Implementatie en evaluatie van colorectale screening in de huisartspraktijk

Dr. Stragier Anneleen, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Ook al staat er maar één naam als auteur bij een Manama toch werken er hier, op alle mogelijke manieren, veel meer mensen aan mee die ik hier dan ook even wil bedanken.

Eerst en vooral mijn promotor, Prof. Dr. Paul De Cort, om zijn goede begeleiding en opvolging. Voor de nodige insteek als ik vastzat in zoektochten, voor de vele tips en opmerkingen waar ik weer mee verder kon, voor de kritische, wetenschappelijke blik op mijn werk, voor de hulp bij het opstellen van zoektochten naar literatuur. Bedankt voor de begeleiding tijdens het ganse proces.

Verder wil ik ook graag mijn praktijkopleider, Dr. Thierry Crepel bedanken. Hij hielp me bij het onderzoek, gaf me de nodige tijd om mijn Manama te kunnen schrijven, was er altijd om me met raad bij te staan of een nieuwe kijk te geven op de zaken, waardoor ik ook weer inspiratie kreeg en verder kon met mijn onderzoek.

Ik wil ook graag mijn twee collega HAIO's Dr. Dries Rowies en Dr. Ingrid Wollebrants bedanken voor de fijne bijeenkomsten en het uitwisselen van ideeën, om zo vanuit verschillende visies en opinies vragenlijsten en brieven te kunnen opstellen.

Ook wil ik graag alle artsen en professoren bedanken die ons in ons denkproces geholpen hebben om een vragenlijst te kunnen opstellen, die de tijd namen om jonge collega's tips en hulp te geven en die ons voluit steunden. Ook dank ik hen voor de tijd die ze namen om feedback te geven op onze eigen vragenlijst, zodat we deze nog verder konden verfijnen.

Naast al deze professionelen wil ik natuurlijk ook mijn ouders bedanken voor hun geduld als ik even stresste, voor de interesse die ze toonden, voor hun steun.

Last but not least wil ik mijn vriend Yves bedanken, omdat hij altijd mijn steun in de rug, de voetstap naast de mijne, mijn kalmeerpil, mijn antistressmiddel, mijn frustratiedemper en zoveel meer was in het ganse proces van het Manama maken.

Implementatie en evaluatie van colorectale screening in de huisartspraktijk

Haio: Anneleen Stragier

Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort

Praktijkopleider: Dr. Thierry Crepel

Context: Preventie naar colorectale kanker is nog steeds niet ingeburgerd in onze maatschappij. Zowel artsen als patiënten zijn nog onvoldoende op de hoogte van het bestaan hiervan. Met het GMD+ en de veralgemeende screening die er vanaf 2014 komt, zal dit waarschijnlijk veranderen maar ondertussen stelde zich de vraag hoe deze screening in de praktijk beter kan geïmplementeerd worden. Ik wou dit onderzoek in onze praktijk introduceren en zo ondertussen de knelpunten ervan evalueren.

Onderzoeksvraag: In dit kwaliteitsverbeterend project staan deze onderzoeksvragen op de voorgrond:

- Wat zijn de drempels voor de patiënt en arts in de literatuur om deze test uit te voeren?
- Hoe vallen mensen te motiveren voor een onderzoek/ gedragsverandering volgens de literatuur?
- Hoe groot is de tijdsinvestering voor een huisarts bij het uitvoeren van zo'n preventief onderzoek?
- Wat is de tevredenheid van de patiënt over dit onderzoek en dit initiatief tot preventie?
- Wat is de motivatie van patiënten om niet deel te nemen aan het onderzoek?

Methode: Er werd een literatuurstudie uitgevoerd met deels als basis de aanbeveling van Domus Medica in verband met screening naar colorectale kanker. Verdere literatuurstudie gebeurde naar evaluatievragenlijsten voor de patiënt, naar screening in de huisartspraktijk en naar het motivationeel interview. Daarna kregen een selectie van patiënten binnen de doelgroep een uitnodigingsbrief toegestuurd met de vraag om vrijblijvend deel te nemen aan de gFOBT. Daarnaast kregen de deelnemers aan de test een vragenlijst die peilde naar hun ervaring met het krijgen van een brief en met de test zelf. Ook de niet-deelnemende patiënten kregen in de mate van het mogelijke een vragenlijst mee om zo ook een peiling te hebben van weerhoudende factoren om deel te nemen. Tijdens dit gebeuren hield ik voor alles mijn tijdsinvestering bij om ook daarvan een analyse te kunnen maken.

Resultaten: Er was een verrassend beperkte respons op de uitnodigingsbrief. De mensen die wel deelnamen waren enerzijds wel heel enthousiast over het initiatief, maar staan anderzijds ook niet te springen voor een preventieve consultatie of een uitnodigingsbrief. De mensen die niet deelnamen hadden als voornaamste reden dat ze ofwel de brief uit het oog verloren waren ofwel bang waren voor het onderzoek uit angst de diagnose kanker te krijgen. Wat betreft de tijdsinvestering zag men dat het een grote tijdsinvestering is op dit moment om een screeningsonderzoek op te starten in onze praktijk.

Conclusies: Screening naar darmkanker is nog niet volledig ingeburgerd in de praktijk. Ook het krijgen van een uitnodigingsbrief is een onbekend fenomeen bij ons op de praktijk. Op dit moment brengt dit dus nog een grote tijdsinvestering met zich mee. De opkomst en het resultaat voor dit screeningsprogramma, ondanks veel energie-investering van de haios, is eerder teleurstellend. We stellen ons dan ook de vraag of een dergelijk opzet in een modale plattelandspraktijk wel zinvol en haalbaar is. Er moet gedacht worden aan alternatieve procedures om preventie in de eerste lijn efficiënt te maken.

Contact: anneleen.stragier@gmail.com

Inhoudsopgave

1 Inleiding en onderzoeksvragen 5
2 Literatuurstudie 6
2.1 Studie rond screening naar colorectale kanker en de gFOBT 6
2.2 Studie rond preventie in de huisartspraktijk 8
2.3 Studie rond het motivationeel gesprek 12
2.4 Studie rond tevredenheidsvragenlijsten 13
2.5 Samenvatting 15
3 Methodologie 16
3.1 Inleiding 16
3.2 De inclusie- en exclusiecriteria voor de screeningstest 16
3.3 Instrumenten 16
3.4 Interventie en design 17
3.5 Evaluatie van de tijdsinvestering 19
4 Resultaten 21
4.1 Aanschrijven van patiënten en de respons hierop 21
4.2 De deelnemers aan de test 23
4.3 De niet- deelnemers aan de test 24
4.4 Andere resultaten van vragenlijst 2 26
4.5 Tijdsinvestering 28
5 Bespreking van de resultaten 29
5.1 De deelnemers aan de test 29
5.2 Patiënten die niet wensen deel te nemen: hun voornaamste beweegredenen 32
5.2.1 De angst voor slecht nieuws 32
5.2.2 De angst voor gevolgen van een positieve test 33
5.2.3 Andere medische of sociale problemen 33
5.2.4 Andere redenen die uit de vragenlijst kwamen 33
5.3 Tijdsinvestering 34
6 Besluit 36
7 Bronnen 39
8 Bijlagen 41
8.1 bijlage 1: de uitnodigingsbrief 41
8.2 bijlage 2: evaluatievragenlijst voor deelnemende patiënten (vragenlijst 1) 42
8.3 bijlage 3: evaluatievragenlijst niet- deelnemende patiënten (vragenlijst 2) 44
8.4 Bijlage 4: Uitleg voor de patiënt wat betreft het gebruik van de gFOBT 46

1 Inleiding en onderzoeksvragen

In België wordt er al aan preventie gedaan. Preventie naar cardiovasculaire aandoeningen of qua osteoporose, het veralgemeende borstkankerscreeningsprogramma voor dames tussen 50 en 70 dat steeds meer ingeburgerd geraakt, patiënten worden aangespoord te stoppen met roken en zo zijn er nog wat voorbeelden te geven wat preventie betreft.
Maar ondanks een goede aanbeveling van Domus Medica en veel onderbouw wordt de screening naar en preventie van colorectale kanker in de praktijk nog niet veel gebruikt. In onze praktijk is die zelfs compleet ongekend.

Jaarlijks wordt bij ongeveer 4 250 Vlamingen de diagnose van colorectale kanker gesteld. Bij mannen is colorectale kanker de derde meest voorkomende kanker na prostaat- en longkanker; bij vrouwen de tweede na borstkanker. De jaarlijkse incidentie in de praktijkpopulatie bedraagt 0,285 (dit is het gemiddelde van de incidenties sinds 1994). Een huisarts zal dus gemiddeld eens per vier à vijf jaar geconfronteerd worden met een nieuw geval van colorectale kanker.
Het voorkomen van colorectale kanker stijgt met de leeftijd en elk jaar wordt bij ongeveer 7700 Belgen deze diagnose gesteld. De overleving na de diagnose en behandeling van colorectale kanker is heel sterk gerelateerd aan het stadium van de ziekte op het moment van de diagnose: hoe meer gelokaliseerd de tumor is (dus hoe vroeger ontdekt), des te beter de prognose. Er is dan een minder ingrijpende procedure nodig en er is minder nood aan nabehandeling[1-3].

Jaarlijks overlijden ongeveer 1 800 Vlamingen aan colorectale kanker. Daarmee is colorectale kanker de achtste doodsoorzaak[4].

Door deze feiten wou ik mij in mijn Manama toeleggen op de screening naar colorectale kanker. Hiervoor werd de guaiac fecaal occult bloedtest (gFOBT) onder de loep genomen. Uit de literatuur blijkt dat deze test het meest kosteneffectief is, goede wetenschappelijke bewijskracht heeft en de eenvoudigste is om uit te voeren. Er zijn ook het minste risico's op complicaties in vergelijking met andere screeningsonderzoeken. Om deze redenen werd deze test gebruikt tijdens het onderzoek [1-4].

De onderzoeksvragen in verband met de gFOBT die in deze Manama aan bod komen zijn:

1) Wat zijn de drempels voor de patiënt en arts in de literatuur om deze test uit te voeren?
2) Hoe vallen mensen te motiveren voor een onderzoek/ gedragsverandering volgens de literatuur?
3) Hoe groot is de tijdsinvestering als huisarts in het uitvoeren van zo'n preventief onderzoek in de praktijk?
4) Wat is de tevredenheid van de patiënt over dit onderzoek en dit initiatief tot preventie?
5) Wat is de motivatie van patiënten om niet deel te nemen aan het onderzoek?

2 Literatuurstudie

2.1 Studie rond screening naar colorectale kanker en de gFOBT

Ik ben mijn zoektocht naar de implementatie van de screening naar colorectale kanker en welke test hiervoor het beste gebruikt wordt, begonnen met de watervalmethode en zocht eerst naar standaarden en aanbevelingen in verband met screening naar colorectale kanker via de verschillende sites met guidelines die via de website www.cebam.be worden aangeboden. Eerst en vooral nam ik de aanbeveling van Domus Medica in verband met screening naar colorectale kanker onder de loep[4]. Deze tekst vormde de basis voor de verdere zoektocht naar andere literatuur. Ook werd er via cebam gefocust op artikels rond verschillende methodes om te screenen naar colorectale kanker, hoe deze ten opzichte van elkaar staan en wat er kosteneffectief is. De gebruikte zoektermen hiervoor waren "colorectal cancer"; "colorectal neoplasms" "colorectal cancer screening", "methods for screening colorectal cancer".

De tekst van het kenniscentrum kwam bij deze zoektocht ook naar voor. Deze plaatst verschillende methodes om colorectale kanker op te sporen (gFOBT, immunoFOBT (iFOBT) en colonoscopie) naast elkaar qua efficiëntie, kostenplaatje en number needed to screen. Hieruit bleek dat er, ondanks het bestaan van nieuwere en efficiëntere testen zoals de iFOBT, het toch nog altijd het meest kosteneffectief is om de gFOBT (gevolgd door een colonoscopie bij een positief resultaat) om de twee jaar uit te voeren bij patiënten binnen de doelgroep[1-2].

Wat deze doelgroep betreft zijn de richtlijnen in de literatuur het er over eens dat deze begint bij de leeftijd van 50 jaar voor personen zonder verhoogd risico. Een bovengrens vastleggen is moeilijk maar deze wordt in verschillende literatuur op 75 jaar gelegd. Wat de richtlijnen zijn voor patiënten met een verhoogd risico valt buiten het bestek van deze Manama en wordt hier ook niet verder besproken[1-2].

Naast deze algemene zoektocht naar screening naar colorectale kanker heb ik ook pubmed en cebam doorzocht specifiek naar teksten rond de gFOBT. Hierbij gebruikte ik de zoektermen " gFOBT", "guaiac fecal occult blood test", " screeningtest for colorectal cancer", "Hemoccult test", " comparison of screeningtests" " colorectal neoplasms" en combinaties van deze zoektermen.

Hierbij vond ik dat onderzoek heeft uitgewezen dat als de gFOBT gedurende tien jaar om de twee jaar wordt aangeboden aan patiënten in de doelgroep boven de 50 jaar, er dan een daling is van de oorzaakspecifieke mortaliteit met 16% [4].

Een Cochrane review die de hemocculttest onderzocht, vond uit vier gerandomiseerde studies dat een jaarlijkse FOBT een relatieve daling van de oorzaakspecifieke mortaliteit met 18% geeft, deze om de twee jaar uitgevoerd, geeft een daling van 15%. De gemiddelde follow up van deze studies varieerde tussen de 8 en 18 jaar. In het totaal waren er 320 000 deelnemende patiënten[5].

Deze Cochrane review die meerdere gerandomiseerde onderzoeken naast elkaar heeft gelegd en onderzocht, toonde een geschatte sensitiviteit van 55 à 57% voor de niet gerehydrateerde gFOBT. De aanbeveling van Domus Medica leert dan weer dat de specificiteit van de droge test 97,7% is.
De positieve likelihoodratio is 35,1. De negatieve likelihoodratio is 0,2.
Hemoccult II® heeft een negatief predictieve waarde (NPW) voor carcinoma van 99,7%. De positief predictieve waarde (PPW) varieert tussen de 5 en 18% wat betreft specifiek carcinoma en tussen de 15 en 55% wat betreft adenoma[4-5].

