd nemen om te wachten of terug te komen voor dat gesprek was geregeld een rem op deelname aan de screening. Indien de geconsulteerde arts dit informerend gesprek zelf zou voeren, zouden er ook meer patiënten hebben deelgenomen.

We zien ook dat de pop-up-methode al snel zijn succes verliest als de aandacht van de arts hiervoor vermindert (fase 2 en fase 3 resulteerden in 30 en respectievelijk 7 geïncludeerde patiënten met deze methode). Het verschijnen van pop-up's in het EMD kan een stimulans zijn tot het verrichten van bepaalde taken. De neiging om die oproep te negeren of te vergeten wordt echter des te groter naarmate het tempo van de consultatie verhoogt.

Een andere reden waarom cijfers verschillen met resultaten uit andere studies is het tijdsaspect. Deze studie liep over een periode van 4,5 maand, terwijl veel andere studies over langere periodes lopen. Wanneer we kunnen corrigeren voor tijdsspanne, zal het verschil in opbrengst wellicht wat gereduceerd worden (getuige het eerste deel van de discussie). We zien ook dat in de drukkere periode (fase 3) een totaal aantal geïncludeerde en gescreende patiënten terugloop.

Het beoogde aantal geïncludeerde patiënten werd ruimschoots overschreden en in dat opzicht is het studieopzet geslaagd.

Uit de rondvraag in verband met screening in de huisarts praktijk, blijkt dat er wel interesse is om deze screening aan te bieden. Opgegeven argumenten voor deze interesse zijn: goedkope interventie, weinig invasief, preventie als takenpakket van de huisarts en interesse naar aanleiding van het opzetten van dit project. Twee van de vier artsen hebben in beperkte mate de FOBT gebruikt wegens weinig aandacht voor deze topic. De andere twee deden deze screening nog niet wegens te weinig kennis of niet overtuigd van de waarde van de test. Hoewel elk van de 4 artsen preventie belangrijk vinden, is er 1 arts die de FOBT niet onmiddellijk zou gebruiken. Deze arts twijfelt aan de waarde van de test. Opvallend is wel dat slechts 1 arts de richtlijn over colorectale kankerscreening meent te kennen. De anderen geven toe weinig of onvoldoende kennis hierover te hebben, de arts die de waarde van de test in twijfel trekt incluis. Het voorstel over het uitbesteden van preventie aan een preventiecentrum of nationaal programma wordt niet meteen met open armen ontvangen. Hoewel dit een verlichting van het takenpakket van de huisarts kan betekenen, beschouwen deze artsen preventie als een taak van de huisarts waarvoor geen uitbesteding nodig is.

Conclusie

Globaal genomen kunnen we besluiten dat het versturen van oproepingsbrieven (het meest) efficiënt werkt. De efficiëntie lijkt zelfs groter wanneer deze brief door de eigen huisarts wordt verstuurd, dan wanneer een hogere instantie dit doet (cf Vlaams vooronderzoek). Het gebruik van patiëntenfolders in de wachtkamer en de consultatieruimte heeft een relatief lage opbrengst, maar kan een toegevoegde waarde betekenen in het geheel. Over het gebruik van pop-up's in het EMD kunnen we geen conclusies trekken. Er lijkt met die methode een uitdovend effect te bestaan. Uitnodigen van patiënten tijdens de consultatie hangt wellicht in belangrijke mate af van de aandacht van de arts voor deze topic.

De meeste artsen lijken geïnteresseerd om deze screening uit te voeren. Hun kennis over de richtlijn en concrete aanpak lijken de voornaamste obstakels om aan deze screening te beginnen.

Bijlagen

Bijlage 1: Definities

Preventie wordt ***klassiek*** ingedeeld in drie categorieën.

1° *Primaire preventie* wil voorkomen dat een ziekte of aandoening zich kan ontwikkelen. Bv. vaccinatie.

2° *Secundaire preventie* wil ziekten en aandoeningen zo snel mogelijk opsporen om een ernstigere ziektetoestand te vermijden. Bv. borst- of darmkankerscreening voor het snel opsporen van kanker, in een stadium dat deze nog goed behandelbaar is.

3° *Tertiaire preventie* wil voorkomen dat een (chronische) ziekte zich opnieuw manifesteert of leidt tot nog zwaardere complicaties of de dood. Het doel is dus minimaliseren van blijvende lasten die veroorzaakt worden door de aanwezige aandoening. Bv. Levensstijl aanpassen na een hartinfarct om nieuwe cardiovasculair incident te vermijden.

