

Sensibilisering voor kankerscreening: een praktijkverbeterend project

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Promotor: Prof. Dr. Geert Goderis

Praktijkopleider: Dr. Kathleen Carnas

Auteur: Dr. Nathalie Heylen

Dankwoord

Mijn woorden van dank richt ik in eerste instantie tot Professor Dr. Goderis. Bij deze wens ik hem te bedanken voor het begeleiden van mijn masterproef. Dankzij zijn goede raad, kritische opmerkingen en aanvullende verbeteringen, kon mijn werk evolueren van losse ideeën tot een uitgewerkt praktijkverbeterend project.

Daarnaast bedank ik mijn collega's Dr. Carnas en Dr. Van Houdt voor hun bereidwillige medewerking aan, en steun tijdens, dit project.

Abstract

Inleiding: - Borst- en dikkedarmkanker vormen belangrijke problemen in de Belgische gezondheidszorg. Voor beide pathologieën organiseert de Vlaamse overheid een bevolkingsonderzoek. Indien voldoende personen deelnemen aan de voorgestelde screeningsprogramma's, kan de hieraan verbonden mortaliteit sterk gereduceerd worden. De participatiegraad voor screening naar borst- en darmkanker ligt echter lager dan de vooropgestelde doelstellingen van respectievelijk 75% en 60% anno 2020. Studies bevestigden eerder dat actieve uitnodiging van patiënten door de huisarts het aantal deelnames kan verhogen.
Studieopzet: - Dit praktijkverbeterend project wil enerzijds onderzoeken of het gepersonaliseerd uitnodigen vanuit de huisartsensetting ook in onze praktijk de deelnameratio kan verhogen. Anderzijds wordt bestudeerd welke methode - met name het coderen van herinneringen in het elektronisch medisch dossier (EMD), het versturen van gepersonaliseerde uitnodigingsbrieven of het telefonisch uitnodigingen - het meest efficiënt blijkt.
Methode: - Na het uitvoeren van een oriënterend literatuuronderzoek volgens het watervalprincipe, worden twee hypothesen getest in een praktijkverbeterend project. Enerzijds wordt geanalyseerd of het persoonlijk uitnodigen de participatie aan screeningsonderzoeken verhoogt en anderzijds welke methode hiervoor het meest efficiënt is. De doelpopulatie van ons project zijn alle personen die zowel in aanmerking komen voor deelname aan preventief onderzoek naar borst- als naar dikkedarmkanker (n = 132). De interventies worden getest op die personen die aan geen van beide bevolkingsonderzoeken deelnamen tijdens de laatste twee jaar (n = 30). Ze worden, blind voor de collega's huisartsen, gerandomiseerd over 2 groepen. De studie wordt gevoerd volgens het incomplete block design. In groep A (n = 15) worden patiënten actief opgeroepen tot deelname aan screening naar dikkedarmkanker, in groep B (n = 15) naar borstkanker. In elke groep worden patiënten uitgenodigd aan de hand van verschillende methodes: in elk van beide groepen worden ad random 5 patiëntes uitgenodigd per brief, 5 per telefoon en voor de overigen (n = 5) worden herinneringen gecodeerd in het EMD. Data worden geanalyseerd aan de hand van de McNemar toets en de Fisher's exact test.
Resultaten: - Voor de implementatie van ons project namen respectievelijk 68,9% (n = 91) en 56,1% (n = 74) van onze patiënten uit de studiepopulatie deel aan de georganiseerde bevolkingsonderzoeken naar borst- en dikkedarmkanker. 47,7% van onze patiëntes (n = 63) nam deel aan beide onderzoeken, 22,7% (n = 30) echter aan geen van beide. In groep A kon 1 patiënte overtuigd worden tot darmkankerscreening, met name per telefoon. In groep B gingen 6 dames in op de uitnodiging tot uitvoeren van een screeningsmammografie. Drie van hen gingen in op telefonische uitnodiging, drie op een uitnodigingsbrief. Na afloop van het project nam 54,5% van de praktijkpopulatie (n = 72) deel aan beide screeningsonderzoeken, 14,4% nam niet deel (n = 19). Tijdens ons praktijkverbeterend project werd een significant aantal personen (n = 11, p = 0,0026) overtuigd tot het uitvoeren van ten minste één screeningsonderzoek. Na het statistisch vergelijken van de verschillende vormen van uitnodiging, kon ook echter geen superieure methode worden aangeduid (p > 0,05).
Conclusie: - Zoals eerder in grotere studies kon worden aangetoond, kon tijdens ons project een significante stijging in het aantal deelnames aan de georganiseerde bevolkingsonderzoeken worden vastgesteld indien patiënten worden uitgenodigd vanuit de eigen huisartsenpraktijk. Een niet-significant aantal patiëntes konden overtuigd worden door het uitnodigen per brief of telefoon. Statistisch kon niet worden aangetoond welke methode - uitnodigen per brief, telefoon of herinneringen in het EMD - het meest efficiënt is (p > 0,05).

Inhoudstafel

Dankwoord ... 1

Abstract ... 2

Inhoudstafel ... 3

Inleiding ... 5

Figuur 1: De tien meest frequente tumoren per geslacht ... 5

Oriënterend literatuuronderzoek ... 7

Methode ... 8

Studieopzet ... 8

Onderzoekspopulatie ... 8

Inclusiecriteria ... 8

Exclusiecriteria ... 8

Selectie van de onderzoekspopulatie ... 9

Figuur 2: Selectie van de onderzoekspopulatie ... 10

Interventie ... 10

Ethische commissie ... 11

Resultaten ... 12

Analyse van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie vóór de interventie ... 12

Tabel 1: Analyse van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie vóór de interventie ... 12

Figuur 3 : Grafische weergave van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie vóór de interventie ... 12

Effecten van de interventies op de deelnamecijfers in de onderzoekspopulatie ... 12

Effect van de gepersonaliseerde herinnering op het aantal deelnames ... 12

Figuur 4 : Analyse van de deelname aan screeningsonderzoeken na uitnodiging voor FOBT ... 13

Figuur 5 : Analyse van de deelname aan screeningsonderzoeken na uitnodiging voor screeningsmammografie ... 13

Tabel 2: Het effect van het gepersonaliseerd uitnodigen voor FOBT ... 14

Tabel 3: Het effect van het gepersonaliseerd uitnodigen voor screeningsmammografie ... 14

Tabel 4: Globale resultaten na de implementatieperiode ... 14

Effecten van de verschillende uitnodigingsmethoden op de deelnamecijfers in de onderzoekspopulatie ... 15

Tabel 5: De effecten van de verschillende uitnodigingsmethodes op de deelname aan screeningsonderzoeken ... 15

Tabel 6: Vergelijking van het effect van uitnodiging per telefoon en uitnodiging per brief 15
Tabel 7: Vergelijking van het effect van uitnodiging per brief en herinneringen via pop-ups 15
Tabel 8: Vergelijking van het effect van uitnodiging per telefoon en herinneringen via pop-ups..... 16
Analyse van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie na de interventie 16
Tabel 9: Analyse van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie voor en na de interventie..... 16
Tabel 10: Analyse van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie na de interventie ... 16
Figuur 6 : Grafische weergave van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie na de interventie..... 17
Discussie..... 18
Conclusie 20
Referenties 21
Bijlagen..... 23
Bijlage 1: Uitnodigingsbrief voor deelname aan borstkankerscreening 23
Bijlage 2: Informatiebrochure over borstkankerscreening..... 24
Bijlage 3: Uitnodigingsbrief voor deelname aan dikkedarmkankerscreening..... 26
Bijlage 4: Informatiebrochure over darmkankerscreening..... 27
Bijlage 5: Aanvraag ethische commissie 29
Bijlage 6: Goedkeuring ethische commissie..... 31

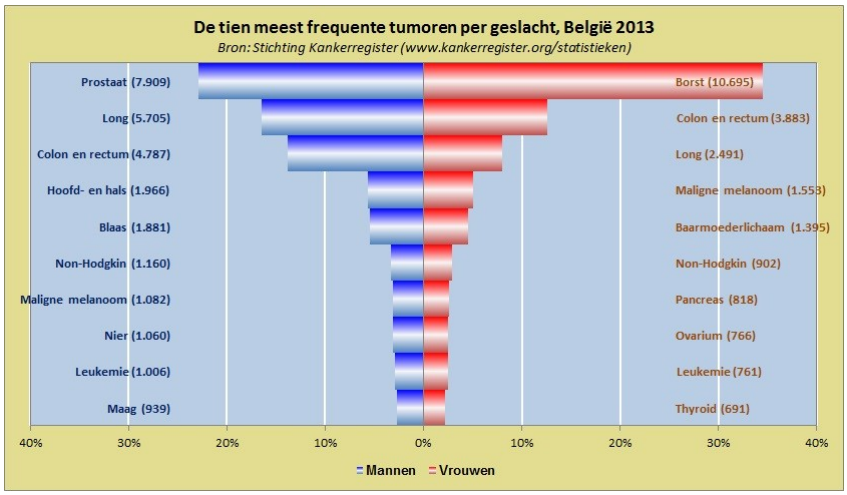
Inleiding

Dit praktijkverbeterend project kwam tot stand vanuit enerzijds een interesse in de opportuniteiten van het correct gebruik van elektronisch medisch dossier en anderzijds vanuit interesse in een van de belangrijkste problemen in de vergrijzende Westerse gezondheidszorg, met name kankerproblematiek.

