Systematische registratie en opvolging van de bevolkingsonderzoeken in een huisartsenpraktijk

Schiettecatte Kimberly, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Willems Sara, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Van Roy Kaatje, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

Abstract

Context: De Vlaamse overheid organiseert drie bevolkingsonderzoeken die het vroegtijdig opsporen van kanker beogen. Het gaat om de bevolkingsonderzoeken baarmoederhalskanker, borstkanker en dikkedarmkanker. In mijn opleidingspraktijk werd aan dit stuk preventie weinig aandacht besteed. Er was geen systematische registratie of gestructureerde opvolging van patiënten die al of niet deelnamen aan deze bevolkingsonderzoeken en er werd in het algemeen weinig over gecommuniceerd met de patiënten. Hierdoor gebeurde de opvolging van resultaten ad hoc en was er geen zicht op de participatiegraad in onze praktijk.

Onderzoeksvragen: In een literatuuronderzoek werd dieper ingegaan op de organisatie van de bevolkingsonderzoeken, de rol van de huisarts hierin, eventuele aanbevelingen rond registratie en opvolging hiervan in het elektronisch medisch dossier (EMD) en hoe andere praktijken hiermee omgaan. Het uiteindelijke doel van deze masterproef was om een eenvoudige en overzichtelijke manier te vinden voor de registratie van deelnames aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker in het EMD, om de opvolging te optimaliseren en om een overzicht te krijgen van de participatiegraad.

Methode: Het zoeken van de literatuur gebeurde in volgende databanken: CEBAM/EBMPracticeNet, Pubmed, Domus Medica, NHG, Databank masterproeven ICHO. Het uitwerken van het project verliep volgens het FOCUS-stappenplan en de PDCA-cyclus. Het actieplan telde vier actiepunten: 1. Het aanmaken van een praktijkprotocol 'registratie' en 'positief resultaat' per kanker, 2. Het actief bespreken van deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker met de patiënten op consultatie/huisbezoek, 3. Het verwerken van toegestuurde resultaatbrieven van deelnemers, 4. Het tussentijds analyseren en bespreken van de resultaten op een overlegmoment. De doelgroep betrof vrouwen van 25 t.e.m. 74 jaar en mannen van 53 t.e.m. 74 jaar met een GMD in 2017, 2018 of 2019.

Resultaten: Uit de literatuur kwam naar voor dat de organisatie van de bevolkingsonderzoeken via het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) verloopt. De huisarts heeft voornamelijk een informerende/sensibiliserende rol en heeft als belangrijkste taak het opvolgen van een afwijkend resultaat. Het EMD kan de huisarts bijstaan d.m.v. preventiesjablonen waarin deelnames gepland en geregistreerd kunnen worden. Vóór het praktijkverbeterend project werden deze preventiesjablonen in onze praktijk niet gebruikt. Na afloop van het project, echter, was bij 60% van de doelgroep voor baarmoederhalskanker het preventiesjabloon correct ingevuld. Voor borst- en dikkedarmkanker was dit respectievelijk bij 67% en 65% het geval. Tijdens de consultaties/huisbezoeken werden er vier keer meer preventiesjablonen geregistreerd dan d.m.v. een resultaatbrief. Daartegenover werden alle resultaatbrieven geregistreerd, terwijl slechts ongeveer 67-70% van de patiënten die op consultatie kwamen, geregistreerd werden. De participatiegraad bij de geregistreerde patiënten bedroeg 75% voor baarmoederhalskanker, 77% voor borstkanker en 50% voor dikkedarmkanker. Alle afwijkende resultaten gedurende het negen maanden lopende project werden correct opgevolgd.

Conclusie: Er werd een overzichtelijke methode gevonden voor de registratie in het EMD en de opvolging van de bevolkingsonderzoeken naar kanker. De methode was echter tijdsintensief. In de toekomst zal de methode vereenvoudigd worden. Gezien de goede resultaten zal ze nadien ook gebruikt worden voor de registratie en opvolging van andere preventie-onderwerpen.

Dankwoord

Het schrijven van een masterproef is geen evidente klus. Ik koos voor een praktijkverbeterende masterproef, wat inhield dat ik rond een eigen gekozen onderwerp een project diende te bedenken en dit vervolgens diende uit te werken. Preventie in de praktijk is iets waar ik zelf veel belang aan hecht en waar ik ook veel interesse in heb. Ik wil dan ook mijn promotor, Prof. Dr. Sara Willems, bedanken om mij de kans te geven rond een deel hiervan, namelijk de bevolkingsonderzoeken naar kanker, te mogen werken.

Het bedenken en uitwerken van het project voor deze masterproef was geen gemakkelijke opgave. Ik was dan ook blij met de ondersteuning, tips en kritische opmerkingen van mij co-promotor, Dr. Kaatje Van Roy. Zij hielp mij om het project af te bakenen en duidelijker te maken. Ik wil haar in het bijzonder bedanken voor haar vlotte bereikbaarheid. Ik had het gevoel steeds met mijn vragen bij haar terecht te kunnen en hier snel een antwoord op te krijgen.

Ik ben tevreden over hoe het project is verlopen en met de goede resultaten die we geboekt hebben. Alleen had ik dit niet voor elkaar gekregen, daarom wil ik graag mijn praktijkopleider, Dr. Hans Du Gernier, bedanken voor het meedenken en het mee uitvoeren van dit project. Het heeft veel tijd en energie gekost tijdens de consultaties en daarbuiten (maandelijks overleggen, aanvullen van resultaatbrieven,..) dus mijn oprechte dank.

Als laatste wil ik graag mijn vriend, Maxime, bedanken. Op momenten dat het allemaal iets minder vlot liep, kon ik bij hem terecht om eens uit te blazen. Ook voor het nalezen ben ik hem dankbaar.

Inhoud

Abstract
Dankwoord

1. Inleiding 1
   1.1. Keuze van het onderwerp 1
   1.2. Praktijkvoorstelling 1
2. Literatuur 2
   2.1. Methodologie 2
      2.1.1. Onderzoeksvragen voor de literatuurstudie 2
      2.1.2. Zoekstrategie 2
   2.2. Resultaten 3
      2.2.1. Hoe worden de bevolkingsonderzoeken naar kanker georganiseerd? 3
      2.2.2. Wat is de rol van de huisarts bij de bevolkingsonderzoeken? 4
      2.2.3. Hoe kan het EMD hulp bieden bij de registratie en opvolging van de bevolkingsonderzoeken naar kanker? 5
      2.2.4. Hoe gebeurt de opvolging van de bevolkingsonderzoeken in andere praktijken? 7
3. Methodologie 9
   3.1. FOCUS-stappenplan 9
      3.1.1. F: find a problem 9
      3.1.2. O: organise a meeting 9
      3.1.3. C: clarify the problem 9
      3.1.4. U: understand 10
      3.1.5. S: select a strategy/start PDCA 11
   3.2. PDCA-cyclus 11
      3.2.1. Plan: opstellen van een actieplan 11
         3.2.1.1. Aanmaak van de praktijkprotocollen 12
         3.2.1.2. Actieve bespreking op de consultatie 15

3.2.1.3. Verwerken van toegestuurde resultaatbrieven 16
3.2.1.4. Tussentijds analyseren en bespreken van de resultaten 16
3.2.2. Do: uitvoeren van het geplande 20
3.2.3. Check: regelmatige evaluatie 20
3.2.4. Act: wat na het project 20
4. Resultaten 20
4.1. Analyses Baarmoederhalskanker 20
4.2. Analyses Borstkanker 23
4.3. Analyses Dikkedarmkanker 26
4.4. Maandelijkse overlegmomenten 28
5. Discussie 29
5.1. Interpretatie van de resultaten 29
5.2. Beleving van het project door artsen en patiënten 31
5.3. Evaluatie van het project 32
6. Conclusie 33
7. Referenties 34
8. Bijlagen 35
8.1. Protocol 'registratie' voor baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker 35
8.2. Protocol 'positief resultaat' voor baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker 37
8.3. Goedgekeurd protocol, gunstig advies van het ethisch comité en goedkeuring amendement 39

1. Inleiding

De Vlaamse overheid organiseert drie bevolkingsonderzoeken die het vroegtijdig opsporen van kanker beogen. Het gaat om de bevolkingsonderzoeken baarmoederhalskanker, borstkanker en dikkedarmkanker. Het vroegtijdig opsporen van deze kankers heeft als doel de kans op genezing te verhogen (1). Dit is nodig gezien de hoge incidentie en mortaliteitscijfers van deze kankers. Zo is borstkanker de meest voorkomende kanker bij vrouwen, gevolgd door dikkedarmkanker, dewelke dan weer de derde meest frequente kanker is bij mannen (na prostaat- en longkanker) (2). Baarmoederhalskanker staat in de lijst van meest voorkomende kankers bij vrouwen op de achtste plaats, jaarlijks sterven in Vlaanderen iets meer dan honderd vrouwen aan de ziekte (3). De praktische organisatie van de bevolkingsonderzoeken verloopt volledig via het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO).

In deze masterproef wordt dieper ingegaan op de rol van de huisarts in deze bevolkingsonderzoeken. Meer bepaald is het doel om een eenvoudige en overzichtelijke manier te vinden voor de registratie van deelnames in het elektronisch medisch dossier (EMD), om de opvolging van de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker te optimaliseren en om een overzicht te krijgen van de participatiegraad in de praktijk zodat hier in de toekomst op ingespeeld kan worden. Patiënten zullen door dit project beter opgevolgd en ondersteund worden, wat de kwaliteit van de preventieve zorg in de praktijk zal doen toenemen.

1.1. Keuze van het onderwerp

Bij het bekijken van de verschillende types masterproeven werd duidelijk dat een kwaliteitsverbeterendproject mijn voorkeur genoot. Samen met de praktijkopleider werd er een brainstormsessie gepland rond de mogelijke verbeterpunten van de praktijk. Hierbij werd al snel het onderwerp preventie naar voor geschoven. Binnen dit thema werd dan uiteindelijk gekozen voor preventie van kanker, meer bepaald: de registratie in het EMD en de opvolging van de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Hier wordt in mijn opleidingspraktijk algemeen weinig aandacht aan besteed. Resultaten van deelnames komen binnen (per brief en/of elektronisch), maar worden niet op een systematische en gestructureerde manier geregistreerd in het EMD. Hierdoor is er geen zicht op de participatiegraad. Er wordt hierover ook weinig gecommuniceerd met de patiënt, terwijl het toch een onderwerp is dat leeft bij patiënten en erg relevant is in de huisartsenpraktijk.

1.2. Praktijkvoorstelling

De praktijk waar dit project uitgevoerd wordt, situeert zich in het landelijke Geraardsbergen, in de provincie Oost-Vlaanderen. Oorspronkelijk was dit een solo praktijk. Sinds zes jaar is er echter ook een huisarts in opleiding aan de slag. Elke arts beschikt over een eigen praktijkruimte met eigen medisch materiaal, laptop, e.d. Voor het bijhouden van de EMD's werd gekozen voor het programma 'Health One'. Er is geen secretaresse of praktijkassistente aanwezig, wel wordt er gewerkt met een telesecretariaat en online afsprakensysteem. Alle consultaties zijn op afspraak. De patiëntenpopulatie is zeer divers qua leeftijd, minder qua sociaaleconomische klasse (eerder middenklasse).

2. Literatuur

2.1. Methodologie

2.1.1. Onderzoeksvragen voor de literatuurstudie

- Hoe worden de verschillende bevolkingsonderzoeken naar kanker georganiseerd?
- Wat is de rol van de huisarts bij de bevolkingsonderzoeken naar kanker?
- Hoe kan het EMD hulp bieden bij het opvolgen van de bevolkingsonderzoeken naar kanker? Zijn er aanbevelingen rond registratie en opvolging via het EMD?
- Hoe gaan andere prakijken om met de opvolging van de bevolkingsonderzoeken naar kanker? Hoe organiseren, registreren en garanderen zij dit stukje preventieve zorg?

2.1.2. Zoekstrategie

Het zoeken van relevante literatuur gebeurde op een gestructureerde manier, namelijk aan de hand van de kennispiramide. Dit is een systeem waarin verschillende evidence-based bronnen gecategoriseerd worden zodat het mogelijk is efficiënt te zoeken. De bronnen bovenaan de piramide (= systemen, samenvattingen/richtlijnen) beoordelen immers reeds de literatuur die zich in de lagere categorieën bevindt. Ze gebruiken enkel studies van de hoogste kwaliteit, anderzijds is de informatie slechts beperkt tot een aantal onderwerpen. Wanneer de gewenste informatie hierin niet gevonden werd, werd volgens het principe van de kennispiramide een niveau afgedaald. Zo werden uiteindelijk ook enkele primaire studies en masterproeven huisartsgeneeskunde nagekeken (4).

De gebruikte zoektermen bestonden uit verschillende combinaties van volgende termen: preventie, borstkanker screening, baarmoederhalskanker screening, dikkedarmkanker screening, EMD, registratie, bevolkingsonderzoeken, registratie uitstrijkjes/ mammografie/iFOB, electronic health records, cancer screening, primary health care, early detection of cancer, reminder systems, preventive medicine, quality of care, utilization electronic health records,…

De databanken waarin gezocht werd, waren: CEBAM/EBMPracticeNet, Pubmed, Domus Medica, NHG, Databank masterproeven ICHO.

De gevonden richtlijnen, masterproeven en artikels werden initieel geselecteerd op basis van hun titel. Vervolgens werd de samenvatting of abstract gelezen, enkel wanneer deze relevant leek, werd het volledige werk weerhouden en doorgenomen. In relevante artikels werd ook gekeken naar de referenties om gerelateerde artikels te vinden.

2.2. Resultaten

2.2.1. Hoe worden de bevolkingsonderzoeken naar kanker georganiseerd?

De Vlaamse overheid organiseert en financiert drie bevolkingsonderzoeken naar kanker, namelijk borstkanker, baarmoederhalskanker en dikkedarmkanker. Het volledige verloop van deze bevolkingsonderzoeken bestaat uit: het uitsturen van de uitnodigingen, het opvolgen en versturen van de resultaten en de verwerking van de statistische gegevens. Dit alles wordt gecoördineerd door het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO). Het CvKO staat daarnaast ook in voor het informeren van de bevolking, het sensibiliseren van de doelgroepen, het bewaken van de kwaliteit van de bevolkingsonderzoeken en het ondersteunen van belanghebbende partijen (artsen, huisartsen, laboratoria, lokale gezondheidswerkingen,…) (5). Onderstaande figuur geeft op een eenvoudige manier de organisatie van de verschillende bevolkingsonderzoeken weer (6).



Figuur 1: Organisatieketen van de Vlaamse bevolkingsonderzoeken naar kanker, figuur gebaseerd op de organisatie van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Garmyn et al. (2016) (6)

In onderstaande tabel worden vervolgens de karakteristieken van de verschillende bevolkingsonderzoeken samengevat. Elke stap in de organisatieketen wordt per bevolkingsonderzoek toegelicht (7-9).

