PRAKTISCHE IMPLEMENTATIE VAN COLORECTALE KANKER SCREENING IN DE EERSTE LIJN: EEN KWALITEITSVERBETEREND PROJECT

Julie Casaer

KU Leuven

Departement huisartsgeneeskunde

Promotor: Prof. Dr. Geert Goderis

Praktijkopleider:

2016-2017 Dr. Frank Corne

2017-2018 dr. Ophélie Broeckaert

Academiejaar 2017-2018

Huisartsgeneeskunde

-

Abstract

Doel: Met dit praktijkverbeterend project wilde ik de colorectal kanker (CRC) screening in mijn opleidingspraktijk in kaart brengen en exploreren of het nuttig was om het bevolkingsonderzoek aan te vullen met een eigen campagne in deze praktijk.

Methoden: De studiepopulatie werd geselecteerd na het uitvoeren van een interne audit. Na retrospectief onderzoek van alle dossiers werd een elektronische herinnering gecodeerd in elk van de dossiers van de patiënten die in aanmerking kwamen voor een Fecaal Occult Bloed Test (FOBT) waarna de arts de persoon hierover kon aanspreken. Daarnaast werd iedereen per briefwisseling uitgenodigd om deel te nemen aan kankerscreening door een gepersonaliseerde brief met bijhorende informatiebrochure. De implementatie van de studie liep gedurende 6 maanden, met name in de periode van 1-2016 tem 7-2016.

Resultaten: Van de 2883 actieve GMD's kwamen 868 mensen in aanmerking voor een iFOB screening. 40 werden geëxcludeerd. 495 patiënten ondergingen in de laatste twee jaar een FOBT of de laatste 5 jaar een coloscopie. Uit deze groep kwamen 53 iFOBT positief terug en bij 2 van hen werd een colorectaal carcinoom vastgesteld. 333 mensen kregen een notitie in hun dossier ter herinnering bij een volgend consult, en kregen een gepersonaliseerde brief opgestuurd. 139 van hen namen daarna ook deel aan het onderzoek. 31 testen waren positief, 20 mensen met een positief resultaat kregen daarna ook een coloscopie: bij 14 van hen werd een poliep weggehaald, waarvan 3 laaggradige dysplasie vertoonden en 1 een adenomateuze poliep bleek te zijn waarna men is overgegaan op een colonresectie. 11 met een positieve iFOBT kregen voorlopig nog geen coloscopie ter follow up. Dit betekent dat dit project een stijging van 16% heeft veroorzaakt in de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie.

Conclusie: De georganiseerde screening is reeds een belangrijke vooruitgang in Vlaanderen, maar in deze praktijk is een bijkomende campagne naast algemeen bevolkingsonderzoek een significante meerwaarde. In de toekomst zou er gewerkt moeten worden aan één harmonieuze campagne waarbij Bevolkingsonderzoek en screening via de huisartsen gebeurt met hetzelfde materiaal en geautomatiseerde, gelijktijdige registratie in het nationale register én in het dossier van de huisarts.

1. Introductie

Feiten en cijfers colonkanker

Kanker is een belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit wereldwijd, met ongeveer 14 miljoen nieuwe gevallen in 2012[1,2]. Men schat dat, door de verdere toename van de wereldbevolking, de vergrijzing en de altijd stijgende percentages aan nieuwe kankergevallen, dit aantal nieuwe gevallen nog met 70% zal stijgen in de komende 20 jaar[3].

Wereldwijd zijn een zesde van de doodsoorzaken gelinkt aan kanker, daarmee is kanker een van de belangrijkste doodsoorzaken in de wereld, met 8.8 miljoen overlijdens in 2015. Ongeveer een op drie van deze overlijdens zijn gerelateerd aan volgende 5 risicofactoren: verhoogd body mass index, onvoldoende innemen van fruit en groenten, onvoldoende fysieke activiteit, roken en alcoholconsumptie. Roken is zelfs verantwoordelijk voor 22% van de overlijdens ten gevolge van kanker[4]. Volgende kankers zijn het dodelijkst: Long (1.69 miljoen overlijdens), lever (788 000 overlijdens), colorectaal kanker (774 000 overlijdens), maag (754 000 overlijdens) en borst (571 000 overlijdens)[1].

Colorectaal carcinoma (CRC) is de derde meest voorkomende kanker bij mannen (met 746.000 gevallen 10% van het totaal aantal kankerdiagnoses)

en de tweede meest voorkomende kanker bij vrouwen (met 614.000 gevallen 9.2% van het totaal aantal diagnoses) wereldwijd. Bijna 55% van de gevallen worden gediagnosticeerd in meer ontwikkelde landen[2].

In België werden in 2015 67 087 nieuwe diagnoses van kanker geregistreerd, deze treffen voornamelijk ouderen, 67% van de vrouwen en 78% van de mannen zijn 60 jaar of ouder wanneer de diagnose valt.[5] Zie ook Addendum 1: Meest voorkomende kankers in België 2015 [5]. 13% hiervan krijgt de diagnose colorectaal kanker. Zo is ook in België colorectaal kanker de 3e meest voorkomende kanker bij mannen en de 2e meest voorkomende invasieve kanker bij vrouwen. Ook hier geldt dat de incidentie toeneemt met de leeftijd.[6] Zie ook Addendum 2: leeftijdspecifieke kankerincidentie België 2011-2013[6]. Volgens het intego netwerk zal een huisarts een keer per vier à vijf jaar geconfronteerd worden met een nieuwe diagnose van colorectale kanker.[7]

Volgens het kankerregister is de relatieve vijfjaarsoverleving bij nieuw gediagnosticeerde colorectaal kanker 65.5% voor mannen en 67.2 % voor vrouwen.[5] De slechtste overleveningskansen zien we bij patiënten van 65 jaar of ouder. Hoe hoger de stadiëring of uitgebreidheid van de tumor bij diagnose, hoe slechter de prognose. De pathologische stadiëring is dus een belangrijke prognostische factor.[5]

Dat screening naar CRC efficiënt de incidentie en mortaliteit vermindert is reeds bewezen[8]. Vroegtijdige diagnose van CRC kan de prognose van deze kanker verbeteren. Wereldwijd worden er screeningsprogramma's opgezet, zo ook in Vlaanderen Hier is er sinds 2008 een richtlijn van Domus Medica voor de screening naar CRC en sinds 2013 organiseert de Vlaamse overheid een grootschalige CRC screening. Hierbij wordt elke Vlaming tussen 50 en 74 jaar via een brief aangespoord om een Immunochemische Fecaal Occult Bloed Test (iFOBT) uit te voeren. In 2014 werden 21% meer CRCs gevonden door deze screening.

1. Doel

Met dit praktijkverbeterend project wilde ik de CRC screening in mijn opleidingspraktijk in kaart brengen en exploreren of het nuttig was om het bevolkingsonderzoek aan te vullen met een eigen campagne in deze praktijk.

Aanleiding

In mijn opleidingspraktijk werkte men met 2 huisartsen en 1 HAIO en waren er 2883 actieve GMD's, overvolle agenda's waren geen uitzondering. Nochtans dragen we als huisartsen preventieve geneeskunde hoog in het vaandel. Ik wenste te zoeken naar een systematische implementatie van nuttige preventieve acties om zo de gezondheid van onze patiënten te verbeteren. Geïnspireerd door de Domus Medica gezondheidsgids uit 2010 ging ik een praktijkverbeterend project omtrent preventie invoeren. Dit wenste ik te concretiseren door na te gaan hoeveel patiënten door de mazen van het net zijn geglipt in de leeftijdscategorie van 50- 70j en nog niet hadden deelgenomen aan de preventieve screening naar colorectale poliepen en kanker met behulp van de iFOBT. Voor de start van dit project werd participatie aan de georganiseerde bevolkingsscreening in deze praktijk immers niet langer opgevolgd. Dit idee kwam voort uit een casus van een oudere dame waarbij ik in mijn HAIO periode een colonkanker vaststelde. Bij nazicht bleek dat ze nooit had deelgenomen aan de IFOB screenings.