Een ***andere vorm van indelen*** werd voorgesteld door het Nederlandse college van zorgverzekeringen. In tegenstelling tot de klassieke indeling, is deze indeling gebaseerd op de doelpopulatie van de screening (14):

1° *Universele preventie* is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van een verhoogd risico op ziekte. Doel is de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen.

2° *Selectieve preventie* is gericht op (hoog)risicogroepen in de bevolking, met als doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen. Het opsporen en naar de zorg is onderdeel van een dergelijk programma.

3° *Geïndiceerde preventie* is gericht op individuen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel de risicofactoren of symptomen die voorafgaan aan de ziekte. Doel is het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen. Zorggerichte preventie richt zich op personen met gezondheidsproblemen. Doel is het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, het verminderen van de ziektelast en het voorkómen van comorbiditeit.

Deze formulering van preventieniveau's is minder bekend en lijkt niet onmiddellijk een relevante meerwaarde te hebben, ten opzichte van de klassieke benadering. De klassieke indeling blijft in dit werk bijgevolg gehandhaafd.

Screening

Dit is de activiteit waarbij men tracht een niet eerder gediagnosticeerd gezondheidsprobleem of risicofactor bij een persoon of in een populatie te identificeren. Men maakt hierbij gebruik van testen of andere methoden die een onderscheid kunnen maken tussen personen die het betreffende probleem hebben of een groot risico lopen en personen die het probleem niet hebben (15).
Screeningsonderzoeken stellen meestal geen diagnose, maar tonen eerder de aan- of afwezigheid van een risicofactor aan, waarvoor een individuele follow-up of behandeling moet worden ingesteld. Gezien het meestal om gezonde mensen gaat, is het noodzakelijk dat het onderzoek zelf geen schade veroorzaakt. (16)

Bij *massascreening* wordt een hele populatie gescreend.

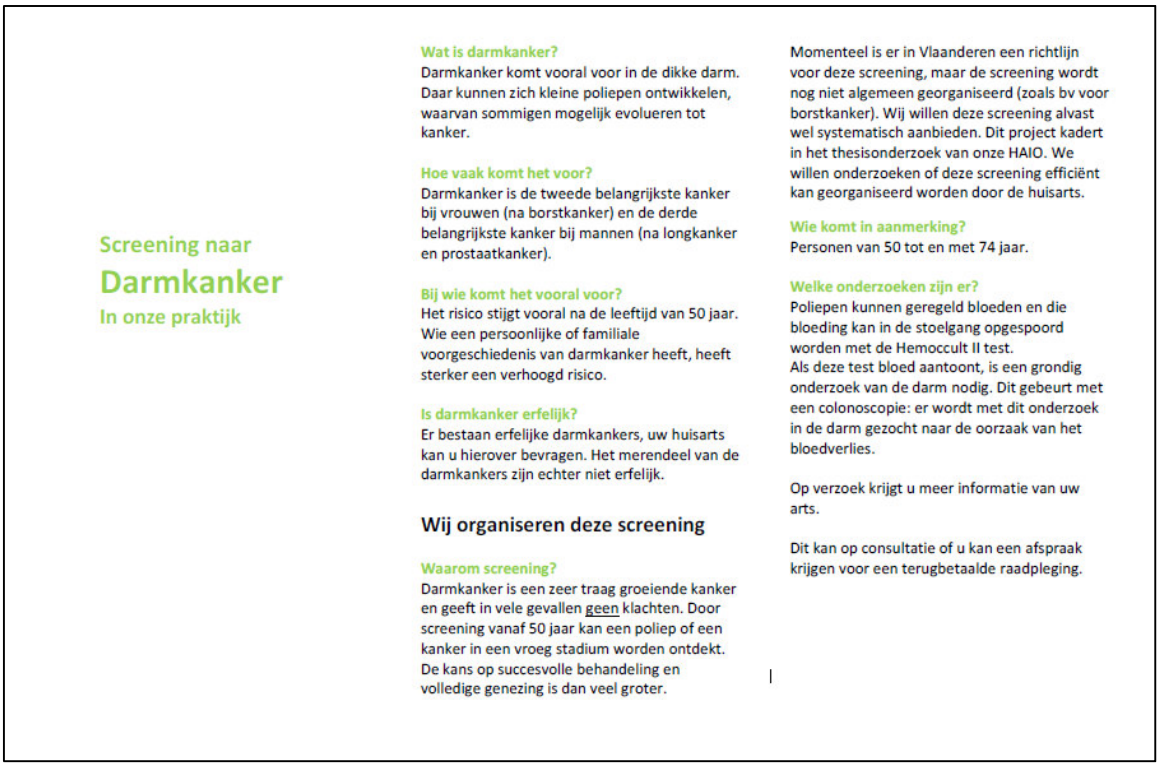
Opportunistische screening gaat uit van screening van een patiënt wanneer een gelegenheid zich voordoet. Het initiatief kan uitgaan van arts of patiënt.