	Baarmoederhalskanker	Borstkanker	Dikkedarmkanker
Selectie/doelgroep	♀: 25 t.e.m. 64j	♀: 50 t.e.m. 69j	♀♂ : 53 t.e.m. 74j
Contra-indicaties	Voorgeschiedenis van baarmoederhalskanker en totale hysterectomie.	Diagnose van borstkanker in de voorbije tien jaar.	Coloscopie (of virtuele) ondergaan hebben in de afgelopen tien (of vier) jaar.
Uitnodiging	Eigen initiatief of aanbevelingsbrief door het CvKO.	CvKO of voorschrift van huisarts of gynaecoloog.	CvKO.

Screeningstest/ onderzoek (gratis)	Cervicovaginaal uitstrijkje.	Screenings-mammografie.	Fecaal immuno-chemische occult bloedtest (iFOB).
Analyse/ beoordeling (gratis)	Labo: microscopisch onderzoek van het staal.	Twee radiologen beoordelen de foto's onafhankelijk van elkaar.	Labo: onderzoek naar aanwezigheid van bloed.
Resultaats-mededeling	De arts die het uitstrijkje afnam, maakt afspraken hieromtrent met de patiënte.	CvKO: aan huisarts en patiënt binnen de drie weken.	CvKO: aan huisarts en patiënt binnen de twee weken.
Doorverwijzing vervolgonderzoek (niet gratis)	Op verwijzing van de huisarts, afhankelijk van het resultaat.	Op verwijzing van de huisarts, bijvoorbeeld een echografie.	Op verwijzing van de huisarts: een coloscopie.
Uitnodiging voor vervolgronde	Om de 3 jaar.	Om de 2 jaar.	Om de 2 jaar.

2.2.2. Wat is de rol van de huisarts bij de bevolkingsonderzoeken?

Gezien de bevolkingsonderzoeken uitgaan van de Vlaamse overheid en volledig georganiseerd worden door het CvKO kunnen we stellen dat deze vorm van preventie eigenlijk autonoom loopt. Toch is er in dit verhaal ook een belangrijke taak weggelegd voor de huisarts. Deze heeft als vertrouwenspersoon namelijk een cruciale rol in het informeren van patiënten over de bevolkingsonderzoeken en kan hen helpen in het maken van een geïnformeerde keuze m.b.t. vroegtijdige opsporing van kanker (2). Om deze rol te kunnen opnemen dient de huisarts natuurlijk zelf voldoende kennis te hebben over deze materie. De huisarts zou de patiënt moeten kunnen informeren over:

- baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker met inbegrip van de levenslange kans op het krijgen ervan, de kans om eraan te sterven, de kans om erdoor te lijden aan een ernstige comorbiditeit, de diagnosestelling, behandeling, prognose, stadia en waarom het belangrijk is de kanker zo vroeg mogelijk op te sporen.
- screening in het algemeen met aandacht voor doelstelling van screening, mogelijke voor- en nadelen van screening, belang van kwaliteitswaarborging, risico's, nevenwerkingen en kostprijs.

- de organisatie van de bevolkingsonderzoeken waarbij uitgelegd wordt wie wanneer wordt uitgenodigd, wanneer men beter niet deelneemt, hoe men op de hoogte gebracht wordt van het resultaat, wat de kans is op een positief resultaat, alsook het deel van de positieve tests dat echt positief blijkt te zijn en het vervolgonderzoek dat hierbij dient te gebeuren (2, 6).

Naast de sensibiliserende en adviserende rol van de huisarts is er ook een belangrijke taak weggelegd voor de huisarts in de correcte opvolging van een positief of afwijkend screeningsresultaat. Hieraan dient immers altijd een follow-up onderzoek gekoppeld te worden (2).

Wat betreft dikkedarmkanker raden de richtlijnen absoluut af om als huisarts bij patiënten binnen de doelgroep van het bevolkingsonderzoek zelf een iFOB te laten uitvoeren. Dit heeft verschillende redenen, namelijk: het bevolkingsonderzoek verzekert kwaliteit en monitoring, overscreening moet vermeden worden en er moet gestreefd worden naar een zo hoog mogelijke kosteneffectiviteit (2).

Voor borstkanker is dit enigszins anders: een vrouw kan ervoor kiezen een screeningsmammografie te laten voorschrijven door haar huisarts of gynaecoloog. Het CvKO wacht in dat geval haar herhaalde deelnames via de eerste of tweede lijn af en stuurt geen uitnodigingsbrief meer. Pas wanneer na 24 maanden geen nieuwe deelname volgt, krijgt de vrouw opnieuw een uitnodiging via het CvKO (6).

Helemaal anders is het voor baarmoederhalskanker. Hier raden de richtlijnen huisartsen aan de screening actief aan te bieden aan de patiënten. Vrouwen in de doelgroep van het bevolkingsonderzoek zullen immers pas een uitnodigingsbrief van het CvKO ontvangen wanneer zij geen uitstrijkje lieten afnemen bij de huisarts of gynaecoloog. Elke Vlaamse huisartsenpraktijk moet daarom uitstrijkjes kunnen uitvoeren. Het is ook de taak van de huisarts om goede afspraken te maken met de patiënte rond de communicatie van het resultaat van het uitstrijkje (3).

2.2.3. Hoe kan het EMD hulp bieden bij de registratie en opvolging van de bevolkingsonderzoeken naar kanker?

EMD en kwaliteit van zorg

De huisarts heeft als taak een medisch dossier bij te houden van elke patiënt. “Het medisch dossier wordt gedefinieerd als een door de huisarts beheerde functionele en selectieve verzameling van relevante administratieve, sociale, psychische en medische gegevens van een bepaalde patiënt, met als doel deze te gebruiken voor een optimale curatieve en preventieve gezondheidszorg voor deze patiënt (10).” “De elektronische versie van het medisch dossier, het EMD, bezit functionele mogelijkheden om de kwaliteit van de dagelijkse zorgverlening te ondersteunen. Het EMD heeft een geheugen ondersteunende functie en laat toe informatie te raadplegen en te toetsen. Daarnaast voorziet het in de integratie, continuïteit, overzichtelijkheid en transporteerbaarheid van gegevens (10).” Wat betreft preventie en screening naar kanker kan het EMD met al zijn

functionele mogelijkheden als een kwaliteitsbevorderend instrument beschouwd worden (10).

De meningen in de literatuur over het bevorderen van de kwaliteit van zorg door het gebruik van een EMD zijn echter verdeeld. Verschillende studies konden geen positief effect aantonen (11). Andere studies konden dit wel, maar enkel voor sommige uitkomsten (11). Zo toonde de studie van Kern et al. (2013) aan dat artsen die een EMD gebruiken betere resultaten behalen voor screening naar baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker (11). Ook de studie van Ancker et al. (2015) zag een positief effect van het gebruik van een EMD, met name van het gebruik van alerts in een EMD, op preventie van borst- en dikkedarmkanker (12).

Een absolute voorwaarde voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg door middel van het EMD is een correct gebruik van dit EMD. Dit houdt in dat artsen de functionele mogelijkheden van het EMD moeten begrijpen en op een correcte en regelmatige basis moeten gebruiken. Het EMD kan namelijk enkel hulp bieden bij bijvoorbeeld preventieve zorg wanneer de nodige informatie consistent en op een gestructureerde manier geregistreerd wordt in het daarvoor bedoelde EMD-veld (13). Dit blijkt voor artsen echter geen gemakkelijke opgave. De studie van Makam et al. (2013) toonde aan dat er een grote variatie is in hoe artsen het EMD gebruiken. Artsen bleken bij navraag ook niet helemaal tevreden over de manier van registratie van preventieve zorg in het EMD. Ze vonden de structuur en de verschillende functies in de preventiemodule niet duidelijk of gebruiksvriendelijk, waardoor het gebruik ervan niet altijd correct was en daardoor ook tools zoals beslissingshulp en reminders hun waarde verloren. Er werd bovendien aangegeven dat het gebruik van het EMD op deze manier zeer tijdsintensief is (13). Een gebrek aan tijd kan dan ook beschouwd worden als een grote barrière voor het correct gebruik van het EMD en preventieve zorg (13-15).

EMD en screening naar kanker

Zoals hierboven reeds aangegeven bezit het EMD enkele functionele mogelijkheden om preventie en screening naar kanker te bevorderen. Zo voorzien alle EMD-pakketten tegenwoordig in een of andere vorm van een preventiemodule waarin de arts de datum en het resultaat van het laatste screeningsonderzoek kan noteren en van waaruit een planning kan gemaakt worden voor het volgende onderzoek. Het up to date houden van deze preventiemodule en planning is belangrijk om de continuïteit van screening naar kanker te kunnen garanderen (16). Daarnaast krijgt de preventiemodule in sommige EMD's een plaats op het beginscherm of kan de arts eraan herinnerd worden door middel van een alert. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval in Health One: de alert houdt rekening met de doelpopulatie voor screening en geeft op deze manier aan de arts aan welke patiënten in aanmerking komen voor screening.

Het effect van het gebruik van alerts werd in de literatuur reeds uitvoerig bestudeerd, de resultaten zijn wisselend. In de studie van Ancker et al. (2015) werd bijvoorbeeld een positief effect gevonden van het gebruik van alerts: artsen die meer dan gemiddeld de

alerts accepteerden/gebruikten, hadden op het einde van de studie ook meer patiënten gescreend op borst- en dikkedarmkanker (12). In de studie van Guiriguet et al. (2016) was dit dan weer niet (helemaal) het geval (17). Deze laatste studie leunt erg dicht aan bij de Vlaamse praktijk wat betreft screening naar kanker: het gaat om een georganiseerd screeningprogramma waarbij de rol van de eerste lijn ook eerder adviserend is. Er werd onderzocht wat de effectiviteit van alerts in het EMD is op het verhogen van de patiënten-participatie in een georganiseerd screeningsprogramma naar dikkedarmkanker in vergelijking met reguliere zorg. In de 'intention-to-treat-analyse', die doorgaans het best de dagdagelijkse praktijk weerspiegelt, kon geen significant resultaat worden aangetoond. In de 'per-protocol-analyse' was dit dan weer wel het geval (17).

Naast de mogelijkheden voor individuele preventie kan het EMD ook hulp bieden in het beheer van kankerpreventie op praktijkniveau. EMD's bieden namelijk de mogelijkheid om lijsten te maken van alle patiënten die tot de doelgroep voor baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker behoren en die al dan niet reeds deelnamen aan een of meerdere bevolkingsonderzoeken. Er kunnen ook lijsten gemaakt worden van patiënten met een contra-indicatie voor deelname of patiënten met een afwijkend resultaat in het verleden (16). Deze lijsten kunnen door de huisarts aangewend worden om 'preventie op maat' aan te bieden, niet deelnemers te bevragen over hun motivatie of extra te informeren en een goede opvolging te voorzien bij een afwijkend resultaat. Dit is nuttig gezien dit hogerop werd beschreven als taak van de huisarts binnen de bevolkingsonderzoeken.

2.2.4. Hoe gebeurt de opvolging van de bevolkingsonderzoeken in andere praktijken?

Bij het doorzoeken van de ICHO database naar vorige masterproeven werden heel veel masterproeven teruggevonden rond registratie van preventie in het EMD, implementatie van de preventiemodule, organisatie van screening naar kanker in de praktijk, bevorderen van deelname aan de bevolkingsonderzoeken, e.d. Bij het nakijken van het type praktijken waar deze masterproeven plaatsvonden, bleek dat dit zowel solo-praktijken (huisarts + HAIO) als groepspraktijken waren. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het onderwerp van deze masterproef een veel voorkomend probleem is in verschillende types huisartsenpraktijken. De bevolkingsonderzoeken hebben screening naar kanker eenvoudiger gemaakt voor de huisarts, maar opdat de huisarts zijn/haar hierin voorziene rol kan opnemen dient hij/zij goed georganiseerd te zijn. Vooral in groepspraktijken is het belangrijk dat elke arts informatie op eenzelfde manier registreert en zo op elk moment vlot over dezelfde informatie omtrent de patiënt kan beschikken.

De overheid heeft wat betreft de totale dekkingsgraad voor deelname aan de bevolkingsonderzoeken een doel gesteld tegen 2020. Voor baarmoederhalskanker is dit 65%, voor borstkanker 75% en voor dikkedarmkanker ten slotte 60% (18). Enkel de doelstelling voor dikkedarmkanker wordt op dit moment gehaald: in 2017 bedroeg de totale dekkingsgraad 68,3%. Voor baarmoederhals- en borstkanker bedroeg dit respectievelijk slechts 62,2% en 65,2% (18). Enkele bijkomende problemen zijn dat

ongeveer 10,6% van de personen afhaakt bij een herhaalde uitnodiging voor dikkedarmkanker screening en dat tot 20% van patiënten met een afwijkend uitstrijkje geen vervolgonderzoek krijgt binnen het jaar (18). Ook deze cijfers tonen aan dat de opvolging van de bevolkingsonderzoeken in de huisartsenpraktijk nog beter kan, want sensibiliseren en adviseren, alsook zorgen voor gepast vervolgonderzoek zijn taken van de huisarts.

In het tijdschrift 'Huisarts Nu' stelde Plees E. reeds in 2009 dat de software van het EMD kan helpen in het bereiken van de beoogde totale dekkingsgraad (19). Er werd getoond hoe men in het programma Health One een betere opvolging kan nastreven van de 'screeningsmammografie'. "Het komt erop neer dat een procedure met een aantal logische stappen wordt ontwikkeld, waarbij de EMD-software ervoor zorgt dat deze stappen automatisch in het praktijkpatiëntenbestand worden doorlopen (19)." Dit kan op analoge manier in andere programma's én voor uitstrijkjes en iFOB testen. Een op deze methode geïnspireerde manier werd ook gebruikt in de masterproeven van Busschop Hanna en Casier Sanne (2016) om de registratie van uitstrijkjes in hun praktijk te optimaliseren (14, 15). Zij maakten gebruik van de preventiemodule van hun EMD en alerts voor de registratie van de uitstrijkjes en planden van hieruit het volgende preventie-onderzoek. Hiermee wisten zij de registratie volgens de preventiemodule te verhogen van respectievelijk 9% naar 55% en van 25% naar 67%. Bovendien liet een groot aantal vrouwen die eerder niet deelnamen zich alsnog screenen na bespreking of het krijgen van een folder (14, 15). Ook in de masterproef van Daneels Valerie (2016) over het Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker en de rol van de huisarts hierin werd de screeningsstatus van patiënten nagevraagd op consultatie en geregistreerd, ondanks het tijdsintensieve karakter hiervan (20). Zij oppert als oplossing dat een automatische integratie van de screeningsstatus van patiënten in het EMD via eHealth een handige tool zou zijn voor de huisarts (20).