2. Oriënterend literatuuronderzoek

Een uitgebreid literatuuronderzoek werd uitgevoerd volgens het watervalprincipe. Relevante richtlijnen werden gezocht in de databanken van het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), Domus Medica, de icho-databank met de masterpapers van vorige HAIO's en EBMPracticenet (keywords: screening, darmkanker). Een Medline search (MESH-termen: "cancer screening", "colon cancer", "screening", "colorectal neoplasms", "primary health care") werd uitgevoerd en ik weerhield artikels over richtlijnen, meta-analyses, RCT's en systematische reviews, geschreven in Engels of Nederlands. Ook relevante artikels uit de referenties werden geanalyseerd.

Waarom is screening nuttig?

Kanker komt voort uit de transformatie van normale cellen in tumor cellen in een multistage proces dat begint met een pre-cancereuse laesie en eindigt met een maligne tumor. Deze veranderingen zijn het resultaat van de interactie tussen genetische factoren en externe factoren (fysische cardiogenen zoals ultraviolet en ioniserende straling, chemische carcinogenen zoals asbest en tabaksrook, biologische carcinogenen zoals infecties met virussen, bacteriën of parasieten). Ouder worden is een andere fundamentele factor in het ontwikkelen van kanker. De incidentie van kanker stijgt dramatisch met ouderdom, waarschijnlijk door een build-up van risico's voor specifieke kankers gecombineerd met een verminderde effectiviteit van de cellulaire herstelmechanismen bij het verouderen.

Tussen 30-50% van de kankers kan tegenwoordig vermeden worden door risico factoren te vermijden en door bestaande evidence-based preventie strategieën te gaan implementeren. De impact kan ook verminderd worden door vroege detectie van kanker en management van patiënten die kanker hebben ontwikkeld. Veel kankers – zo ook CRC hebben een goede kans op genezing als ze vroeg genoeg ontdekt en goed behandeld worden.

Een coloncarcinoom is typisch een kanker die traag groeit. Over het verloop van adenoom tot carcinoom gaat ongeveer tien jaar. Deze transformatie is een meerstappenproces, onder invloed van genetische en omgevingsfactoren, waarbij darmepitheel transformeert naar een maligne tumor. Een van de eerste waarneembare stadia zijn darmpoliepen. Er zijn hyperplastische of adenomateuse darmpoliepen, deze laatste vormen een risico om zich tot carcinoom te gaan ontwikkelen. Dit risico is onder andere afhankelijk van de poliepgrootte (< 1 cm: 1% in 10 jaar, > 1 cm: 15% in 10 jaar).[9,10]

Het doel van screening is om individuen te gaan identificeren met abnormaliteit suggestief voor een specifieke kanker of pre-kanker die nog geen symptomen heeft ontwikkeld en hen meteen te kunnen refereren voor diagnose en behandeling, waardoor de prognose verbetert. Het is reeds bewezen dat screening naar CRC efficiënt is om de incidentie en mortaliteit te verminderen[8].

Aanbevelingen Domus Medica [12]
Wie komt in aanmerking voor een iFOBT?
Alle mannen en vrouwen vanaf 50 jaar komen tweejaarlijks in aanmerking tot aan de leeftijd van 74 jaar, en nadien als de levensverwachting het toelaat.
Mannen en vrouwen vanaf 40 jaar, indien zij één eerstegraadsverwant hebben bij wie de diagnose van colorectale kanker gesteld werd na de leeftijd van 60 jaar.
Wie komt niet in aanmerking voor een iFOBT?
Mannen en vrouwen jonger dan 50 jaar of na de leeftijd van 74 jaar met duidelijk beperkte levensverwachting
Mensen met verhoogd risico op colorectaal kanker*, dan is een optische colonoscopie het aanbevolen screeningsonderzoek,
**Wie heeft een verhoogd risico op colorectaal kanker?*
Mensen vanaf 40 jaar met eerstegraadsverwanten bij wie de diagnose voor 60 jaar werd gesteld
Hetzelfde geldt voor alle mensen met meer dan één eerstegraadsverwant met colorectale kanker, ongeacht de leeftijd waarop de diagnose werd gesteld.
Mensen met erfelijke aandoeningen: HNPCC, FAP
Mensen met persoonlijke antecedenten van adenomateuze poliepen
Mensen die al een resectie ondergingen voor colorectale kanker
Patiënten die al meer dan acht jaar lijden aan colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn
Patiënten met acromegalie
Patiënten met ureterosigmodostomie
Mensen met de combinatie van rectaal bloedverlies met lossere stoelgang en/of verhoogde stoelgangfrequentie die langer dan zes weken duurt
Bij veranderingen in stoelgangpatroon, langer durend dan zes weken, ook zonder rectaal bloedverlies
Bij rectaal bloedverlies zonder anale symptomen of anaal bloedverlies bij mensen ouder dan 60 jaar

In 1968 stelden Wilson en Jungner vanuit de WHO de criteria op waaraan een preventieprogramma moet voldoen om te kunnen worden ingevoerd[11]. In de richtlijn van Domus Medica[12] wordt uitgelegd dat screening op colorectale kanker in ruime mate voldoet aan deze criteria.

Voor CRC organiseert de Vlaamse overheid een bevolkingsonderzoek. Deelname aan het bevolkingsonderzoek naar darmkanker wordt niet geadviseerd aan personen die de laatste tien jaar een coloscopie of het laatste jaar iFOBT ondergingen.

Via de incidentiecijfers van 2014 van de Stichting Kankerregister[13] werd een forse stijging van CRC in Vlaanderen in 2014 vastgesteld. Ten opzichte van 2013 werden er bij de doelgroep (55-74-jarigen) 46% meer invasieve en 170% meer in situ CRCs vastgesteld in 2014 ten opzichte van 2013. Deze cijfers toonden meteen de succesvolle start aan van het Vlaams Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. In de uitgenodigde populatie in 2014 werd immers bij 80% de kanker gediagnosticeerd na een afwijkende iFOBT. Deze waren vaker in situ of stadium I (76%), terwijl de kankers bij niet-deelnemers vaker II+ (52%) waren, gezien deze laatsten pas aan het licht komen wanneer ze symptomatisch zijn en dus vaak in een meer vergevorderd stadium. Wanneer de iFOBT afwijkend is bij een eerste screening was de kans dat een invasieve kanker wordt gediagnosticeerd in de daaropvolgende coloscopie ongeveer 6%. Deze is gelijkaardig voor de detectie van een in situ carcinoom. De kans dat een adenoom gevonden wordt, is veel hoger, namelijk 48%[13].