Een editoriaal van M. De Jonghe in Minerva handelde over een onderzoek van Imperiale TF et al. uit de New England Journal of Medicine. Hierin werd de Hemoccult II® vergeleken met fecaal DNA onderzoek en colonoscopie. Ook hier werd aangetoond dat de Hemoccult II® een lage sensitiviteit heeft. In deze studie blijkt die 49% bij een jaarlijkse en 28% bij een tweejaarlijkse Hemoccult II® te zijn. Dit komt doordat de letsels die men zoekt weinig of niet bloeden. Zo gaat ongeveer twee derde van de colorectale kankers bloeden in een week tijd. Ook goedaardige letsels kunnen bloeden[1,6].

Verder kwam de colonoscopie uit dit vergelijkend onderzoek als meest efficiënt onderzoek uit de bus. Daarentegen was dit ook het onderzoek met het grootste aantal complicaties en met een hoog kostenplaatje, dus niet geschikt als screeningsmethode. Het is ook een onderzoek waarbij zowel de voorbereiding als het onderzoek zelf onaangenaam zijn voor de patiënt. Er ontstaat een grote kans dat mensen sneller gaan afhaken voor zo'n screeningsonderzoek dan voor iets dat minder invasief en belastend is. Ook is het aantal gastro-enterologen in België te beperkt om zo'n grootschalige screening te dragen[6-7].

Wat de Hemoccult II® ten opzichte van het fecaal DNA betreft, heeft deze studie aangetoond dat fecaal DNA een grotere sensitiviteit en specificiteit heeft dan de Hemoccult II®.
Het grote nadeel aan fecaal DNA is het kostenplaatje. Een Hemoccult® -test kost 2 tot 30 euro, de fecale DNA-test 300 tot 600 euro. Deze duidelijk hogere kostprijs is iets dat in het nadeel van de fecaal DNA-test speelt. Dit is financieel te zwaar om in een algemene screening te implementeren[6].

Een artikel in Huisarts en Wetenschap zet de voor- en nadelen van Hemoccult II® op een rijtje. Deze toont een sensitiviteit van 50-70 % voor een eerste screening en 40-50 % bij een vervolgscreening. De specificiteit van de droge test is hier 98 %. Na rehydratatie zakt deze specificiteit naar 90 %.

Dit artikel bekeek ook andere mogelijke screeningsmethoden zoals sigmoïdoscopie, colonoscopie en virtuele colonoscopie. De sensitiviteit van sigmoïdoscopie ligt rond 70 tot 80 %. Door de opsporing van voorstadia neemt de incidentie van colonkanker af, maar de mortaliteitsreductie is nog onvoldoende duidelijk. Probleem is hier de deelnamegraad en de noodzaak aan veel personeel om deze sigmoidoscopies uit te voeren. De virtuele colonoscopie kent nog een veel hoger kostenplaatje dan alle

andere methodes en ook hier is een vervolgonderzoek met een klassieke colonoscopie nodig. Dit is dus geen goede optie om te gebruiken als screeningsonderzoek.

Bij gebruik van de gFOBT schat men in dit artikel, afgaande op pilots, dat er 1200 mensen 10 jaar lang moeten deelnemen aan de screening om 1 sterfgeval door colonkanker te voorkomen. (Ter vergelijking, voor borstkanker zijn dit 150 personen gedurende 10 jaar). De kostprijs van de tweejaarlijkse gFOBT ligt tussen de 2500 à 4000 euro wat dan weer lager is dan de kostprijs voor borstkanker- en baarmoederhalskankerscreening[8].

Ook verschillende andere richtlijnen (onder andere deze van The American College of Gastroenterology), afkomstig van meerdere gerenommeerde websites zoals National Guideline Clearinghouse, Prodigy, Tripdatabase.. verkozen de niet gerehydrateerde gFOBT, die patiënten zelf om de 1 tot 2 jaar thuis kunnen uitvoeren, als het meest efficiënte en meest kostenvriendelijk onderzoek in de, al dan niet veralgemeende, screening naar colorectale kanker. Ook is er algemene consensus dat deze screening het meest efficiënt is vanaf de leeftijd van 50 jaar voor personen zonder een verhoogd risico[1-5, 9-10].

Na deze literatuurstudie werd er besloten de niet-gerehydrateerde Hemoccult II® test te gebruiken, gevolgd door een colonoscopie als de Hemoccult II® positief is. Het is niet de bedoeling de patiënt of de overheid op grote kosten te jagen of om een patiënt een invasief onderzoek te laten ondergaan waar er toch niet onbelangrijke complicaties aan verbonden zijn.

2.2 Studie rond preventie in de huisartspraktijk

Om mogelijke valkuilen en obstakels op te sporen waar zowel de patiënt als de arts op kunnen stoten, werd er ook literatuur gezocht rond algemene preventie in de huisartspraktijk.

Hierbij werden opnieuw de kanalen pubmed en cebam aangesproken en werd er literatuur gezocht met de zoektermen “screening”, “ general practice”, “prevention”, “ preventive medicine”, “ promoting factors”, “inhibiting factors” en verscheidene combinaties hiervan.

Verder kreeg ik ook dankzij email een tekst van de heer Mark Nielen van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg toegestuurd die het implementeren van een preventief onderzoek naar cardiometabole risicofactoren en aandoeningen onderzocht. Dit is een onderzoek van Nivel.

In dit pilootproject uitgevoerd in 2009, werd onderzoek gedaan naar implementeren van het preventieconsult rond cardiometabool risico bij mensen tussen de 45 en 70 jaar zonder gekende cardiovasculaire aandoening. Het doel hierbij was het zo goed mogelijk bereiken en identificeren van personen met een verhoogd risico op cardiometabole aandoening en hen een optimale begeleiding en behandeling geven om zo verdere gezondheidsschade te proberen voorkomen.

Er werden voor deze studie 16 huisartsenpraktijken verspreid over Nederland gebruikt waarbij in 8 praktijken een actieve aanpak werd gebruikt (dit wil zeggen: de mensen aanschrijven of aanspreken tijdens de consultatie) en in de andere 8 praktijken een passieve aanpak (waarbij mensen uitgenodigd werden deel te nemen aan de risicoschatting via posters en flyers in de wachtzaal).

De risicoschatting bestond uit een vragenlijst die op internet kon ingevuld worden waarbij op het einde van de vragenlijst de mensen hun risicoscore kregen. Bij een hoog risico werden de mensen uitgenodigd voor twee praktijkconsulten bij de huisarts. Bij een gemiddeld tot laag risico kregen de mensen via de website leefstijladviezen en verwijzingen via links naar andere websites met tips en advies.

Bij de mensen uit de actieve variant kregen 1583 mensen een brief en werd na twee maanden nog een herinneringsbrief gestuurd (dewelke zorgde voor duidelijke tweede piek in de deelname). Van deze mensen heeft 33% de risicoschatting uitgevoerd. Bij de passieve variant kregen 8313 de flyers en posters in de wachtzaal te zien, waarna 1% de risicoschatting invulde.

De mensen die niet deelnamen aan de risicoschatting werden gebruikt als controlepopulatie (n= 9161).

Bij het totaal aantal deelnemers (zowel actief als passief) waren er 64% met een verhoogd risico die dus geadviseerd werden naar de huisarts te gaan, 23% had een laag risico en 14% een licht verhoogd risico.

Bij de actieve variant ging 36% van de hoog risico patiënten naar de huisarts, van de passieve variant was dit 15%.

Tijdens de eerste consultatie werden de resultaten van de vragenlijst besproken, werden risicofactoren gemeten en een labo afgenomen. Tijdens de tweede consultatie werd de risicoscore bepaald en werd samen met de patiënt een keuze gemaakt wat betreft de risicobehandeling.

Achteraf werd via vragenlijsten de haalbaarheid geëvalueerd wat betreft:

- de organisatie van het preventieconsult
- de deelname aan de risicoschatting
- het verschil tussen deelnemers en niet-deelnemers
- de ervaring van de deelnemers
- de ervaring van de zorgverleners
- het verschil tussen de verschillende uitvoeringsvarianten

Er werd ook een evaluatie gehouden onder de doelpopulatie die peilde naar hun opvattingen over het consult, hun opvattingen over leefstijl, de kenmerken van de doelpopulatie en hun reden van (niet)deelname.

Ook werd de informatie rond het aantal nieuw vastgestelde aandoeningen, de voorgeschreven medicatie en de uitgevoerde metingen tijdens de praktijkconsulten bijgehouden.

In totaal maakten 142 patiënten gebruik van de praktijkconsulten, waarvan 92% uit de actieve variant kwamen en 8% uit de passieve. Deze kregen allemaal een vragenlijst mee waarna 45% deze terugstuurde.
De resultaten uit deze vragenlijst, die ook de basis vormde voor mijn eigen vragenlijst (zie verder), toonden dat de respondenten in 96% van de gevallen vonden dat de huisarts deskundig was om dit onderzoek te doen en voldoende tijd nam en uitleg gaf hierrond. Ook na het uitvoeren van de onderzoeken vond 95% dat ze begrijpelijke uitleg kregen van de huisarts wat betreft de onderzoeken en de resultaten hiervan en wat er nu verder te doen staat.

Om het verschil tussen deelnemers en niet-deelnemers te kunnen evalueren werd een enquête gehouden onder de doelpopulatie. De enquête werd verstuurd naar alle aangeschreven patiënten uit de actieve variant en naar een steekproef van 200 patiënten per praktijk voor de passieve variant. Van de in totaal 3183 aangeschrevenen, hebben er 932 (29%) de vragenlijst teruggestuurd.

Bij de evaluatie achteraf bleken de belemmeringen van het onderzoek de volgende te zijn:

- De vragenlijst is enkel via het internet in te vullen, wat niet voor iedereen toegankelijk is. Er moeten alternatieven aangeboden worden.
- Het taalgebruik en de uitleg in de brief kunnen vereenvoudigd worden
- Eventueel de brief, flyers, posters ook in een andere taal opstellen voor allochtonen.
- Mensen denken door via internet een vragenlijst in te vullen dat hun privacy geschonden wordt, dus het is belangrijk dat benadrukt wordt dat de privacy gewaarborgd wordt.
- De motivatie van de patiënten moet meer gestimuleerd worden. Op de aangeboden manier is het nog te vrijblijvend voor een populatie zonder klachten.
- Ook de zelf te betalen kosten voor het laboratoriumonderzoek voor de patiënt is een remmende factor

Uit navraag bij de artsen naar wat ze van deze preventieconsultatie vonden, bleek dat bijna 90% vindt dat de huisarts de persoon is bij wie preventie dient aangeboden te worden. 70% vindt deze preventiemodule kosteneffectief.
Verder waren ze het erover eens dat een actieve aanpak inderdaad de meest effectieve is, vooral aanspreken tijdens consultatie gevolgd door het aanschrijven van patiënten, maar dat hierbij ook media-aandacht een hulp zou kunnen bieden om mensen nog meer te motiveren. Ook de hoger vermelde belemmeringen zouden moeten aangepast worden om een nog grotere responsrate te bekomen.

Er werd ook gekeken naar de tijdsinvestering bij de actieve variant. Gemiddeld werd er 3,4 uur besteed aan de patiëntselectie en 1 uur aan het versturen van brieven. Het eerste praktijkconsult nam gemiddeld 14 minuten in beslag, ook het tweede vervolgconsult duurde ongeveer 14 minuten gemiddeld[11].

Een andere studie rond preventie bij de huisarts is deze uitgevoerd door Walter et al. in Duitsland. Hierbij namen 32 huisartsen (16 in Berlijn en 16 in Hannover, gerandomiseerd gekozen) deel aan een onderzoek naar de remmende en de stimulerende factoren wat betreft preventief onderzoek. Dit gebeurde aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten. Hoewel de focus van de studie op een oudere populatie lag, zijn de resultaten toch door te trekken naar de algemene bevolking[12-13].

In tabel 1 hieronder worden deze remmende en stimulerende factoren samengevat. Van belang is dat hier ook aandacht besteed wordt aan de rol van het algemene nationale gezondheidszorgsysteem. Als deze geen steun verleent kan er minder gemakkelijk aan preventie worden gedaan en zal de focus altijd eerder op acute hulpverlening blijven liggen. Hun inzicht en steun naar preventie toe is heel belangrijk om dit onderdeel van de gezondheidszorg de aandacht te kunnen geven die het verdient.

	Remmende factoren	**Stimulerende factoren**
Patiënten	- gebrek aan motivatie - afwezigheid van risicofactoren - lagere socio-economische klasse - moeite om levensstijl-veranderingen toe te passen - geen meerkost willen betalen	- gemotiveerde patiënt - geïnformeerde patiënt - patiënt in een acute ziektesituatie
Artsen	- eigen levensstijl - gebrek aan tijd - gebrek aan overtuigingskracht - - focus op acute hulpverlening	- positieve ervaringen in het verleden - financiële steun - tijd kunnen vrijmaken voor preventie
Gezondheidszorgsysteem	- focus teveel op acute ziektes - grootste geldinvestering naar deze acute ziektes - fragmentatie van de gezondheidszorg	- aandacht aan preventie in de media - ziekteverzekeringen zijn verplicht om ook financiële tegemoetkomingen te geven voor preventief onderzoek

Tabel 1: remmende en stimulerende factoren voor preventief onderzoek

Verder is niet enkel de preventie op zich belangrijk, maar ook het kostenplaatje dat hieraan vasthangt. Een tekst uit Huisarts en Nu bekijkt de economische aspecten van de geneeskunde. Het is goed om aan preventie te doen, maar het moet ook voldoende baat hebben ten opzichte van de kosten die eraan verbonden zijn. Verder moet men er ook rekening mee houden dat preventie enerzijds misschien wel een aantal extra kosten, inherent aan een ziekte die niet vroegtijdig opgespoord wordt (intensievere behandeling, meer operaties,…) kan vermijden. Anderzijds gaan door het vroegtijdig ingrijpen of opsporen van ziektes patiënten ook langer leven en dus op die manier dan toch op termijn weer meer kosten aan de maatschappij.

Dit zijn belangrijke kosten die tegenover elkaar moeten afgewogen worden. Deze investeringen zijn één van de factoren die bijvoorbeeld meebepalen welke leeftijdscriteria er gehanteerd worden bij een preventief onderzoek[14].