Over de communicatie van een afwijkend resultaat aan de patiënt werd geen specifieke literatuur gevonden: de focus ligt eerder op het vervolgonderzoek dat gekoppeld dient te worden aan een afwijkend resultaat in plaats van de manier waarop een afwijkend resultaat best gecommuniceerd wordt. Ook de Vlaamse richtlijnen geven dit niet duidelijk aan. In de resultaatbrief van het CvKO wordt echter wel aangeraden als arts de patiënt op te bellen alvorens deze zelf het resultaat ontvangt. Het CvKO stuurt de resultaatbrief daarom eerst naar de arts en pas enkele dagen later naar de patiënt. Uit eigen ervaring in de praktijk blijkt dit echter niet altijd haalbaar en wordt ervoor geopteerd dat de patiënt de arts opbelt. Indien dit niet gebeurt binnen de twee weken, contacteert de arts de patiënt. In de masterproef van Daneels Valerie (2016) werd om praktische redenen eveneens voor deze methode gekozen (20).

3. Methodologie

Voor het uitwerken van dit project werd gebruik gemaakt van het FOCUS-stappenplan en de PDCA-cyclus.

3.1. FOCUS-stappenplan

3.1.1. F: find a problem

Zoals hierboven reeds vermeld, werd er een brainstormsessie gepland rond mogelijke verbeterpunten van de praktijk. Betere organisatie van het beluur, het aanpassen van de praktijkwebsite en verschillende preventie-onderwerpen (cardiovasculair, kanker, vaccinaties,…) werden als mogelijke opties beschouwd. Een project rond kankerpreventie leek ons uiteindelijk het meest relevant voor de praktijk omdat hier tot nog toe weinig aandacht aan werd besteed en er dus veel mogelijkheid tot verbetering was. Doordat er geen systematische manier van notatie in het EMD was, was er geen zicht op de deelname van patiënten in de praktijk aan screening naar kanker en duurde het opzoeken van een resultaat vrij lang. De opvolging van de resultaten gebeurde ad hoc. Negatieve resultaten werden amper besproken met de patiënt, positieve werden aan de kant gelegd en besproken bij een volgende consultatie of als de patiënt er zelf om vroeg.

3.1.2. O: organise a meeting

Bij alle bijeenkomsten rond de bespreking van het project waren telkens de praktijkopleider en ikzelf aanwezig. Initiële ideeën, verfijning, aanpak en verloop werden telkens samen overlegd. Deze werden vervolgens ook getoetst op het overleg met de (co-)promotor. Voor het nagaan van de verschillende opties voor registratie in het EMD en het analyseren van deze registraties werd ook Health One betrokken in het project. Mevr. Van Wijmeersch Tamara, verantwoordelijke voor client service en opleidingen bij Health One, gaf ondersteuning via een TeamViewer-sessie en email.

3.1.3. C: clarify the problem

Er zijn drie types kanker waarvoor er reeds een door de overheid georganiseerde preventie of screening bestaat: baarmoederhals-, borst-, en dikkedarmkanker. De doelpopulatie hiervoor is ook afgelijnd: vrouwen van 25 – 64 jaar voor baarmoederhalskanker, vrouwen van 50 – 69 jaar voor borstkanker en vrouwen en mannen van 53 – 74 jaar voor dikkedarmkanker. Eigenlijk vormen de bevolkingsonderzoeken op zich drie onderwerpen met een zeer uitgebreide bijhorende patiëntenpopulatie. Gezien het huidige probleem in onze praktijk echter kon samengevat worden in: ‘Geen systematische registratie in het EMD van deelname aan en opvolging van de bevolkingsonderzoeken’ en de opties om dit te verbeteren voor de drie kankers zeer gelijkaardig bleken, werd er geopteerd om het onderwerp niet meer te verfijnen. Wel werd ervoor gekozen enkel patiënten met een globaal medisch dossier in 2017, 2018 of 2019 op te nemen in het project. Het criterium ‘GMD in 2018 of 2019’ is een logische keuze, gezien het project liep van juni 2018 tot en met februari 2019. We kozen ervoor

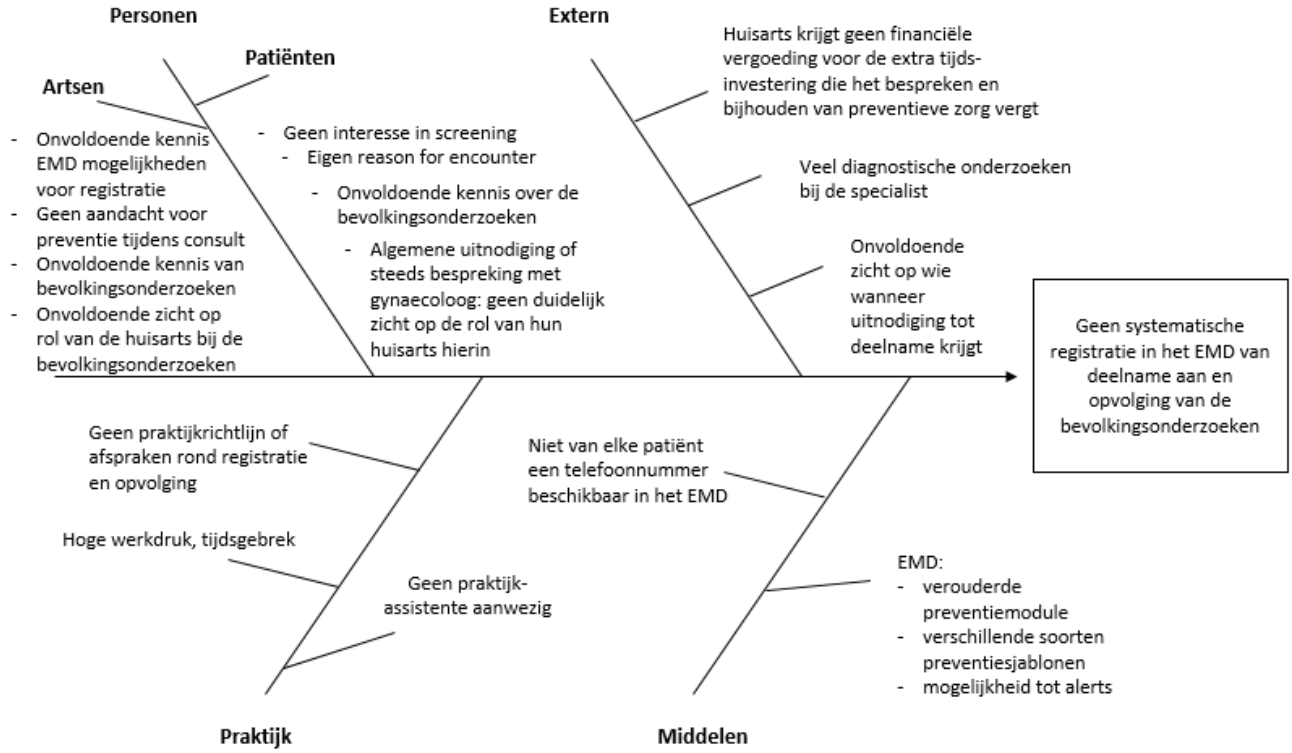
ook patiënten met een GMD in 2017 mee te nemen in het project omdat deze misschien gedurende het jaar 2018 of begin 2019 niet op consultatie kwamen of wel langskwamen, maar hun GMD niet vernieuwd werd. Patiënten met een GMD van 2016 of vroeger werden niet meegenomen omdat de kans groter is dat deze patiënten niet meer tot onze patiëntenpopulatie behoren (verhuisd, andere huisarts,…) en dit een vertekend beeld zou kunnen geven in de resultaten.

3.1.4. U: understand

Om het probleem beter in kaart te brengen, werd eerst bekeken hoe de registratie en opvolging voor de start van het project verliepen. Het grootste deel van de screening naar borst- en dikkedarmkanker verliep via de overeenkomstige bevolkingsonderzoeken. Na deelname werd het resultaat hiervan binnengehaald in het EMD. Dit resultaat kwam terecht in het medisch dossiergedeelte van de patiënt. Dit dossiergedeelte bestaat uit een lange lijst van verschillende transacties (bijv. raadpleging, huisbezoek, labo-onderzoek, consultatie bij de specialist,…) die chronologisch geordend zijn. De cervicovaginale uitstrijkjes voor de screening naar baarmoederhalskanker werden hoofdzakelijk door de gynaecoloog afgenomen, hiervan werd meestal een kopie aan de huisarts gestuurd. Ook dit kwam terecht in de transactielijst. De resultaten bevonden zich dus tussen alle andere medische informatie en werden niet op een centrale plaats bijgehouden of op een gecodeerde manier geregistreerd in het dossier. De opvolging verliep als volgt: bij een negatief (normaal) resultaat werd hier verder geen aandacht aan besteed, bij een positief (afwijkend) resultaat werd gewacht op reactie van de patiënt of werd dit besproken op de eerstvolgende consultatie.

De grootte van het probleem werd duidelijk bij het uitvoeren van een analyse in het EMD. Er werd nagegaan bij hoeveel vrouwelijke patiënten uit de doelgroep er iets terug te vinden was in het dossier rond screening naar kanker. Bij het zoeken op de termen: screening baarmoederhalskanker/borstkanker/colonkanker werd niemand gevonden. Bij het zoeken op: cervicovaginaal uitstrijkje/mammografie/occult bloedverlies/coloscopie, werd bij 32% een resultaat gevonden. Vaak stond dit in een routine labo of in een brief van de specialist. Bij de mannelijke patiënten was het resultaat gelijkaardig: bij 33% werd informatie rond screening naar dikkedarmkanker verspreid in het dossier teruggevonden.

Mogelijke redenen hiervoor werden samengevat in onderstaande visgraatanalyse:



Figuur 2: Visgraatanalyse van factoren die leiden tot een niet systematische manier van registreren en opvolgen van de bevolkingsonderzoeken

3.1.5. S: select a strategy/start PDCA

De verdere praktische uitwerking verliep volgens de PDCA-cyclus. Zie hieronder.

3.2. PDCA-cyclus

3.2.1. Plan: opstellen van een actieplan

Op basis van het hoger beschreven literatuuronderzoek en naar analogie met de methoden beschreven door Plees E. in het tijdschrift 'Huisarts nu' (2009) (19) en Busschop Hanna en Casier Sanne in hun masterproef (2016) (14, 15) werd er een actieplan opgesteld. Het actieplan bestond uit volgende vier actiepunten:

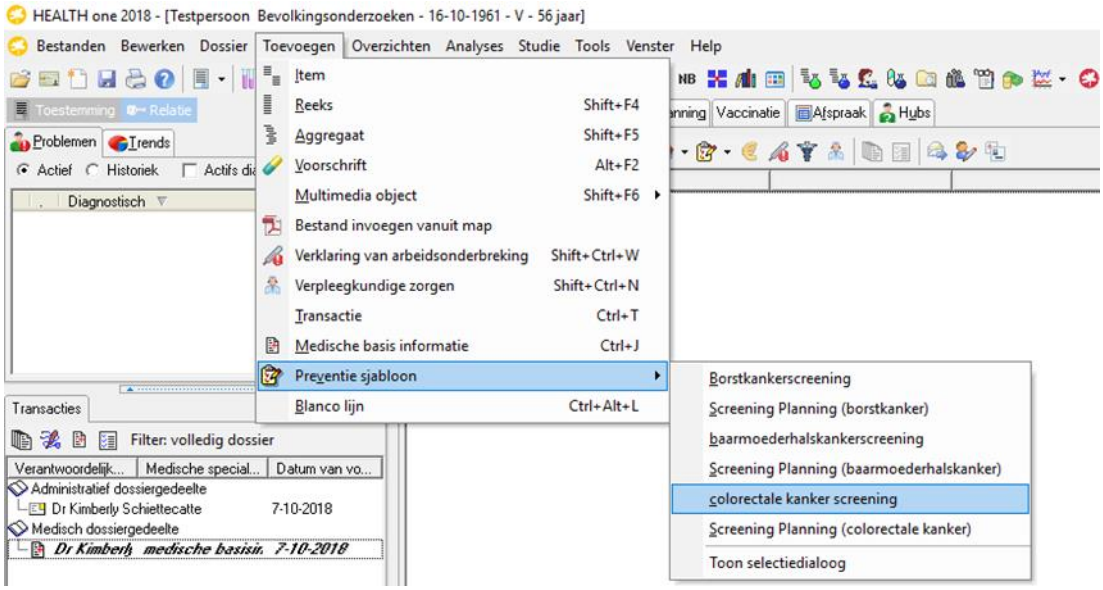
1. Het aanmaken van een praktijkprotocol 'registratie' en 'positief resultaat' per kanker.
2. Het actief bespreken van deelname aan de bevolkingsonderzoeken met de patiënten op consultatie zodat dit volgens het gepaste protocol geregistreerd kon worden.
3. Het verwerken van toegestuurde resultaatbrieven van deelnemers.
4. Het tussentijds analyseren en bespreken van de resultaten op een overlegmoment.

3.2.1.1. Aanmaak van de praktijkprotocollen

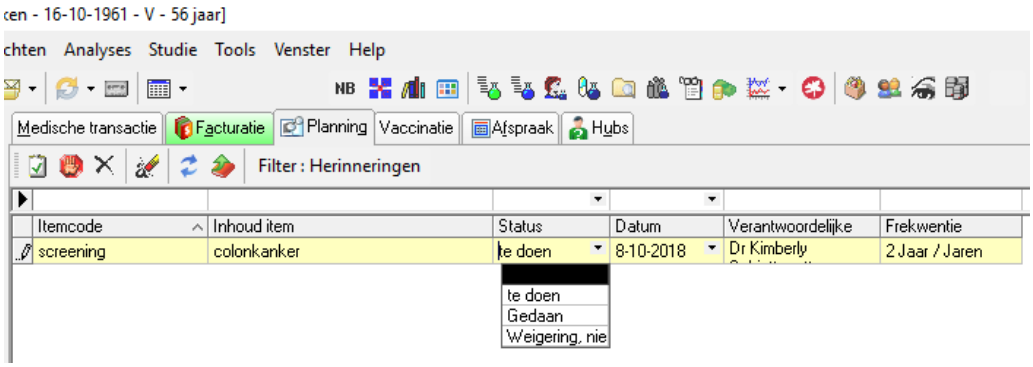
Mogelijkheden voor registratie in het EMD (Health One)

De preventiemodule ter screening naar kanker bestaat in Health One uit preventiesjablonen, dit zijn: “Verzamelingen van geplande handelingen die helpen bij de opvolging van de patiënt (21).” Er zijn standaard drie preventiesjablonen aangemaakt in Health One: Baarmoederhalskankerscreening, Borstkankerscreening en Colorectale kankerscreening. Deze zijn door het programma zo geconfigureerd dat zij gekoppeld zijn aan het bijpassende screeningsonderzoek (respectievelijk cervicovaginaal uitstrijkje, mammografie [screening], occult bloedverlies) en de bijhorende screeningsfrequentie (respectievelijk 3 jaar, 2 jaar, 2 jaar) (21).