Case finding is screening van patiënten die toevallig raadplegen om een andere reden, maar wel tot de screeningspopulatie behoren.

Georganiseerde screening neemt een specifieke doelgroep in het vizier. Deze groep wordt periodiek benadert (via aanschrijven of via werk of school). De effecten van kunnen via epidemiologisch onderzoek geëvalueerd worden.

Selectieve screening viseert bepaalde hoogrisico groepen in een populatie.

Bijlage 2: Patiënten folder



Screening naar
Darmkanker
In onze praktijk

Wat is darmkanker?
Darmkanker komt vooral voor in de dikke darm. Daar kunnen zich kleine poliepen ontwikkelen, waarvan sommigen mogelijk evolueren tot kanker.

Hoe vaak komt het voor?
Darmkanker is de tweede belangrijkste kanker bij vrouwen (na borstkanker) en de derde belangrijkste kanker bij mannen (na longkanker en prostaatkanker).

Bij wie komt het vooral voor?
Het risico stijgt vooral na de leeftijd van 50 jaar. Wie een persoonlijke of familiale voorgeschiedenis van darmkanker heeft, heeft sterker een verhoogd risico.

Is darmkanker erfelijk?
Er bestaan erfelijke darmkankers, uw huisarts kan u hierover bevragen. Het merendeel van de darmkankers zijn echter niet erfelijk.

Wij organiseren deze screening

Waarom screening?
Darmkanker is een zeer traag groeiende kanker en geeft in vele gevallen geen klachten. Door screening vanaf 50 jaar kan een poliep of een kanker in een vroeg stadium worden ontdekt. De kans op succesvolle behandeling en volledige genezing is dan veel groter.

Momenteel is er in Vlaanderen een richtlijn voor deze screening, maar de screening wordt nog niet algemeen georganiseerd (zoals bv voor borstkanker). Wij willen deze screening alvast wel systematisch aanbieden. Dit project kadert in het thesisonderzoek van onze HAIO. We willen onderzoeken of deze screening efficiënt kan georganiseerd worden door de huisarts.

Wie komt in aanmerking?
Personen van 50 tot en met 74 jaar.

Welke onderzoeken zijn er?
Poliepen kunnen geregeld bloeden en die bloeding kan in de stoelgang opgespoord worden met de Hemoccult II test.
Als deze test bloed aantoont, is een grondig onderzoek van de darm nodig. Dit gebeurt met een colonoscopie: er wordt met dit onderzoek in de darm gezocht naar de oorzaak van het bloedverlies.

Op verzoek krijgt u meer informatie van uw arts.

Dit kan op consultatie of u kan een afspraak krijgen voor een terugbetaalde raadpleging.

Bijlage 3: Oproepingsbrief

Beste patiënt

Wij schrijven u deze brief om u op te roepen voor screening op dikkedarmkanker.

Waarom?

Dikkedarmkanker is in België de 2e doodsoorzaak van kanker bij vrouwen en 3^{e} doodsoorzaak van kanker bij mannen. De meeste mensen hebben geen darmkanker. Sommigen wel, ook al hebben ze hiervan geen klachten. Vroegtijdige opsporing geeft een grotere kans op succesvolle behandeling. Momenteel wordt deze screening nog niet systematisch uitgevoerd in België. Wij organiseren deze screening in onze praktijk in het kader van een masterthesis. Het doel van deze thesis is het beoordelen hoe efficiënt de organisatie van deze screening is.

Wie komt in aanmerking?

Iedereen van 50 t/m 74 jaar die een globaal medisch dossier in onze praktijk heeft.

Wat moet u hiervoor doen?

U kan afspraak krijgen voor een kostenloze consultatie. Op die gelegenheid krijgt u meer

toelichting over ons project. Wij hebben eveneens informatiefolders ter beschikking.