Twee doelstellingen worden beoogd met dit studieproject. Ten eerste wordt getracht de deelnameratio aan de georgansieerde screeningsprogramma's naar borst- en darmkanker in onze praktijkpopulatie te verhogen. Daarnaast worden verschillende methodes om dit te bereiken met elkaar vergeleken op het vlak van efficiëntie.

Borst- en colorectale kankers zijn belangrijke problemen in de Belgische gezondheidszorg. Borstkanker is namelijk de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen, gevolgd door colorectale kanker. Bij mannen is colorectale kanker de derde meest voorkomende kanker, na prostaat- en longkanker[1]. Beide problemen zijn verantwoordelijk voor een groot aantal sterftes in ons land. Borstkanker is, met 20,2% van de gevallen, verantwoordelijk voor het grootste aantal kankergerelateerde sterftes bij vrouwen[2]. Colorectale maligniteiten veroorzaken op hun beurt respectievelijk 10,3% en 11,9% van de kankergerelateerde overlijdens bij Belgische mannen en vrouwen[3].

Figuur 1: De tien meest frequente tumoren per geslacht



De prognoses voor patiënten met een nieuw gediagnosticeerde kanker, zijn variabel. De vijfjaarsoverleving voor patiënten met borstkanker in België is respectievelijk 88,0% en 78,2% bij vrouwen en mannen[4]. Deze cijfers zijn voor colorectale kanker 64,6% bij vrouwen en 62,3% bij mannelijke patiënten[5]. Screening naar kanker kan de kankergerelateerde mortaliteit doen dalen. Onderzoek toonde aan dat de mortaliteit 23% daalt indien vrouwen uitgenodigd worden deel te nemen aan de screening naar borstkanker[6]. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg *(*KCE*)* stelde vast dat de sterfte ten gevolge van borstkanker in België 30% kan dalen indien voldoende vrouwen deelnemen aan het bevolkingsonderzoek[7]. De positieve effecten van deze preventieve onderzoeken, vereisen een voldoende hoge participatiegraad. Geschat wordt dat de borstkankersterfte met 28% kan dalen indien 70% van de personen uit de doelpopulatie zou deelnemen. Dit effect is kleiner dan 20% bij een deelname van slechts 60% van de patiënten[7]. Ook voor darmkanker geldt dat 288 sterftegevallen vermeden zouden kunnen worden indien een participatiegraad van

67% wordt bereikt[8]. Onvoldoende personen nemen momenteel echter deel aan de georganiseerde bevolkingsonderzoeken. In 2014 nam slechts 48,3% van de geselecteerde vrouwen deel aan de screening naar borstkanker. 51,4% van de doelpopulatie ging in 2015 in op een uitnodiging omtrent dikkedarmkankerscreening[9]. De vooropgestelde streefdoelen zijn een deelnameratio van respectievelijk 75% voor borstkankerscreening en 60% voor dikkedarmkankerscreening tegen het jaar 2020.

Gepersonaliseerde herinneringen vanuit de eerste lijn kunnen de deelname aan screeningsonderzoeken stimuleren[10]. Zowel herinneringen per brief, mail, sms of telefoon bleken allen effectief. Ook indien de huisarts screening bespreekt tijdens een contactmoment voor een ander probleem, blijkt dit een positief effect te hebben op het aantal deelnames[11-16] Tot slot kon geen meerwaarde worden vastgesteld indien patiënten, na het initieel ontvangen van een gepersonaliseerde uitnodiging, een telefonische herinnering ontvingen[17].

Twee hypotheses zullen kritisch worden bestudeerd in dit praktijkverbeterend project. Ten eerste wordt geëxploreerd of het actief uitnodigingen vanuit de huisartsenpraktijk ook bij onze populatie het aantal deelnames aan borst- en darmkankerscreening zal verhogen. Ten tweede zullen de effecten van verschillende uitnodigingsmethodes - telefonische en geschreven uitnodiging en het herinneren via pop-ups - aan elkaar worden getoetst.

Oriënterend literatuuronderzoek

Een uitgebreid literatuuronderzoek werd uitgevoerd volgens het watervalprincipe. Aan de hand van enkele keywords, met name "screening", "borstkanker" en "darmkanker", werden relevante richtlijnen gezocht in de databanken van het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), Domus Medica en EBMPracticenet. Daarnaast werd een Medline search uitgevoerd aan de hand van volgende MESH-termen: "cancer screening", "breast cancer", "colon cancer". Artikels over richtlijnen, meta-analyses, RCT's en systematische reviews, gepubliceerd in de laatste 10 jaar, geschreven in Engels of Nederlands werden weerhouden. Tot slot werden relevante artikels uit de referenties, geanalyseerd.

Methode

Studieopzet

Deze studie betreft een praktijkverbeterend project waarin twee onderzoeksvragen het uitgangspunt vormen. Ten eerste wordt nagegaan of een gepersonaliseerde uitnodiging vanuit de huisartsenpraktijk de participatiegraad aan screeningsonderzoeken verhoogt. Daarnaast wordt bestudeerd welke methode, met name uitnodiging via telefoon of brief of een gecodeerde herinnering in het elektronisch medisch dossier, het meest effectief is.

Onderzoekspopulatie

Inclusiecriteria

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle patiënten met een actief globaal medisch dossier (GMD) die zowel in aanmerking komen voor deelname aan het bevolkingsonderzoek darmkanker enerzijds en borstkanker anderzijds. Samengevat zijn dit alle vrouwelijke patiënten tussen 55 en 70 jaar met een actief GMD.

Alle personen tussen 55 en 75 jaar worden tweejaarlijks uitgenodigd deel te nemen aan darmkankerscreening door middel van het uitvoeren van een Fecaal Occult Bloedtest (FOBT). Alle asymptomatische personen zonder risicofactoren worden aangeraden deze test elke 12 tot 24 maanden uit te voeren vanaf de leeftijd van 55 jaar. Om te bepalen of een patiënt op jongere leeftijd baat heeft bij het screenen naar dikkedarmkanker wordt een individuele risicostratificatie aangeraden vanaf de leeftijd van 40 jaar. Indien een van de volgende risicofactoren aanwezig is, dient patiënt een aangepaste opvolging te genieten: de aanwezigheid van hereditaire nonpolyposis colorectale kanker (HNPCC) of familiale adenomateuze polyposis (FAP), twee of meer eerstegraadsverwanten met colorectale kanker (CRC) of één eerstegraadsverwant bij wie de diagnose werd gesteld voor de leeftijd van 60 jaar. Ook een persoonlijke voorgeschiedenis van adenomateuze poliepen, CRC, colitis ulcerosa, ziekte van Crohn, acromegalie of ureterosigmoïdostomie vormen risicofactoren die een aangepast beleid vereisen. Personen met één eerstegraadsverwant, gediagnosticeerd na de leeftijd van 60 jaar, kunnen wel deelnemen aan screening via FOBT vanaf 40 jaar[8].

Sinds 2001 worden Vlaamse vrouwen tussen 50 en 70 jaar tweejaarlijks uitgenodigd voor het nemen van een screeningsmammografie. Een significante reductie van de kans op overlijden ten gevolge van borstkanker werd echter ook vastgesteld indien vrouwen tussen 70 en 75 jaar uitgenodigd worden tot, of deelnemen aan, mammografische screening[18-20]. Verschillende richtlijnen raden dan ook aan de screening verder aan te bieden tot de leeftijd van 75 jaar bij vrouwen zonder comorbiditeiten maar tot op heden werd de leeftijdscategorie voor het Vlaamse screeningsprogramma niet uitgebreid[21]. Ook voor borstkankerscreening geldt dat enkel asymptomatische patiënten in aanmerking komen. Patiëntes met klachten of symptomen dienen een diagnostisch onderzoek te krijgen[21].

Exclusiecriteria

Deelname aan het bevolkingsonderzoek naar darmkanker wordt niet geadviseerd aan personen die de laatste tien jaar een coloscopie of het laatste jaar FOBT ondergingen. Ook voor de exploratie van alarmsymptomen - met name rectaal bloedverlies met lossere stoelgang en/of verhoogde stoelgangfrequentie gedurende langer dan 6 weken; veranderingen in het stoelgangpatroon gedurende meer dan 6 weken; rectaal bloedverlies

zonder anale symptomen of anaal bloedverlies bij mensen ouder dan 60 jaar - is FOBT onvoldoende[8]. Indien personen één of meerdere risicofactoren, zoals hierboven beschreven, hebben komen ze niet in aanmerking voor het screeningsonderzoek.