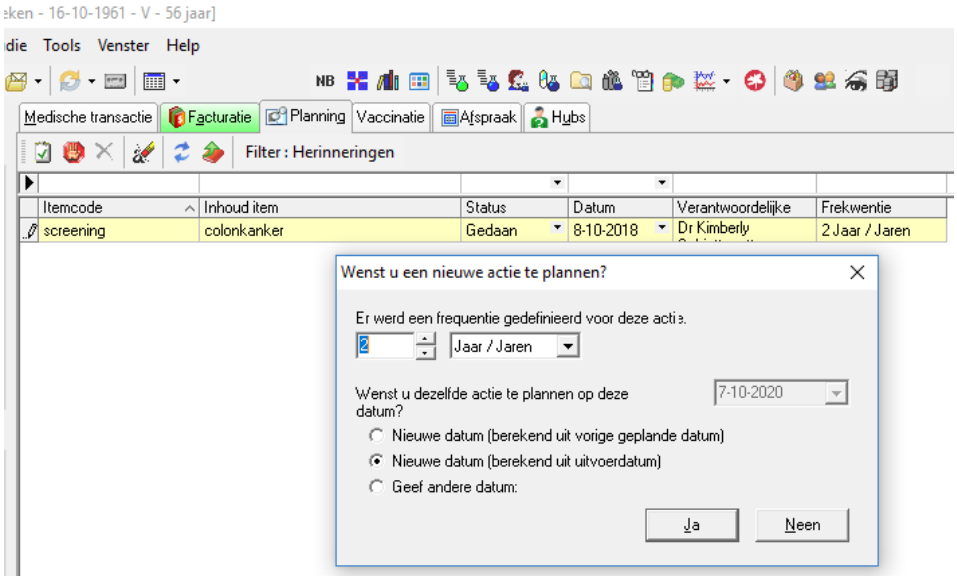
Het aanmaken van een preventiesjabloon gebeurt door na het openen van het patiëntendossier bovenaan op de optie ‘toevoegen’ te klikken, vervolgens de optie ‘preventiesjabloon’ te selecteren en tot slot het gewenste preventiesjabloon te kiezen. Figuur 3 toont hiervan een illustratie. Het preventiesjabloon wordt geplaatst in de op dat moment geselecteerde transactie. Bij het tabblad ‘Planning’ wordt de geplande screening bijgehouden met als status ‘te doen’. Later kan je op deze plaats ook aangeven of de screening werd gedaan of geweigerd/niet uitgevoerd. Wanneer je de status verandert naar ‘gedaan’ of ‘weigering/niet uitgevoerd’, krijg je een venster waarin je een nieuwe screening kan plannen. De frequentie staat standaard ingevuld: je kan deze bevestigen, veranderen of ervoor kiezen geen nieuwe screening meer te plannen (21). Zie figuren 4 en 5 ter verduidelijking.



Figuur 3: Aanmaken preventiesjabloon



Figuur 4: Tabblad Planning met de status van de geplande screening



Figuur 5: Na wijzigen van de status een nieuwe screening plannen

Protocol 'Registratie'

De hierboven beschreven methode vormt de basis voor het protocol 'registratie'. Natuurlijk zullen niet alle patiënten zich in dezelfde situatie bevinden. Daarom werden ze onderverdeeld in vier groepen met elk hun specifieke vereisten voor registratie:

a. Patiënten die correct deelnamen aan de voor hen bedoelde screeningsonderzoeken. Met correct wordt bedoeld dat zij zich houden aan het vooropgestelde screeningsinterval. Zij hebben m.a.w. in de voorbijgaande twee jaar een mammografie of iFOB-test gehad of lieten in de voorbije drie jaar een cervicovaginaal uitstrijkje afnemen. Registratie verloopt als volgt:

   -> Aanmaak van het preventiesjabloon in een nieuwe medische basisinformatie.
   -> In het tabblad planning wordt de status veranderd van 'te doen' naar 'gedaan'.

-> De datum waarop het onderzoek werd uitgevoerd wordt ingegeven.
-> De nieuwe planningsdatum wordt bevestigd.

b. Patiënten die niet correct deelnamen aan de bevolkingsonderzoeken. Zij lieten zich wel al screenen, maar hun laatste onderzoek is langer dan twee jaar geleden voor borst- en dikkedarmkanker of drie jaar voor baarmoederhalskanker. Ook wanneer de patiënt de datum en/of het resultaat van het laatste onderzoek niet kent én dit ook niet terug te vinden is in het dossier wordt dit beschouwd als een niet correcte deelname. Registratie verloopt als volgt:

-> Aanmaak van het preventiesjabloon in een nieuwe medische basisinformatie.
-> In het tabblad planning wordt de status 'te doen' behouden.
-> De patiënt krijgt tijdens de consultatie mondelinge informatie en een folder.
-> Door middel van het toevoegen van het item 'bijkomende informatie' boven de geplande screening wordt aangegeven dat de patiënt extra informatie kreeg.

c. Patiënten met een contra-indicatie (CI) voor screening. Contra-indicaties voor baarmoederhalskanker screening zijn: baarmoederhalskanker hebben of gehad hebben en een totale hysterectomie ondergaan hebben. Voor borstkanker worden patiënten die behandeld worden voor borstkanker of in de laatste tien jaar de diagnose borstkanker kregen, alsook patiënten met een verhoogd familiaal risico uitgesloten. Voor dikkedarmkanker ten slotte vormen dikkerdarmkanker hebben/gehad hebben, in de laatste vier jaar een virtuele coloscopie gehad hebben, in de laatste tien jaar een coloscopie gehad hebben en een familiaal verhoogd risico contra-indicaties voor screening (7-9). Registratie verloopt als volgt:

-> Aanmaak van het preventiesjabloon in een nieuwe medische basisinformatie.
-> De status wordt veranderd van 'te doen' naar 'weigering/niet uitgevoerd'.
-> Er wordt geen nieuwe screening gepland of pas na tien jaar bij een coloscopie.
-> Onder de geweigerde screening wordt het item 'reden': CI wegens … toegevoegd.

d. Patiënten die screening weigeren. Zij komen wel degelijk in aanmerking, maar beslissen niet deel te nemen. Registratie verloopt als volgt:

-> Aanmaak van het preventiesjabloon in een nieuwe medische basisinformatie.
-> De status wordt veranderd van 'te doen' naar 'weigering/niet uitgevoerd'.
-> Onder de geweigerde screening wordt het item 'reden': niet bereid wegens ... toegevoegd.
-> Een nieuwe screening wordt enkel gepland indien de patiënt toch twijfelt. In dat geval wordt tijdens de consultatie mondelinge informatie gegeven en een folder over de screening. Dit wordt geregistreerd door middel van het item 'bijkomende informatie' zoals bij punt b.

Protocol 'Positief Resultaat'

Bij een afwijkend resultaat wordt geen nieuwe screening gepland in het tabblad 'Planning'. Onder de uitgevoerde screening wordt het item 'resultaat' toegevoegd met de vermelding 'afwijkend' en eventueel het type afwijking. Nog eens daaronder wordt het item 'opvolging' toegevoegd waarbij genoteerd wordt of de huisarts dit in eigen beheer houdt of er doorverwezen wordt naar een arts-specialist. Afhankelijk van het resultaat van het vervolgonderzoek wordt een nieuwe screening gepland of wordt aangegeven dat er voor de patiënt een individuele opvolging wordt gestart.

Deze principes werden per kanker in twee gedetailleerde protocollen ('registratie' en 'positief resultaat') uitgeschreven zodat deze als handleiding gebruikt konden worden tijdens de consultatie. Ze werden ook toegevoegd als bijlage.

3.2.1.2. Actieve bespreking op de consultatie

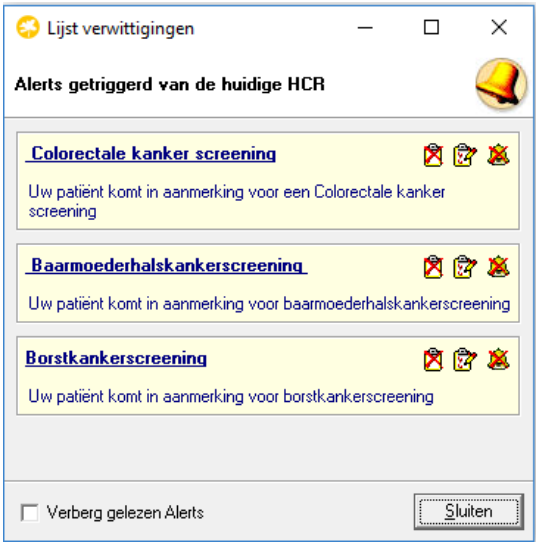
Doelpopulatie

Zoals reeds vermeld, werden de doelpopulaties van de bevolkingsonderzoeken (vrouwen van 25 – 64 jaar voor baarmoederhalskanker, vrouwen van 50 – 69 jaar voor borstkanker en vrouwen en mannen van 53 – 74 jaar voor dikkedarmkanker) overgenomen voor dit project met als bijkomend criterium het hebben van een GMD in 2017, 2018 of 2019. De patiënten die aan deze voorwaarden voldeden, werden aangesproken over de bevolkingsonderzoeken wanneer zij op consultatie kwamen of wanneer er bij hen op huisbezoek werd gegaan. Er werd hen gevraagd of zij deelnamen aan de bevolkingsonderzoeken en, zo ja, wanneer het laatste onderzoek plaatsvond. Er werd nagekeken of dit ook in het dossier van de patiënt terug te vinden was en wat het resultaat was. Indien patiënten niet (correct) deelnamen werd bevraagd wat hiervoor de reden was en of zij open stonden voor bijkomende informatie hierover. Op deze manier werden de patiënten ingedeeld in een van de hoger vermeldde patiëntengroepen en werd er op de gepaste manier geregistreerd.

Reminder systeem

In Health One kan de arts een handig hulpmiddel activeren dat hem/haar herinnert aan het plannen van de screening naar kanker, namelijk de alert-lijst (figuur 6). In deze alert-lijst zijn standaard drie alerts opgenomen die elk gekoppeld zijn aan een van de preventiesjablonen. Wanneer de patiënt op basis van zijn leeftijd in aanmerking komt voor de screening en er hier nog geen preventiesjabloon voor aangemaakt werd, verschijnt dit in de alert-lijst bij het openen van het dossier. Vanuit de alert-lijst kan er rechtstreeks een preventiesjabloon aangemaakt worden én kan er ook aangegeven worden op welke plaats dit in het dossier moet komen (21). Dit laatste was erg belangrijk voor dit project omdat we een centrale plaats voor deze informatie wilden creëren. De medische basisinformatie, een vast onderdeel van het EMD, leek ons hiervoor het meest geschikt omdat dit een samenvatting van het

medisch dossier van de patiënt is. Om het overzichtelijk te houden kozen we ervoor om per patiënt een tweede medische basisinformatie aan te maken, dewelke dan de verzamelplaats zou zijn voor alle informatie rond preventie-onderzoeken.



Figuur 6: Alert-lijst in Health One. Door rechts op het 2e icoon te klikken, wordt het juiste preventiesjabloon aangemaakt. Wanneer de alert-lijst gesloten wordt, kan ze opnieuw geopend worden door op het bel-icoontje rechts te klikken.

3.2.1.3. Verwerken van toegestuurde resultaatbrieven

Het CvKO stuurt het resultaat van de screeningsonderzoeken zowel naar de patiënt als diens huisarts op. Deze resultaten werden vanaf de start van dit project ook systematisch geregistreerd door middel van het preventiesjabloon. Methode van registratie was deze zoals hierboven beschreven bij groep a. Specifiek voor dit project werd er nog een item 'brief huisarts' toegevoegd zodat er geanalyseerd kon worden hoeveel resultaten geregistreerd werden na het ontvangen van een resultaatbrief. Ook de door de gynaecoloog verstuurde resultaten van cervicovaginale uitstrijkjes werden op deze manier geregistreerd.

3.2.1.4. Tussentijds analyseren en bespreken van de resultaten

Analyseren in het EMD (Health One)

Volgende vragen dienden beantwoord te worden: 'Hoeveel patiënten uit de doelgroep kwamen op consultatie? Bij hoeveel van hen werd er een preventiesjabloon geregistreerd? Hoeveel van de geregistreerde nam deel aan het voor hen bedoelde bevolkingsonderzoek? Hoeveel positieve resultaten waren er gedurende het project? Was er correcte opvolging hiervan? Hoeveel werd er geregistreerd na ontvangst van een resultaatbrief?'. Om hierop een antwoord te kunnen geven werden in Health One een aantal populatie-analyses aangemaakt. Als basis voor deze analyses werd steeds de leeftijdscategorie horend bij het bevolkingsonderzoek aangegeven, alsook het criterium van het hebben van een GMD. Verder werd de gewenste periode ingesteld (per maand voor de tussentijdse analyses, de hele periode van het project voor de eindanalyse). Ten slotte werd per analyse het item (bijkomende informatie, reden, resultaat,…) aangegeven waarop

gezocht diende te worden, dit natuurlijk gekoppeld aan de wijze van registreren zoals aangegeven in het protocol ‘registratie’. Volgende cijfers werden uit het systeem gehaald/berekend:

1. Aantal patiënten op consultatie:
   Het aantal patiënten uit de doelgroep dat op consultatie kwam gedurende de opgegeven periode.

2. Aantal registraties preventiesjabloon:
   Het aantal patiënten uit de doelgroep die op consultatie kwamen waarbij er na actieve bespreking op de consultatie een preventiesjabloon werd geregistreerd.

3. Aantal deelnemers:
   Het aantal patiënten (van diegenen die op consultatie kwamen én waarbij er een preventiesjabloon geregistreerd werd) dat correct deelneemt aan de bevolkingsonderzoeken. Dit komt overeen met de patiënten uit optie a van het protocol ‘registratie’.

4. Aantal niet-deelnemers:
   Het aantal patiënten (van diegenen die op consultatie kwamen én waarbij er een preventiesjabloon geregistreerd werd) dat niet deelneemt aan de bevolkingsonderzoeken. Dit komt overeen met de som van opties b (patiënten die niet correct deelnemen), c (patiënten met een contra-indicatie) en d (patiënten die weigeren deel te nemen) uit het protocol ‘registratie’.

5. Aantal contra-indicaties (CI):
   Het aantal patiënten uit de niet-deelnemers groep die niet deelnemen aan of uitgenodigd worden voor het bevolkingsonderzoek omwille van een contra-indicatie. Dit komt overeen met de patiënten uit optie c van het protocol ‘registratie’.

6. Aantal absolute weigeringen:
   Het aantal patiënten uit de niet deelnemers groep die niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek omdat ze dit zo kiezen, m.a.w. diegenen die niet bereid zijn of weigeren deel te nemen (ook na het geven van bijkomende informatie). Dit komt overeen met de patiënten uit optie d van het protocol ‘registratie’.