2.3 Studie rond het motivationeel gesprek

Gezien preventieve onderzoeken nog niet zo ingeburgerd zijn, is er soms maar beperkte motivatie te vinden bij patiënten om aan preventie te doen. Daarom werd een zoektocht gedaan naar literatuur rond het motivationeel gesprek om zo tips en kennis op te doen om patiënten te motiveren deel te nemen aan een preventief onderzoek.

De zoektermen die hiervoor gebruikt werden waren " motivational interviewing", " the motivational interview", "Prochaska and Di climente", "motivation in practice".

Heel wat literatuur handelt vooral rond de motivatie om te stoppen met roken of rond alcoholproblematiek. Ook al gaat het hier over een ander onderwerp, de tips en aandachtspunten voor een motivationeel gesprek blijven in de kern toch dezelfde.

In een systematische review over het motivationeel gesprek van Sune Rubak et al. wordt eerst en vooral de definitie van motivationeel gesprek aangehaald. Deze is "een directief, patiëntgericht counselingsgesprek om gedragsverandering te bekomen door patiënten te helpen om struikelblokken te identificeren en op te lossen." Op deze manier probeert men de intrinsieke factoren van een patiënt te versterken om zijn gedrag te veranderen. In 75% van de onderzochte studies voor deze review bleek het motivationeel gesprek een effect te sorteren. Het is dus zeker de moeite waard om deze methode van consultatie voeren in de praktijk om te zetten[15].

Bij het motiveren van patiënten is ook het model van Prochaska en Di Clemente van belang. Dit kan helpen, een soort van leidraad, om de patiënt in te schatten, in welk stadium van gedragsverandering hij zich bevindt en hoe er hier dan het beste mee omgegaan wordt. Het is belangrijk om bij de patiënt hier naar te polsen, zodat je op de juiste manier kan omgaan met de fase waarin de patiënt zich bevindt[16].

Een nationale studie in Nederland uitgevoerd door A. van den Brink-Muinen et al. rond de communicatie in de huisartspraktijk toont aan dat de communicatie tussen huisarts en patiënt nu vaker een overleg, een consensus is tussen beide partijen om zo tot een gemeenschappelijke oplossing te komen waarbij beide partijen tevreden zijn. Het is dus in het algemeen, maar zeker ook bij een te motiveren patiënt, belangrijk om ook de patiënt te horen en naar zijn mening te vragen. Verder blijkt uit deze studie dat de huisarts veel meer informeert en adviseert dan vroeger. Dit is ook de manier van consultatievoeren die nu wordt aangeleerd, omdat studies aantonen dat dit een heel goede manier van consultatievoeren is[17].

Een artikel uit Canadian Family Physician beschrijft nog enkele praktische tips rond het gebruik van het motivationeel gesprek. Hierin wordt de klemtoon gelegd op het feit dat het belangrijker is te focussen op de wil van de patiënten en niet op hun angsten of op de dingen die ze willen voorkomen. Dit is een heel nuttige tip om mensen te motiveren om mee te doen aan het onderzoek: de klemtoon leggen op het nut van het onderzoek en niet op hun angst om misschien een positief resultaat te krijgen[18].

2.4 Studie rond tevredenheidsvragenlijsten

Samen met collega HAIO dr. Dries Rowies ging ik op zoek naar literatuur rond goede en gevalideerde evaluatievragenlijsten om mee te geven aan onze patiënten na de consultatie. Op deze manier wilden we ook de kwaliteit van onze aanpak bij de preventieve consultatie kunnen evalueren. Na een grondige zoektocht via www.cebam.be, Pubmed en op www.nivel.nl met verschillende zoektermen zoals “patient satisfaction”, “primary care”, “evaluation”, “questionnaire”, “communication”, “family medicine” en alle mogelijke combinaties hiervan zowel in het Engels als het Nederlands, kwamen we tot de conclusie dat er heel weinig literatuur bestaat rond goede en gevalideerde vragenlijsten naar tevredenheid van de patiënt bij een (preventief) consult.

Eén artikel vonden we waarin de hindernissen om deel te nemen aan preventie voor enerzijds de patiënt en anderzijds de arts werden besproken. Dit werd hierboven al uitvoerig beschreven. Het gaf al een idee over mogelijke hindernissen bij de patiënt om deel te nemen aan een preventief onderzoek waar we dan al konden op inspelen op het moment dat de patiënten op consultatie kwamen. Ook vormde het een basis waaraan we onze eigen resultaten kunnen toetsen[13].

Verder bracht onze zoektocht maar weinig resultaten op. Na overleg hierover met onze promotor professor dr. Paul De Cort en professor Jo Goedhuys zijn we overgegaan tot het aanschrijven van artsen en professoren in België en Nederland die hun sporen verdiend hebben met preventief onderzoek of onderzoek naar kwaliteit van de geneeskunde. Deze personen zijn Luc Seuntjens (actief bij Wonka, EQUIP), Marc Lemiengre (hoofdredacteur Huisarts Nu), Dr. Frans Govaerts (coördinator preventie bij Domus Medica), Dr. Ton Drenthen (teamleider NHG-sectie Preventie &

Patiëntenvoorlichting), Dr. Leo Pas (medewerker van Europrev), Dr. Rik Baeten (Stafmedewerker vaccinatiebeleid en settinggroep huisartsen) en de heer Mark Nielen (onderzoeker bij Nivel).

Via hen kregen we enkele interessante links, artikels of studies waar ze zelf aan bezig waren, doorgestuurd. Ze hielpen ons ook met nieuwe zoektermen voor onze literatuurzoektocht op Pubmed, cebam en nivel. Hiermee gingen we opnieuw aan de slag om te zoeken, maar opnieuw brachten deze weinig bruikbare literatuur aan het licht.

Evenwel wist ook geen van hen van bestaande gevalideerde evaluatievragenlijsten om te peilen naar de tevredenheid van patiënten in verband met een consultatie. Wel kon de heer Nielen ons een tekst van een Nederlands onderzoek naar het cardiovasculair preventieconsult aanraden waarin achteraf ook een evaluatie gebeurde van alle deelnemende partijen (zowel artsen als patiënten en praktijkassistenten) aan de hand van vragenlijsten[11]. Deze werd uitvoerig beschreven hierboven.

Gezien er tijdens onze zoektocht geen gekende en gevalideerde vragenlijsten aan het licht kwamen, zijn we met de gevonden artikels en met de tips van bovenstaande mensen zelf aan de slag gegaan om een evaluatievragenlijst op te stellen. De grootste hulp hierbij kwam van het artikel dat ons aanbevolen werd door Mark Nielen[11].

Eens we onze eigen vragenlijst gemaakt hadden, hebben we opnieuw al deze personen gecontacteerd met de vraag naar hun opmerkingen bij onze zelfsamengestelde vragenlijst. Dit alles leidde uiteindelijk tot de vragenlijst die we in onze studies gebruikten. Deze peilt eerst naar algemene (evenwel anonieme) gegevens van de patiënt, zoals leeftijd, woonplaats, geslacht en opleidingsniveau. Het vervolg van de vragenlijst is opgesplitst in drie onderdelen met stellingen waarbij een score moet gegeven worden van één tot vijf, waarbij één staat voor helemaal niet akkoord en vijf voor helemaal akkoord. Deze onderdelen omvatten enerzijds stellingen omtrent de uitnodigingsbrief, een tweede luik peilt naar hun mening over de consultatie en het derde deel gaat over hun idee achteraf, eens ze de test gedaan hebben, wat ze dan van de consultatie, de brief en de test vinden, wat hun ervaring is en of ze dit in de toekomst nog zouden doen of zouden aanraden aan familie en vrienden (zie bijlage 2).

Toen tijdens het onderzoeksgedeelte van mijn Manama duidelijk werd dat er maar beperkte respons kwam op de uitnodigingsbrief die verstuurd werd, wou ik graag weten hoe dit kwam. Het is altijd interessant, of mogelijks zelfs nog interessanter, om ook te weten waarom mensen niet deelnemen aan een studie, wat hun beweegreden is. Om ook van hen te weten wat hun idee en gedachten zijn rond preventie en het aanschrijven van patiënten om naar de consultatie te komen, had ik hier ook graag een vragenlijst voor gebruikt.

Daarom deed ik een nieuwe literatuursearch naar gevalideerde vragenlijsten om te peilen naar de reden van weigering. Ook hier werd er via de reeds genoemde kanalen cebam, pubmed en nivel, geen bruikbare literatuur teruggevonden, waardoor ik opnieuw samen met collega dr. Dries Rowies een

eigen vragenlijst opstelde die werd meegegeven aan de patiënten die niet wensten deel te nemen aan het onderzoek en die ze anoniem konden invullen en terugbezorgen op de praktijk. (zie bijlage 3)

2.5 Samenvatting

Uit de literatuur blijkt dat met het tweejaarlijks aanbieden van de gFOBT bij een populatie zonder verhoogd risico tussen de 50 en de 75 jaar er een goede screening mogelijk is naar colorectale kanker. Bij een negatieve test wordt de patiënt na twee jaar opnieuw uitgenodigd om de test uit te voeren. Bij een positieve test wordt deze gevolgd door een colonoscopie. Als deze negatief blijkt te zijn dan is de patiënt gerust voor tien jaar en hoeft dan pas opnieuw screening gestart te worden.

Er blijken echter nog zowel voor arts als voor patiënt als voor maatschappij verschillende obstakels te bestaan om aan preventie te doen waar nog moet aan gewerkt worden maar anderzijds kunnen deze drie pijlers ook stimulansen vinden om preventie goed te implementeren.

Wat belangrijk is bij preventie is het motiveren van de patiënt om het onderzoek uit te voeren. Daarom is het belangrijk een goed motivationeel gesprek te kunnen voeren en hierbij de principes van Prochaska en Di Clemente in het achterhoofd te houden. Het is belangrijk te focussen op de wil van de patiënt en de communicatie niet directief op te nemen maar meer als een overleg, het zoeken naar een consensus te zien.

Om de mening van onze patiënten te peilen qua motivatie tot al dan niet deelnemen aan de test werden vragenlijsten gezocht maar deze waren maar schaars in de literatuur waarna we na overleg met verschillende mensen die rond preventie werken een eigen evaluatievragenlijst opgesteld hebben, zowel voor de deelnemende patiënten als voor de niet- deelnemers.

3 Methodologie

3.1 Inleiding

Deze studie bestaat uit een systematische screening van een segment van de bevolking. In dit onderzoek wordt geen gebruik gemaakt van case finding of opportunistische screening. Het verschil tussen deze is dat bij systematische screening een gezonde populatie actief uitgenodigd wordt voor een onderzoek om asymptomatische gevallen van een ziekte of aandoening op te sporen met de veronderstelling dat deze ziekte in een vroeg stadium beter te behandelen is. Bij opportunistische screening wordt een onderzoek uitgevoerd op vraag van patiënt of arts.
Bij case finding wordt er gezocht naar risicofactoren of beginnende afwijkingen bij mensen die om andere redenen naar de arts komen met als doel vroegtijdig dit te kunnen behandelen of erger voorkomen.

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de systematische screeningsmethode waarbij aan de hand van enkele inclusie- en exclusiecriteria een deel van onze praktijkpopulatie werd geselecteerd en uitgenodigd werd voor de preventie naar colorectale kanker. Belangrijk hierbij ook is dat het om primaire preventie gaat.

3.2 De inclusie- en exclusiecriteria voor de screeningstest

Er werd besloten om voor een actieve aanpak te kiezen, gezien uit het onderzoek van de heer Nielen bleek dat dit heel effectief is[11], en at random 100 patiënten uit de praktijk, die voldoen aan de criteria om te mogen deelnemen aan de gFOBT, een uitnodigingsbrief te sturen (zie bijlage 1).

Deze in- en exclusiecriteria om te mogen deel nemen aan de gFOBT zijn:

- personen tussen de 50 en de 60 jaar oud;
- de patiënt heeft geen persoonlijke voorgeschiedenis van darmkanker;
- de patiënt heeft geen familiale voorgeschiedenis van darmkanker;
- de patiënt heeft geen ziekte van Crohn of Colitis Ulcerosa;
- de patiënt heeft geen anaal bloedverlies gehad tenzij er hiervoor een oorzaak gevonden werd zoals aambeien of kloven.

In de literatuur rond de gFOBT gaat de leeftijdsgrens tot vijfenzeventig jaar, maar de doelgroep-populatie in deze studie werd beperkt tot de leeftijd van zestig jaar. Dit vanuit de veronderstelling en ervaring dat deze populatie minder frequent spontaan naar de praktijk komt, terwijl patiënten boven de zestig jaar meestal al medicatie nemen voor bepaalde medische problemen en op zijn minst af en toe in de praktijk komen daarvoor. Deze kunnen dan op dat moment aangesproken worden over het preventief onderzoek naar colorectale kanker en of ze al dan niet willen deelnemen aan de test [1-5, 9-10].

3.3 Instrumenten

Voor dit onderzoek werden verschillende instrumenten gebruikt om alle onderdelen te kunnen uitvoeren.

Eerst en vooral werd een uitnodigingsbrief opgemaakt (bijlage 1) om te verzenden naar de patiënten waarin ze uitgenodigd werden voor de consultatie en deel te nemen aan het onderzoek. Hierin stonden ook nog eens de in- en exclusiecriteria vermeld. Er werd ook al kort wat uitleg gegeven wat het preventieve onderzoek naar darmkanker juist inhoudt. Wat praktische afspraken om de deelname en de consultatie zo vlot mogelijk te laten verlopen vormden het laatste onderdeel van de brief.

Voor de screening op zich werd de gFOBT gebruikt gezien deze na de literatuurstudie ons het meest praktisch en betrouwbaarst bleek om te gebruiken in de screening naar colorectale kanker. Deze test werd meegegeven aan de patiënt samen met een brief met uitleg rond hoe de test gebruikt moet worden (zie bijlage 4). Daarna brachten ze die test terug binnen op de praktijk en werd de test door mezelf geëvalueerd. Er werd geen tweede lezing ter controle uitgevoerd. Als het resultaat van de test gekend was, werd de patiënt telefonisch op de hoogte gebracht hiervan en werd indien nodig een vervolgafspraak vastgelegd.