Ook de intervalkankergraad na negatieve iFOBT daalde sinds de start van het bevolkingsonderzoek. Per 1.000 deelnemers zullen er ongeveer 1 à 2 personen toch nog een kankerdiagnose krijgen ondanks een negatieve iFOBT.[13] De sensitiviteit van de iFOBT voor een invasieve kanker is hoog (in screeningjaren 2013 en 2014 respectievelijk 81,1% en 82,8%). Wanneer een kanker aanwezig is, zal met andere woorden de iFOBT in ongeveer 82% van de gevallen afwijkend zijn. Deze sensitiviteit is gelijkaardig aan deze vermeld in de Europese richtlijnen. Ook de specificiteit van het programma ligt hoog, wat wijst op een laag aantal afwijkende iFOBTs waarvoor geen kanker of adenoom teruggevonden wordt.[13]

Doelstelling om 60% participatiegraad te behalen tegen 2020 is echter nog niet behaald. In Vlaanderen is deze 54.5%.[13] Studies bevestigen dat het aanbieden van een iFOBT door de huisarts een positief effect heeft op de screeningsgraad, ook al wordt dit gedaan tijdens een contact voor een andere reden[14]. Brieven versturen naar patiënten wordt ook verondersteld om de participatie te gaan verhogen[15]. Dit zien we ook in België via de resultaten van het bevolkingsonderzoek; met de preventieve onderzoeken die gedaan worden door de huisarts komen we namelijk tot een totale participatie in 2016 van 65.5% in Vlaanderen.[13]In Wevelgem participeerde 66.8% aan de screening, 53.2% deed dit via het BVO[16]. In ongeveer 6% van de participanten werd een invasieve kanker vastgesteld en in ongeveer 48% een adenoom. De positief voorspellende waarde voor adenoma en kanker is dus gelijkaardig aan deze aangegeven door de Europese richtlijnen.[13]

Uit het jaarrapport blijkt dat ongeveer 9,4% van de deelnemers uit screeningsjaar 2016 met een afwijkende FOBT geen opvolging heeft gehad en dat circa 12,8% niet de optimale opvolging heeft gekregen (maar bijvoorbeeld wel een tweede stoelgangtest of andere beeldvorming). Dit percentage is al gedaald t.o.v. 2014, toch blijft dit problematisch. Een opvallende bevinding uit de proces-evaluatie is dat 30% van de groep die geen coloscopie liet uitvoeren n.a.v. een afwijkende FOBT, dit heeft beslist na een contact met een (huis)arts of gastro-enteroloog.[13]

De barrières die heersen bij patiënten en artsen om niet deel te nemen aan de screening is herhaaldelijk onderzocht. Over het algemeen concludeert men[17] dat er een verscheidenheid aan factoren (psychosociale factoren, arts-patiënt communicatie /relatie, socio-demografische factoren, persoonlijke factoren) de deelname aan CRC screening beïnvloeden. Bij de meest genoemde redenen om niet deel te nemen aan een colonoscopie in het kader van de CRC screening zijn onder andere: het ongemak dat men ervaart bij de voorbereiding en de uitvoering van het onderzoek, afwezigheid van symptomen en geen tijd of te veel moeite[18]. Bij artsen zijn weigering van de patiënt, praktische problemen en tijdsgebrek frequent gehoorde barrières.[19]

Taak van de huisarts in screening naar colonkanker

Bij preventie in het algemeen en de screening naar colonkanker in het bijzonder, speelt de huisarts een belangrijke rol. Zo is het aan de huisarts om bij patiënten vanaf 40 jaar de individuele risicofactoren(12) te onderkennen en hen tijdig screening aan te bieden. Verder is de huisarts ideaal geplaatst om risicocommunicatie op maat aan te bieden. Behalve het communicatieve is ook het opvolgen van de resultaten een belangrijk deel van het takenpakket. Bij een positieve iFOBT is de screening pas effectief als dit wordt opgevolgd door een colonoscopie, dit was niet het geval bij ongeveer 10% van de positieve IFOBTS in Vlaanderen anno 2016. Ook bij een negatieve iFOBT moet de huisarts toch nog aandachtig blijven voor de klachten van de patiënt en opvolging van eventuele klachten verzekeren. Daarnaast houdt de huisarts in het oog dat de patiënt tweejaarlijks de iFOBT krijgt aangeboden. Gezien ongeveer 34.5% van de doelgroep in Vlaanderen nog steeds uit de boot valt, is er hiervoor zeker nog groeipotentieel.

3. Methodiek

Met dit praktijkverbeterend project wilde ik onderzoeken of een aanvullende campagne naast het bevolkingsonderzoek nuttig was om de participatiegraad voor CRC screening te optimaliseren.

Onderzoekspopulatie

Inclusiecriteria

De onderzoekspopulatie bestond uit alle patiënten met een actief globaal medisch dossier (GMD) die in aanmerking kwamen voor deelname aan het bevolkingsonderzoek darmkanker. Samengevat waren dit alle patiënten tussen 50 en 75 jaar met een actief GMD.

Exclusiecriteria

Personen die de laatste tien jaar een coloscopie of het laatste jaar iFOBT ondergingen. Mensen met een verhoogd risico werden ook uitgesloten.

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: leeftijd van 50 tot en met 75 jaar, aanwezigheid van een actief GMD. (n=868)

In een tweede tijd werden volgende gegevens uit de geselecteerde dossiers verzameld: aanwezigheid van één of meerdere exclusiecriteria, datum van laatste deelname aan FOBT, via bevolkingsonderzoek of via de praktijk, datum van de laatste coloscopie.

De onderzoekspopulatie waarop de interventies werden uitgevoerd bestaat aldus uit die patiënten met leeftijd tussen 50 en 75 jaar, zonder exclusiecriteria, die gedurende de laatste vijf jaar geen van beide onderzoeken (iFOBT of coloscopie) lieten uitvoeren en een actief GMD hebben (n=333).

Implementatie

Na retrospectief onderzoek van alle dossiers werd een elektronische herinnering gecodeerd in elk van de dossiers van de patiënten die in aanmerking kwamen voor een iFOBT test waarna de arts de persoon hierover kon aanspreken. Daarnaast werd iedereen per briefwisseling uitgenodigd om deel te nemen aan dit project met een gepersonaliseerde brief met bijhorende informatie, na te lezen in addedum 4. De implementatie van de studie liep gedurende 6 maanden, met name in de periode van 1-2017 tem 7-2017.

Eindpunten

Respons van mijn doelgroep, het aantal positieve iFOBTs, opvolging van positieve iFOBTs, en vroege diagnoses.

Ethische commissie

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

Test

De patiënten die wensten deel te nemen konden in de praktijk hun voorgemaakt zakje komen halen. Voor het uitvoeren van deze screeningstest werd aan de patiënt gevraagd om eenmalig een stoelgangstaal, zo snel mogelijk na afname, binnen te brengen op de praktijk.

In de praktijk waar dit onderzoek werd toegepast, werkte men samen met het klinisch labo Declerck te Ardooie. Dit labo gebruikte volgende test: SD BIOLINE FOB = iFOBT. Dit is een immuunchromatografische test die gebruik maakt van monoklonale antilichamen tegen humaan hemoglobine. Deze test is een kwalitatieve immuunchromatografische test. De SD BIOLINE FOB is niet onderhevig aan medicatie-inname, dieet of contact met toiletwater. Dit is een manuele test waarbij een kwalitatief resultaat bekomen wordt. De cut-off van deze test is 50 ng/mL. De test is terugbetaald door het RIZIV. Indien enkel deze test wordt aangevraagd, zal de patiënt geen factuur ontvangen. Indien de test een deel is van een grotere aanvraag (bv. bacteriologische kweek), dan zal hij een factuur met het remgeld ontvangen.

Elektronisch Medisch Dossier (EMD)

In deze praktijk werd er gewerkt met het programma Medidoc® als EMD.