Enkele groepen van vrouwen komen niet in aanmerking voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Ten eerste hebben vrouwen met klachten ter hoogte van de borst nood aan een diagnostische mammografie en aanvullende echografie. Er wordt verder niet geadviseerd te screenen bij vrouwen onder de leeftijd van 50 jaar indien er geen familiale voorgeschiedenis van borstkanker bestaat. Tot slot dienen alle vrouwen met een persoonlijke of familiale voorgeschiedenis opgevolgd te worden buiten het kader van het bevolkingsonderzoek. Het aanbieden van screening bij vrouwen tussen 70 en 74 jaar wordt geadviseerd indien er geen comorbiditeiten of vermindering van de levensverwachting bestaan[21]. Omdat de definitie van 'comorbiditeiten' en 'verminderde levensverwachting' niet worden gespecificeerd in de richtlijnen, worden vrouwen ouder dan 70 jaar niet opgenomen in de onderzoekspopulatie.

Tot slot worden ook vrouwen die de praktijk minder dan vijf maal consulteerden, geëxcludeerd.

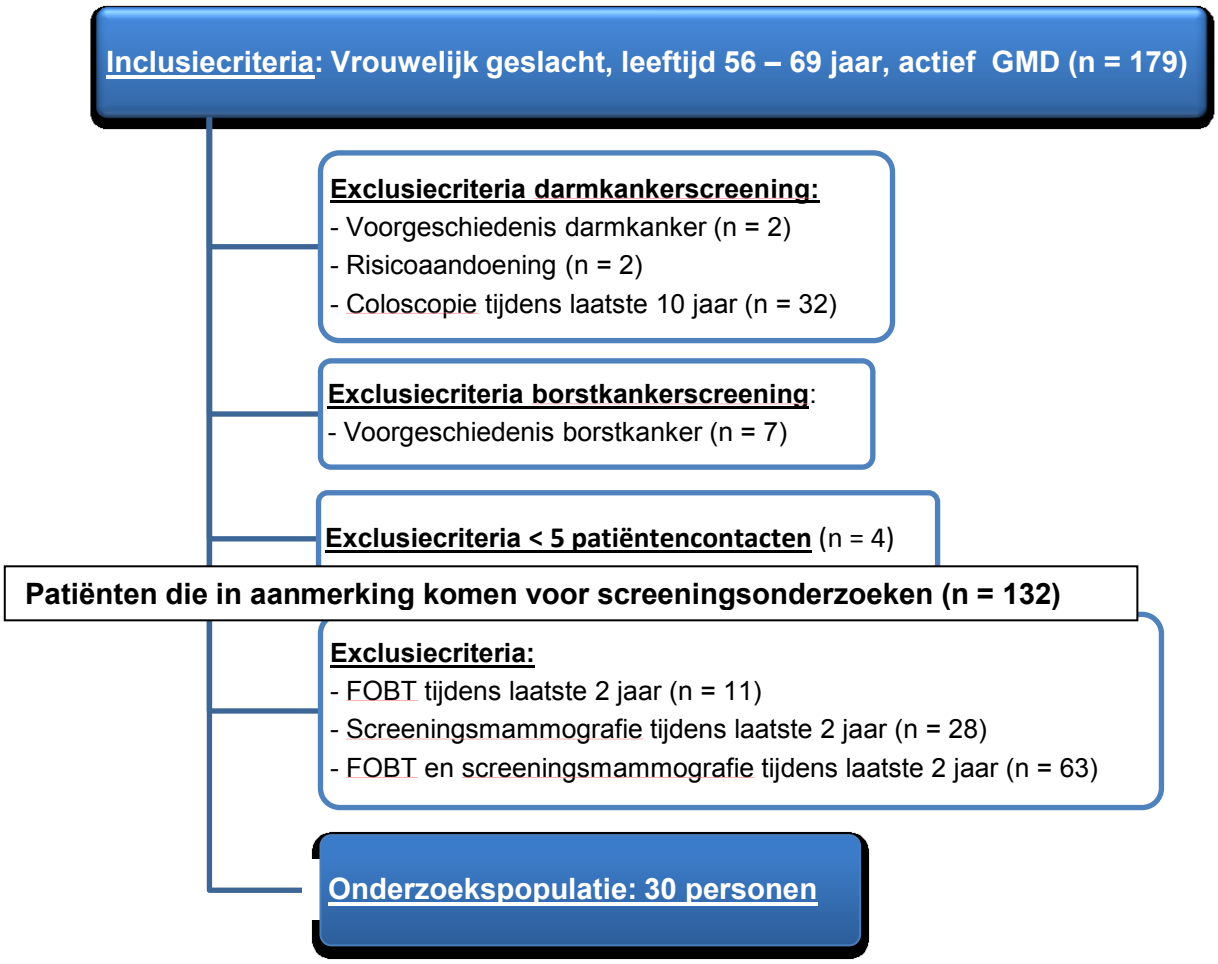
Selectie van de onderzoekspopulatie
De studiepopulatie werd geselecteerd na het uitvoeren van een interne audit, uitgevoerd door de huisarts-in-opleiding (HAIO). Er werd gezocht aan de hand van de volgende zoekcriteria in het elektronisch medisch dossier WINDOC: vrouwelijk geslacht, leeftijd van 56 tot en met 69 jaar, aanwezigheid van een actief GMD (n = 179).

In tweede tijd werden volgende gegevens uit de geselecteerde dossiers verzameld en opgelijst in Excel: aanwezigheid van één of meerdere exclusiecriteria, datum van laatste deelname aan FOBT, datum van laatste deelname aan screeningsmammografie en aantal contactregistraties.

47 patiënten werden uitgesloten uit de studiepopulatie. 36 personen kwamen niet in aanmerking voor deelname aan FOBT: 2 lijden aan de risicoaandoening FAP, 2 hebben een persoonlijke voorgeschiedenis van darmkanker en 32 personen ondergingen in de laatste tien jaar een coloscopie. Ook moesten 7 dames worden uitgesloten omwille van een voorgeschiedenis van borstkanker. Enkelen (n = 4) werden niet opgenomen omwille van een beperkt aantal patiëntencontacten.

De onderzoekspopulatie waarop de interventies werden uitgevoerd bestaat aldus uit die patiëntes met leeftijd tussen 55 en 70 jaar, zonder exclusiecriteria voor één van beide bevolkingsonderzoeken, die gedurende de laatste twee jaar geen van beide screeningsonderzoeken lieten uitvoeren, een actief GMD hebben en de praktijk minstens vijf maal consulteerden (n = 30).

Figuur 2: Selectie van de onderzoekspopulatie



Interventie

De patiënten die op het moment van de interne audit in aanmerking kwamen voor het deelnemen aan beide screeningsprogramma's werden gerandomiseerd in twee groepen. In groep A worden patiënten uitgenodigd voor deelname aan screening naar colorectale kankers, in groep B naar borstkanker. Elke groep bestaat uit 15 studiepatiënten. Binnen elke studiegroep worden de patiëntes gerandomiseerd over drie subgroepen van 5 patiënten. In groep 1 bestaat de interventie uit het coderen van een elektronische herinnering: telkens het patiëntendossier geopend wordt, verschijnt een geschreven boodschap voor de behandelende arts waarop vermeld staat dat patiënte in aanmerking komt voor het desbetreffend screeningsonderzoek waarna de arts de persoon hierover kan aanspreken. De patiënten uit groep 2 worden uitgenodigd om deel te nemen aan kankerscreening door een gepersonaliseerde brief met bijhorende informatiebrochure. De studiepersonen uit groep 3 werden telefonisch uitgenodigd door de HAIO. Beide randomisaties zijn blind voor de collega's huisartsen. Ook de namen van de geïncludeerde patiëntes worden niet verspreid gedurende de implementatieperiode, teneinde bias te voorkomen. De implementatie van de studie liep gedurende 3 maanden, met name in de periode van oktober tot en met december 2016. De studie verloopt via het incomplete block design: patiëntes uit groep A ondergaan een interventie - met name het uitgenodigd worden voor FOBT- screening - en vormen tegelijk de controlepopulatie voor groep B waarin patiëntes uitgenodigd worden voor borstkankerscreening. Omgekeerd vormen de studiepersonen uit interventiegroep B de

controlepopulatie voor de interventie in groep A. Het vergelijken van de globale voor- en nameting gebeurt aan de hand van de McNemar toets. Statistische analyse van de verschillende interventies gebeurt aan de hand van de Fishers' exact test.

Ethische commissie

Het studieopzet, de bijhorende oproepingsbrief en informatiebrochure werden voorgelegd aan en goedgekeurd door een onafhankelijke Ethische Commissie verbonden aan Katholieke Universiteit Leuven.