7. Aantal patiënten aan wie bijkomende informatie werd gegeven:
   Het aantal patiënten die op consultatie kwamen aan wie bijkomende informatie omtrent het bevolkingsonderzoek gegeven werd omdat zij (nog) niet (correct) deelnamen. Zij kunnen op basis van de gekregen informatie kiezen om alsnog deel te nemen of bij hun niet-deelnemingsbeslissing te blijven. Indien zij hier nog over wensen na te denken, blijft het preventiesjabloon op ‘te doen’ staan en wordt er geregistreerd dat er bijkomende informatie werd gegeven. Dit komt overeen met de patiënten uit optie b van het protocol ‘registratie’, patiënten die

niet correct deelnemen. Analyses 5 (CI), 6 (Absolute weigering) en 7 (Bijkomende informatie) laten toe een belangrijk onderscheid te maken tussen de niet-deelnemers.

8. Aantal alsnog deelnemers:
   Het aantal patiënten dat na bijkomende informatie gekregen te hebben toch nog deelnemen aan het bevolkingsonderzoek.

9. Aantal registraties d.m.v. resultaatbrieven:
   Het aantal preventiesjablonen die geregistreerd werden na het ontvangen van een resultaatbrief.

10. Aantal positieve resultaten:
    Het aantal patiënten bij wie een positief (afwijkend) resultaat werd gevonden bij een bevolkingsonderzoek gedurende de periode van het onderzoek (juni 2018 – februari 2019).

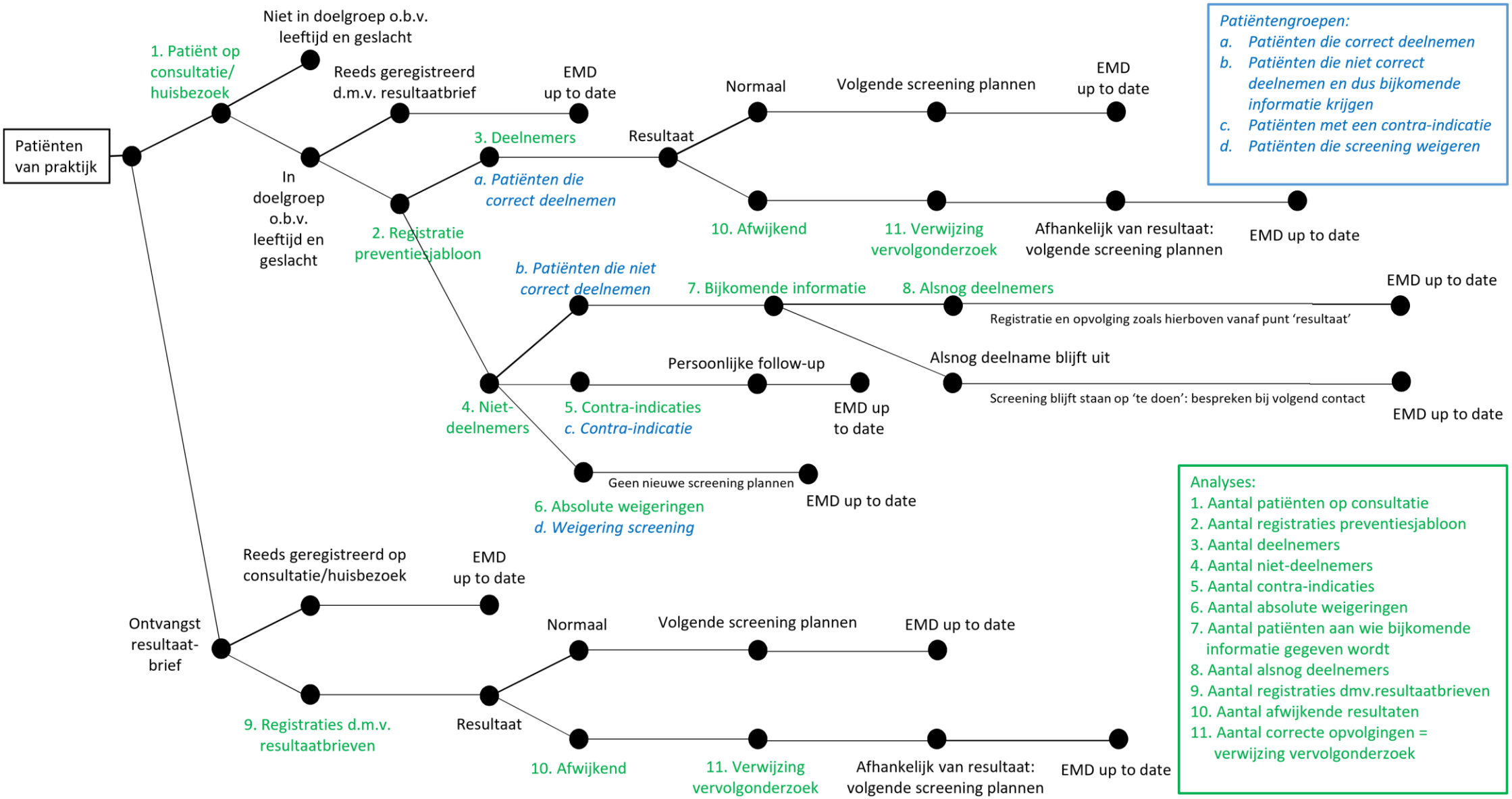
11. Aantal correcte opvolgingen:
    Het aantal opvolgingen dat geregistreerd werd bij de positieve resultaten. Dit kan een verwijzing zijn, maar kan ook door de huisarts zelf gebeuren of bij de gynaecoloog blijven. Wanneer een opvolging geregistreerd wordt, houdt dit volgens het protocol 'positief resultaat' ook in dat dit besproken werd met de patiënt.

Het totaal aantal deelnemers aan de bevolkingsonderzoeken (van de patiënten bij wie een preventiesjabloon geregistreerd werd) kan bekomen worden door de som van analyses 3 (deelnemers), 8 (alsnog deelnemers) en 9 (resultaatbrieven). Dit geeft een idee over de participatiegraad in onze praktijk. De totale participatiegraad van de doelpopulatie kan echter niet exact berekend worden omdat een deel van hen niet op consultatie kwam, een deel van hen niet geregistreerd werd op de consultatie en er van deze ontbrekende patiënten ook geen resultaatbrief ontvangen werd.

Figuur 7 geeft op schematische wijze het registratieproces en de analyses weer.

Bespreken van de resultaten

De bovenstaande analyses 1 t.e.m. 9 werden maandelijks uitgevoerd zodat deze resultaten meegenomen konden worden naar de tussentijdse overlegmomenten. Analyses 10 en 11 werden slechts driemaandelijks uitgevoerd omdat verwacht werd dat dit niet frequent zou voorkomen. Op het einde werd er een eindanalyse uitgevoerd. Er werd afgesproken driemaandelijks een overleg over het project te houden. Hierop werden telkens de resultaten van de afgelopen maanden, alsook de beleving van de artsen bij het uitvoeren van dit project besproken.



Figuur 7: Schematische weergave van het registratieproces en de analyses

3.2.2. Do: uitvoeren van het geplande

Het project werd op 27 april 2018 goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van de Universiteit Gent. Op 10 mei 2018 werden de finale protocollen 'registratie' en 'positief resultaat' voorgesteld en toegelicht op het middagoverleg met de praktijkopleider. Twee weken later werd dit nog eens besproken zodat eventuele vragen of onduidelijkheden nog opgelost konden worden. Op 4 juni 2018 werd de actieve bespreking op consultatie en de registratie volgens de opgestelde protocollen gestart, evenals het verwerken van de resultaatbrieven. Dit werd gedurende negen maanden volgehouden. Maandelijks werden de vooropgestelde analyses in Health One uitgevoerd. Uiteindelijk werden ook de analyses 'positief resultaat' en 'opvolging' maandelijks uitgevoerd. Dit was praktisch gemakkelijker en op die manier werd hier nog eens extra aandacht aan besteed. Het project werd beëindigd op 28 februari 2019.

3.2.3. Check: regelmatige evaluatie

Ter tussentijdse evaluatie van het project werd op voorhand beslist driemaandelijks een overleg te plannen over de vooruitgang, moeilijkheden,... Na de eerste maand registreren bleek echter dat het volgen van de protocollen niet zo evident was, daarom werd beslist al na de eerste maand een bespreking te houden. Gaandeweg liep het registreren vlotter, toch werden de maandelijkse overlegmomenten in plaats van de driemaandelijkse behouden. De resultaten van de voorbije maand werden er telkens voorgesteld. Daarnaast werden problemen bij het registreren of analyseren en eventuele wijzigingen aan het protocol besproken. Er was ook aandacht voor de beleving van de artsen bij het project: verwachtingen, tijdsbesteding, haalbaarheid, redenen waarom er niet geregistreerd werd, reacties van patiënten.

3.2.4. Act: wat na het project

In een finale bespreking met de praktijkopleider werd nagegaan of er geslaagd was in de initiële opzet, namelijk: het vinden van een eenvoudige en overzichtelijke manier om de registratie in het EMD en de opvolging van de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker te optimaliseren. Er werd beslist of en in welke vorm het project in de huidige praktijkvoering geïntegreerd zou worden.

4. Resultaten

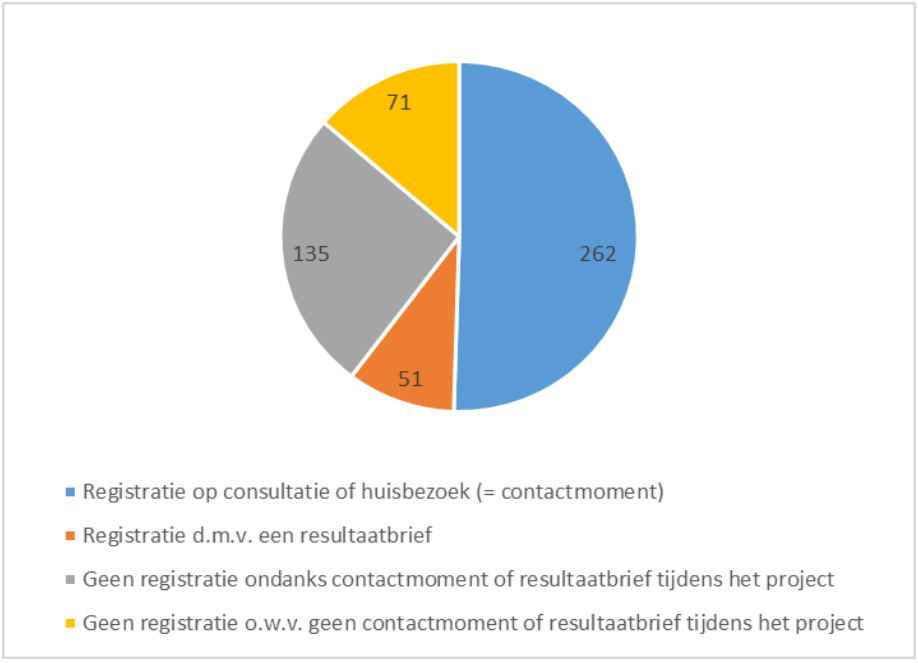
4.1. Analyses Baarmoederhalskanker

De totale doelgroep voor baarmoederhalskanker in dit project (vrouwen van 25 – 64 jaar met een GMD in 2017, 2018 of 2019) bestond uit 519 patiënten. Verspreid over de negen maanden waarin dit project liep, werd 86% van hen (444 patiënten) gezien op consultatie of huisbezoek. Tijdens deze contactmomenten werd vervolgens bij 66% (262 patiënten) van diegene die nog niet geregistreerd werden d.m.v. een resultaatbrief een preventiesjabloon geregistreerd. Uit de groep van patiënten die geregistreerd werden op consultatie of huisbezoek nam 63% (165 patiënten) correct deel aan het bevolkingsonderzoek naar

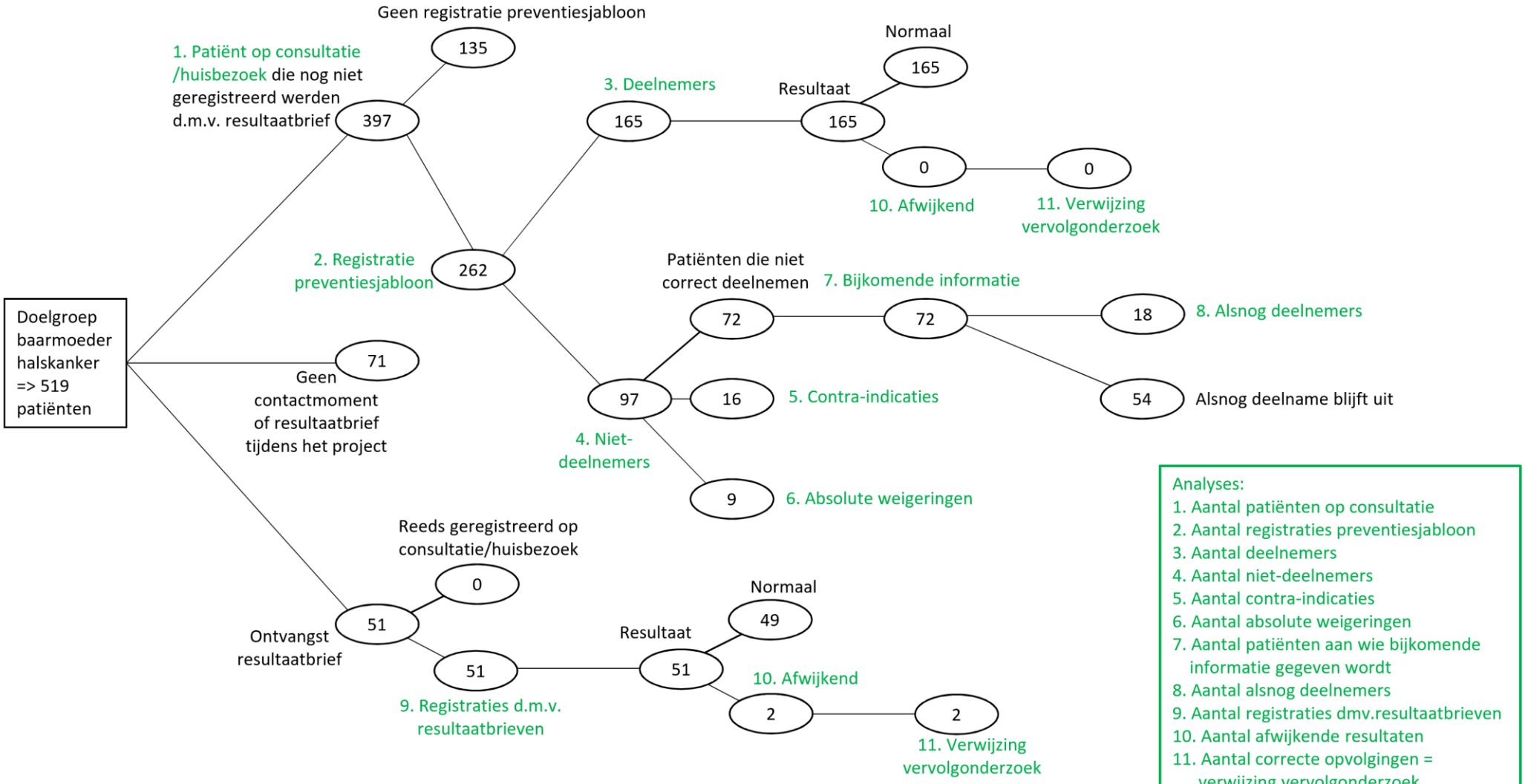
baarmoederhalskanker, kreeg 27% (72 patiënten) bijkomende informatie omdat ze niet correct deelnamen en bedroeg het percentage van patiënten dat helemaal niet deelnam 10% (25 patiënten). Hierbij nam 6% (16 patiënten) niet deel omwille van een contra-indicatie en gaf 4% (9 patiënten) om diverse redenen aan niet bereid te zijn deel te nemen. Gedurende het project nam vervolgens 25% (18 patiënten) van de patiënten die bijkomende informatie kregen alsnog deel aan het bevolkingsonderzoek. Verder werden er 77 resultaatbrieven van deelnames ontvangen. In 21 gevallen betrof het een patiënt die niet tot de doelgroep behoorde (geen GMD) en in 5 gevallen ging het om een patiënt bij wie we reeds een eerdere deelname registreerden. De 51 overige resultaatbrieven (10% van de totale doelgroep) werden allemaal geregistreerd. Gedurende het project waren er 2 afwijkende resultaten, deze werden beide opgevolgd door de gynaecoloog. Figuur 9 geeft een visuele voorstelling.