Nabespreking

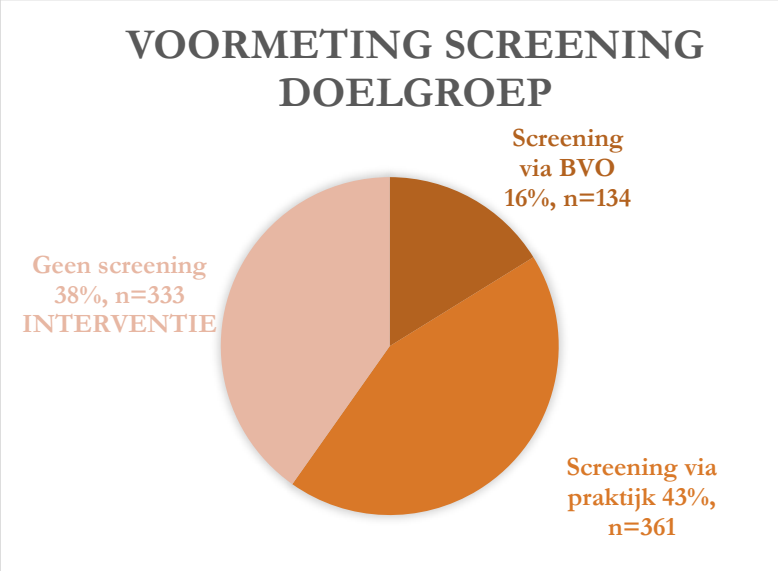
Wanneer de resultaten van het onderzoek gekend waren, zijn we met de artsen van de praktijk samengekomen om de problemen die kunnen worden aangepakt te bespreken zo ook op lange termijn een verbetering te zien. Het probleem van onvolledige follow-up werd er met een visgraatanalyse besproken.

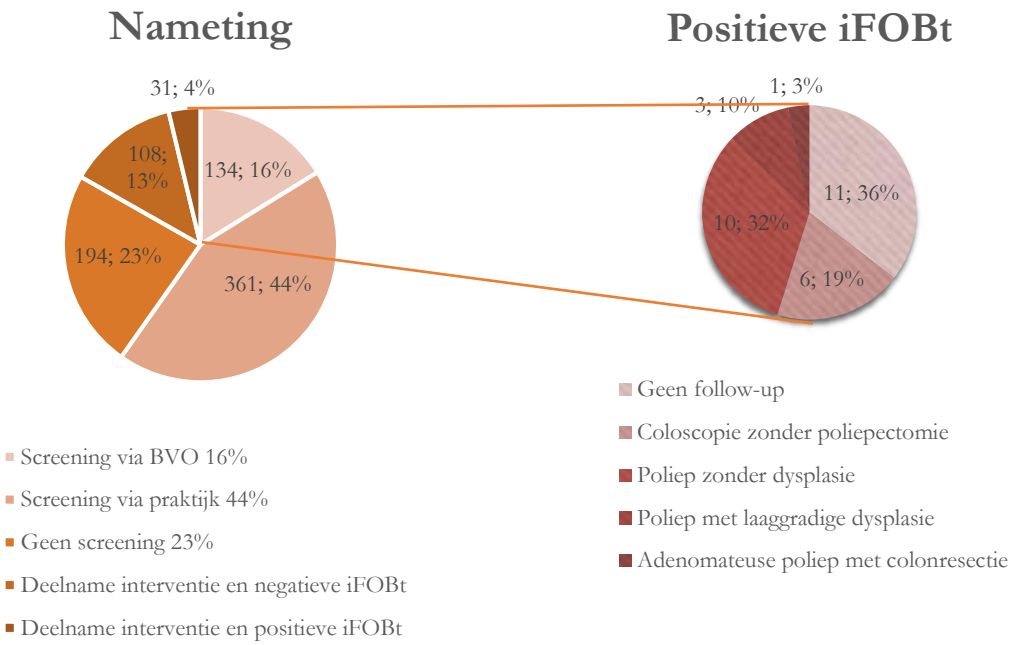
4. Resultaten

Analyse van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie vóór de interventie

In deze praktijk waren er 2883 actieve GMD's. De populatie patiënten, tussen 50 en 75 jaar oud, met een actief globaal medisch dossier, die in aanmerking kwamen voor deelname aan het bevolkingsonderzoek naar dikke darmkanker, bestond uit 868 mensen. 40 patiënten (4%) werden geëxcludeerd uit het onderzoek. Dit omwille van terminale ziekte, recent overlijden, dementie, verhuizing of weigering. 57% van de doelgroep (n=495) onderging in de laatste twee jaar een iFOBT of de laatste 5 jaar een coloscopie. Van deze subpopulatie deden 134 mensen (16% van de populatie, 27% van de subpopulatie) dit via de uitnodiging voor het screeningsonderzoek via de overheid, en deden 361 mensen (43% van de populatie, 73% van de subpopulatie) dit via de praktijk. Uit deze groep kwamen 53 iFOBT positief terug (11% van de deelnemers) en bij 2 van hen (0.4%) werd een colorectaal carcinoom vastgesteld.

38% van de patiënten die in aanmerkingen kwamen voor een screening (n=333), namen niet deel aan een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker na uitnodiging vanuit de overheid of de klassieke begeleiding door de huisarts. Deze 333 mensen kregen een notitie in hun dossier ter herinnering bij een volgend consult en kregen een gepersonaliseerde brief opgestuurd.





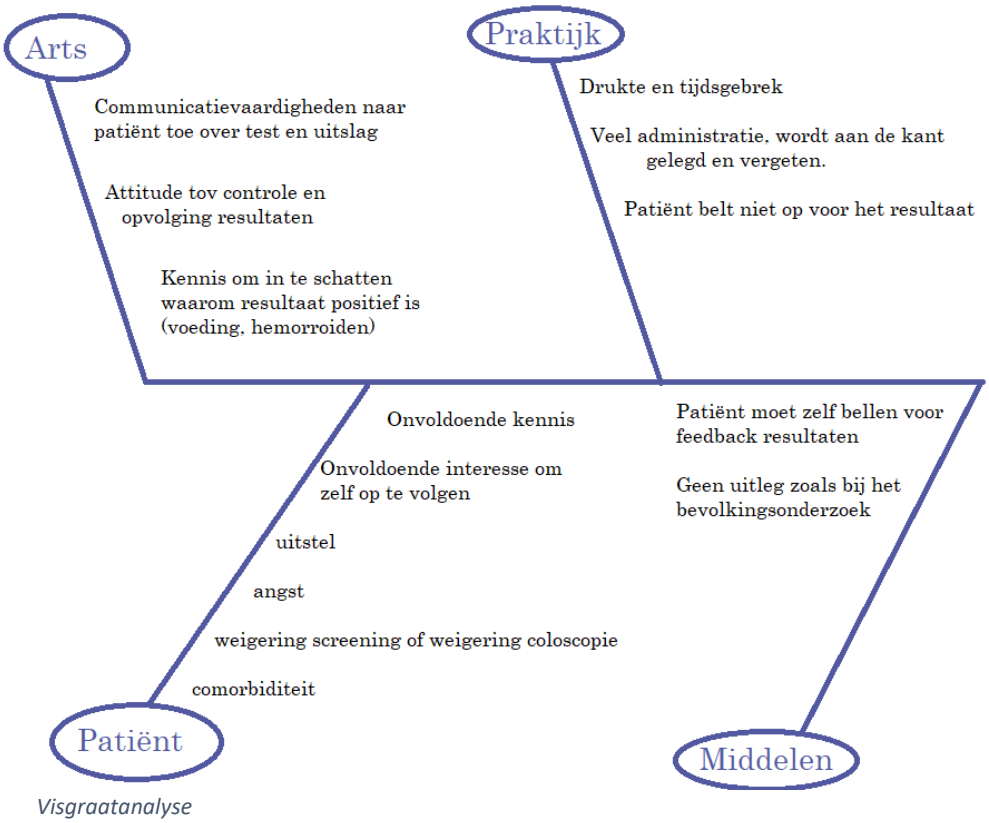
Effecten van de interventies op de deelnamecijfers in de onderzoekspopulatie

333 mensen werden uitgenodigd deel te nemen aan het screeningsonderzoek, 41% van hen ging op deze vraag in (n=139), waarvan 75 mensen (22%) voor het eerst deelnamen aan dit bevolkingsonderzoek.