Resultaten

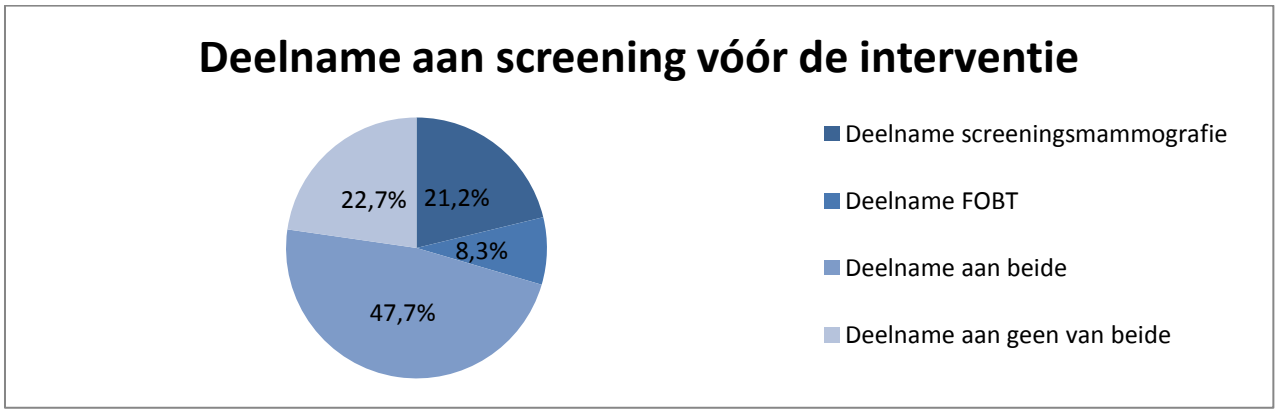
Analyse van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie vóór de interventie

De populatie vrouwelijke patiëntes, tussen 55 en 70 jaar oud, met een actief globaal medisch dossier, die in aanmerking komen voor zowel deelname aan het bevolkingsonderzoek naar dikke darmkanker als borstkanker, bestaat uit 132 vrouwen. Bijna de helft van hen (47,7%, n = 63) onderging in de laatste twee jaar zowel FOBT als screeningsmammografie. Ongeveer één op vier nam niet deel aan een bevolkingsonderzoek naar borst- of dikkedarmkanker na uitnodiging vanuit de overheid of de klassieke begeleiding door de huisarts (22,7%, n = 30). Indien patiënten slechts deelnamen aan een van beide screeningsonderzoeken, was dit voornamelijk het borstkankeronderzoek (21,2%, n = 28, ten opzichte van 8,3%, n = 11 voor colonkanker).

Tabel 1: Analyse van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie vóór de interventie

	Aantal deelnemers (n)	**Aantal deelnemers (%)**
Enkel screeningsmammografie	28	21,2
Enkel FOBT	11	8,3
Screeningsmammografie én FOBT	63	47,7
Geen van beide	30	22,7
TOTAAL	132	100

Figuur 3 : Grafische weergave van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie vóór de interventie

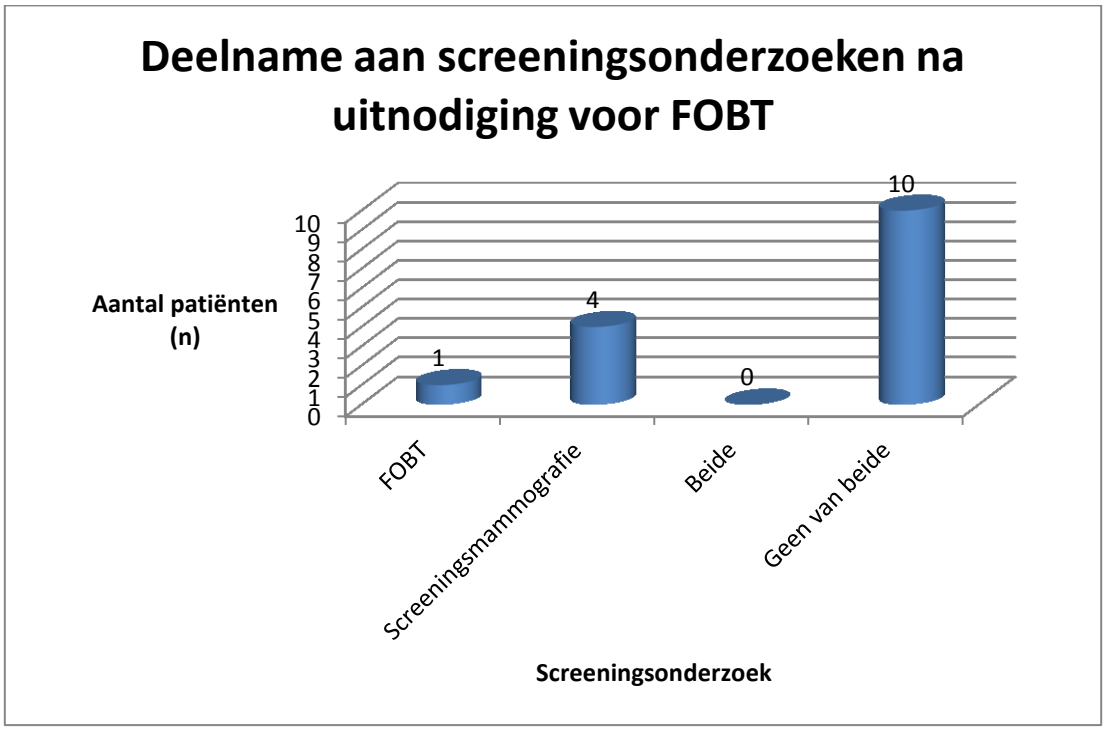


Effecten van de interventies op de deelnamecijfers in de onderzoekspopulatie

Effect van de gepersonaliseerde herinnering op het aantal deelnames

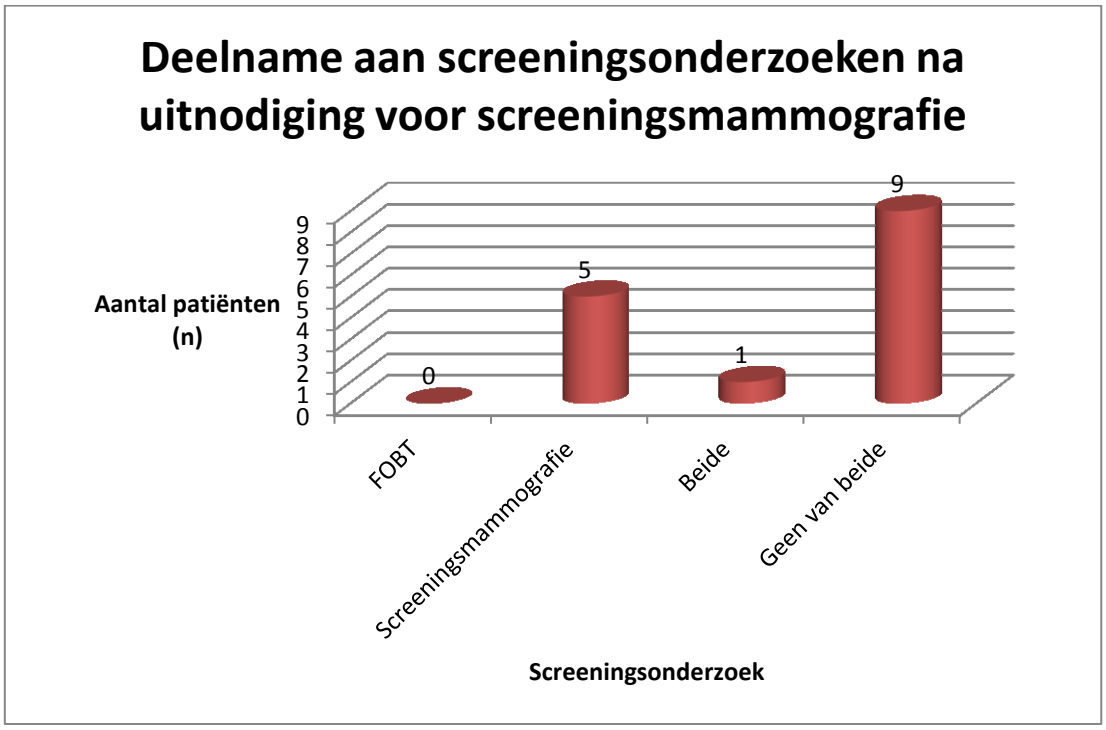
In groep A werden 15 patiëntes uitgenodigd deel te nemen aan FOBT, in B werden de personen opgeroepen een screeningsmammografie te ondergaan. In groep A ging 1 patiënte in op de uitnodiging, met name na uitnodiging per telefoon. Vier patiëntes uit deze groep lieten tijdens de implementatieperiode ook een screeningsmammografie nemen.

Figuur 4 : Analyse van de deelname aan screeningsonderzoeken na uitnodiging voor FOBT



In groep B werden 6 patiëntes overtuigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker: vijf namen deel aan de screening naar borstkanker, één vrouw nam ook deel aan het screeningsonderzoek naar dikkedarmkanker. 3 patiëntes werden overtuigd na telefonische uitnodiging van de HAIO, 3 na het ontvangen van de gepersonaliseerde uitnodigingsbrief.

Figuur 5 : Analyse van de deelname aan screeningsonderzoeken na uitnodiging voor screeningsmammografie



Het gepersonaliseerd uitnodigen voor één specifiek screeningsonderzoek, kon in onze populatie het aantal deelnames voor dat bevolkingsonderzoek niet verhogen. Globaal beschouwd namen tijdens de implementatie wel 11 patiëntes deel aan ten minste één screeningsonderzoek, wat een significante toename is in de deelnameratio (McNemar toets: p = 0,0026).