In totaal werd bij 60% (313 patiënten) van de patiënten uit de totale doelgroep (519 patiënten) een preventiesjabloon geregistreerd, 50% (262 patiënten) op de consultatie en 10% (51 patiënten) na ontvangst van een resultaatbrief. Bij 40% van de patiënten uit de totale doelgroep werd bijgevolg geen preventiesjabloon geregistreerd. De reden hiervoor was in 14% van de gevallen (71 patiënten) dat er gedurende het project geen contactmoment was met de patiënt en er ook geen resultaatbrief van zijn/haar deelname werd ontvangen. Bij de overige 26% (135 patiënten) was er wel een contactmoment gedurende het project, maar werd dit niet benut om een preventiesjabloon te registreren. Zie figuur 8.

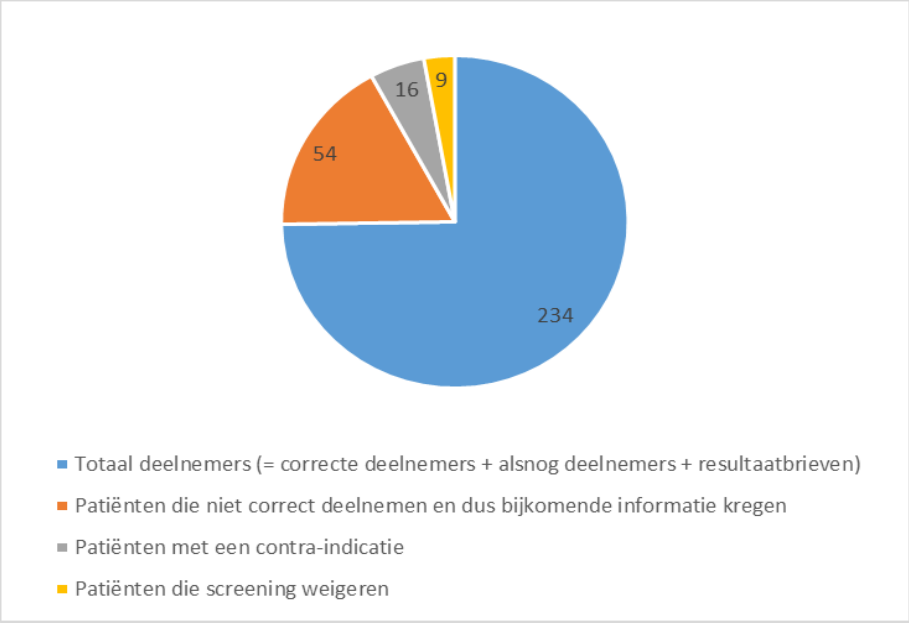
Na negen maanden was de totale participatiegraad (= correcte deelnemers + alsnog deelnemers + deelnemers van wie een brief ontvangen werd), van de patiënten uit de doelgroep bij wie een preventiesjabloon geregistreerd werd, 75% (234 patiënten). Dit wordt samen met de onderverdeling van de niet deelnemers weergegeven in figuur 10.



Figuur 8: Registratie preventiesjabloon baarmoederhalskanker voor de totale doelgroep (519 vrouwen)



Figuur 9: Resultaten van de analyses voor baarmoederhalskanker



Figuur 10: Participatie aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker bij de 313 vrouwen waarbij gedurende het negen maanden lopende project een preventiesjabloon geregistreerd werd

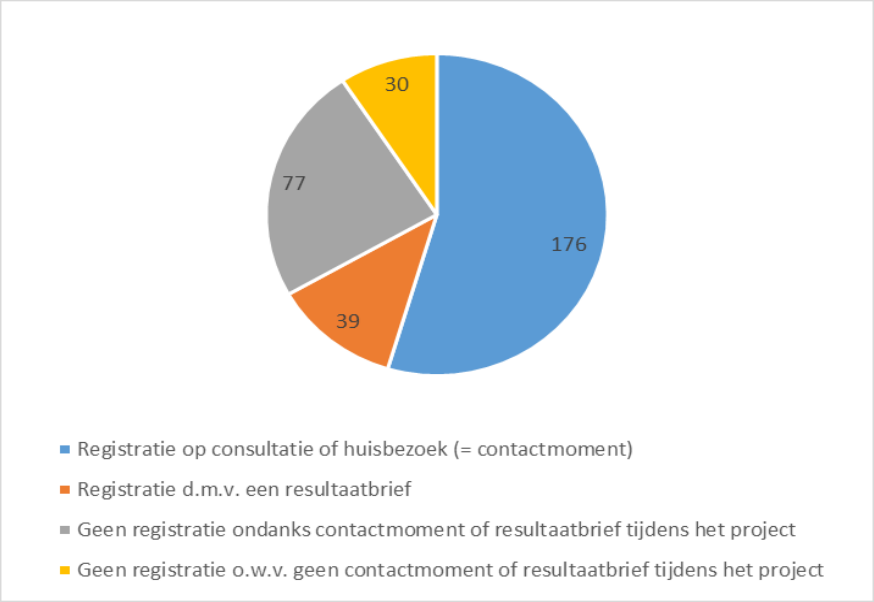
4.2. Analyses Borstkanker

Voor borstkanker bestond de totale doelgroep in dit project (vrouwen van 50 – 69 jaar met een GMD in 2017, 2018 of 2019) uit 322 patiënten. Gedurende de negen maanden waarover dit project liep, werd 89% van hen (285 patiënten) gezien op consultatie of huisbezoek. Bij 70% (176 patiënten) van hen, die nog niet geregistreerd werden d.m.v. een resultaatbrief, werd een preventiesjabloon geregistreerd tijdens deze contactmomenten. Vervolgens nam 69% (121 patiënten) uit deze groep van patiënten correct deel aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, werd bij 18% (31 patiënten) bijkomende informatie gegeven omdat ze niet correct deelnamen en was het aandeel van patiënten dat helemaal niet deelnam aan het bevolkingsonderzoek 14% (24 patiënten). Hierbij weigerde 9% (15 patiënten) vanuit een bepaalde overtuiging deel te nemen en nam de overige 5% (9 patiënten) niet deel omwille van een contra-indicatie. Verspreid over de duur van het project nam 16% (5 patiënten) van de patiënten die bijkomende informatie kregen alsnog deel aan het bevolkingsonderzoek. Er werden 77 resultaatbrieven van deelnames ontvangen. Hiervan werden 10 brieven niet meegenomen in de analyse omdat de desbetreffende patiënt geen GMD had en dus niet tot de doelgroep behoorde. Nog eens 28 brieven werden niet meegenomen omdat het een herhaalde deelname betrof. De overige 39 resultaatbrieven werden allemaal geregistreerd. Over de hele periode van het project waren er 4 positieve (afwijkende) resultaten. Deze werden verwezen voor verder onderzoek en indien nodig verder opgevolgd bij de gynaecoloog. Figuur 13 geeft een visuele voorstelling.

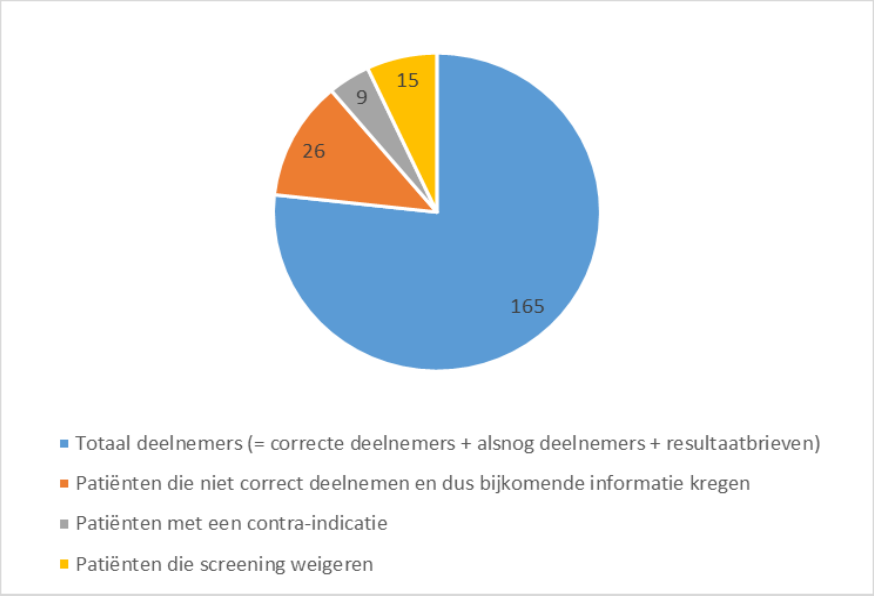
In totaal werd bij 67% (215 patiënten) van de patiënten uit de totale doelgroep (322 patiënten) een preventiesjabloon geregistreerd, 55% (176 patiënten) op de consultatie en 12% (39 patiënten) na ontvangst van een resultaatbrief. Bij 33% van de patiënten uit de totale doelgroep werd bijgevolg geen preventiesjabloon geregistreerd. De reden hiervoor

was in 9% van de gevallen (30 patiënten) dat er gedurende het project geen contactmoment was met de patiënt en er ook geen resultaatbrief van zijn/haar deelname werd ontvangen. Bij de overige 24% (77 patiënten) was er wel een contactmoment gedurende het project, maar werd er geen preventiesjabloon geregistreerd. Zie figuur 11.

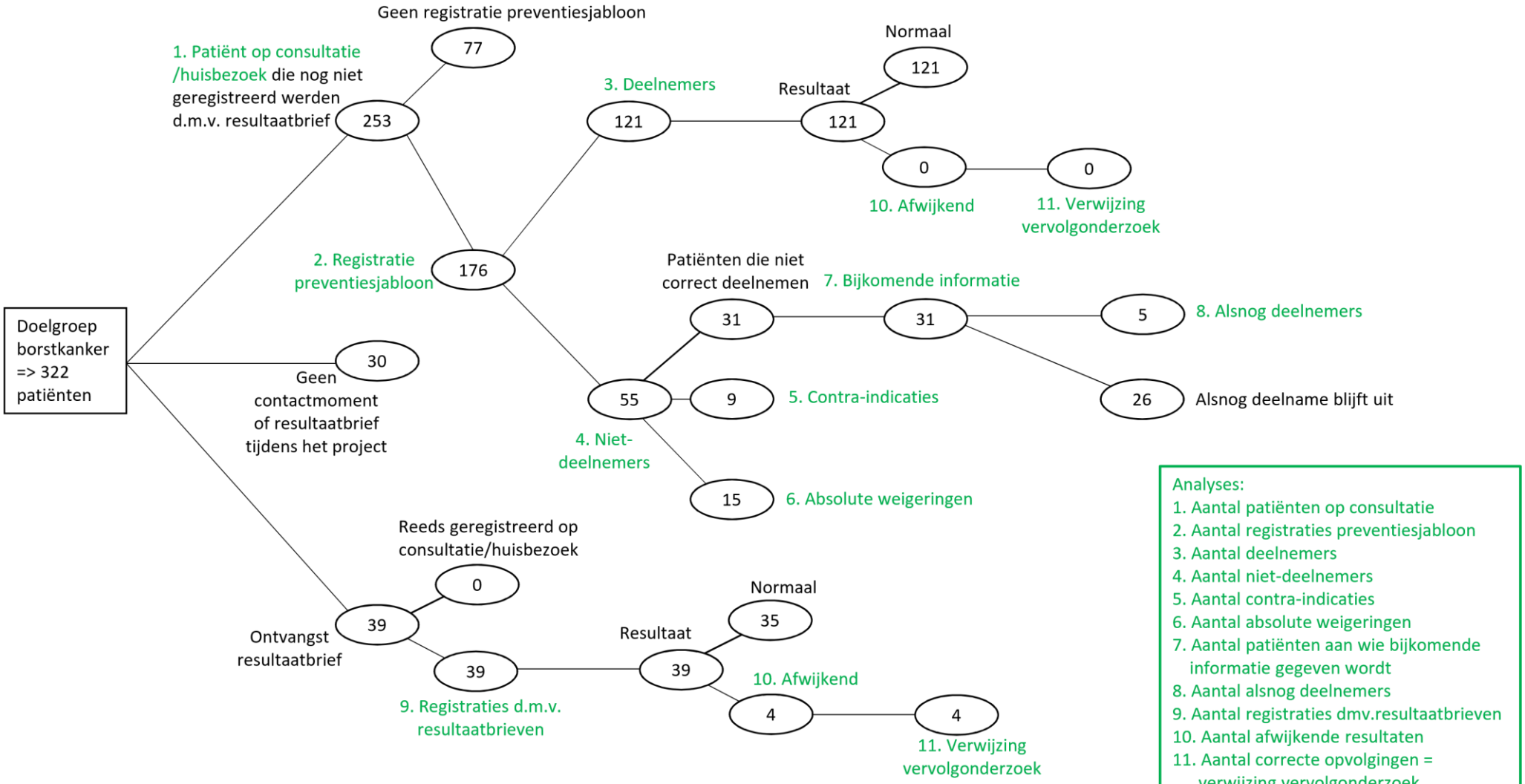
Na negen maanden was de totale participatiegraad (= correcte deelnemers + alsnog deelnemers + deelnemers van wie een brief ontvangen werd), van de patiënten uit de doelgroep bij wie een preventiesjabloon geregistreerd werd, 77% (165 patiënten). Dit wordt samen met de onderverdeling van de niet deelnemers weergegeven in figuur 12.