Van deze groep kwamen 31 iFOBT testen (22%) terug met een positief resultaat, 23 hiervan waren voor het eerst positief (17%). 20 mensen (64%) met een positief resultaat kregen daarna ook een coloscopie: bij 14 van hen werd een poliep weggehaald (10% van de deelnemers aan het onderzoek, 45% van de positieve iFOBTs en 70% van de mensen die een coloscopie ondergingen na een positieve iFOBT), waarvan 3 laaggradige dysplasie vertoonden (2% van de deelnemers aan het onderzoek, 9% van de positieve iFOBTs en 15% van de mensen die een coloscopie ondergingen na een positieve iFOBT) en 1 een adenomateuze poliep bleek te zijn waarna men is overgegaan op een colonresectie (0.7% van de deelnemers aan dit onderzoek, 3% van de positieve iFOBTs en 5% van de mensen die een coloscopie ondergingen na een positieve iFOBT).

11 mensen (7.9% van de deelnemers aan het onderzoek en 35% van de positieve iFOBTs) met een positieve iFOBT kregen voorlopig nog geen coloscopie ter follow up. 2 daarvan omdat ze beide in behandeling waren voor een kanker. Om het probleem te identificeren waarom er in de praktijk nog altijd 9 patiënten geen adequate follow-up kregen, werd een visgraatanalyse gemaakt samen met de artsen van de praktijk om het probleem uit te spitten.

Bij deze analyse zijn verschillende dingen aan het licht gekomen. De *praktische* omkadering van een drukke praktijk met veel administratie zorgt ervoor dat de op te volgen dossiers makkelijker uit het oog werden verloren. Daarbij kwam ook soms gebrekkige *communicatie* aan het licht naar de patiënt toe. Wellicht wilden de patiënten hun artsen involgen met het onderzoek, maar zagen ze het nut niet van de verdere opvolging en weigerden die dan ook. Sommige patiënten belden ook niet voor hun resultaten wat de verantwoordelijkheid helemaal bij de arts legde. Ook werd de patiënt nog soms ingevolgd wanneer die meedeelde dat die op het moment van de test hemorroïden had of rode bieten hadden gegeten, terwijl beide geen reden zouden mogen zijn om van de opvolging af te zien. Bij *patiënten* ging het vaak om onvoldoende kennis en daardoor desinteresse of zelfs angst voor de resultaten of voor het opvolgingsonderzoek.



Visgraatanalyse

Analyse van de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie na de interventie

Na de implementatieperiode van zes maanden werden opmerkelijke verschillen vastgesteld in de deelnamecijfers van de praktijkpopulatie. Van de patiënten die in aanmerking kwamen hadden ondertussen 65% (n = 634) een screenings-onderzoeken laten uitvoeren, een stijging van 6%. 22% (n = 194) onderging nog steeds geen enkele vorm van screening. Door deze screening werden bij 14 mensen ook poliepen verwijderd, waarvan 3 laaggradige dysplasie vertoonden en 1 tot een adenomateuze poliep was uitgegroeid. Zie hieronder de samenvattende tabel.



5. Discussie

Vergelijking van de resultaten met de literatuur

Uit dit praktijkverbeterend project blijkt dat het aansporen voor de screening naar CRC via de huisarts een significant verschil kan maken voor de participatie aan het bevolkingsonderzoek. 2/3 van de beoogde populatie werd uiteindelijk gescreend. Van de aangeschreven patiënten ging bijna de helft in op de vraag tot screening, en niet zonder resultaat. Er werden verschillende poliepen in uiteenlopende stadia weggehaald waaronder 3 die laaggradige dysplasie vertoonden en 1 die tot een adenomateuze poliep was uitgegroeid. 9 Patiënten kregen echter toch niet de optimale opvolging.

In vergelijking met gelijkaardige thesissen zien we herhaaldelijk een positief effect op de participatie als de huisarts een motiverende rol speelde. Ook in het project van dr Heylen[(20)], dr Beerens[(21)], dr Vandenheede[(22)], dr. Meys[(23)] en dr. Polfliet[(10)] zag men een significante stijging in het aantal deelnames. Dr. Mertens[(24)] vond dat de meest efficiënte methode om patiënten te bereiken en te overtuigen de (gepersonaliseerde) brieven waren, gestuurd in naam van de eigen huisarts. Dr. Vandenheede[(22)] bevroeg na haar onderzoek waarom deze patiënten nu wel gemotiveerd waren om deel te nemen aan het onderzoek. 68% gaf de zinvolheid van het project als reden om mee te doen en 50% omdat de arts het hen had voorgesteld. 87% vond dat de huisarts hen het best zou kunnen motiveren om deel te nemen.

De opvolging bleek herhaaldelijk een probleem. Dr. Beerens[(21)] vond bij navraag naar de barrières bij de artsen van een landelijke groepspraktijk dat tijdsgebrek en beperkingen van het EMD inzake preventie de meest gehoorde obstakels waren. Dr. Theunis[(25)] wijdde hier haar volledige thesis aan: na het implementeren van de vier interventies (een patiëntenfolder, twee praktijkbijeenkomsten met diavoorstelling, afschaffen van extra bloedname en een herinnering omtrent het vervolgonderzoek via het labo) zag men een lichte stijging van 14% van het aantal uitgevoerde coloscopieën. De redenen waarom deze stijging niet meer uitgesproken is, zijn divers. Meer educatie naar patiënten en artsen toe is nodig om de opvolging nog verder te optimaliseren.

Dr. Smet[(26)] onderzocht de rol van de huisarts in deze screening in België met een thesis over de landsgrenzen heen. Binnen de EU zijn er immers tussen de EU-landen onderling nog grote verschillen in screeningsmethoden voor CRC en bijgevolg verschilt dus ook de rol van de huisarts hierin. De vergelijking ging tussen vijf EU-landen: België, Verenigd Koninkrijk, Finland, Spanje en Tsjechië. In de landen met georganiseerde screening en een minder uitgesproken rol voor de huisarts leidde dit kennelijk tot een lager dan verwachte participatiegraad van de screeningspopulatie. Vooral op het gebied van selecteren en uitnodigen tot screening blijkt de eerste lijn een doorslaggevende rol te spelen. In landen met opportunistische screening blijkt de situatie net omgekeerd: men rekent te veel op de eerste lijn om het hele screeningsproces in goede banen te leiden, resulterend in een nog lagere participatiegraad. Als conclusie gaf dr. Smet dat de combinatie van een goed geëngageerde huisarts doorheen het hele screeningsproces, samen met een duidelijk gestructureerd nationaal programma als basis, wellicht de beste manier van screening zou kunnen zijn. De rol van de huisarts binnen het screeningsonderzoek zou dan zowel het informeren als (pro-) actief uitnodigen van de patiënt inhouden.