Tabel 2: Het effect van het gepersonaliseerd uitnodigen voor FOBT

	Interventiegroep, Groep A: (n = 15)	**Controlegroep, Groep B (n = 15)**	**TOTAAL:**
Deelname	1	1	2
Geen deelname	14	14	28
TOTAAL:	15	15	30
Fisher's exact test: p = 1			

Tabel 3: Het effect van het gepersonaliseerd uitnodigen voor screeningsmammografie

	Interventiegroep, Groep B: (n = 15)	**Controlegroep, Groep A (n = 15)**	**TOTAAL:**
Deelname	6	4	10
Geen deelname	9	11	20
TOTAAL:	15	15	30
Fisher's exact test: p = 0,70			

Tabel 4: Globale resultaten na de implementatieperiode

		Na implementatieperiode		
		Deelname aan geen screenings-onderzoek:	Deelname aan ≥ 1 screenings-onderzoek:	**TOTAAL:**
Voor implementatie-periode	Deelname aan geen screenings-onderzoek:	19	11	30
	Deelname aan ≥ 1 screenings-onderzoek:	0	102	102
	TOTAAL:	19	113	132
McNemar toets: p = 0,0026				

Effecten van de verschillende uitnodigingsmethoden op de deelnamecijfers in de onderzoekspopulatie

In deze onderzoekspopulatie werden drie verschillende uitnodigingsmethoden getest. Voor een derde van de patiëntes (n = 10) werd een elektronische herinnering gecodeerd in het EMD, een andere subgroep (n = 10) ontving een gepersonaliseerde uitnodigingsbrief. Tot slot werden ook tien patiëntes telefonisch uitgenodigd door de HAIO. Geen van de patiëntes waarvoor een herinnering werd gecodeerd in het EMD, onderging een screeningsonderzoek gedurende de implementatieperiode. Drie van de vrouwen, die per brief gevraagd werden in te gaan op het onderzoek naar darm - of borstkanker, gaven hieraan gehoor. Telefonische uitnodiging kon de meeste patiëntes overtuigen, met name 4. Tijdens statistische analysen werden telkens twee methodes met elkaar vergeleken aan de hand van de Fisher's exact test. Geen enkele methode kon significant meer patiëntes overtuigen tot deelname.

Tabel 5: De effecten van de verschillende uitnodigingsmethodes op de deelname aan screeningsonderzoeken

	Uitnodiging per brief (n = 10)	**Uitnodiging per telefoon (n = 10)**	**Herinnering in EMD (n = 10)**	**TOTAAL:**
Deelname:	3	4	0	7
Geen deelname:	7	6	10	23
TOTAAL:	10	10	10	30

Tabel 6: Vergelijking van het effect van uitnodiging per telefoon en uitnodiging per brief

	Uitnodiging per telefoon (n = 10)	**Uitnodiging per brief (n = 10)**	**TOTAAL:**
Deelname	4	3	7
Geen deelname	6	7	13
TOTAAL:	10	10	20
Fisher's exact test: p = 1			

Tabel 7: Vergelijking van het effect van uitnodiging per brief en herinneringen via pop-ups

	Uitnodiging per brief (n = 10)	**Herinnering via pop-ups (n = 10)**	**TOTAAL:**
Deelname	3	0	3
Geen deelname	7	10	17
TOTAAL:	10	10	20
Fisher's exact test: p = 0,21			

Tabel 8: Vergelijking van het effect van uitnodiging per telefoon en herinneringen via pop-ups

	Uitnodiging per telefoon (n = 10)	**Herinnering via pop-ups (n = 10)**	**TOTAAL:**
Deelname	4	0	4
Geen deelname	6	10	16
TOTAAL:	10	10	20
Fisher's exact test: p = 0,09			

Analyse van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie na de interventie

Na de implementatieperiode van drie maanden werden opmerkelijke verschillen vastgesteld in de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie. 54,5% (n = 72) van de patiënten had beide screeningsonderzoeken laten uitvoeren. Slechts 14,4% (n = 19) onderging nog steeds geen enkele vorm van screening.

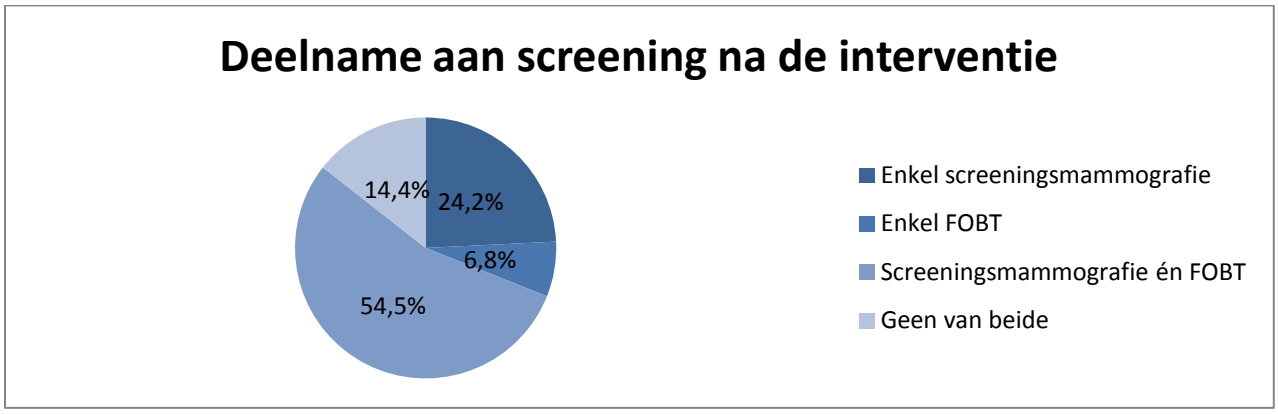
Tabel 9: Analyse van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie voor en na de interventie

	Aantal deelnemers voor de implementatie (n)	**Aantal deelnemers na de implementatie (n)**
Enkel screeningsmammografie	28	32
Enkel FOBT	11	9
Screeningsmammografie én FOBT	63	72
Geen van beide	30	19
TOTAAL	132	132

Tabel 10: Analyse van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie na de interventie

	Aantal deelnemers (n)	**Aantal deelnemers (%)**
Enkel screeningsmammografie	32	24,2
Enkel FOBT	9	6,8
Screeningsmammografie én FOBT	72	54,5
Geen van beide	19	14,4
TOTAAL	132	100

Figuur 6 : Grafische weergave van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie na de interventie



Discussie

Het studieprotocol van dit praktijkverbeterend project heeft enkele belangrijke limitaties.

Ten eerste werd een kleine studiepopulatie geïncludeerd (n = 30). De patiëntes uit deze doelgroep zijn waarschijnlijk ook minder gemotiveerde patiënten: zij namen spontaan eerder niet deel aan de bevolkingsonderzoeken na uitnodiging door de overheid of de routinematige begeleiding in de eerstelijnsgeneeskunde.

Cijfers uit ons praktijkverbeterend project kunnen vervolgens moeilijk worden vergeleken met deze uit de literatuur. Zo zullen patiënten zonder huisarts wèl worden uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek maar kunnen deze nooit bereikt worden in een praktijkverbeterend project. De studiepopulatie is verder ook samengesteld uit de populatie die zowel wordt uitgenodigd voor darm- als voor borstkankeronderzoek. Mannelijke patiënten en personen met leeftijd jonger dan 55 jaar of ouder dan 70, worden niet betrokken. Mannen zijn minder gemotiveerd tot deelname aan screening, zo blijkt uit de geregistreerde data van het bevolkingsonderzoek. In 2015 namen 61,9% van de mannen deel aan het screeningsonderzoek naar dikkedarmkanker, in vergelijking met 64,9% van de vrouwelijke doelpopulatie[22]. Daarnaast kan vastgesteld worden dat het vooral de personen uit de benaderde leeftijdscategorie zijn die deelnemen. Zo nemen respectievelijk 64,3% en 65,5% van de 60 tot 64-jarigen deel aan het dikkedarm- en borstkankeronderzoek. Deze cijfers zijn beduidend hoger dan deze aan FOBT-screening bij 70 tot 74- jarigen, namelijk 61,1%, of 63% deelname aan screeningsmammografieën bij vrouwen tussen 50 en 54 jaar[22]. Het is dus mogelijk dat onze interventie een grotere kans op slagen heeft omdat we enkel vrouwelijke patiëntes tussen 55 en 70 jaar includeerden.

De korte implementatieduur, met name drie maanden, is een derde belangrijke limitatie van dit studieprotocol. Twee patiëntes kwamen tijdens deze studieperiode niet op consultatie en voor anderen was de timing niet goed. Eén patiënte kreeg tijdens deze periode de diagnose van een hematologische maligniteit, twee patiëntes verbleven tijdelijk in een psychiatrische instelling.

Ook een aantal technische problemen vormden hindernissen in het opzetten van dit praktijkverbeterend project. Ten eerste traden fouten op in de automatische verlenging van de globaal medische dossiers (GMD) waardoor mogelijk niet alle patiëntes werden opgenomen in de interne audit. Persoonlijke en familiale voorgeschiedenis zijn niet consequent gecodeerd. Alle benaderde dossiers moesten dan ook manueel worden geopend en gecontroleerd op relevante info. Herinneringen via pop-ups in WINDOC zijn ook onoverzichtelijk en onduidelijk, wat niet stimuleert om deze bij elke patiënt te lezen.