Omdat we ook een evaluatie wilden doen van de deelnemers werd er een evaluatievragenlijst gebruikt die samen met collega dr. Dries Rowies opgesteld werd. We deden dit gemeenschappelijk omdat we, ondanks dat we een verschillend aspect van preventie wilden belichten, dit toch op een gelijkaardige manier wilden evalueren. Op die manier konden we samenwerken aan goede vragen en goede formulering van brieven en vragenlijsten. Een vergelijking van onze resultaten was evenwel niet mogelijk omdat we verschillende doelgroepen wilden analyseren en een verschillend aspect van preventie belichtten.

De evaluatievragenlijst voor deelnemende patiënten peilde naar hun tevredenheid over de consultatie en de test en hun motivatie om deel te nemen en er in de toekomst nog iets mee te doen. Een tweede vragenlijst werd opgesteld voor de niet-deelnemende patiënten waarin navraag gedaan wordt naar hun reden om niet deel te nemen en hoe zij preventie en gezondheid zien.

3.4 Interventie en design

Om dit preventieonderzoek uit te voeren en te evalueren werden dus patiënten aangeschreven met een uitnodigingsbrief. In een tweede fase werden de patiënten die niet spontaan kwamen op consultatie voor de screening maar die wel een brief gekregen hadden, aangesproken als ze op consultatie kwamen voor andere problemen.

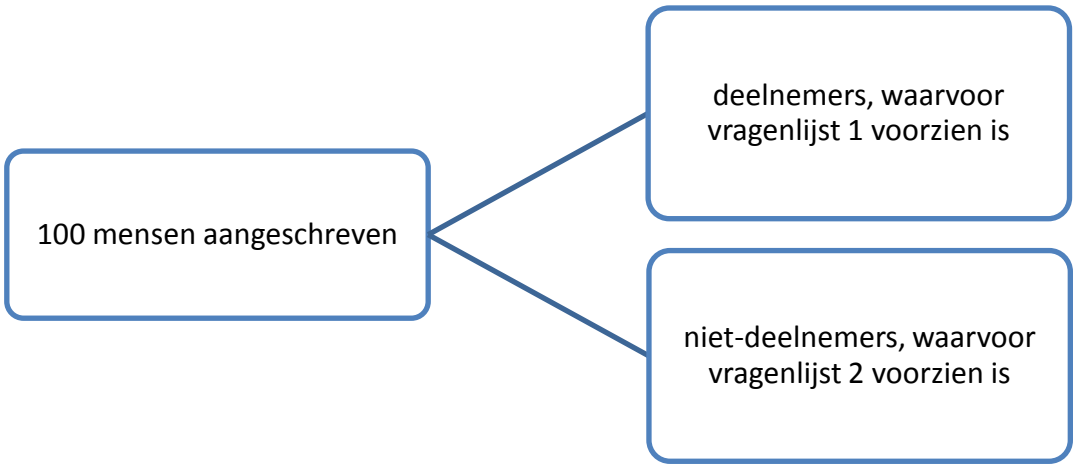

Diagram 1: aanpak van het onderzoek

Het was de bedoeling met onze brief meer mensen te mobiliseren om zich bewust te worden van hun gezondheid en hen aan preventie te laten denken. We wilden hen de kans geven deel te nemen aan een test ook al komen ze anders zelden in de praktijk.

Bij patiënten die aangeschreven werden, werd dit in een nota geplaatst in het dossier zodat, als ze op consultatie kwamen, we hiervan onmiddellijk op de hoogte waren en hen konden aanspreken over de brief die ze gekregen hadden.

De patiënten die met de uitnodigingsbrief kwamen, kregen uitleg over hoe de test diende uitgevoerd te worden. Ze kregen ook een brief mee waarin deze uitleg stond. (zie bijlage 4) Om de test juist uit te voeren moesten ze drie dagen voor de test en drie dagen tijdens de test opletten met voeding, zijnde voornamelijk met rood vlees en citrusvruchten en voedingswaren met veel vitamine C. Ook kon overwogen worden om het gebruik van NSAID's en aspirine in de mate van het mogelijke te stoppen. De dieetrichtlijnen zijn belangrijk om een zo correct mogelijk resultaat van de test te bekomen en het aantal vals positieve resultaten tot een minimum te beperken. Verdere uitleg werd gegeven rond de test zelf. Ze moesten op drie verschillende dagen stoelgang opvangen (geen contact met water) en met twee verschillende stokjes een staaltje nemen van de uiterste zijden van de stoelgang en op een testkaartje aanbrengen. Eens ze dit drie maal gedaan hadden, moesten ze de test terug binnenbrengen op de praktijk waarna ik de evaluatie deed. Ondanks de goede uitleg van het laboratorium waar we mee samenwerken in de praktijk, was het aflezen van de test niet zo eenvoudig in het begin. Hierdoor zijn mogelijks enkele twijfelachtige testen toch als negatief beschouwd geworden. Deze patiënten kregen de kans de test opnieuw te doen als ze dit wilden.

Bij een negatief resultaat van de test werd afgesproken dat de patiënt over twee jaar opnieuw de kans zou krijgen deel te nemen aan de test, maar werd ook nog eens benadrukt dat ze bij het ontstaan van klachten toch best contact opnemen met ons. Bij een positief resultaat werden ze voor een vervolgconsultatie uitgenodigd en eventueel doorgestuurd voor een colonoscopie.

Bij de mensen die een brief hadden gekregen en er niet spontaan op ingegaan waren, werd nagevraagd waarom dit was. De meesten waren het uit het oog verloren dat ze een brief gekregen hadden. Het feit dat de brieven kort voor de zomerperiode waren verstuurd is waarschijnlijk een van de redenen die hier aan de basis ligt. Een deel van de patiënten was wel van plan op de uitnodiging in te gaan en mee te doen aan de test, maar kwamen daarvoor niet speciaal naar de praktijk. Door de tijd die erover ging voor ze nog eens op raadpleging moesten komen, werd dit vergeten. Een andere groep voelde zich moreel verplicht deel te nemen aan de test nu ze erover aangesproken werden. Er werd nochtans te allen tijde benadrukt dat ze een vrije keuze hadden en er geen enkele verplichting was om deel te nemen.

De deelnemers kregen ook onze evaluatievragenlijst (vragenlijst 1, zie bijlage 2) mee die peilde naar hun mening over een aantal stellingen rond de uitnodigingsbrief, de consultatie op zich en een achterafbeschouwing, wat ze ervan vonden eens ze deelgenomen hadden aan dit preventief onderzoek. Hierbij moesten ze telkens scoren van één tot vijf, waarbij één staat voor helemaal niet akkoord en vijf voor helemaal akkoord. Ze konden deze anoniem invullen en terugbezorgen op de praktijk.

Mensen die niet wensten deel te nemen aan de test kregen ook de kans een vragenlijst mee te nemen naar huis en ons terug te bezorgen (vragenlijst 2, zie bijlage 3). Op deze manier werd er anoniem gepeild naar hun redenen waarom ze niet wensten deel te nemen, zodat we ook hierop een zicht konden krijgen. Dit is heel belangrijke informatie, soms nog nuttiger dan die van de mensen die wel deelnamen aan de test. Helaas was het wegens de privacy van de patiënt onmogelijk om mensen die hierop niet gereageerd hebben, op te bellen of te contacteren. Dus werd er verder gewerkt met de resultaten die we terug kregen van de mensen die op consultatie geweest waren.

3.5 Evaluatie van de tijdsinvestering

Een andere parameter die bestudeerd werd was de tijdsinvestering voor de arts. Preventie hoort tot het takenpakket van de huisarts maar welke tijdsinvestering vraagt dit van de huisarts?
Om dit te evalueren werd tijdens het onderzoek de volgende tijdsinvesteringen bijgehouden

1) qua opzoeken van patiënten die voldeden aan de criteria om te mogen deelnemen aan de test,
2) de tijd die werd gespendeerd aan het schrijven en rondsturen van de uitnodigingsbrief,
3) wat betrof de tijd om de test op een eenvoudige manier uit te leggen aan de patiënten,
4) de tijd om hen op te bellen met het resultaat,
5) de eventuele vervolgafspraken.

Dit gebeurde om voor mezelf en de praktijk te kunnen evalueren hoeveel tijd een goede preventieve consultvoering in beslag neemt en in hoeverre dit ook daadwerkelijk een mogelijkheid is om het op deze manier verder te zetten in de toekomst. We konden zo ook evalueren waar er aanpassingen moeten gebeuren en wat anders kan aangepakt worden. Verder wilden we zien of dit ook naar andere

domeinen van preventie kan doorgetrokken worden dan wel dat het dan te druk wordt in de praktijk om naast de acute geneeskunde ook aan goede preventie te doen.

Om deze tijdsinvestering te kunnen bijhouden werd telkens begin- en einduur opgeschreven van een tijdsblok waarin aan een onderdeel van de studie werd gewerkt. Op deze manier werd toch redelijk accuraat bijgehouden hoe de tijdsinvestering ineen zit en hoe deze verdeeld wordt onder de verschillende domeinen van de test. Zo kon gezien worden waar de grootste tijdsinvesteringen zitten en hoe deze eventueel op te vangen zijn naar de toekomst toe.

4 Resultaten

4.1 Aanschrijven van patiënten en de respons hierop

De resultaten van dit onderzoek wat betreft de responsrate op de brief, de respons op het aangesproken worden tijdens een consultatie en de reden waarom mensen niet wensten deel te nemen aan de gFOBT worden in het stroomdiagram hieronder weergegeven.

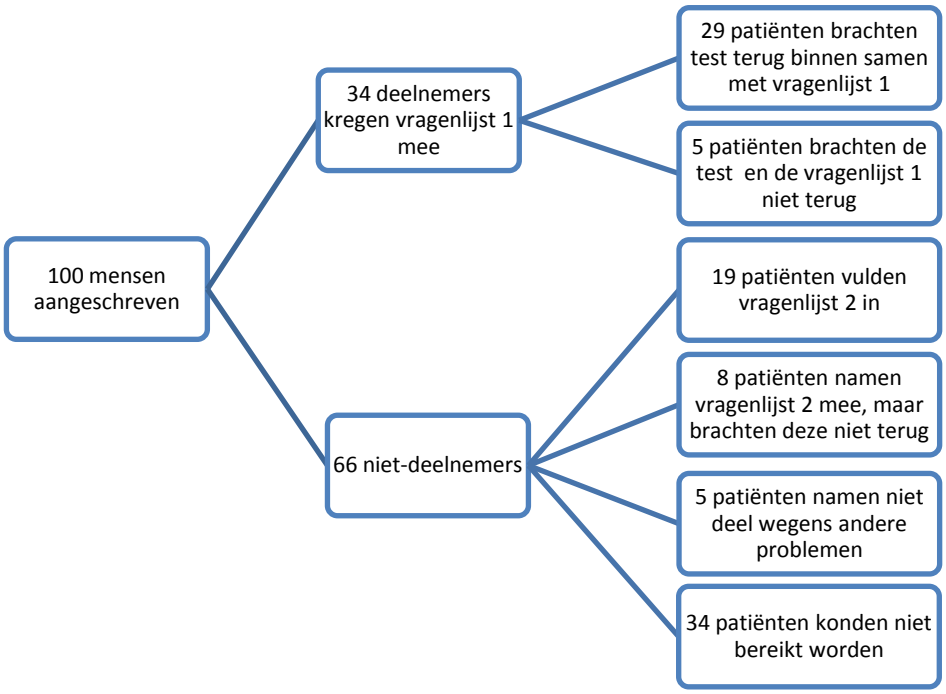

Diagram 2: responsrate preventief onderzoek colorectaal kanker

Dit stroomdiagram toont dat 34 % van de patiënten, de test meenamen naar huis, maar slechts 29% effectief aan de test heeft deelgenomen.

Er werd door ongeveer 19 % van de aangeschreven patiënten spontaan ingegaan op de uitnodigingsbrief om een preventief onderzoek naar darmkanker uit te voeren.

In een tweede fase werden mensen aangesproken op consultatie over de brief die ze gekregen hadden. Op deze manier hebben er nog 10 % extra patiënten deelgenomen aan de test. Verder waren er ook 5% patiënten die de test meegenomen hebben naar huis om uit te voeren, maar deze nooit teruggebracht hebben om te laten analyseren. Deze mensen heb ik gecontacteerd, zowel via de telefoon als tijdens de consultaties en allemaal beloofden ze de test binnen te brengen maar dit bleek nooit het geval te zijn. Van hen heb ik dan ook geen test en dus ook geen ingevulde evaluatievragenlijst gekregen.

Van de deelnemende populatie was de gemiddelde leeftijd 56,5 jaar. Er waren 48 % mannen en 52 % vrouwen. Van hen was 20% arbeider, 62% bediende, 17% met pensioen en 1% zelfstandige. Qua opleidingsniveau behaalde 58% een diploma lager of middelbaar onderwijs, 34% volgde hogeschool

en 8% is universitair geschoold. In onderstaande tabel wordt weergegeven welke comorbiditeit er mogelijks aanwezig was bij de patiënten.

	Man	Vrouw
Aantal	14	15
Roker	5	1
Diabetes	3	0
Cholesterol	9	7
Hypertensie	9	8
Ethyl	2	1

Tabel 2: comorbiditeiten deelnemers

Twee van de deelnemende patiënten bleken positief te testen. Eén hiervan wenste voorlopig af te wachten en over enkele maanden nog eens opnieuw de gFOBT uit te voeren. De andere patiënt is doorgegaan voor colonoscopie en kreeg een negatief resultaat; dus deze patiënt hoeft de komende tien jaar geen screening met gFOBT meer uit te voeren.

Er bleek dus ook 66 % van de patiënten niet deel te nemen aan de test. De oorzaken van de non-compliance in dit onderzoek zijn heel uiteenlopend zoals hieronder in het taartdiagram duidelijk is.