Vergelijking resultaten met BVO

De gegevens die bekomen werden uit de interne audit toonden dat 57% van de populatie die in aanmerking kwam voor de screening reeds deelnam. Slechts 15% van de populatie ging in op het bevolkingsonderzoek via de overheid, 41% kregen dit aangeboden via de praktijk. Dit is duidelijk lager dan de cijfers die we zien via het bevolkingsonderzoek. In Vlaanderen nam 65.5% deel aan het screeningsonderzoek, 54.5% daarvan via het BVO[(13)]. In Wevelgem zou 66.8% reeds deelnemen aan de screening, 53.2% via het BVO[(16)].

Deze vaststelling toont dat de overheid veel meer respons krijgt op haar oproepingsbrief dan wat door ons vastgesteld werd. Een mogelijke verklaring hiervoor is een slechte communicatie tussen het bevolkingsonderzoek enerzijds en (het EMD dat gebruikt wordt in) de onderzochte huisartsenpraktijk anderzijds. Een goede opvolging van het bevolkingsonderzoek in de huisartsenpraktijk kan natuurlijk maar wanneer de communicatie tussen beide op punt wordt gesteld. Deze communicatie

moet beiderzijds zijn. Zo zou in de toekomst een aanvullende screening, zoals in dit project, beter gebeuren in samenwerking met het BVO, met hetzelfde testmateriaal en met de zekerheid dat deze cijfers ook bij hun terecht kunnen komen. Dat dit nu op een volledig aparte manier gebeurde is duidelijk een zwakte in dit onderzoek.

Uit onderzoek[13] blijkt dat wanneer een participant een positieve iFOBt heeft, er bij de volgende onderzoeken in 48% van de gevallen een adenoom wordt gevonden, bij 6% van de gevallen een in situ carcinoom en bij 6% van de gevallen een invasief carcinoom. Met dit project zag ik bij de opvolging van de positieve iFOBs dat bij 45% een adenoom werd vastgesteld, 9.6% een in situ carcinoom en 3% een invasief carcinoom, dus relatief vergelijkbare cijfers.

8% van de deelnemers aan dit onderzoek met een positieve iFOBT kregen voorlopig nog geen coloscopie ter follow up. Dit komt goed overeen met de cijfers uit het jaarrapport, waaruit blijkt dat ongeveer 9,4% van de deelnemers uit screeningsjaar 2016 met een afwijkende iFOBT geen opvolging heeft gehad.

Bij een analyse van redenen waardoor in het verleden deze opvolging uit het oog werd verloren, stootten we op een aantal barrières. Deze kwamen grotendeels overeen met deze die in de literatuur werden beschreven. Het tijdsgebrek en de praktische problemen bij de organisatie van deze screening waren de voornaamste barrières die we ervaarden. Het door ons gebruikte EMD programma Medidoc® was hiervoor ook niet ideaal uitgerust. De statistische functie was niet operationeel waardoor de interne audit op puur handwerk berustte. Arts-patiënt communicatie is een factor waar nog vooruitgang kan bij geboekt worden, zeker omdat bij de patiënten de redenen om niet deel te nemen niet snel zullen veranderen.

Sterktes en zwaktes

Parallel BVO en praktijkproject

In de praktijk waar dit onderzoek werd toegepast, werkte men samen met het klinisch labo Declerck te Ardooie. Dit labo gebruikt de iFOBT: SD BIOLINE FOB = iFOBT, een kwalitatieve test. Er bestaan ook kwantitatieve testen waarbij de hemoglobine concentratie in het stoelgangstaal gemeten wordt met behulp van een analyzer. In het kader van het bevolkingsonderzoek wordt een kwantitatieve test uitgevoerd waarbij de concentratie weergegeven wordt. Namelijk: positief resultaat vanaf 75 ng/mL bijvoorbeeld bij de OC-Sensor test was die gecentraliseerd wordt uitgevoerd in het labo CMA Herentals.

Het is zeker een zwakte dat we een andere test gebruikten dan het BVO en breder, dat dit onderzoek niet kadert in het BVO. Dit onderzoek was parallel hieraan. Een harmonieuze campagne waar, naast de gekende kanalen voor het BVO, ook een aanvullende screening via de huisarts kan worden ingeschakeld, zou beter zijn.

Overscreening

Gezien de deelnamecijfers niet stroken met het jaarrapport van het BVO en het onderzoek parallel verliep aan het BVO zou dit tot overscreening kunnen lijden.

Lange termijn effecten van deze interventie

Sinds dit project is mijn PO systematischer gaan letten op de iFOBT screening. Bij mensen die een bloedname ondergaan, wordt nu ook nagegaan of ze in aanmerking komen voor een iFOBT-test. Tijdens de nabespreking in de praktijk werd iedereen zijn aandacht opnieuw gevestigd op het precieze doel van dit project en welke praktische veranderingen zouden kunnen worden doorgevoerd waardoor er ook op langere termijn positieve effecten uit dit project komen.

Later dat jaar werd de overschakeling al gepland naar Careconnect als softwareprogramma waar het veel makkelijker zou moeten zijn om een interne audit als deze te gaan herhalen. Hierdoor wordt het makkelijker om dit onderzoek te herhalen en om positieve iFOBTs op te volgen. Dit wordt een project dat telkens door de HAIO in de praktijk zal worden verdergezet.

6. Conclusie

Het gebruik van een herinnering in het dossier en een gepersonaliseerde oproepingsbrief tot screening vanuit de huisartsenpraktijk heeft een positief effect

gehad op de responsratio. De georganiseerde screening is reeds een belangrijke vooruitgang in Vlaanderen, maar in deze praktijk is een bijkomende campagne naast algemeen bevolkingsonderzoek een significante meerwaarde. In de toekomst zou er gewerkt moeten worden aan één harmonieuze campagne waarbij Bevolkingsonderzoek en screening via de huisartsen gebeurt met hetzelfde materiaal en geautomatiseerde, gelijktijdige registratie in het nationale register én in het dossier van de huisarts.