Tot slot is de globale evolutie binnen onze praktijkpopulatie opvallend, ook bij deze patiënten die niet actief werden uitgenodigd voor deelname aan screeningsonderzoeken. Mogelijks trad bias op bij de collega's huisartsen: de namenlijst van geïncludeerde patiënten was ongekend voor de collega's. Tijdens de implementatieperiode hadden ze mogelijks meer aandacht voor het lezen van pop-ups of het bespreken van deelname aan screening. Ook beïnvloeding van patiënten onderling is mogelijk.

Naast de besproken limitaties kunnen ook een aantal belangrijke opmerkingen worden genoteerd. Een groot aantal patiënten (77,3%, n = 102) nam reeds deel aan screening naar borst- of dikkedarmkanker voor de implementatie van onze studie. Dit zijn de patiënten die

ingaan op de routine aanpak volgens de protocols van de bevolkingsonderzoeken of zij die deelnemen na gesprekken binnen de routine eerstelijnsgeneeskunde. Na de implementatieperiode stellen we een absolute stijging vast van 8,3% (n =11). Herhaaldelijke interventies schijnen dus efficiënt te zijn om de deelname te verhogen. Dit kan bijdragen tot het bereiken van de vooropgestelde doelen.

Tot slot is het opvallend dat de deelnamecijfers in onze praktijk variëren ten opzichte van cijfers uit de literatuur. Voor de implementatieperiode namen respectievelijk 68,9% en 56,0% van de doelpopulatie deel aan het bevolkingsonderzoek voor borst- en dikkedarmkanker. Deze cijfers verschillen opmerkelijk met de Vlaamse gemiddelden. Zo laten slechts 64,3% van de dames uit het Vlaamse Gewest een screeningsmammografie uitvoeren. In Herentals, de gemeente waarin onze praktijk is gevestigd, was dit in 2015 68,2%, een cijfer vergelijkbaar met de deelnemeratio in onze praktijk. Daarentegen nemen gemiddeld 63,4% van de Vlamingen deel aan FOBT-screening. In Herentals was dit 68% van de doelpopulatie anno 2015. In onze praktijk is dit echter slechts 56%[22]. Review van Europese cijfers toont een gelijkaardige variatie: deelname in Europa varieert van 26 tot 77% van de doelpopulatie[23].

Conclusie

Het persoonlijk en geïndividualiseerd uitnodigen van patiënten uit de eigen praktijkpopulatie kan een toename veroorzaken in het aantal deelnames aan de bestaande bevolkingsonderzoeken. Patiënten die spontaan minder geneigd zijn tot deelname kunnen door deze extra inspanning overtuigd worden om zich te laten screenen. Onze resultaten pleiten er dan ook voor om vanuit de huisartsenpraktijk patiënten actief en proactief aan te sporen om deel te nemen aan preventieve screening, dit als complementaire activiteit bovenop de bestaande bevolkingsonderzoeken.

In dit praktijkverbeterend project werden verschillende methodes om patiënten uit te nodigen - met name het uitnodigen per telefoon, per brief of per gecodeerde herinneringen in het EMD - vergeleken. Geen enkele methode bleek superieur maar de onderzoeksgroep was feitelijk te klein om eventuele verschillen in kaart te brengen.

Referenties

1. Belgian Cancer Registry. Overzicht van de tien meest voorkomende kankers per geslacht in België in 2014. Beschikbaar via: *www.kankerregister.org/media/images/cijfersoverkanker/de10meestfrequentetumorenpergeslacht,Belgie2014_orig.jpg*. Laatst geraadpleegd op 09 april 2017.
2. Henau K, Francart J, Vos K, Emmerechts K, Van Eycken L. Cancer Incidence in Belgium, 2008. Belgian Cancer Registry 2011: 84.
3. Henau K, Francart J, Vos K, Emmerechts K, Van Eycken L. Cancer Incidence in Belgium, 2008. Belgian Cancer Registry 2011: 47.
4. De Schutter H, Adam M, Giusti F, Schillemans V, De Gendt C, et al. Cancer Survival in Belgium. Belgian Cancer Registry 2012: 64.
5. De Schutter H, Adam M, Giusti F, Schillemans V, De Gendt C, et al. Cancer Survival in Belgium. Belgian Cancer Registry 2012: 41.
6. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-cancer screening-viewpont of the IARC Working Group. N Engl J Med 2015, 373(15):2353-2358.
7. Paulus D, Mambourg F, Bonneux L. Borstkankerscreening. Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ; 2005 April. KCE Reports vol.11A. Ref. D/2005/10.273/05.
8. Govaerts F, Deturck L, Wyffels P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. Huisarts Nu 2008, 37(7): 341-361.
9. Jaarrapport Bevolkingsonderzoek 2016. Beschikbaar via: *www.borstkanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarrapport2016CvKO_SKR.pdf p.31 - 191.* Laatst geraadpleegd op 09 april 2017.
10. Wagner TH. The effectiveness of mailed patient reminders on mammography screening: a meta-analysis. Am J Prev Med. 1998, 14(1): 64-70.
11. Hegenscheid K, Hoffmann W, Fochler S, Domin M, Weiss S, Hartmann B, et al. Telephone counseling and attendance in a national mammography-screening program a randomized controlled trial. Am J Prev Med. 2011, 41(4): 421-427
12. Püschel K, Coronado G, Soto G, Gonzalez K, Martinez J, Holte S, et al. Strategies for increasing mammography screening in primary care in Chile: results of a randomized clinical trial. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2010, 19(9): 2254-2261.
13. Allgood PC, Maxwell AJ, Hudson S, Offman J, Hutchison G, Beattie C, et al. A randomised trial of the effect of postal reminders on attendance for breast screening. Br J Cancer. 2016, 114(2): 171-176.
14. Kerrison RS, Shukla H, Cunningham D, Oyebode O, Friedman E. Text-message reminders increase uptake of routine breast screening appointments: a randomised controlled trial in a hard-to-reach population. Br J Cancer. 2015, 112(6): 1005-1010.
15. Thompson RS, Michnich ME, Gray J, Friedlander L, Gilson B. Maximizing compliance with hemoccult screening for colon cancer in clinical practice. Med Care. 1986, 24(10): 904-914.
16. Bonfill X, Marzo M, Pladevall M, Martí J, Emparanza JI. Strategies for increasing women participation in community breast cancer screening. Cochrane Database Syst Rev. 2001, (1):CD002943.
17. Levy BT, Xu Y, Daly JM, Ely JW. A randomized controlled trial to improve colon cancer screening in rural family medicine: an Iowa Research Network (IRENE) study. J Am Board Fam Med. 2013, 26(5): 486-497.
18. Van Dijck JA, Broeders MJ, Verbeek AL. Mammographic screening in older women. Is it worthwhile? Drugs Aging 1997, 10(2): 69-79.
19. Jonsson H, Tornberg S, Nystrom L, Lenner P. Service screening with mammography of women aged 70-74 years in Sweden. Effects on breast cancer mortality. Cancer Detect Prev 2003, 27 (5): 360-369.
20. Coldman A, Phillips N, Wilson C, Decker K, Chiarelli AM, Brisson J, et al. Pan-

Canadian study of mammography screening and mortality from breast cancer. J Natl Cancer Inst. 2014, 106(11): 261.
21. Garmyn B, Govaerts F, Peremans L, Van Goethem M, Van Hal G, Van Limbergen E, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Borstkankerscreening. Antwerpen: Domus Medica; 2016.
22. Bevolkingsonderzoek in cijfers. Beschikbaar via: *www.bevolkingsonderzoek.incijfers.be*. Laatst geraadpleegd op 09 april 2017.
23. Vernon SW. Participation in colorectal cancer screening: a review. J Natl Cancer Inst 1997, 89 (19): 1406-1422.

Bijlagen

Bijlage 1: Uitnodigingsbrief voor deelname aan borstkankerscreening

Herentals, 1 oktober 2016

Geachte patiënte,

U gaf onze huisartsenpraktijk uw toestemming om uw Globaal Medisch Dossier (GMD) te beheren. Daardoor kunnen we uw gezondheidstoestand goed opvolgen. Voor zover onze gegevens volledig zijn, liet u de voorbije twee jaar geen borstonderzoek doen.

Als uw huisartsen raden we u dat wel aan want wanneer we ouder worden, verandert er veel in het leven. Dat geldt ook voor onze gezondheid. Sommige ziekten komen vaker voor op bepaalde leeftijden. Borstkanker is zo'n ziekte die vaker vrouwen boven 50 jaar treft. Als we deze kanker vroeg ontdekken, kunnen we tijdig ingrijpen waardoor de behandeling minder zwaar is en de kans op genezing groter.

De Vlaamse overheid organiseert daarom het Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Alle vrouwen van 50 tot en met 69 jaar krijgen de kans om elke twee jaar hun borsten te laten onderzoeken via een borstfoto, ook screeningsmammografie genoemd.

Als uw artsen bevelen we u de tweejaarlijkse borstfoto van het bevolkingsonderzoek aan. Bent u aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds? Dan is het borstonderzoek **gratis** voor u. De overheid volgt tegelijk de kwaliteit van dit onderzoek zeer streng op.