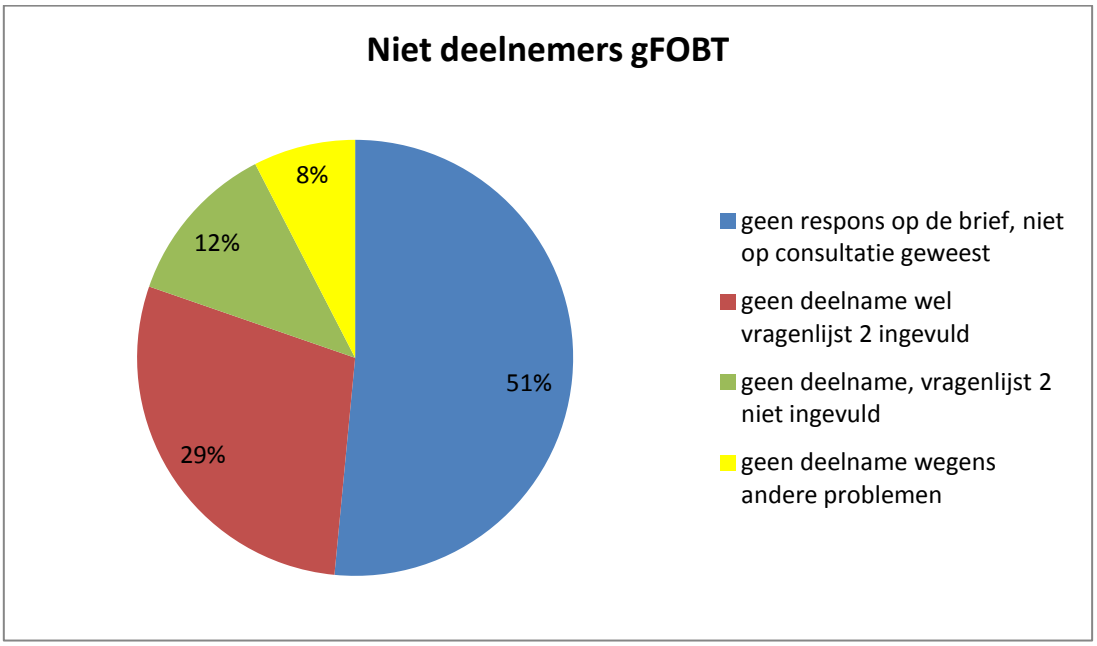

Diagram 3: verdeling van de niet-deelnemers aan de gFOBT

Van deze niet-deelnemers zijn er 51 % die niet konden gecontacteerd worden. Dit waren mensen die niet op consultatie kwamen in die periode en die we wegens het respecteren van de privacy ook niet

telefonisch mochten contacteren. Deze patiënten hebben dan ook geen vragenlijst ingevuld, zodat wij hun motivatie om niet deel te nemen niet konden achterhalen.

41 % heeft tijdens een consultatie en nadat ze de uitleg gekregen hadden over hoe de test in elkaar zat, gezegd dat ze niet wensten deel te nemen. Deze keuze werd hen uiteraard vrij gelaten. Wel kregen ze onze vragenlijst mee om hun motivatie te kunnen weergeven. Van 29 % van de niet-deelnemers kreeg ik later vragenlijst 2 terug met daarin anoniem hun redenen en motivatie waarom ze niet wensten deel te nemen. Verder was er dan ook 12% die de vragenlijst wel meenamen maar deze niet terugbezorgd hebben.

Toen ik samen met mijn praktijkopleider de lijst overliep van alle patiënten die aangeschreven waren, zagen we dat er 8 % van de patiënten vermoedelijk niet deelnamen wegens andere problemen. Twee patiënten zijn licht tot matig mentaal gehandicapt en één patiënt is doof. We denken dat deze omwille van hun reeds bestaande medische problemen niet deelnamen. Ook waren er twee patiënten die in de periode dat het onderzoek liep al een colonoscopisch onderzoek kregen wegens klachten van bloedverlies. Bij hen was er dan ook geen plaats om nog eens de gFOBT uit te voeren.

4.2 De deelnemers aan de test

We zagen een spontane respons van 19% (zie diagram 2). Nadat ook mensen op consultatie aangesproken werden,verhoogde de respons tot 34%. Dit bevat evenwel ook 5% van de patiënten die de test niet terugbrachten.
Zoals reeds aangehaald kregen deze patiënten dus ook vragenlijst 1 mee. De resultaten van deze vragenlijsten komen in onderstaande tabellen aan bod.

Vooreerst toont tabel vier de antwoorden op de stellingen rond de uitnodigingsbrief. Deze drie stellingen polsen naar de belevenis en ervaring van de patiënt om een uitnodigingsbrief te krijgen van hun huisarts.

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
De informatie in de brief vond ik begrijpbaar			1	17	11
De informatie uit de brief kwam overeen met de consultatie				16	13
Een uitnodigingsbrief krijgen vond ik een goed idee, dat mag de huisarts wel vaker doen		3	5	10	11

Tabel 3: antwoorden eerste deel tevredenheidsvragenlijst: de uitnodigingsbrief

In tabel vijf zien we de resultaten wat betreft de consultatie op zich. Deze stellingen gingen over verschillende aspecten van een consultatie en of deze overeenkwam met hun verwachtingen en met de

informatie uit de brief. Verder werd ook nagevraagd of er voldoende tijd was voor deze consultatie en voor de vragen die de patiënt had.

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
De informatie tijdens de consultatie vond ik duidelijk				14	15
De arts nam voldoende tijd voor deze consultatie				8	21
Er was voldoende tijd om vragen te stellen				11	18
De arts luisterde aandachtig naar wat ik zei				6	23
De arts was deskundig				10	19
De huisarts is de ideale persoon voor dit soort consultaties				15	14
De arts nam mij serieus met mijn vragen en opmerkingen				11	18

Tabel 4: antwoorden tweede deel tevredenheidsvragenlijst: de consultatie

Onderstaande tabel zes bevat ten slotte de respons op het laatste deel van de vragenlijst, de achterafbeschouwing. Hierin vinden we toch wel wat verrassende antwoorden als we deze toetsen aan de antwoorden in voorgaande tabellen. Mensen zijn achteraf net iets minder enthousiast ondanks hun enthousiasme om deel te nemen tijdens het onderzoek zelf.

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Het is mij volledig duidelijk wat er met deze consultatie zal gebeuren			3	16	10
Ik zou deze consultatie aanraden aan vrienden en familie		5	10	7	7
Ik had al langer zo'n preventieve consultatie gewild		12	10	4	3
Het resultaat van deze consultatie is een goede motivatie om dingen in mijn levensstijl aan te passen		12	4	7	6
De striktheid van deze consultatie vond ik storend	14	11	1	1	2

Tabel 5: antwoorden derde luik tevredenheidsvragenlijst: achteraf beschouwd

4.3 De niet- deelnemers aan de test

De mensen die niet wensten deel te nemen aan de test, kregen vragenlijst 2 mee die peilde naar hun redenen. Deze kon vrijblijvend en volledig anoniem worden ingevuld. Ondanks de beperkte respons konden we dankzij de teruggestuurde lijsten toch al verschillende redenen terugvinden die aan de basis lagen. Deze konden eigenlijk in twee grote groepen opgesplitst worden, namelijk de patiënten die bang waren om deel te nemen aan de test en angstig waren voor de resultaten en de gevolgen hieraan gekoppeld en een tweede groep mensen die preventie niet nuttig vinden, die zich gezond voelen en pas een dokter willen raadplegen eens ze ziek zijn of een probleem hebben (de non believers).

In tabel zeven worden de voornaamste redenen om niet deel te nemen op een rijtje weergegeven. De top drie bestaat uit:

1. schrik voor slecht nieuws
2. angst voor de gevolgen (verdere onderzoeken) van een positieve test
3. andere medische of sociale problemen die nu prioritair zijn ten opzichte van een preventief onderzoek.

Verder aangegeven redenen bij niet deelname waren: de uitnodigingsbrief die verloren gegaan is en/of vergeten werd, geen nut zien in een preventief onderzoek, patiënten voelen zich nog te jong om dit te doen. Een groot deel vindt het ook nutteloos een test of onderzoek te doen, zolang er geen klachten zijn. Ook in de toekomst zouden ze de gFOBT, of een ander onderzoek, enkel laten uitvoeren als ze klachten hebben en er effectief sprake is van een mogelijke ziekte.

Het feit dat het onderzoek in een Manamastudie liep was voor niemand een struikelblok.

Wat weerhield u ervan deel te nemen aan ons preventieconsult? (meerdere antwoorden mogen aangegeven worden)	
Schrik voor negatief nieuws	12
Schrik voor vervolgonderzoeken	9
Nog geen tijd gehad	4
Vergeten	11
Uitnodigingsbrief is verloren gegaan	8
Ik geloof niet dat preventie zinvol is	2
De brief was te onpersoonlijk	2
Ik heb andere medische problemen die ik eerst onder controle wil krijgen	8
Ik voel me hiervoor te jong	5
Omdat dit zinloos is, ik heb geen klachten momenteel	7
Dit project loopt binnen een studie	0
Het was onduidelijk of het project nog steeds liep	0
Ik snapte niet wat de test juist inhield	2
De uren waarop ik op consultatie kon komen pasten mij niet	1
Andere	5

Tabel 6: de redenen waarom niet wordt deelgenomen aan een preventief onderzoek

Van 51 % de mensen die niet deelnamen zijn we hun persoonlijke redenen nooit te weten gekomen. (zie diagram 3) Dit komt doordat deze mensen zelden naar de consultatie komen en ze dus ook geen evaluatievragenlijst konden invullen. Na overleg met mijn praktijkopleider en mijn promotor werd beslist om deze mensen geen vragenlijst op te sturen die ze vrijblijvend en anoniem konden invullen, want we verwachtten maar een beperkte respons hierop. Wel zouden ze nog een vragenlijst meekrijgen als ze op consultatie kwamen.

4.4 Andere resultaten van vragenlijst 2

De hieronder vermeldde tabellen tonen de antwoorden op andere stellingen uit vragenlijst 2.
Tabel acht leert ons dat de meeste patiënten die niet deelnemen zichzelf gezond vinden

Ik denk dat ik gezond ben	
Niet correct	3
Waarschijnlijk	5
Juist	11

Tabel 8: eigen perceptie van de patiënt over zijn gezondheid

Uit onderstaande tabel negen leren we opnieuw dat heel veel patiënten die niet deelnemen het ook vooral belangrijk vinden om bij hun huisarts op consultatie te gaan eens er klachten zijn. Maar bitter weinig mensen zouden komen om ziektes voor te zijn, voor preventie dus.

Ik vind bij mijn dokter op consultatie gaan belangrijk	
Bij klachten	15
Voor mijn maandelijkse controle	2
Om problemen voor te zijn	0
Om gerust te zijn dat alles in orde is	2

Tabel 9: wanneer ga je naar de huisarts?

Als je dan navraag doet specifiek rond preventie en de organisatie hiervan, valt het op dat de meesten dat willen op hun eigen vraag. Ze vinden het iets waarvan ze zelf bepalen wat er nodig is en wanneer ze dit willen uitvoeren.

Organisatie van preventie is iets		
dat de overheid moet regelen		3
waarover mijn huisarts mij best informeert	via brief	
	tijdens de consultatie	2
	via een poster in de wachtzaal	
	wanneer ik er zelf naar vraag	2
waarvan ik liever zelf bepaal wanneer het nodig is		11

Tabel 10: organisatie van preventie

Bij navraag wat ze denken wat een preventief onderzoek voor zichzelf kan betekenen komen we tot onderstaande resultaten.

Een preventief onderzoek is voor mij	
niet belangrijk	14
niet van toepassing	1
overbodig	4

Tabel 11: nut van een preventief onderzoek

Ten slotte toont tabel twaalf ons dat mensen ondanks het feit dat ze het nut van een preventief onderzoek niet echt kunnen inzien toch niet volledig weigerachtig staan tegenover een preventief onderzoek. Velen zullen het in de toekomst misschien wel uitvoeren. Veel zal afhangen van hun situatie op dat moment. Als hen nogmaals de vraag gesteld wordt om deel te nemen en ze hebben op dat moment geen andere medische problemen, dan verwacht ik dat velen toch ja zullen zeggen.

In de toekomst zal ik het preventieonderzoek doen	
Misschien	12
Waarschijnlijk	3
Nooit	4

Tabel 72: deelname aan het onderzoek in de toekomst

4.5 Tijdsinvestering

Het bleek uiteindelijk wel een grote tijdsinvestering te zijn om dit project op te starten. Gezien ons computerprogramma niet up-to-date is qua gegevens van patiënten en verouderd qua mogelijkheden heb ik veel tijd besteed aan het handmatig opzoeken van patiënten die konden deelnemen aan de test. Dit was letterlijk van alle patiënten tussen de vijftig en zestig jaar één voor één het dossier bekijken om te zien of er voorgeschiedenis van darmkanker of andere pathologie gekend was, of de patiënt al een colonoscopisch onderzoek kreeg, of ze voldeden aan de andere criteria. Dit opzoekwerk heeft mij toch een goeie drie uur gekost.

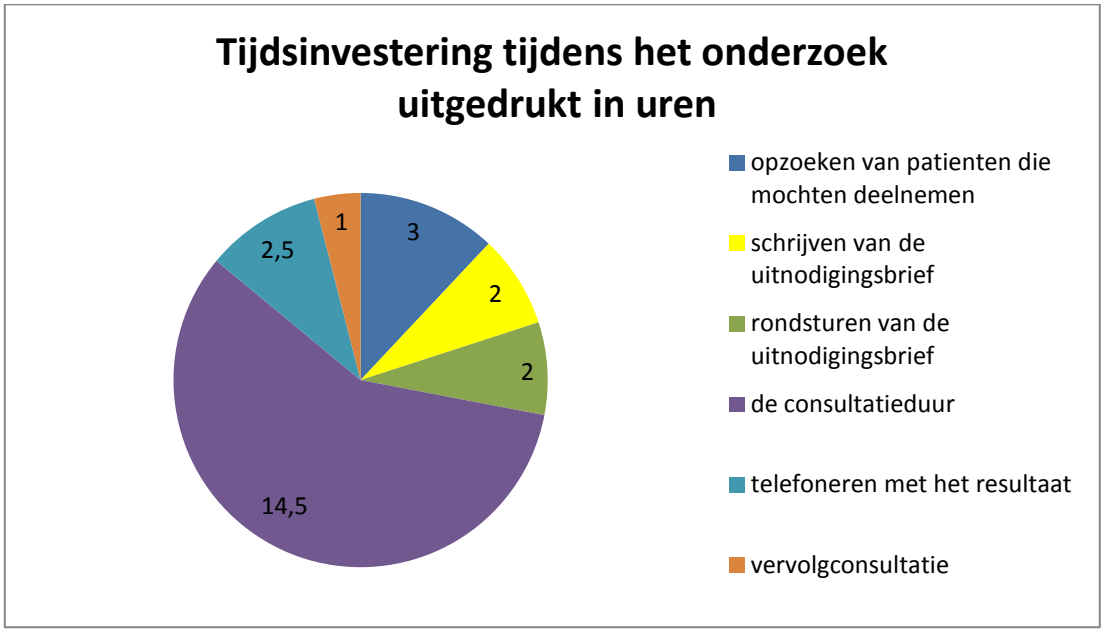

Diagram 4: tijdsinvestering

Dankzij het samenwerken met mijn twee collega HAIO's ging het maken van een uitnodigingsbrief vrij vlot. Na enkele bijeenkomsten en wat emailverkeer werd deze goedgekeurd door onze promotor en de ethische commissie. Het afdrukken en versturen van deze brieven neemt dan wel weer minder tijd in beslag, maar het heeft me toch ook ongeveer een tweetal uur gekost om dit in orde te brengen.