7. Literatuurlijst

1. WHO | Cancer. WHO. 2017;
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2017 Nov 16];136(5):E359–86. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/ijc.29210
3. Steward BW WC. World cancer report 2014. Int Agency Res Cancer. 2014;
4. Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. Lancet Glob Heal [Internet]. 2016 Sep [cited 2017 Nov 16];4(9):e609–16. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X16301437
5. Belgian Cancer Registry — Cijfers over kanker [Internet]. [cited 2017 Nov 16]. Available from: http://www.kankerregister.org/Cijfers_over_kanker
6. Cancer Fact Sheets, Stichting Kankerregister, Incidentiejaar 2015, Brussel 2017.
7. Intego [Internet]. [cited 2017 Nov 21]. Available from: https://intego.be/nl/Welkom
8. Quintero E, Castells A, Bujanda L, Cubiella J, Salas D, Lanas Á, et al. Colonoscopy versus Fecal Immunochemical Testing in Colorectal-Cancer Screening. N Engl J Med [Internet]. 2012 Feb 23 [cited 2017 Nov 21];366(8):697–706. Available from: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1108895
9. Stryker SJ, Wolff BG, Culp CE, Libbe SD, Ilstrup DM, MacCarty RL. Natural history of untreated colonic polyps. Gastroenterology [Internet]. 1987 Nov [cited 2018 Feb 1];93(5):1009–13. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3653628
10. Polfliet J. Implementatie van colonkankerscreening in de huisartsenpraktijk: Van guideline tot praktijkrichtlijn. Interventie in een groepspraktijk [Internet]. UGent; [cited 2017 Sep 11]. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B05807b86-4830-c239-4ca5-b8d61c190f49%7D_Polfliet-Jeroen-scriptie.pdf
11. Wilson J, Jugner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organisation. 1968.
12. Govaerts F, Deturck L, Wyffels P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. Huisarts Nu [Internet]. 2008 [cited 2017 Nov 21];(37):641–61. Available from: https://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/praktijkdocumenten/richtlijnen/698-screenen-op-colorectale-kanker-bij-personen-zonder-verhoogd-risico/file.html
13. Borstkanker B. Jaarrapport 2017 bevolkingsonderzoek. [cited 2017 Nov 21]; Available from: https://dikkedarmkanker.bevolkingsonderzoek.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarrapport2017_DEF_0.pdf
14. Cole SR, Young G, Byrne D, Guy J, Morcom J. Participation in screening for colorectal cancer based on a faecal occult blood test is improved by endorsement by the primary care practitioner. J Med Screen [Internet]. 2002 Dec 7 [cited 2017 Nov 21];9(4):147–52. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1136/jms.9.4.147
15. Damery S, Clifford S, Wilson S. Colorectal cancer screening using the faecal occult blood test (FOBt): a survey of GP attitudes and practices in the UK. BMC Fam Pract [Internet]. 2010 Mar 9 [cited 2017 Nov 21];11:20. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20214769
16. Martens P. Jive - Gemeenterapport bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 31]. Available from:

https://bevolkingsonderzoek.incijfers.be//jive/report?openinputs=true&id=gr_ddk_versie_oktober2016

17. Beydoun HA, Beydoun MA. Predictors of colorectal cancer screening behaviors among average-risk older adults in the United States. Cancer Causes Control [Internet]. 2008 May 18 [cited 2018 Feb 3];19(4):339–59. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18085415

18. de Wijkerslooth TR, de Haan MC, Stoop EM, Bossuyt PM, Thomeer M, van Leerdam ME, et al. Reasons for Participation and Nonparticipation in Colorectal Cancer Screening: A Randomized Trial of Colonoscopy and CT Colonography. Am J Gastroenterol [Internet]. 2012 Dec 5 [cited 2018 Feb 3];107(12):1777–83. Available from: http://www.nature.com/articles/ajg2012140

19. Feeley TH, Cooper J, Foels T, Mahoney MC. Efficacy Expectations for Colorectal Cancer Screening in Primary Care: Identifying Barriers and Facilitators for Patients and Clinicians. Health Commun [Internet]. 2009 May 29 [cited 2018 Feb 3];24(4):304–15. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19499424

20. Heylen N. Sensibilisering voor kankerscreening: een praktijkverbeterend project. [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 28]. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7Ba8b7c359-b7f1-5064-706d-2f3f07dcbca5%7D_Praktijkproject_NathalieHeylen.pdf

21. Beerens G. Praktische implementatie van colorectale kanker screening in de eerste lijn: een kwaliteitsverbeterend project in een landelijke groepspraktijk [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 28]. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B58686e32-94e9-45c9-662f-d03faba79035%7D_Beerens-Gerlinde-scriptie.pdf

22. Vandenheede D. Systematische screening naar colorectale kanker: een kwaliteitsverbeterend project [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 28]. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7Be7a5ca18-9b48-1081-d9ef-00a1cf038cd6%7D_Vandenheede-Debbie-Scriptie.pdf

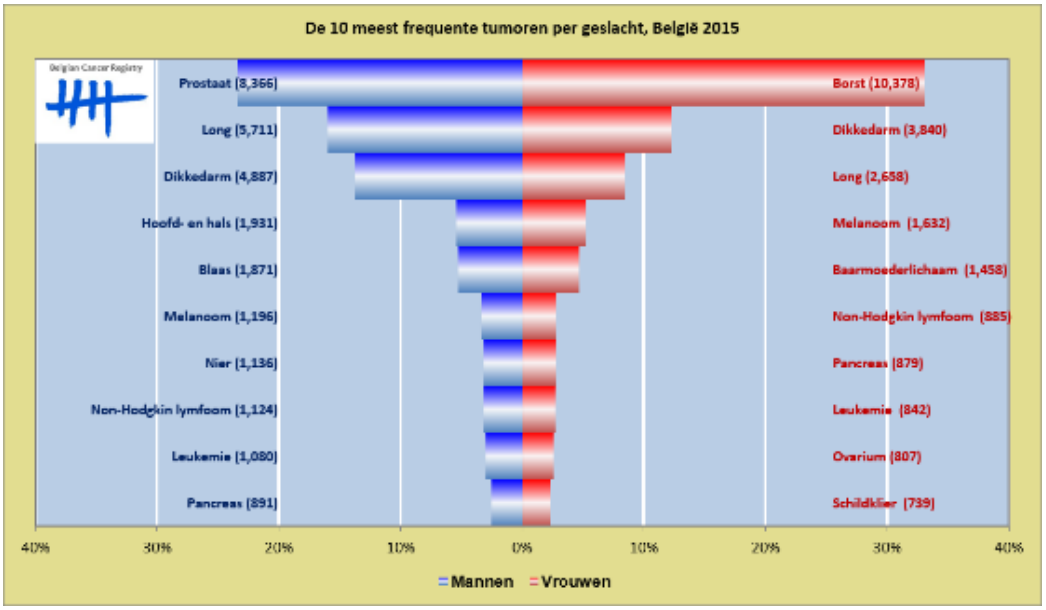
23. Meys J. Optimalisatie van de screening naar colorectale carcinomen in de huisartsenpraktijk [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 28]. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7Bcea1895f-b0fe-5f3c-dfd9-b8bfc2c0e990%7D_Manama_Thesis_Jonas_Meys.pdf

24. Mertens T. Opsporing van de doelgroep voor screening op colorectaal carcinoom in de huisartspraktijk [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 28]. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7Bad37f793-b068-bfd9-f1e5-8c4cbca86b22%7D_Mertens-Thomas-scriptie.pdf

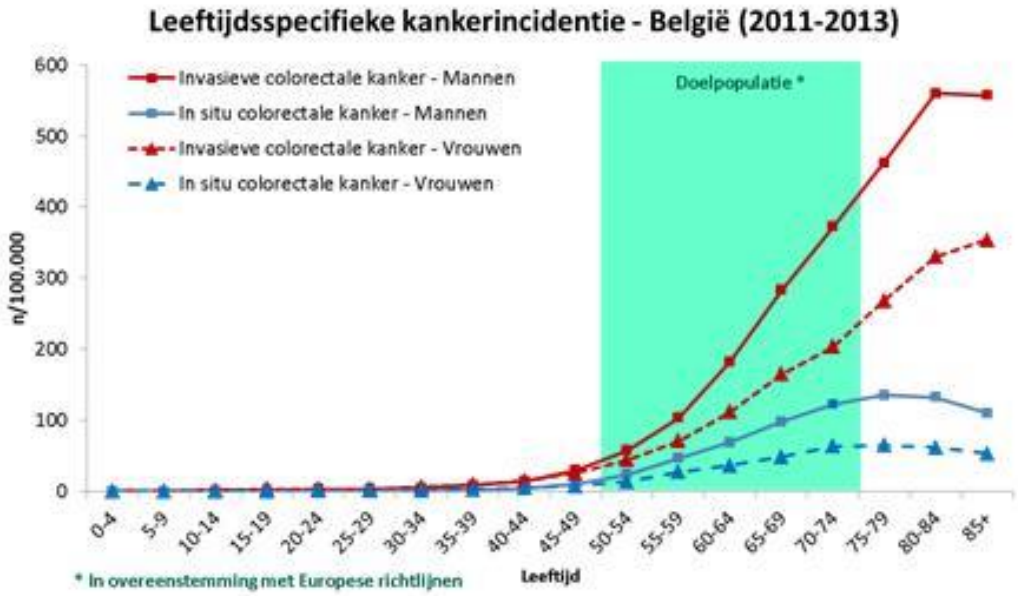
25. Theunis E. De opvolging van patiënten met een positieve test op occult bloed in de faeces. Wat loopt er mis? Hoe kan het beter? [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 28]. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7Bee6b23cd-b1b9-034e-13fd-2d3d0f3bebca%7D_Theunis-Emilie-scriptie.pdf