Figuur 11: Registratie preventiesjabloon borstkanker voor de totale doelgroep (322 vrouwen)



Figuur 12: Participatie aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker bij de 215 vrouwen waarbij gedurende het negen maanden lopende project een preventiesjabloon geregistreerd werd



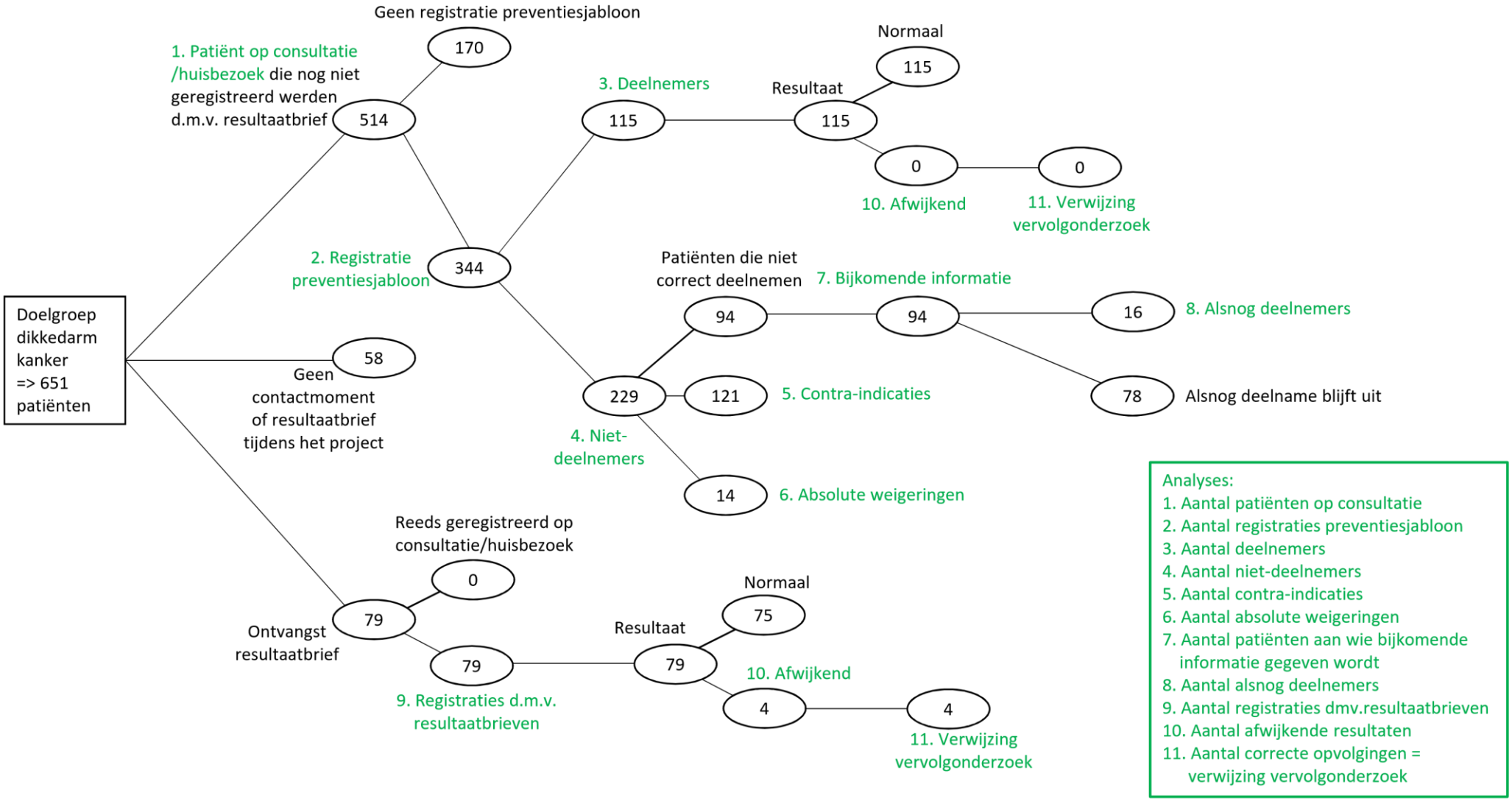
Figuur 13: Resultaten van de analyses voor borstkanker

4.3. Analyses Dikkedarmkanker

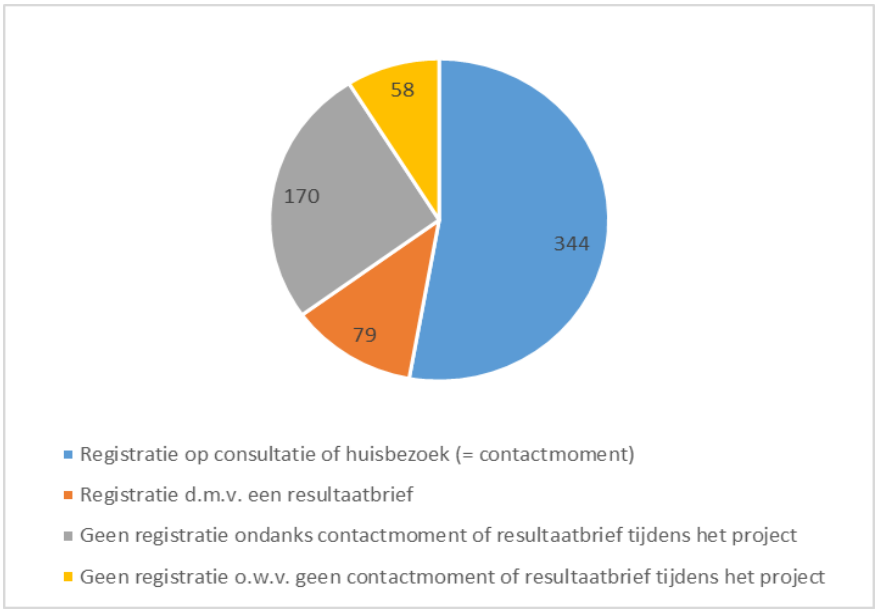
De totale doelgroep voor dikkedarmkanker bestond in dit project (mannen en vrouwen van 53 – 74 jaar met een GMD in 2017, 2018 of 2019) uit 651 patiënten. Verspreid over de negen maanden waarin dit project liep, werd 89% van hen (580 patiënten) gezien op consultatie of huisbezoek. Tijdens deze contactmomenten werd vervolgens bij 67% (344 patiënten) van diegene die nog niet geregistreerd werden d.m.v. een resultaatbrief een preventiesjabloon geregistreerd. Uit deze groep van patiënten die geregistreerd werden op consultatie of huisbezoek nam 33% (115 patiënten) correct deel aan het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker, kreeg 27% (94 patiënten) bijkomende informatie omdat ze niet correct deelnamen en bedroeg het percentage van patiënten dat helemaal niet deelnam 39% (135 patiënten). Hierbij nam 35% (121 patiënten) niet deel omwille van een contra-indicatie en gaf 4% (14 patiënten) aan niet bereid te zijn deel te nemen. Gedurende de looptijd van het project nam vervolgens 17% (16 patiënten) van de patiënten die bijkomende informatie kregen alsnog deel aan het bevolkingsonderzoek. Er werden 121 resultaatbrieven van deelnames ontvangen. In 21 gevallen betrof het een patiënt die niet tot de doelgroep behoorde (geen GMD of leeftijd 51/52 jaar) en in 21 andere gevallen ging het om een patiënt bij wie reeds een eerdere deelname geregistreerd werd. De 79 overige resultaatbrieven werden allemaal geregistreerd. Over de hele periode van het project waren er 4 positieve (afwijkende) resultaten. In elk van deze gevallen werd het positieve resultaat gevolgd door een coloscopie bij de gastro-enteroloog. Figuur 14 geeft een visuele voorstelling.

In totaal werd bij 65% (423 patiënten) van de patiënten uit de totale doelgroep (651 patiënten) een preventiesjabloon geregistreerd, 53% (344 patiënten) op de consultatie en 12% (79 patiënten) na ontvangst van een resultaatbrief. Bij 35% van de patiënten uit de totale doelgroep werd bijgevolg geen preventiesjabloon geregistreerd. De reden hiervoor was in 9% van de gevallen (58 patiënten) dat er gedurende het project geen contactmoment was met de patiënt en er ook geen resultaatbrief van zijn/haar deelname werd ontvangen. Bij de overige 26% (170 patiënten) was er wel een contactmoment gedurende het project, maar werd er geen preventiesjabloon geregistreerd. Zie figuur 15.

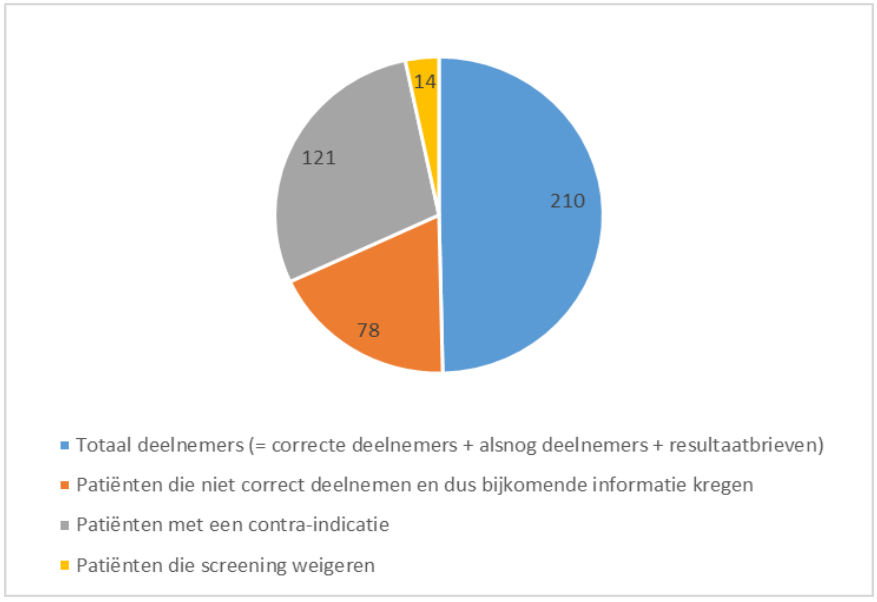
Na negen maanden was de totale participatiegraad (= correcte deelnemers + alsnog deelnemers + deelnemers van wie een brief ontvangen werd), van de patiënten uit de doelgroep bij wie een preventiesjabloon geregistreerd werd, 50% (210 patiënten). Dit wordt samen met de onderverdeling van de niet deelnemers visueel weergegeven in figuur 16.



Figuur 14: Resultaten van de analyses voor dikkedarmkanker



Figuur 15: Registratie preventiesjabloon dikkedarmkanker voor de totale doelgroep (651 patiënten)



Figuur 16: Participatie aan het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker bij de 423 patiënten waarbij gedurende het negen maanden lopende project een preventiesjabloon geregistreerd werd

4.4. Maandelijkse overlegmomenten

Tijdens de overlegmomenten werden telkens de volgende agendapunten besproken: problemen bij het registreren, resultaten van de afgelopen maand en de eventuele noodzaak tot wijzigen van de praktijkprotocollen. De algemene beleving van het project door de artsen en patiënten kwam vooral in het begin en op de eindbespreking aan bod. Dit wordt verder besproken in het deel ‘discussie’.

Al bij het uitvoeren van de eerste analyses, in juni, kwamen de eerste problemen bij het registreren naar boven. Heel wat preventiesjablonen werden niet correct of niet volgens het praktijkprotocol 'registratie' ingevuld. Bijgevolg werden deze preventiesjablonen ook niet teruggevonden in de analyses, waardoor de resultaten niet volledig waren en ook niet klopten. Daarom werd er beslist om na de eerste maand reeds een overlegmoment te houden. Hierin werden de knelpunten bij het registreren besproken en de correcte manier nog eens overlopen aan de hand van het protocol. Gedurende het verdere verloop van het project bleef dit echter, vooral voor de praktijkopleider, een struikelblok. Er werd dan ook beslist om de maandelijkse overlegmomenten te behouden. Op deze manier werden er maand na maand minder fouten gemaakt bij het registreren. Een ander probleem dat vrij snel opdook, was dat bij heel wat patiënten het GMD niet in orde was. Naast het in orde brengen van het preventiesjabloon werd daarom ook aandacht besteed aan het vernieuwen van het GMD wanneer de patiënt op consultatie kwam.

De resultaten van de maandelijkse analyses werden op elk overlegmoment besproken. Voor de aanvang van het project werd als doel gesteld om 70% van de totale doelgroepen te registreren tijdens het project. In de eerste maanden steeg het registratiepercentage vrij snel zodat aan de helft van het project voor de drie kankers reeds 50% van de totale doelgroep geregistreerd was. Gedurende de tweede helft van het project, die in de winter viel, werd er minder geregistreerd. De hogere werkdruk zorgde ervoor dat er minder tijd en aandacht was voor het bespreken en registreren van de preventiesjablonen. Het registreren door middel van resultaatbrieven kon in deze periode wel volgehouden worden gezien dit gebeurde buiten de consultatie-uren.

Tijdens het project moest het protocol 'registratie' tweemaal aangepast worden. De eerste keer reeds na de analyses van juni. Toen bleek dat bij het ingeven van de tekst 'CI', 'niet bereid', 'afwijkend',.. er gespecifieerd diende te worden om welke type kanker het ging opdat dit niet bij meerdere types kanker zou gerekend worden. Daarnaast werd de doelgroep voor het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in augustus 2018 uitgebreid van 55 t.e.m. 74-jarigen naar 53 t.e.m. 74-jarigen. Na overleg werd beslist dit ook aan te passen in het praktijkproject. Hiervoor werd een amendement aangevraagd bij het ethisch comité. Dit werd in oktober goedgekeurd en vanaf dan ook toegepast.

5. Discussie

5.1. Interpretatie van de resultaten

In dit project werd gepoogd om via het opmaken van een praktijkprotocol de registratie en de opvolging van de bevolkingsonderzoeken naar kanker in de praktijk te optimaliseren. In het praktijkprotocol werden de preventiesjablonen, voorgesteld door het medisch dossier programma Health One, gebruikt. Zoals in de literatuurstudie reeds aangegeven, werd in het tijdschrift 'Huisarts Nu' door Plees E. deze methode naar voor geschoven als een manier om de opvolging van screeningsonderzoeken te verbeteren en de totale dekkingsgraad te bereiken (19). Na het toepassen van deze methode in dit project kan gesteld worden dat dit

voor de huidige praktijk een succes was. Voor het project werd bij geen enkele patiënt een preventiesjabloon voor kankerscreening teruggevonden. Nu is dit bij 60% van de patiënten uit de totale doelgroep voor baarmoederhalskanker wel het geval. Voor dikkedarmkanker en borstkanker zijn de resultaten nog beter: respectievelijk 65% en 67% van de patiënten uit de totale doelgroep hebben nu een preventiesjabloon in hun dossier staan. Bovendien staat elk preventiesjabloon bij elke patiënt nu op een vaste en centrale plaats in het EMD, waar dit voorheen, bij een derde van de patiënten voor wie er info omtrent preventie voor kanker beschikbaar was, verspreid in het dossier stond. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met of beter dan de resultaten uit andere masterproeven. Hanna Busschop en Sanne Casier wisten in hun masterproef de registratie van een preventiesjabloon baarmoederhalskanker via een gelijkaardige methode te verbeteren van respectievelijk 9% naar 55% en 25% naar 67% (14, 15). In de masterproef van De Jonghe Eline verbeterde dit slechts van 0% naar 27% (22). Een mogelijk reden hiervoor is dat dit project slechts over zes maanden in plaats van negen maanden liep.