De grootste tijdsinvestering was de tijd die ik aan een consultatie spendeerde. Meestal kwamen de patiënten met andere klachten en werd er pas daarna over de test begonnen. Dit betekende gemakkelijk een half uur tot drie kwartier per patiënt van mijn tijd investeren. Dit is veel, zeker als er een volle wachtzaal zit te wachten. Het opbellen van patiënten om de resultaten te bespreken ging dan weer vlotter omdat bij de overgrote meerderheid van de mensen die deelnamen de test negatief was. Bij die enkelen die positief testten kostte dit wat meer tijd gezien zij toch meer uitleg vroegen aan de telefoon. Er werd voor hen dan ook een vervolgconsultatie vastgelegd om verdere afspraken te maken, deze consultaties duurden makkelijk ook een half uur per patiënt, gezien ze op die momenten een heleboel vragen hadden.

5 Bespreking van de resultaten

5.1 De deelnemers aan de test

Een eerste feit dat opvalt is de beperkte deelname aan de test. Er werd door ongeveer 19 % van de aangeschreven patiënten spontaan ingegaan op de uitnodigingsbrief om een preventief onderzoek naar darmkanker uit te voeren (zie diagram 2). Deze responsrate ligt iets lager dan in de literatuur wordt beschreven. Hier vindt men meestal terug dat deze rond de 25% ligt. In Huisarts en Wetenschap beschrijft een artikel dat de spontane opkomst voor gFOBT rond de 30% ligt maar dat dit wel kan oplopen tot 90 % als de huisarts de screening zelf aanbiedt tijdens een consultatie[4,8,11].

Mijn onderzoek geraakt niet aan deze percentages, maar ik merkte wel dat er meer mensen deelnamen aan het onderzoek als ik hen op consultatie aansprak. De persoonlijke aanpak, het direct verkrijgen van informatie en vragen kunnen stellen werken dit sterk in de hand[8].

Een factor die in dit onderzoek deels een verklaring kan zijn voor deze lagere respons dan in de literatuur, is het feit dat we de brieven net voor de zomervakantie verstuurd hebben. Bij navraag bij patiënten bleek bij velen die brief daardoor verloren gegaan te zijn. Sommigen hadden hem aan de kant gelegd om nog mee te brengen, anderen konden zich nog herinneren dat ze een brief gekregen hadden als ik er hen over aansprak, maar gaven eerlijk toe dat ze het zelf al vergeten waren of die brief al hadden weggegooid. Er waren dus eigenlijk weinig patiënten die de brief nog hadden hoewel ze wel wilden deelnemen eens eraan herinnerd.

Ook vanuit mijn positie was de zomerperiode slecht gekozen. Wegens mijn eigen verlofperiode en vervanging van de collega, had ik in de zomer zelf minder aandacht en tijd voor het onderzoek en ik ben er echt kunnen mee starten na de zomer. Dit is zeker een aandachtspunt naar de toekomst toe. Als er met uitnodigingsbrieven gewerkt wordt voor de patiënten is het beter om deze buiten de verlofperiode te versturen.

Gezien dit geen optie meer was in mijn onderzoek, was een andere mogelijke oplossing de mensen een herinneringsbrief sturen. Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat een tweede brief sturen mensen extra over de streep trekt om deel te nemen aan een onderzoek of toch op zijn minst naar de consultatie te komen[11].
Na overleg met mijn praktijkopleider kozen we er toch voor om mensen aan te spreken op consultatie, omdat we dachten dat een brief bij een groot deel toch weer gewoon aan de kant gelegd zou worden.

Als we de bovenstaande tabellen er bij nemen die handelen over de evaluatie door de deelnemers kunnen we hieruit verschillende conclusies trekken.

Uit tabel vier kunnen we concluderen dat 97 tot 100% van de mensen akkoord tot heel akkoord waren met het feit dat het een begrijpbare brief was en dat de informatie die erin stond ook daadwerkelijk

overeenkomt met de informatie die tijdens de eigenlijke consultatie wordt gegeven. Over het algemeen hebben de patiënten dus een heel positief gevoel bij het krijgen van deze brief.

Ondanks het positief onthaal van deze brief waren de meningen toch lichtjes verdeeld over het feit of een arts al dan niet nog zo'n initiatief mag nemen in de toekomst. 28% van de patiënten gaan minder akkoord met het krijgen van een brief. Deze vonden het wat raar om plots post van hun huisarts te krijgen. Ze konden dan wel de informatie en de uitnodiging in de brief appreciëren, maar ze moesten wel nog wennen aan de idee post te krijgen van hun huisarts en uitgenodigd te worden om op consultatie te komen.

Een mogelijkse verklaring hiervoor is dat dit in onze praktijk de eerste keer was dat zo'n initiatief genomen werd. Patiënten hadden vroeger nog nooit een uitnodigingsbrief gekregen om op consultatie te komen. Dan is het wel even wennen om op die manier met de huisarts te communiceren.

In de Domus Medica aanbeveling rond geneesmiddelenverslaving wordt ook de aanpak van deze problematiek geëvalueerd met het versturen van stopbrieven. Hier ziet men dat deze brieven wel degelijk een effect hebben. De dagelijks voorgeschreven dosis daalt en ook het aantal patiënten dat benzodiazepines gebruikt daalt. Een herhalingsbrief biedt hier evenwel geen meerwaarde meer.
Ook hier moeten de huisartsen evenwel nog overtuigd worden van het nut van het versturen van brieven want een peiling wees uit dat de meesten het moeilijk realiseerbaar vinden om zelf een brief te versturen naar hun patiënten[19].

De Nederlandse Nivelstudie rond preventie naar cardiometabole aandoeningen (zie literatuurstudie) werkte ook met uitnodigingsbrieven en hier waren er 33% van de patiënten die deelnamen door het krijgen van een brief. Wat ze vonden van dit initiatief wordt evenwel niet bevraagd in het onderzoek[11].

Een Cochrane review die studies vergeleek die peilden naar strategieën om de participatie aan borstkankerscreening te verhogen, toonde ook aan dat brieven sturen naar de patiënt een hogere respons kan teweeg brengen. Als dit gecombineerd wordt met een telefoontje of met aanspreken tijdens de consultatie, ligt de respons nog hoger[20].

Het is een nieuw aspect aan het huisartsgebeuren dat in onze praktijk zowel voor patiënt als arts nog wat onwennig is. Eens dit ingeburgerd raakt, zal dit minder een probleem vormen. Patiënten zullen het als normaal beschouwen dat hun huisarts af en toe een brief stuurt om hen aan een aantal dingen te herinneren, zoals preventie van colorectale kanker. Ook voor veel andere aangelegenheden kan een brief verstuurd worden.

Als we teruggrijpen naar tabel vijf valt onmiddellijk een positieve bias op wat de antwoorden betreft. 100% is akkoord tot heel akkoord met de stellingen. Deze discrepantie is verstaanbaar, gezien deze mensen allemaal deelnamen aan de test. Ze waren deels op voorhand al enthousiast in verband met de

test en met de uitnodiging. Ze stonden er al voor open en hadden de brief ook al goed gelezen. Zo konden ze de consultatie al wat inschatten. Ze konden ook allemaal de manier van werken tijdens zo'n preventieve consultatie wel appreciëren en vonden dat ze ook voldoende zelf gehoord werden. Dit feit op zich maakt dat de patiënten zich nog meer op hun gemak voelden bij deze nieuwe soort van consultatie en onderzoek. Vandaar vermoedelijk ook hun enthousiasme en positieve respons op de vragenlijst. Ze krijgen de nodige informatie, ze krijgen antwoord op hun vragen en ze blijven ondanks alles (de tijd die geïnvesteerd wordt, de uitleg, de brief) vrij om al dan niet deel te nemen. Dit zorgt voor een rustige omgeving waarin de patiënt zich comfortabel voelt.

Wat ook opvalt is dat deze patiënten allemaal vinden dat de huisarts de ideaal geplaatste persoon is voor dit soort consultaties.

Als we het vervolg van de vragenlijst bekijken en de achterafbeschouwing hierbij betrekken zien we dat 90 % van de patiënten er mee akkoord gaat dat ze een goede uitleg gekregen hebben wat betreft hetgeen in de toekomst met de test zal gebeuren. Dit betekent dus bij een negatieve test over twee jaar terugkomen om deze opnieuw te doen en bij een positieve test dat er bijkomende, meer invasieve onderzoeken gebeuren. Dit werd ook heel duidelijk gecommuniceerd naar de patiënten toe.

Wat er opvalt, is dat, ondanks het enthousiasme bij de consultatie op zich, er toch een beperkter aantal mensen zijn die deze consultatie vol overtuiging zouden aanraden aan familie en vrienden. Maar dit blijft uiteraard toch nog een groot percentage voor een eerste maal dat dit onderzoek aangeboden wordt. 24 % gaat volledig akkoord om dit aan te raden en 24 % is akkoord. Dit houdt dus in dat slechts 52 % van de patiënten deze test niet zouden aanraden aan familie en vrienden. Voor een nieuw aangeboden onderzoek is dit een goed resultaat. Het betekent toch dat mensen er iets aan hebben en het een nuttig onderzoek vinden. Opnieuw toont het nivelonderzoek hier een andere en hogere responsgraad (rond de 90%), maar dit kan deels verklaard worden doordat het in die studie om het ruime preventieonderzoek gaat, terwijl hier maar een beperkt stukje van de preventie belicht wordt[11].

Ook zijn er maar weinig patiënten (24 %) die eigenlijk zo'n consultatie al gewild hadden. Dit antwoord kan deels verklaard worden door het feit dat de test op zich niet gekend is bij de mensen en dat ze vanuit dat perspectief geantwoord hebben. Anderzijds is er ook het feit dat veel patiënten vooral naar de dokter gaan als ze daadwerkelijk ziek zijn of medicatie nodig hebben. Dit is toch wat wij ervaren in onze praktijk. Preventie is nog iets vaags, iets dat nog niet goed ingeburgerd is in de leefwereld van enerzijds de patiënt maar anderzijds ook bij de arts, ondanks vele reeds bestaande en gekende initiatieven (denk maar aan de mammografie die in de beginjaren dat er veralgemeende screening was ook een beperktere opkomst had dan nu).

Over de laatste stelling, die handelde over de striktheid van de consultatie, kan men zeggen dat ze niet past in de rij omdat het eigenlijk een omgekeerde vraagstelling is. Dit is bewust zo gedaan omdat we

daaraan toch deels konden zien dat mensen niet gewoon klakkeloos allemaal vier en vijf aanvinkten, maar daadwerkelijk hun ongezouten mening gaven over de test en alles wat errond kwam kijken.
De overgrote meerderheid (90%) vond de striktheid van de consultatie niet storend. Vermoedelijk komt dit door een aantal factoren zoals het reeds op voorhand krijgen van een brief waarin al uitgelegd staat waarover de consultatie zal gaan. Een andere mogelijke reden is dat de uitleg en bespreking van de gFOBT meestal maar een deelconsultatie vormden. De mensen moesten op dat moment toch bij de arts zijn dus vonden ze het niet erg om een kwartier langer bij de arts te zitten om te luisteren naar de uitleg over een onderzoek dat ze zelf konden uitvoeren thuis.

5.2 Patiënten die niet wensen deel te nemen: hun voornaamste beweegredenen

Van de patiënten was er dus 66 % die niet wensten deel te nemen aan de test (zie diagram 2). In een Cochrane review werd terug gevonden dat de non-compliance tussen de 33 en de 46 % ligt[5]. Dit is een duidelijke discrepantie met de resultaten uit ons praktijkonderzoek. Oorzaken hiervoor moeten opnieuw gezocht worden in het feit dat het een nieuw onderzoek is, ongekend bij patiënten, met een nieuwe manier van uitnodigen van patiënten. Hiernaast speelt ook het feit dat de helft van de patiënten die niet deelnamen niet op consultatie kwamen en we hen dus ook niet konden contacteren wegens het respecteren van de privacy van de patiënten een grote rol.

Hierna volgen nog eens de voornaamste redenen die in de vragenlijst aan bod kwamen om niet deel te nemen. Zoals reeds gezegd zijn er twee grote groepen te onderscheiden, mensen met angst en mensen die geen zin hebben om deel te nemen. Hier worden heel concreet de verschillende aspecten apart nog eens besproken.

5.2.1 De angst voor slecht nieuws

Zoals aangehaald bij de resultaten van het onderzoek was de meerderheid van de patiënten die niet deelnamen vooral bang om slecht nieuws te krijgen (een positief resultaat op de gFOBT) en daardoor verdere onderzoeken te moeten ondergaan. Ondanks een uitgebreide en goede uitleg dat een positieve test niet noodzakelijk gelijk staat aan darmkanker, ontstond er toch een soort van schrik bij sommige patiënten. Sommigen kenden een aantal mensen in hun omgeving met kanker en wat de gevolgen hiervan kunnen zijn. Dit feit maakt hen bang om hetzelfde misschien ook te gaan meemaken. Velen redeneren vanuit het feit dat als ze het niet weten, het er ook niet is.

Bij sommige patiënten is het me niet gelukt om duidelijk te maken dat dit een onderzoek is om erge dingen heel vroeg op te sporen en er iets te kunnen aan doen. Wat ik merk is dat patiënten heel erg in het nu leven, ze zijn heel sterk bezig met hoe ze zich nu voelen en minder met wat er in de toekomst misschien kan gebeuren. Hierdoor haken ze makkelijker af voor een preventief onderzoek. De klik maken in deze situatie, dat het onderzoek dient om dat allemaal te voorkomen, of toch een ziekte in

een vroeg stadium op te sporen, blijkt nog niet gemakkelijk. Het is een proces waar we de komende jaren verder zullen moeten aan werken en op verder bouwen.