26. Smet P. Wat is de rol van de huisarts in de screening naar colorectaal carcinoom : een vergelijkende internationale studie tussen vijf Europese landen [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 28]. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7Bd3a6caf2-46e9-6d02-96cc-e512f7ebbdc3%7D_Rol_van_HA_in_screening_CRC_ver.pdf

Addendum 1: 10 meest frequente tumoren per geslacht, België 2015 [5]



Addendum 2: Leeftijdsspecifieke kankerincidentie België (2011-2013) [6]



Addendum 3: goedkeuring ethische commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Zinvolle preventie beter integreren in de dagdagelijkse praktijk. Implementatie screening op colorectaal kanker per leeftijdscategorie." 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

Protocol ethisch comité

Achtergrond/aanleiding:
In mijn huidige opleidingsprakijk is het erg druk, nochtans houden we als huisartsen preventieve geneeskunde hoog in het vaandel. Ik wens te zoeken naar een systematische implementatie van nuttige preventieve acties om zo de gezondheid van onze patiënten te verbeteren. Geïnspireerd door de Domus Medica gezondheidsgids uit 2010 wens ik een praktijkverbeterend project omtrent preventie in te voeren. Dit wens ik te concretiseren door na te gaan hoeveel patiënten door de mazen van het net zijn geglipt en wie in de leeftijdscategorie van 50- 70j nog niet hebben deelgenomen aan de preventieve screening naar colo-rectale poliepen en kanker met behulp van de iFOB.

Implementatiestrategie:
Vooreerst ga ik na welke patiënten met een GMD tussen 50-70j reeds een iFOB via de overheid of via de praktijk kregen.
De patiënten binnen de doelgroep die nog niet deelnamen aan de screening zou ik uitnodigen met behulp van een brief per post om deel te nemen.
Nadien kan ik meten hoeveel mensen reageerden en deelnamen aan de screening en bekijken of deze interventie nuttig was voor deze praktijk.

Geplande methode :
Via literatuuronderzoek zoek ik naar onderzochte en nuttige implementatiestrategieën en concretiseer ik een eigen implementatiestrategie.
Ik onderzoek via dossiernazicht en labo-uitslagen of de patiënten reeds deelnamen aan een screeningsonderzoek.
Inclusiecriteria: patiënten van 50 tot en met 70 jaar met GMD
De patiënten waarvan geen iFOB resultaat kan worden gevonden worden per post uitgenodigd deel te nemen.

Addendum 4: Patiëntenbrief

Beste,

U ontvangt deze brief omdat u patiënt bent bij de huisartsenpraktijk van dokter Corne te Wevelgem en wij hebben vastgesteld dat u wellicht nog niet deelnam aan het screeningsprogramma voor de opsporing van dikdarmpoliepen. In het kader van de opleiding van dr. Julie Casaer worden alle patiënten tussen 50 en 75 jaar zonder voorgaande screening gecontacteerd en uitgenodigd. Je beslist zelf of je al dan niet deelneemt.

In oktober 2013 startte de Vlaamse overheid met een Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. Het onderzoek spoort alle mannen en vrouwen van 50 tot en met 70 jaar ertoe aan om een stoelgangtest te doen. Een laboratorium onderzoekt of je stoelgangstaal bloedsporen bevat. Te veel bloed in de stoelgang kan wijzen op dikkedarmpoliepen, dit zijn de voorlopers van dikkedarmkanker.

Dikkedarmkanker ontstaat heel langzaam. Bovendien kunnen poliepen worden opgespoord en eenvoudig verwijderd voordat er kankercellen worden gevormd. Daardoor is dikkedarmkanker één van de ziekten die in aanmerking komen voor een bevolkingsonderzoek.

Vroege opsporing heeft enkele belangrijke voordelen: doordat de ziekte of het risico erop eerder worden vastgesteld, kunnen verwikkelingen of een (zwaardere) behandeling worden vermeden en is de kans op volledige genezing groter.

U wordt daarom vriendelijk uitgenodigd om op de praktijk langs te komen en potjes voor een stoelgangstaal op te halen die u later gevuld terugbrengt voor onderzoek in het laboratorium. De week nadien kan u de resultaten komen bespreken in het kader van een preventie consultatie..

Voor meer informatie komt u gerust langs op de praktijk in de Menenstraat 301 te Wevelgem of belt u op 056/400.925 of surf naar www.bevolkingsonderzoek.be

Vriendelijke groeten en dank voor uw medewerking,

Dr. Casaer Julie

Dr. Corne Frank

Dr. Corne Klaas

Addendum 5: informatie bij afhalen materiaal en informed consent

Beste,

U wenst deel te nemen aan het screeningsprogramma voor de opsporing van dikdarmpoliepen waarvoor u in het kader van de masterthesis van dr. Julie Casaer gecontacteerd werd.

In oktober 2013 startte de Vlaamse overheid met een Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. Het onderzoek spoort alle mannen en vrouwen van 50 tot en met 70 jaar ertoe aan om een stoelgangtest te doen. Een laboratorium onderzoekt of je stoelgangstaal bloedsporen bevat. Te veel bloed in de stoelgang kan wijzen op dikkedarmpoliepen, dit zijn de voorlopers van dikkedarmkanker.

Dikkedarmkanker ontstaat heel langzaam. Bovendien kunnen poliepen worden opgespoord en eenvoudig verwijderd voordat er kankercellen worden gevormd. Daardoor is dikkedarmkanker één van de ziekten die in aanmerking komen voor een bevolkingsonderzoek.

Vroege opsporing heeft enkele belangrijke voordelen: doordat de ziekte of het risico erop eerder worden vastgesteld, kunnen verwikkelingen of een (zwaardere) behandeling worden vermeden en is de kans op volledige genezing groter.

HOE DEELNEMEN:

Wij vragen u met het lepeltje langs de oppervlakte van uw stoelgang te schrapen en dit schraapsel voor onderzoek terug te brengen naar de praktijk. De week nadien kan u de resultaten komen bespreken in het kader van een preventie consultatie.

De deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. Indien u wenst deel te nemen vult u onderstaand formulier verder aan:

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

Datum:

Naam deelnemer:

Handtekening deelnemer:

Vriendelijke groeten en dank voor uw medewerking,

Dr. Julie Casaer

Dr. Frank Corne

Dr. Klaas Corne

Ik wil prof.dr. G. Goderis bedanken voor zijn begeleiding bij het schrijven van deze masterpaper.