Dr Thomas Mertens Dr Dirk Mertens

Bijlage 4: vragenlijst aan een aantal collega's huisartsen

1. Doet u aan screening in het algemeen?
   - ❑ Ja, veel
   - ❑ Ja, maar beperkt
   - ❑ Ja, maar onvoldoende
   - ❑ Neen

Indien ja, voor welke pathologie en met welke middelen?

- ❑ Cardiovasculair dmv
  - o Buikomtrek
  - o Bloeddruk
  - o N glycemie
  - o Lipiden
  - o Familiale vg bevragen
  - o ……
- ❑ Prostaat dmv
  - o PSA
  - o PPA
  - o ……
- ❑ Gynaecologisch dmv
  - o Cervixcytologie
  - o PPV
  - o Abdominaal onderzoek
  - o …….
- ❑ Colorectaal dmv
  - o Faeces Occult bloedtest
  - o PPA
  - o ……
- ❑ ……
- ❑ ……

2. Doet u momenteel aan screening op CoReCa?
   - ❑ Ja, veel
   - ❑ Ja, in beperkte mate
   - ❑ Ja, maar onvoldoende
   - ❑ Neen

Indien slechts beperkt of nog minder: waarom?

- ❑ Niet overtuigd van waarde van de screeningstest

- ❑ Tijdrovend
- ❑ Weinig interesse
- ❑ Onvoldoende kennis
- ❑ Kostprijs
- ❑ Slechte ervaring
- ❑ ……

3. Kent u de richtlijnen omtrent screening op CoReCa?
   - ❑ Ja, volledig
   - ❑ Ja, ongeveer
   - ❑ Neen, onvoldoende
   - ❑ Neen, helemaal niet
   - ❑ ……

4. Wist u dat screening van CoReCa start vanaf 50j bij pat zonder verhoogd risico?
   - ❑ Ja
   - ❑ Neen

5. Bent u geïnteresseerd om in de toekomst screening van CoReCa in uw praktijk toe te passen? Graag ook korte motivering waarom wel of niet.

6. Stel dat de recrutering van patiënten op een eenvoudige manier kan. Is de kans dan groot dat u deze screening systematisch zou toepassen?

7. Zou u deze screening op een andere manier aanpakken dan voorgeschreven (via GMDplus)? Indien u suggesties heeft, gelieve ze hier neer te schrijven.

8. Vind u dat screening beter zou uitbesteed worden? Bijvoorbeeld aan een preventiecentrum? Graag korte motivering waarom wel of niet.

Bibliografie

1. *Vlaams Preventie Decreet.* 2003, 21 november.

2. **Fowler, G.** Prevention in general practice. *Oxford University Press.* 1993.

3. **Dexheimer J. W., Talbot T. R., Sanders D.L., et al.** Prompting Clinicians about Preventive Care Measures: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Vol. 15(3), mei-juni 2008.

4. **Harris M, Bennett J, Del Mar C,.** Royal Australian college of geneal practicioners. Guidelines for preventive activities in general practice. 2005.

5. **Wilson JMG, Jungner G.** Principles and practice of screening for disease. *Public Health Papers nr 34.* 1968.

6. **Wilk, Van der.** Leren van de buren: beleid publieke gezondheid internationaal bezien. 2007.

7. **Henau K., Francart J., Vos K.** *Kankerregister belgië.* sl : Stichting Kankerregister, 2008.

8. **De Laet C., Neyt M., Vinck I., et al.** Health Technology Assessment colorectale kankerscreening: wetenschappelijk stand van zaken voor België. 2006.

9. **Lejeune C, Dancourt V, Arveux P, et al.** Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in France using a guaiac test versus an immunochemical test. *Int J Technol Assess Health Care.* 2010 ; 26(1):40-7.

10. **Berchi C, Guittet L, Bouvier V et al.** Cost-effectiveness analysis of the optimal threshold of an automated immunochemical test for colorectal cancer screening: performances of immunochemical colorectal cancer screening. *Int J Technol Assess Health Care.* 2010 jan;26(1):48-53.

11. **Van Veldhuizen-Eshuis H, Carpay M.E.M., van Delden J.A., et al.** *Uitvoeringstoets bevolkingsonderzoek naar darmkanker, Opsporing van darmkanker in praktijk gebracht.* sl : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011.

12. **Hoeck S, Van Hal G, Van Roosbroeck S.** *Pilootproject bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker.* 2011.