5.2.2 De angst voor gevolgen van een positieve test

Patiënten zagen soms niet op tegen het uitvoeren van de gFOBT op zich, maar wel tegen de gevolgen hiervan. De gedachte dat ze eventueel een colonoscopie moeten ondergaan ontnam velen de zin om deel te nemen aan de test. Het is dan direct een veel ingrijpender onderzoek dat moet gedaan worden en deze patiënten wilden dit liever niet. Ook bij de mensen die wel deelnamen aan de test was deze schrik aanwezig. Zoals eerder aangehaald was er ook een patiënt die positief testte op de gFOBT, maar die geen bijkomend onderzoek wou laten doen. Bij navraag bleek hij hiervoor bang te zijn, niet enkel voor het onderzoek maar ook voor de mogelijkse complicaties van een colonoscopie.

5.2.3 Andere medische of sociale problemen

Vaak wilden patiënten eerst hun acute medische problemen aanpakken, maar zeiden ook dat ze, eens deze opgelost waren, wel bereid waren deel te nemen aan de test.

Zo waren er patiënten bij die met familiale, financiële, sociale problemen zitten die ze nu eerst willen oplossen.
Dit toont opnieuw dat mensen toch nog meer bezig zijn met actuele problemen en dat het voorkomen of vroegtijdig opsporen van pathologie minder in hun gedachtenveld zit. Ook al beseffen ze wel dat het nuttig kan zijn en dat het ernstige ziektes kan voorkomen of vroegtijdig opsporen, toch merk je dat mensen die klachtenvrij zijn eerder geneigd zijn om het onderzoek niet te doen als er andere problemen zijn. Ze lossen liever eerst deze op en als alles dan achter de rug is, dan willen ze wel eens luisteren wat dat onderzoek juist inhoudt.
Anderen wachten liever tot ze effectief klachten hebben om een onderzoek te doen. Dit waren factoren die ook aan het licht kwamen in de studie bij de Duitse huisartsen. Zowel arts als patiënt als maatschappij zijn nog heel sterk gericht op acute pathologie en minder op preventie[13].

5.2.4 Andere redenen die uit de vragenlijst kwamen

Als er in vragenlijst 2 navraag gedaan wordt specifiek rond preventie en de organisatie hiervan, valt het op dat de meesten dat willen op hun eigen vraag. Ze vinden het iets waarvan ze zelf bepalen wat er nodig is en wanneer ze dit willen uitvoeren. Dit is op zich eigenlijk een goede onderzoeksvraag. Hoe bepaalt een patiënt dit dan juist? Hoe ziet deze patiënt preventie dan? Kan een patiënt zelf zijn preventie organiseren, moet de huisarts niet minstens een leidraad kunnen bieden van wat er kan en wat er allemaal bestaat aan screening en preventie en hierin zorgen voor een aanbod en structuur? Het is jammer dat dit deel hier niet dieper kon bestudeerd worden, er zit hier vast nog veel interessante informatie achter.

Vast staat wel dat er nog veel werk is om de kennis rond preventie en het bestaan van onderzoeken aan te zwengelen. Het GMD+ kan daar mogelijks een duw in de rug geven, maar ook dit moet nu nog in gang getrokken worden door gemotiveerde artsen die hier tijd willen in investeren. Want het preventieaanbod bij het GMD+ is ook heel uitgebreid. Eens dit concept vertrokken is en eventueel nog wat verfijnd wordt, is dit mogelijks een goed preventiekader.

Als men deze screeningstest naar colorectale kanker echt van de grond wil krijgen als screeningsonderzoek en een standaardplaats in de praktijk wil geven, moet deze eerst bekend worden, hetzij via de huisarts, hetzij via mediacampagnes. Hoe dan ook moet er eerst energie gestoken worden in bekendmaking van de test, zodat het vernoemen van de gFOBT op zijn minst toch al een klein belletje doet rinkelen bij de patiënten. Dit zit er voor heel binnenkort aan te komen gezien recent in de media verscheen dat de Vlaamse overheid de screening naar colorectale kanker vanaf 2014 veralgemeend wil aanbieden aan de patiënten. Dit zal zeker en vast bijdragen tot een grotere bekendmaking via de media en zal hopelijk ook de mensen meer prikkelen en nieuwsgieriger maken. De test zal op deze manier sneller bekend raken en patiënten zullen er hopelijk ook vaker zelf over beginnen.

Ten slotte werden van de helft van de mensen die niet deelnamen nooit hun persoonlijke redenen achterhaald. Dit kwam doordat deze mensen uiterst zelden naar de consultatie komen en dus ook geen evaluatievragenlijst kon meegegeven worden. We dachten er even over om ook deze brieven op te sturen, maar dit werd dan toch niet gedaan omwille van het feit dat er daar ook geen of toch maar een beperkte respons op verwacht werd.

5.3 Tijdsinvestering

De opstart van het onderzoek in deze Manama is een heel grote tijdsinvestering geweest. Zoals reeds vermeld is het handmatig opzoeken van patiënten een heel tijdsrovend karwei. Toen ik dit eens kon vergelijken met het nieuwe programma waar we ondertussen op overgeschakeld zijn (Medidoc), ging dit toch een heel stuk vlotter. Dit komt doordat in dit nieuwe programma patiënten gemakkelijk konden gegroepeerd worden. Ook konden patiënten geselecteerd worden op specifieke items zoals risicofactoren (persoonlijk en/of familiaal), reeds ondergane onderzoeken en zo meer.
Ook belangrijk in het medisch dossier is dat we een soort van pop-up konden inbouwen zodat we direct een signaal kregen bij het openen van het EMD dat deze patiënt een brief gekregen had.
Los daarvan is het sowieso een grote tijdsinvestering om degelijke brieven en, in ons onderzoeksopzet, ook vragenlijsten op te stellen en op te sturen, de consultatie te voeren en het ganse proces op te volgen.
Ik denk wel dat veel van deze tijdsinvesteringen eerder eenmalige opstartproblemen van het project zijn. Eens het project vlot loopt en de patiënten meer vertrouwd zijn met de test, kan een groot deel van de informatie in een notendop weergegeven worden met een korte herhaling van de instructies

voor het uitvoeren van de test. Op deze manier zullen de consultaties vlotter verlopen en minder tijd in beslag nemen.

Als er ook een goede registratie van de test gebeurt in het medisch programma zal een opmerking er ook attent opmaken van welke patiënten het tijd is om nog eens de test uit te voeren. Op die manier verloopt alles ook meer gespreid over het jaar, waardoor de belasting minder groot is, terwijl nu al deze patiënten in een bepaald tijdsbestek kwamen en het sowieso drukker was.

6 Besluit

Ondanks het bestaan van vele goed onderbouwde richtlijnen en standaarden blijft de screening naar colorectale kanker de dag van vandaag nog steeds in een opstartfase hangen. Met het invoeren van het GMD + en het recent bekend worden van het starten van een veralgemeende screening in Vlaanderen vanaf 2014 voor mensen tussen de 50 en 75 jaar zal deze hopelijk een grote en belangrijke opmars kennen.

De resultaten uit de gevoerde studie zijn wat teleurstellend. Ondanks de grote tijdsinvestering in het uitnodigen van patiënten en de tijd die in uitleg en consultaties werd gestoken was er toch maar een heel beperkte groep mensen die gemotiveerd waren om deel te nemen. Deze deelnemers waren wel heel enthousiast over het onderzoek en het concept maar hierbij moet zeker de bedenking gemaakt worden dat hier een heel positieve bias bijzit van mensen die sowieso bezig zijn met hun gezondheid of mensen die enthousiast zijn over het feit dat hun huisarts tijd en aandacht besteed aan dingen buiten de acute geneeskunde.

Bij de mensen die niet deelnamen aan de studie zagen we dat de helft van de patiënten in de periode dat de studie liep niet op consultatie geweest zijn en dus op deze manier sowieso uit de boot vielen om mee te doen. Hierdoor hebben we van hen ook geen evaluatieformulier met hun redenen en motivatie. Van de mensen die niet deelnamen en wel onze vragenlijst 2 ingevuld hebben waren vooral angst voor de test, de gevolgen (nog meer en invasievere onderzoeken moeten ondergaan bij een positieve test) en eventueel een kankerdiagnose enerzijds en geen zin om deel te nemen anderzijds de belangrijkste motivatieredenen. Bij deze mensen zal het een kwestie blijven van hen erop attent te maken dat het onderzoek bestaat en blijvend uitleg geven hieromtrent, hen proberen motiveren om deel te nemen aan het onderzoek.

Verder blijkt ook dat in onze praktijk, zoals in meerdere praktijken, de patiënten nog niet vertrouwd zijn met preventie in de brede zin (zoals het GMD +). De focus ligt nog altijd meer op de acute zorg dan op preventie van ziekte. Mediacampagnes, zoals nu deels al voor screening naar borstkanker gebeuren en ook op til zijn voor het preventief onderzoek naar colorectaal kanker, gaan hier ook steeds meer een belangrijke rol spelen.

Ook het uitgenodigd worden door de huisarts is iets totaal nieuw voor onze patiënten en werd maar met beperkt enthousiasme onthaald. Dit zijn factoren waar kan aan gesleuteld worden door vaker te werken met uitnodigingsbrieven zodat de patiënten dit gewoon worden. De arts moet er dan ook wel aan denken om meer en duidelijk op deze brief in te gaan wanneer patiënten op consultatie komen. Patiënten moeten bewust gemaakt worden van de bedoeling van zo'n uitnodigingsbrief. Werken met herinneringsbrieven heeft ook zijn nut bewezen in de literatuur dus moet dit in de toekomst zeker ook gebeuren.

Het is maar met herhalen (door de huisarts, in de media…) en regelmatig het onderzoek of de brief gebruiken dat dit ingeburgerd zal geraken en rendabel kan worden.

Toch blijft het belangrijk om vooral bij mensen die er niet spontaan zelf over beginnen of naar vragen, of bij patiënten die schrik hebben deze (en andere) preventieve test onder de aandacht te brengen. Ook als huisarts dien je er aandacht voor te hebben en er tijd willen in investeren. De opstartfase van deze preventiemethode, dit wil zeggen door patiënten een uitnodigingsbrief te sturen, vergt extra tijd van de huisarts en dit is dan wel even doorzetten en al het mogelijke doen om toch het maximum uit je tijdsinvestering te halen.

Voor mezelf zal ik zeker deze methode verder gebruiken in de toekomst. Dit onderzoek heeft me weer met beide voeten op de grond gezet (implementeren van preventie vraagt inderdaad veel tijd en gaat niet altijd zo vlot als je zou verwachten) maar ik blijf ervan overtuigd dat het vooral de opstart is die moeite en tijd vergt. Zodra in de praktijk dit alles vaker aan bod komt, gaan alle aspecten verbonden aan het onderzoek ook vlotter gaan en wordt de extra tijdsdruk hierdoor wat beperkter en beter haalbaar.

Na het bekijken van de tijdsinvestering samen met de resultaten van de studie zou je als huisarts even de moed kunnen verliezen en de vraag stellen of het wel allemaal zinvol is om aan preventie te doen in de huisartspraktijk. Preventie hoort bij het takenpakket van de huisarts, dat staat vast, maar de vraag is dan, in welke mate?

Huisartsen moeten inderdaad de taak van preventie op zich nemen maar kunnen dit niet zomaar onbeperkt doen, ook de tijd van een huisarts is beperkt. Er moeten dus bijkomende oplossingen gezocht worden hiervoor. Praktijkondersteuning, zowel qua personeel als financieel, is hierbij van groot belang. Ook ondersteuning door de overheid is nodig (net zoals blijkt uit de Duitse studie rond preventie bij ouderen), enerzijds opnieuw naar praktijkondersteuning toe maar ook in de bekendmaking van een preventie-onderzoek via grootschalige mediacampagnes.

Een analyse van het GMD+ is ook belangrijk lijkt mij. Is dit inderdaad een handige tool en leidraad om aan preventie te doen als huisarts of is het aangeboden pakket te uitgebreid en te tijdsrovend om kwaliteitsvol uit te voeren? De screening naar colorectale kanker, die hier bestudeerd werd, is één deelaspect van het ganse GMD+. Als dit ene onderdeel al zo tijdsrovend is, hoe zit het dan met het volledige pakket?

Om terug te keren op de screening naar colorectale kanker is het volgens mij belangrijk dat eerst en vooral de huisartsen vertrouwd geraken met deze test. Daarnaast laten de meeste medische programma's (EMD) nu ook toe om patiënten te mobiliseren en verwittigingen in te bouwen om zo patiënten te kunnen alert maken op een onderzoek dat ze opnieuw dienen uit te voeren. Deze handige

tools helpen de huisarts om ook de preventie overzichtelijk en eenvoudig te kunnen uitvoeren met minder extra tijdsinvesteringen die uit mijn studie eigenlijk wel bleken.

Op dit moment is alles dus nog steeds een extra tijdsinvestering voor de huisartsen. Het is nu maar evenzeer de vraag in hoeverre de huisartsen deze zien zitten. Het feit dat het normaalgezien maar eenmalig zo'n uitgebreide tijdsinvestering is, dat de patiënten meer gespreid kunnen aangesproken worden tijdens het jaar en dat de media en de overheid nu ook mee op de kar zitten van het promoten van colorectale screening maakt dit toch een haalbare kaart.

Toch lijkt mij het wegwerken van deze extra tijdsinvestering een voorwaarde om enerzijds de preventie op zich vlotter te laten verlopen maar ook om anderzijds de artsen er meer zin in te doen krijgen dit sneller in de praktijk te gaan gebruiken.

Als slotnota wil ik het nog even hebben over de reeds aangehaalde preventiecampagne van de Vlaamse overheid. Hierbij wordt in 2014 door Minister Van Deurzen het startschot gegeven van een grootschalige preventiecampagne naar colorectale kanker.