U kan deelnemen door:

- ofwel in te gaan op de afspraak in de bijgevoegde brief.
- ofwel uw afspraak te wijzigen:
  Dr. Leesen, Hikstraat 43, 2200 Herentals, 014/21.13.08
  AZ Herentals, Nederij 133, 2200 Herentals, 014/24.64.10

Deelnemen aan het Bevolkingsonderzoek Borstkanker is niet verplicht. U beslist zelf of u deelneemt of niet. In de folder als bijlage vindt u meer informatie over het Bevolkingsonderzoek Borstkanker en de screeningsmammografie.

Hebt u vragen of twijfelt u of u al dan niet een screeningsmammografie wilt nemen, kan u altijd bij mij terecht.

Mocht u niet wensen deel te nemen, gelieve ons dit te melden.

Heeft u de voorbije twee jaar toch een borstonderzoek laten uitvoeren, dan is een directe herhaling van het onderzoek waarschijnlijk niet nodig. Als beheerder van uw GMD, volgen we uw dossier graag goed op. **Mag ik u daarom vragen om mij de datum van uw laatste onderzoek te laten weten?**

Met vriendelijke groeten,

Dokter Nathalie Heylen

Mede namens Dr. Carnas en Dr. Van Houdt

Uw borsten laten onderzoeken via het bevolkingsonderzoek?

Er zijn nadelen:

- Zoals bij elk onderzoek is er nooit volledige zekerheid:
  - 2 tot 3 op de duizend vrouwen bij wie geen afwijking wordt gevonden, krijgen toch borstkanker nog voor ze zich opnieuw laten onderzoeken.
  - 9 op de 10 vrouwen bij wie een afwijking wordt gevonden, blijken na verder onderzoek geen borstkanker te hebben.
- Soms groeit borstkanker zo langzaam dat vrouwen er hun leven lang geen last van hebben. Achteraf gezien was een onderzoek en een behandeling dan niet nodig geweest.
- Bij het onderzoek krijgt u een lage dosis röntgenstraling. Er is een heel klein risico dat die straling borstkanker veroorzaakt. Dankzij voortdurende kwaliteitscontrole blijft het risico zo klein mogelijk.
- U moet een paar weken wachten op het resultaat.

Maar de voordelen zijn veel groter

- Dankzij het bevolkingsonderzoek wordt borstkanker vroegtijdig opgespoord, met een grotere kans op genezing:
  - 55% van de borstkankers vinden we in zo'n vroeg stadium dat ze zo goed als allemaal volledig genezen.
  - 78% van de vrouwen met borstkanker kregen een behandeling waarbij de borst gespaard bleef (geen borstamputatie).
- Minstens twee radiologen kijken de foto's na. Dat maakt het onderzoek extra kwaliteitsvol.
- Een screeningsmammografie is bij vrouwen boven de 50 de beste manier om borstkanker op te sporen. Tegelijkertijd een echografie nemen, is niet nodig.
- Ervaren en bekwaam personeel onderzoekt u, in een dienst die de Vlaamse overheid erkent.
- Het onderzoek is gratis.

Voor meer info kan u terecht

- bij uw huisarts of gynaecoloog
- bij het Centrum voor kankeropsporing
- op het gratis nummer **0800 60 160**
- op de website **www.bevolkingsonderzoek.be**

BEVOLKINGS ONDERZOEK.BE

CvKO CENTRUM VOOR KANKEROPSPORING
ANTWERPEN . BRUGGE . BRUSSEL . GENT . LEUVEN

Vlaanderen



LAAT JE TESTEN OP BORSTKANKER!

Informatie over het bevolkingsonderzoek naar borstkanker.

BEVOLKINGS ONDERZOEK BORSTKANKER

Laat u zich onderzoeken op borstkanker?

Via het bevolkingsonderzoek naar borstkanker kunt u zich om de twee jaar laten onderzoeken vanaf het jaar waarin u 50 wordt tot en met het jaar waarin u 69 jaar wordt.

- Van alle kankers is borstkanker diegene die bij vrouwen het meeste voorkomt.
- 3 op de 4 vrouwen met borstkanker zijn ouder dan 50 jaar.
- Als borstkanker in een vroeg stadium ontdekt wordt, is de kans op genezing groter.

Neem eerst contact op met uw arts als u

- klachten hebt die kunnen wijzen op borstkanker: een knobbeltje, een kuiltje in de borst, de tepel die intrekt, uitslag rond de tepel, een ontsteking of verlies van vocht;
- een sterk verhoogd risico op borstkanker hebt: meerdere mensen uit uw dichte familie, zoals uw moeder, zus of dochter, kregen al borstkanker;
- al een behandeling volgt voor borstkanker (tot 10 jaar na de diagnose).

Hoeveel kost het bevolkingsonderzoek?

Een borstonderzoek via het bevolkingsonderzoek is gratis als u bent aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds. Bent u niet aangesloten? Misschien hebt u een verzekering die het onderzoek terugbetaalt, bijvoorbeeld op uw werk.

Hoe verloopt het bevolkingsonderzoek?

Ga met een voorschrift van uw arts of de uitnodigingsbrief naar een mammografische eenheid. Gebruik voor het borstonderzoek geen deodorant, bodylotion of talkpoeder. Dat kan uw foto's onduidelijk maken.

De radioloog zal u uitleg geven over het onderzoek en over de voor- en nadelen. U ondertekent een formulier waarin u instemt met het onderzoek. Het onderzoek verloopt volgens de wetgeving die uw privacy beschermt.

De radioloog of zijn medewerker neemt van elke borst twee röntgenfoto's, de zogenaamde "screeningsmammografieën". Dat duurt ongeveer vijf minuten.

Om de foto's te nemen, wordt elke borst enkele seconden samengedrukt tussen twee steunplaten. Dat kan pijnlijk zijn, maar het is nodig om met minder straling toch scherpe foto's te maken.

En wat daarna?

De radioloog van de dienst waar de foto's werden genomen, zal ze een eerste keer beoordelen. Daarna gaan ze naar het Centrum voor kankeropsporing. Daar beoordeelt een tweede radioloog uw foto's. Verschillen de beoordelingen van de eerste en de tweede radioloog, dan zal nog een derde radioloog uw foto's beoordelen. Liet u al eerder het onderzoek doen? Dan vergelijken de radiologen de nieuwe foto's met die van het vorige onderzoek. Zo kunnen ze gemakkelijker mogelijke veranderingen zien. U en uw arts ontvangen na ongeveer 3 weken het resultaat.

Geen afwijking

Bij 95% van de vrouwen die zich laten onderzoeken, vinden de radiologen geen afwijkingen. U mag dan 2 jaar wachten voor een volgend onderzoek. Toch bestaat er een kans dat de radiologen een borstkanker niet hebben gezien of dat er in de tussentijd borstkanker ontstaat. Blijf daarom goed letten op veranderingen aan uw borsten: een knobbeltje, een kuiltje, de tepel die intrekt, uitslag rond de tepel, een ontsteking of verlies van vocht. Raadpleeg uw arts als u zoiets opmerkt.

Een afwijking

Bij 5% van de vrouwen die zich laten onderzoeken, zien de radiologen een afwijking in de borst. Dat betekent nog niet dat u borstkanker hebt. Er zijn dan meer onderzoeken nodig. Bespreek dat met uw arts. Na die onderzoeken ontdekken artsen slechts bij één op de tien vrouwen met een afwijking, echt borstkanker.

CVK14-001 BK-FO-PUB-1504-DEF.indd 2 17/04/15 12:43

Bijlage 3: Uitnodigingsbrief voor deelname aan dikkedarmkankerscreening

Herentals, 1 oktober 2016

Geachte patiënte,

U gaf onze huisartsenpraktijk uw toestemming om uw Globaal Medisch Dossier (GMD) te beheren. Daardoor kunnen we uw gezondheidstoestand goed opvolgen. Voor zover onze gegevens volledig zijn, liet u de voorbije twee jaar geen dikkedarmonderzoek doen.

Als uw huisartsen raden we u dat wel aan want wanneer we ouder worden, verandert er veel in het leven. Dat geldt ook voor onze gezondheid. Sommige ziekten komen vaker voor op bepaalde leeftijden. Dikkedarmkanker is zo'n ziekte die vaker personen treft boven 55 jaar. Als we deze kanker vroeg ontdekken, kunnen we tijdig ingrijpen waardoor de behandeling minder zwaar is en de kans op genezing groter.

De Vlaamse overheid organiseert daarom het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. Alle personen van 56 tot en met 74 jaar krijgen de kans om elke twee jaar hun darmen te laten onderzoeken via een stoelgangstest.

Als uw artsen bevelen we u de tweejaarlijkse stoelgangstest van het bevolkingsonderzoek aan. Bent u aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds? Dan is het darmonderzoek **gratis** voor u. De overheid volgt tegelijk de kwaliteit van dit onderzoek zeer streng op.

U kan deelnemen door de afnameset af te halen in onze praktijk en deze, samen met het stoelgangsstaal en antwoordblad binnen te brengen bij ons of rechtstreeks in het labo (CMA, Oud-Strijderslaan 199, 2200 Herentals).