13. **Hewitson P, Ward AM, Heneghan C, et al.** Primary care endorsement letter and a patient leaflet to improve participation in colorectal cancer screening: results of a factorial randomised trial. *Br J Cancer.* 2011 Aug 9; 105(4):475-80., pp. 105, 475 – 480.

14. **Latta J.M., Derksen J.T.M., van Eijndhoven M.J.A.** Uitspraken www.cvz.nl – 2010122644 (2011110590);.

15. **van Driel M., Chevalier P.** *EBM verklarende woordenlijst.* sl : Minerva, 2008.

16. **Bonita R., Beaglehole R., Kjellström T.** Basic epidemiology. 2006.

17. **van Vuuren A.J., van Roon A.H.C., Verheijen F.M. et al.** Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk. 2010, Vol. 35, pp. 35: 27-30.

18. **W.vanVeen, W.P.Th.M. Mali.** Bevolkingsonderzoek naar darmkanker: advies van de Gezondheidsraad. 2009, pp. 153(47) 2274-2276.

19. **Govaerts F, Deturck L, Wyffels P.** Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. 2008, pp. 37: 341-61.

20. **van Rijn A.F., Dekker E. en Kleinbeuker J.H.** Bevolkingsonderzoek op colorectaal carcinoom:achtergronden bij pilootstudies in Nederland. 2006, pp. 150(50) 2739-2744.

[i] Hoe werkt FOBT?

De screeningstest die hier gebruikt werd, is de faeces occult bloed test (FOBT). De reden voor het gebruik van deze test is dat poliepen en carcinomen geregeld kunnen bloeden. Aanwezigheid van (occult) bloed in de faeces is dus een indicatie voor verder onderzoek. De FOBT is een aanvaardbare screeningstest voor de patiënt. Hiervan bestaan 2 courante varianten. De ene is de guajak test (gFOBT). Deze test reageert op de peroxidaseactiviteit van de heemgroep in hemoglobine. De nadelen van deze test zijn het aantal vals-positieve of -negatieve testen tgv interactie met peroxidase of andere stoffen vanuit de voeding (rood vlees, brocoli: vals positief; vit c: vals negatief). Dieetmaatregelen en stoelgangsafname op 3 verschillende tijdstippen zijn hier belangrijke obstakels. De andere en meest gebruikte test is de immunologische test (iFOBT). Deze test bevat polyclonale antilichamen die binding aangaan met menselijk hemoglobine, albumine of andere bloedcomponenten. Er kan dus geen verwarring bestaan met dierlijk bloed vanuit de voeding (vlees). Eén staalafname is voldoende (wegens betere testeigenschappen dan gFOBT) en de test wordt op een geautomatiseerde wijze kwantitatief afgelezen. Dit laat een betere kwaliteitscontrole toe. Zo kan men de drempelwaarde van gevonden hoeveelheid hemoglobine verschuiven afhankelijk van de prevalentie in de desbetreffende regio's of binnen families. Het labo waarmee wij samenwerken maakt gebruik van de Clearview iFOBT en neemt als drempelwaarde voor hemoglobinedetectie 50ng/ml oftewel 6µg/g faeces. De detectiegraad voor colorectale kanker is vergelijkbaar voor gFOBT en iFOBT. De iFOBT detecteert 56-65% van de darmkankers (18). Moest deze test ook in 3 stalen worden afgenomen (wat niet wordt gedaan), dan stijgt de detectiekans tot 89% (20) (19). Voor detectie van geavanceerde adenomen kan de iFOBT beter scoren dan gFOBT (17). De iFOBT is de test die in dit project gebruikt werd. Deze test wordt voor alle patiënten tussen 50 en 75 jaar terugbetaald en gezien er slechts 1 staalafname nodig is, zal de kans op deelname aan iFOBT test groter zijn dan bij gFOBT. Gezien wij geen gebruik maakten van een transportmedium, maar enkel van steriele faeces potjes, moest de test op een vers faecesstaal gebeuren. Het staal werd daarom meestal binnen de 6u na afname gecontroleerd. De analyse pas op een later tijdstip zou kunnen, dan is korte bewaring onder koele temperatuur een mogelijkheid.

[ii] De aanvangsleeftijd varieert van 50 tot 60 jaar en maximum leeftijd van 75 tot onbepaald. Bepaalde richtlijnen raden eveneens de combinatie aan van FOBT met 5 jaarlijkse sigmoidoscopie of coloscopie.