Wat mij verbaast in de persmededeling van minister Van Deurzen, is dat de test gewoon via de post wordt opgestuurd met een brief erbij met uitleg. Volgens mij zou men beter, zoals de komende twee jaar op het programma staat, eerst en vooral investeren in bekendmaking en mediacampagnes voor deze test. Niet onbelangrijk is ook het feit dat de huisarts, de persoon die eigenlijk alles van zijn patiënt zou moeten coördineren en op de hoogte zijn van welke onderzoeken zijn patiënt allemaal ondergaat, in deze format toch wat gepasseerd wordt[21]. Hij blijft toch tenslotte het aanspreekpunt voor zijn patiënt. Nog een bijkomende vraag is dan hoe het verder verloopt met de uitslag van het onderzoek. Krijgt de patiënt die via de post thuisgestuurd? Wordt de huisarts op de hoogte gesteld hiervan? Allemaal nog vragen en opmerkingen die hopelijk de komende twee jaar weggewerkt worden zodat de screening volledig op een goede en kwaliteitsvolle manier van start kan gaan in 2014.

Verder heb ik ook mijn bedenkingen bij het feit dat mensen gewoon alles via de post kunnen doen, ook al blijkt uit hun testonderzoek dat de meesten dit verkiezen en het een drempel vinden om naar hun huisarts te gaan. Ik denk dat enige uitleg en begeleiding van de huisarts toch niet zou mogen ontbreken bij de opstart van zo'n grootschalige campagne.

Nu, in de voorbereidingsfase van deze algemene screeningscampagne voor darmkanker die op til is, is het belangrijk dat nu nog vooral de klemtoon gelegd wordt op het actief aanspreken van patiënten tijdens de consultatie over het bestaan van deze test en zijn nut en nadelen. Rechtstreekse uitleg waarbij de patiënt ook onmiddellijk zijn vragen kan stellen is het meest efficiëntst. Tijdens deze consultatie of tijdens een vervolgconsultatie kan dan ook het concept van een uitnodigingsbrief uitgelegd worden en kunnen zo in een tweede fase deze brieven in voege gebracht worden. Ik denk dat dit, samen met media-aandacht en overheidssteun een heel goede manier is om aan preventie te doen.

7 Bronnen

1. Chris De Laet et al. Health Technology Assessment Colorectale Kankerscreening: wetenschappelijke stand van zaken en budgetimpact voor België. KCE reports vol.45A, 2006. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/nl/publication/report/health-technology-assessment-colorectale-kankerscreening-wetenschappelijke-stand-van-zaken . Geraadpleegd op 2011 februari 22.

2. Carmen Lynn Lewis. Colorectal cancer screening: What are the effects of screening for colorectal cancer. Clinical Evidence. 2007. Beschikbaar via: http://clinicalevidence.bmj.com.gateway.iscientia.net/x/systematic-review/0414/interventions.html . Geraadpleegd op 2011 januari 10.

3. Domus Medica. De gezondheidsgids: handleiding voor preventie in de huisartspraktijk. p. 27-29

4. Frans Govaerts, Lieve Deturck, Pat Wyffels. Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. Huisarts Nu september 2008: p. 341- 362

5. Paul Hewitson et al. Screening for colorectal cancer screening using the fecal occult blood test, hemoccult. Cochrane library 2008. Beschikbaar via: http://onlinelibrary.wiley.com.gateway.iscientia.net/doi/10.1002/14651858.CD001216.pub2/abstract . Geraadpleegd op 2011 januari 11

6. Imperiale TF, Ransohoff DR, Itzkowitz SH, et al. Fecal DNA versus fecal occult blood for colorectal-cancer screening in an average risk population, N Engl J Med 2004;351: p. 2704-14

7. Frank Buntinx. Screening versus diagnostiek: een complex probleem. Huisarts en Wetenschap, jaargang 2004: p. 230-235

8. Het nieuwe bevolkingsonderzoek. Preventie in de huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap, jaargang 2005

9. Douglas K. Rex , David A. Johnson, et al. American College of Gastroenterology Guidelines for Colorectal Cancer Screening 2008. *Am J Gastroenterol* 2009: p. 739 – 750;

10. Kai Klintrup. Prevention and screening of colorectal cancer. Evidence based medicine guidelines. Beschikbaar via: http://www.ebm-guidelines.com.gateway.iscientia.net/ebmg/ltk.koti . Geraadpleegd op 2011 januari 25

11. M. Nielen et al. Evaluatie pilot PreventieConsult cardiometabool risico. Beschikbaar via: www.nivel.nl/pdf/Rapport-Evaluatie-pilot-PreventieConsult.pdf . Geraadpleegd op 2011 februari 25

12. Paul De Cort. Editoriaal: De implementatie van preventie in de eerste lijn: drempels en mogelijkheden. Minerva december 2011

13. Walter U, Flick U, Neuber A, et al. Putting prevention into practice: qualitative study of factors that inhibit and promote preventive care by general practitioners, with a focus on elderly patients. BMC Fam Pract 2010;11:68

14. L. Annemans. Preventie: wie wordt er rijker of beter van? Huisarts Nu, november 2003: p.452-457

15. Sune Rubak et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005 April 1: p. 305–312

16. Bonnie Gance-Cleveland. Motivational Interviewing: Improving Patient Education. Journal of Pediatric Health Care. March 2007: p.81-88

17. A van den Brink-Muinen, AM van Dulmen, FG Schellevis, JM Bensing (redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2004

18. Marie-Thérèse Lussier, Claude Richard. Communication tips: The motivational interview in practice. Canadian Family Physician , december 2007: p. 2117-2118

19. P. Chevalier, M. Debauche, P. Dereau et al. Geneesmiddelenverslaving. Huisarts Nu, juni 2011: p.101-118

20. Bonfill Cosp X, Marzo Castillejo M, Pladevall vila M, et al. Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening. Beschikbaar via: http://onlinelibrary.wiley.com.gateway.iscientia.net/doi/10.1002/14651858.CD002943/pdf Geraadpleegd op 2011 april 23

21. Jo Van Deurzen. Persmededeling darmkankeronderzoek. Beschikbaar via: http://www.ministerjovandeurzen.be/nlapps/docs/default.asp?id=403 Geraadpleegd op 2012 februari 15

8 Bijlagen

8.1 bijlage 1: de uitnodigingsbrief

Beste,

Ik ben Anneleen Stragier, sinds 1 september 2010 werk ik bij dokter Crepel als huisarts-in-opleiding. In het kader van mijn opleiding maak ik een thesis over preventief onderzoek naar darmkanker. Hiervoor organiseren we in de praktijk een **preventie-consultatie**.
Om hieraan te kunnen deelnemen moet u voldoen aan een aantal **voorwaarden**:

- U bent tussen de 50 en de 60 jaar oud
- U heeft geen familiale of persoonlijke voorgeschiedenis van darmkanker
- U heeft geen ziekte van Crohn of Colitis Ulcerosa
- U heeft geen anaal bloedverlies gehad zonder gekende oorzaak (zoals aambeien of kloven)

Wat is een preventief onderzoek naar darmkanker?
Een preventief onderzoek dient om een ziekte vroegtijdig op te sporen of te voorkomen. Het vroegtijdig onderzoek naar darmkanker bestaat uit het opsporen van bloed in de stoelgang. Indien deze test positief is dan wordt u doorgestuurd naar een specialist voor bijkomende onderzoeken. Voor meer uitleg en duidelijk antwoord op uw vragen komt u best langs op consultatie. Dan nog staat het u vrij om deel te nemen aan deze test.

Hoe verloopt dit praktisch?

1. U komt best langs op maandag tussen 14 u en 15 u, woensdag tussen 9 u en 10 u of vrijdag tussen 18 u en 19 u. Op dinsdag en zaterdagvoormiddag ben ik afwezig.
2. U kunt altijd al eens op voorhand op papier zetten welke vragen u wilt stellen. Deze worden dan tijdens de consultatie overlopen
3. De kostprijs van deze consultatie is het normale bedrag van een consultatie (23 euro)
4. Na de consultatie krijgt u een korte vragenlijst mee die anoniem zal worden verwerkt. Deze vragenlijst peilt naar uw verwachtingen en tevredenheid over de preventie-consultatie.

Nog vragen?
Bij deze brief vindt u een folder die wat meer informatie geeft over wat deze screeningstest inhoudt.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Anneleen Stragier

8.2 bijlage 2: evaluatievragenlijst voor deelnemende patiënten (vragenlijst 1)

Beste patiënt,

U bent bij ons langsgekomen voor een preventieconsult. Zoals u werd verteld, kadert dit ook in de Masterthesis van Dr. Stragier. Ter afsluiting en vervollediging van dit consult willen we u vragen een tevredenheidsvragenlijst in te vullen. Dit is heel eenvoudig. Hieronder vindt u enkele stellingen rond de verschillende onderdelen van het consult. Daarnaast staat een score van één tot vijf. Eén betekent helemaal niet akkoord en vijf helemaal akkoord. Gelieve voor elke stelling het bolletje te kleuren bij het getal die het best uw mening weergeeft.

Alvast bedankt voor uw tijd!

1. Algemene informatie
   Geslacht: M / V
   Leeftijd:
   Beroep: ☐ Arbeider
   ☐ Bediende
   ☐ Zelfstandige

   Opleidingsniveau: ☐ Lager onderwijs
   ☐ Middelbaar onderwijs
   ☐ Hogeschool
   ☐ Universiteit

2. De uitnodigingsbrief

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
De informatie in de brief vond ik begrijpbaar	O	O	O	O	O
De informatie uit de brief kwam overeen met de consultatie	O	O	O	O	O
Een uitnodigingsbrief krijgen vond ik een goed initiatief, dat mag de huisarts wel vaker doen.	O	O	O	O	O

3. De consultatie

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
De informatie tijdens de consultatie vond ik begrijpelijk en duidelijk	O	O	O	O	O
De arts nam voldoende tijd voor deze consultatie	O	O	O	O	O
Er was voldoende tijd om vragen te stellen	O	O	O	O	O
De arts luisterde aandachtig naar wat ik zei	O	O	O	O	O
De arts was deskundig	O	O	O	O	O

De huisarts is de ideale persoon voor dit soort consultaties	O	O	O	O	O
De arts nam mij serieus met mijn vragen en opmerkingen	O	O	O	O	O

4. Achteraf beschouwd

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Het is mij volledig duidelijk wat er naar de toekomst toe met deze consultatie zal gebeuren	O	O	O	O	O
Ik zou deze consultatie aanraden aan vrienden en familie	O	O	O	O	O
Ik had al langer zo'n preventieve consultatie gewild	O	O	O	O	O
Het resultaat van deze consultatie is een goede motivatie om dingen in mijn levensstijl aan te passen	O	O	O	O	O
De striktheid van deze consultatie vond ik storend	O	O	O	O	O

8.3 bijlage 3: evaluatievragenlijst niet- deelnemende patiënten (vragenlijst 2)

1. Wat weerhield u om deel te nemen aan ons preventief onderzoek?

Schrik voor negatief nieuws	O
Nog geen tijd gehad	O
Vergeten	O
Uitnodigingsbrief is verloren gegaan	O
Ik geloof niet dat preventie zinvol is	O
De brief was te onpersoonlijk	O
Ik heb andere medische problemen die ik eerst onder controle wil krijgen	O
Ik voel me hiervoor te jong	O
Omdat dit zinloos is, ik heb geen klachten momenteel	O
Dit project loopt binnen een studie	O
Het was onduidelijk of het project nog steeds liep	O
Ik snapte niet wat de test juist inhield	O
De uren waarop ik op consultatie kon komen pasten mij niet	O
Andere	O

2. Ik denk dat ik gezond ben

Niet correct	O
Waarschijnlijk	O
Juist	O

3. Ik vind bij mijn dokter op consultatie gaan belangrijk

bij klachten	O
voor mijn maandelijkse controle	O
om problemen voor te zijn	O
om gerust te zijn dat alles in orde is	O

4. Organisatie van preventieve onderzoeken is iets

dat de overheid moet regelen	O
waarover mijn huisarts mij best informeert	O
via brief	O
tijdens de consultatie	O
via een folder in de wachtzaal	O
wanneer ik er zelf naar informeer	O
waarvan ik liever zelf bepaal wanneer het nodig is	O

5. Een preventief onderzoek is voor mij

Niet belangrijk	O
Niet van toepassing	O
Overbodig	O

6. In de toekomst zal ik het preventie-onderzoek doen

Misschien	O
Niet	O
Waarschijnlijk	O

8.4 Bijlage 4: Uitleg voor de patiënt wat betreft het gebruik van de gFOBT

1. Voorzorgsmaatregelen te nemen
    a. Drie dagen voor de test en de drie dagen tijdens de test letten op de voeding: geen rood vlees, opletten met producten die veel vitamine C bevatten
    b. Gedurende deze week geen NSAIDs gebruiken, indien mogelijk eventueel ook cardioaspirine of plavix tijdelijk stoppen.
2. Voer de test niet uit als je
    a. als vrouw je maandstonden hebt. Pas ten vroegste drie dagen na het stoppen van de maandstonden mag de test uitgevoerd worden.
    b. bloed verliest bij de urine
    c. last hebt van bloedende aambeien
3. Hoe de test nu uitvoeren?
    a. Na drie dagen dieet ga je gedurende drie dagen stoelgangstalen nemen. Hiervoor is het belangrijk dat de stoelgang niet in contact komt met water.
    b. Bij elk testkaartje horen twee spateltjes. Met het ene spateltje ga je van de ene kant van de stoelgang een staaltje nemen en op het eerste vakje aanbrengen op het testkaartje. Daarna neem je het tweede spateltje en neem je van de andere kant van de stoelgang een staaltje voor op het tweede vakje. Daarna sluit je terug het kaartje en stop het in het bijgeleverd envelopje. Dit doe je drie dagen na elkaar.
    c. Zodra je de drie kaartjes hebt, breng je ze terug binnen op de praktijk waar ze geanalyseerd worden. Dezelfde dag of de dag erna wordt je opgebeld en wordt het resultaat medegedeeld en verdere afspraken gemaakt rond een eventuele opvolgconsultatie bij een positieve test.
4. Principe van de test
    a. Het testkaartje kleurt blauw als er bloed in de stoelgang aanwezig is. Dit staat niet noodzakelijk gelijk aan kanker!
    b. Indien er bloed gevonden wordt, wordt je terug uitgenodigd op raadpleging en worden een verder onderzoek bij de darmspecialist gepland.