Deelnemen aan het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker is niet verplicht. U beslist zelf of u deelneemt of niet. In de folder als bijlage vindt u meer informatie over het Bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker en het stoelgangsonderzoek.

Hebt u vragen of twijfelt u of u al dan niet een stoelgangsonderzoek wil uitvoeren, kan u altijd bij mij terecht.

Mocht u niet wensen deel te nemen, gelieve ons dit te melden.

Heeft u de voorbije twee jaar toch een darmonderzoek laten uitvoeren, dan is een directe herhaling van het onderzoek waarschijnlijk niet nodig. Als beheerder van uw GMD, volgen we uw dossier graag goed op. **Mag ik u daarom vragen om mij de datum van uw laatste onderzoek te laten weten?**

Met vriendelijke groeten,

Dokter Nathalie Heylen

Mede namens Dr. Carnas en Dr. Van Houdt

Bijlage 4: Informatiebrochure over darmkankerscreening

Laat dikkedarmkanker vroeg opsporen!

Elk jaar krijgen meer dan 5.000 mensen in Vlaanderen dikkedarmkanker. Jaarlijks sterven er ongeveer 1.750 mensen aan. Dikkedarmkanker is daarmee de tweede meest voorkomende kanker bij vrouwen en de derde meest voorkomende kanker bij mannen. Daarom organiseert de Vlaamse overheid vanaf 2013 een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker.

Hoe ontstaat dikkedarmkanker?

Dikkedarmkanker begint vaak met poliepen in de dikke darm. Een poliep is een kleine zwelling aan de binnenkant van de dikke darm. Poliepen zijn meestal goedaardig en geven geen klachten. Soms groeien ze echter uit tot kanker. Dit is een heel langzaam proces. Het duurt gemiddeld 10 jaar voor een poliep dikkedarmkanker wordt. Waarom iemand poliepen krijgt of waarom ze kwaadaardig worden, is meestal niet bekend. U kan de poliepen wel laten wegnemen.

Vroege opsporing geeft beter vooruitzicht op genezing

In het begin hebben mensen met dikkedarmkanker geen klachten. Daarom wordt de ziekte vaak pas laat ontdekt. Hoe kleiner het gezwel, hoe meer kans u hebt om te genezen. Daarom is het belangrijk om de kanker vroeg op te sporen. Een vroege opsporing zorgt er ook voor dat de behandeling minder zwaar is en dat u sneller herstelt. Ongeveer de helft van de mensen met dikkedarmkanker geneest. Wanneer heel wat personen deelnemen aan het bevolkingsonderzoek kan dit aantal zeker toenemen.

Welke klachten kunnen wijzen op poliepen of dikkedarmkanker?

- U hebt bloed of slijm in de stoelgang.
- Er treedt verandering op in uw normale stoelgangpatroon (vaker of minder vaak dan gewoonlijk en/of vaster of minder vast dan gewoonlijk).
- U hebt vaak buikpijn.
- U hebt krampen.
- U hebt het gevoel dat u naar het toilet moet, zonder dat u echt moet.
- U vermagert zonder reden.

Deze klachten kunnen ook een andere oorzaak hebben dan dikkedarmkanker. **Hebt u één of meer van deze klachten?** Ga langs bij uw huisarts.

Hoe verloopt het bevolkings-onderzoek?

Mannen en vrouwen woonachtig in Vlaanderen van 56 tot en met 74 jaar ontvangen een uitnodigingsbrief met een afnameset om zelf een stoelgangstaal te nemen en dit samen met het antwoordformulier naar het labo te sturen (postzegel niet nodig). Deze afnameset (de iFOB-test*) spoort bloed op in de stoelgang dat met het blote oog niet te zien is. Dat bloed kan wijzen op de aanwezigheid van poliepen of dikkedarmkanker.

Niet iedereen van 56 tot en met 74 jaar wordt meteen uitgenodigd. Wanneer u wordt uitgenodigd hangt af van uw geboortejaar. Ga naar www.bevolkingsonderzoek.be/dikkedarmkanker en selecteer daar uw geboortejaar om na te gaan of u zal uitgenodigd worden en wanneer u deze uitnodiging zal ontvangen.

In het labo onderzoekt men het staal. Binnen 14 kalenderdagen krijgen u en uw (huis)arts het resultaat. Bij een afwijkend resultaat wordt u geadviseerd een kijkonderzoek (volledige coloscopie) te ondergaan. Bij een niet afwijkend resultaat is er geen verder onderzoek nodig. U krijgt dan na twee jaar opnieuw een uitnodiging om deel te nemen. Indien u klachten hebt, zoals hierboven vermeld, neem dan contact op met uw huisarts.

* iFOB-test: immunochemische fecaal occult bloed test. Meer informatie over deze test vindt u op www.bevolkingsonderzoek.be.

Waarom krijgen enkel de 56 tot en met 74-jarigen een uitnodiging?

De leeftijdsgroep is vastgelegd in samenspraak met de Vlaamse overheid en in overeenstemming met andere internationale bevolkingsonderzoeken.

- 90% van alle dikkedarmkanker komt voor na de leeftijd van 50 jaar. Bent u jonger dan 50 jaar bespreek dan met uw huisarts of u toch al mogelijke symptomen hebt en of u een verhoogd risico hebt op dikkedarmkanker.
- Bent u 50-55 jaar bespreek dan met uw huisarts of uw symptomen hebt en of u een verhoogd risico hebt op dikkedarmkanker. Spreek ook met uw huisarts over het laten uitvoeren van een stoelgangtest elke twee jaar. Dit valt dan wel buiten het bevolkingsonderzoek tot u 56 jaar bent en u betaalt hiervoor remgeld.
- Voor personen ouder dan 74 jaar is nog niet wetenschappelijk aangetoond dat de voordelen van screening opwegen ten opzicht van de nadelen. Bent u ouder dan 74 jaar, spreek dan met uw huisarts over het laten uitvoeren van een stoelgangtest elke twee jaar. Dit valt dan buiten het bevolkingsonderzoek en u betaalt hiervoor remgeld.

CVK14-003 DDK-FO-PUB-1412-DEF.indd 2 19/12/14 15:39

Bijlage 5: Aanvraag ethische commissie

Sensibilisering voor kankerscreening: een praktijkverbeterend project

Student(en):

Nathalie Heylen

Faculteit:

Geneeskunde

Opleiding:

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is:

monocentrisch

De opdrachtgever is:

academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:

Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

De participatiegraad van de verschillende screeningsprogramma's ligt beneden de vooropgestelde doelen. Zo nam in de periode 2011-2012, bijvoorbeeld, slechts 51,2% van de doelpopulatie deel aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Dit cijfer ligt ver beneden de vooropgestelde 75%. Met dit praktijkverbeterend project wil ik trachten een grotere populatie in onze praktijk te benaderen.

Vraagstelling:

Verhoogt sensibilisering door de huisarts de participatiegraad in het bevolkingsonderzoek naar colon- en borstkanker?

- Wat is het effect van het coderen van onderzoeken, het opstellen van werkplannen en programmeren van pop-ups in het elektronisch medisch dossier?
- Wat is het effect van het verzenden van een oproepingsbrief?
- Wat is het effect van het opbellen van de patiënt?
- Wat is het effect van het opnieuw opbellen?

Methodologie:

De studiepopulatie bestaat uit alle vrouwen, tussen 50 en 70 jaar, met een globaal medisch dossier. Een informed consent wordt gevraagd. Het praktijkverbeterend project zal uitgevoerd worden volgens 'het incomplete block design': alle personen worden gerandomiseerd in twee studiegroepen. De randomisatie is blind voor de collega's huisartsen. In de ene groep bestaat de interventie uit het oproepen tot deelname aan borstkankerscreening, in de andere tot deelname aan de screening voor colonkanker. De patiënten uit de eerste groep vormen de controlepopulatie voor het bevolkingsonderzoek naar colonkanker en deze uit de tweede groep voor borstkankerscreening.

Manier van recrueteren: initieel zal een analyse van doelgroep (cfr. leeftijd, actief GMD) via het medisch dossier worden uitgevoerd. Nadien worden deze patiënten uitgenodigd via een oproepingsbrief. Indien hieraan geen gevolg wordt gegeven, zullen patiënten persoonlijk worden gecontacteerd per telefoon.

Interventies: aanmaken van werkplannen in het medisch dossier - verzenden van oproepingsbrief - opbellen van de patiënten

Voordelen: verhogen van participatiegraad van screeningsonderzoeken.

Referenties:

KCE richtlijn Borstkanker bij vrouwen: diagnose, behandeling en follow-up KCE Reports (2013)

Domus Medica richtlijn Borstkankerscreening (2008 – Update 2009)

Dikkedarmkanker: diagnose, behandeling en follow-up KCE Reports (2014)

Domus Medica richtlijn (2008 – Update 2010)

Promotor:

Geert Goderis (geert.goderis@med.kuleuven.be - u0047213 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Registratienummer:

mp11131

Bijlage 6: Goedkeuring ethische commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Sensibilisering voor kankerscreening: een praktijkverbeterend project" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.