De verhouding tussen registratie tijdens een contactmoment en registratie door middel van een resultaatbrief was voor de drie kankerpreventies gelijkaardig, namelijk ongeveer 80:20. Er werden dus grosso modo vier keer meer preventiesjablonen geregistreerd tijdens een contactmoment dan door middel van een resultaatbrief. De logische reden hiervoor is dat er veel meer patiënten gezien werden op consultatie/huisbezoek dan dat er resultaatbrieven ontvangen werden. Het aantal patiënten uit de doelgroepen per kanker dat op consultatie (huisbezoek) kwam gedurende het project, bedroeg namelijk 85 - 90%. Dit is vergelijkbaar met wat andere huisartsen in opleiding in hun masterproef zagen. Er kan dus gesteld worden dat op een relatief korte periode een groot deel van de doelpopulatie bereikt kan worden op de consultatie. Hiertegenover staat echter dat in dit project 100% van de ontvangen resultaatbrieven geregistreerd werd, terwijl slechts ongeveer 66-70% van de patiënten die op consultatie kwamen (per kanker) geregistreerd werden. In deze verhouding lijkt het registreren na een resultaatbrief dus effectiever. Dit kan mogelijk verklaard worden door het minder tijdsintensieve en moment afhankelijke karakter hiervan. Het past namelijk niet in elk contactmoment om screening naar kanker te bespreken, maar buiten de consultatie-uren kunnen resultaatbrieven van screening wel gemakkelijk meegenomen worden in het algemene proces van het up to date houden van het EMD. Resultaatbrieven van consultaties bij een specialist met bijvoorbeeld aanpassingen van medicatie of nieuwe diagnoses werden in deze praktijk reeds systematisch gelezen en aangevuld in het dossier. Resultaatbrieven van screening hierin meenemen vergde slechts een kleine extra inspanning.

Het was een doelstelling van dit project om zicht te krijgen op de participatiegraad van de patiënten aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Hierin is, zoals op voorhand ook verwacht werd, deels geslaagd. Enkel de participatiegraad van de patiënten bij wie een preventiesjabloon geregistreerd werd, kon berekend worden uit de analyses. Voor baarmoederhalskanker was dit 75% en voor borstkanker 77%. Deze cijfers zijn hoger dan de cijfers voor Vlaanderen (resp. 62,2% en 65,2% in 2017). De doelstellingen van het CvKO (resp. 65% en 75%) worden hier ruimschoots gehaald (18). De kanttekening dient wel gemaakt te

worden dat slechts een deel van de volledige doelgroepen uit de praktijk in deze cijfers opgenomen is. Voor dikkedarmkanker is de participatiegraad in deze praktijk 50%. Dit is lager dan de doelstelling van het CvKO (60%) en lager dan het cijfer voor Vlaanderen in 2017 (68,3%) (18). Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in het hoge percentage van patiënten met een contra-indicatie. Dit bedroeg 35% van de patiënten bij wie op consultatie een preventiesjabloon geregistreerd werd. Op enkele gevallen na waren dit allemaal patiënten die om preventieve redenen een coloscopie gehad hadden in de laatste 10 jaar en dus niet uitgenodigd werden voor het bevolkingsonderzoek.

In bovenstaande participatiecijfers zit ook het aandeel 'alsnog deelnemers' verwerkt. Voor baarmoederhalskanker was dit 25%, voor borstkanker 16% en voor dikkedarmkanker 18%. Hoewel het verhogen van de participatiegraad geen direct doel was van dit project, tonen deze cijfers aan dat het bespreken op de consultatie patiënten meer bewust maakt van screening. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de huisarts wel degelijk een sensibiliserende rol op zich kan nemen.

Een laatste belangrijk cijfer dat vermeld moet worden, is het percentage correcte opvolging. Er was slechts een beperkt aantal afwijkende resultaten gedurende het project (2 voor baarmoederhals- en 4 voor borst- en dikkedarmkanker), maar deze werden allen met het gepaste vervolgonderzoek of de gepaste verwijzing opgevolgd. De vooropgestelde methode uit het protocol 'positief resultaat' laat aldus toe om een goede opvolging te voorzien bij afwijkende resultaten. Dit wordt, zoals vermeld in de literatuurstudie, beschouwd als een belangrijke taak van de huisarts in de bevolkingsonderzoeken naar kanker.

5.2. Beleving van het project door artsen en patiënten

De algemene beleving van het project was dubbel. Enerzijds werd dit project gezien als een absolute meerwaarde voor de praktijk. Er was te weinig aandacht voor de bevolkingsonderzoeken en preventie naar kanker in het algemeen. Het was noodzakelijk hieraan te werken en dit te verbeteren. Nu, na het project, blijft de mening hierover onveranderd. Er is tevredenheid over het feit dat nu reeds 60 – 67% van de patiëntendossiers in orde zijn wat betreft dit stukje preventie. Het werd dus als nuttig ervaren om dit met patiënten op de consultatie te bespreken en wanneer er voldoende tijd voor was, was het zelfs aangenaam. Anderzijds kan niet ontkend worden dat dit project veel tijd en energie heeft gevaagd van de artsen. De praktijkopleider rekent per consultatie 15 minuten en gaf aan dat het in deze tijdspanne eigenlijk niet mogelijk is om én het consult waarvoor de patiënt langskomt te voeren én aandacht te hebben voor deze preventie. Bij de HAIO duurt een consultatie 20 minuten, hierin lukte dit (afhankelijk van de problematiek waarvoor de patiënt langskwam) beter. Het feit dat de HAIO de praktijkprotocollen opmaakte en deze dus reeds beter kon hanteren, speelt hier ongetwijfeld ook in mee. De protocollen werden als ingewikkeld ervaren, mede omdat er voor het analyseren in het kader van het masterproefproject een aantal extra stappen dienden toegevoegd te worden. Als algemeen besluit kan gesteld worden dat dit project positief en nuttig was voor de praktijk, maar toch ook een opgave was voor de artsen. Tijdsgebrek was de frequentste reden waarom er niet

geregistreerd werd op de consultatie. Andere redenen waren: past niet in het huidig consult (bijv. depressie, sociale problemen,..), patiënten komen met twee op een afspraakslot of gewoon vergeten navragen.

Van patiënten kwamen veel positieve reacties op het met hen bespreken van dit soort preventie. Vooral voor baarmoederhalskanker vonden ze het positief dat de arts hen hieraan herinnerde en dit ook zelf kon uitvoeren. Voor borstkanker en dikkedarmkanker waren patiënten vaak niet op de hoogte dat de arts hiervan ook een resultaat kreeg en dit opvolgde. Velen vroegen meer informatie over de werking van de bevolkingsonderzoeken wanneer de arts hier spontaan over begon. Een aantal frequent voorkomende redenen waarom patiënten screening weigerden, waren: het liever niet willen weten/schrik hebben van het resultaat, pijnlijk onderzoek, het vervolgonderzoek niet zien zitten, negatieve ervaringen van kennissen, al te veel andere medische problemen, vaak toch vals alarm.

5.3. Evaluatie van het project

Dit project had initieel drie doelstellingen. Ten eerste: een eenvoudige en overzichtelijke manier vinden voor de registratie van deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Als er kritisch wordt teruggekeken op het project, kan gesteld worden dat er een overzichtelijke manier gevonden is voor de registratie, maar dat deze niet altijd even eenvoudig was. Het protocol ‘registratie’ bestond, afhankelijk van de patiëntengroep waartoe de patiënt behoorde, uit heel wat verschillende stappen. Sommige patiënten maakten deel uit van de drie doelgroepen voor kankerpreventie, wat extra klik-, opzoekwerk en tijd vroeg. Een tweede doel was het optimaliseren van de opvolging van de resultaten van deelname. Hiervoor werd er wel degelijk een goede methode gevonden. Normale resultaten worden geregistreerd bij ontvangen van het resultaat, uit dit project bleek dat dit een goed vol te houden methode is. Afwijkende resultaten krijgen dankzij het praktijkprotocol ‘positief resultaat’ een duidelijke follow-up. Het derde en laatste doel was om een overzicht krijgen van de participatiegraad van de praktijkpopulatie zodat hier later op ingespeeld zou kunnen worden. Zoals hierboven aangegeven bij ‘resultaten’ werd erin geslaagd een idee te krijgen over de participatiegraad. Naarmate er nog meer geregistreerd wordt, zal dit steeds correcter worden. Hiervoor is een langere registratieperiode nodig.

Gezien de duidelijke meerwaarde voor de praktijk zal dit project in de toekomst behouden worden, doch in een vereenvoudigde versie. In de protocollen ‘registratie’ en ‘positief resultaat’ zullen eerst alle overbodige stappen (nodig voor de analyses in het kader van dit masterproefproject) geschrapt worden. Daarna zullen deze opnieuw geëvalueerd worden en waar mogelijk nog extra vereenvoudigd. Naarmate er bij een groter deel van de doelpopulatie een preventiesjabloon geregistreerd wordt, zal het aanmaken van nieuwe preventiesjablonen minder nodig zijn. Er zal enkel nog opvolging nodig zijn van de reeds aangemaakte preventiesjablonen. Dit zal tijdbesparend zijn. De actieve bespreking met de patiënten op de consultatie zal behouden worden. In de toekomst zal dit echter beperkt kunnen worden tot de momenten waarop het tijdstip voor een nieuwe screening eraan komt of wanneer er een resultaatbrief van de patiënt werd ontvangen. Overlegmomenten zullen

niet meer maandelijks gehouden worden, maar er werd afgesproken toch tweemaal per jaar in een praktijkbespreking aandacht te hebben voor het verdere verloop van deze preventie. Indien dit niet zou gebeuren, is het mogelijk dat de aandacht hiervoor afneemt en de reeds bekomen resultaten verloren zouden gaan. Gezien het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker verder uitbreidt (sinds januari 2019 naar 51 t.e.m. 74-jarigen en vanaf januari 2020 naar 50 t.e.m. 74-jarigen) (9), zal dit ook in dit praktijkproject worden toegepast.

Indien dit alles vlot verloopt, zal de methode van dit project worden aangewend om ook andere preventie-onderwerpen beter te registreren en op te volgen in de praktijk. Er wordt hierbij gedacht aan rookstatus, vaccinatiestatus, alcoholgebruik, risicofactoren,…

6. Conclusie

In deze praktijk was er tot voor dit project geen systematische registratie en opvolging van de deelnames van patiënten aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Er werd hier algemeen weinig aandacht aan besteed en weinig over gecommuniceerd met de patiënt. In dit praktijkverbeterend project werd eerst en vooral dieper ingegaan op de rol van de huisarts bij de bevolkingsonderzoeken. Uit de literatuurstudie kan geconcludeerd worden dat de huisarts hier vooral een sensibiliserende taak in heeft. Hij/zij kan de patiënt helpen bij het maken van een geïnformeerde keuze tot deelname. Hij/zij staat daarnaast ook in voor de correcte opvolging van een afwijkend screeningsresultaat. Het EMD kan de huisarts helpen bij het opvolgen van dit type preventie door onder andere het voorzien in preventiesjablonen waarin screening geregistreerd kan worden en van waaruit een nieuwe screening gepland kan worden. Deze EMD mogelijkheden werden in dit praktijkverbeterend project vervolgens aangewend met als doel een overzichtelijke manier van registratie en opvolging van deelname aan de bevolkingsonderzoeken te bekomen en een zicht te krijgen op de participatiegraad in de praktijk.

Vóór de aanvang van dit project werden de preventiesjablonen voor baarmoederhalskanker, borstkanker en dikkedarmkanker niet gebruikt. Zij waren bijgevolg voor geen enkele patiënt in orde. Na afloop van het project was bij 60% van de doelgroep voor baarmoederhalskanker het preventiesjabloon wel in orde. Voor borstkanker en dikkedarmkanker was dit respectievelijk bij 67% en 65% het geval. De participatiegraad van de geregistreerde patiënten was 75% voor baarmoederhalskanker, 77% voor borstkanker en 50% voor dikkedarmkanker. Alle ontvangen resultaatbrieven van deelnames werden geregistreerd in het dossier en elk afwijkend resultaat werd door het gepaste vervolgonderzoek gevolgd. Uit de overlegmomenten kwam naar voor dat dit project positief was voor de praktijk, maar dat deze methode veel tijd en inspanning van de artsen vergde. Toch werd besloten om het project verder te zetten en in de toekomst zelfs uit te breiden naar andere preventie-onderwerpen.

Als slotconclusie kan gesteld worden dat er door dit project in deze praktijk meer aandacht is gekomen voor preventie naar kanker, dat de dossiers meer up to date zijn en dat de patiënten voortaan beter ondersteund en opgevolgd worden wat betreft de bevolkingsonderzoeken en preventie naar baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker in het algemeen. Het wordt een uitdaging om dit in de toekomst nog te verbeteren en vol te houden. Er zullen op regelmatige basis overlegmomenten moeten blijven plaatsvinden om de aandacht niet te laten verzwakken.

7. Referenties

1. CvKO. Bevolkingsonderzoek: Welkom. 2015 [cited 2018 September 20]. Available from: https://bevolkingsonderzoek.be/.
2. Hoeck S, Hoste J, Vandeputte L, Dekker N. Dikkedarmkankerscreening 2018 [cited 2018 September 20]. Available from: https://domusmedica.be/richtlijnen/dikkedarmkankerscreening.
3. Smeets F, Verhoeven V, Baay M, Weyers S, Colpaert C, Govaerts F. Cervixkankerscreening 2011 [cited 2018 September 20]. Available from: https://domusmedica.be/richtlijnen/cervixkankerscreening.
4. CDLH. De kennispiramide 2018 [cited 2018 November 4]. Available from: https://www.cdlh.be/nl/help/hoe-zoeken.
5. CVKO. Centrum voor kankeropsporing. 2016 [cited 2018 November 4]. Available from: https://www.cvko.vlaanderen/.
6. Garmyn B, Govaerts F, Peremans L, Van Goethem M, Van Hal G, Van Limbergen E, et al. Borstkankerscreening 2016 [cited 2018 November 4]. Available from: https://domusmedica.be/richtlijnen/borstkankerscreening.
7. CvKO. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2015 [cited 2018 November 4]. Available from: https://baarmoederhalskanker.bevolkingsonderzoek.be/.
8. CvKO. Bevolkingsonderzoek borstkanker 2015 [cited 2018 November 4]. Available from: https://borstkanker.bevolkingsonderzoek.be/.
9. CvKO. Bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker 2015 [cited 2018 November 4]. Available from: https://dikkedarmkanker.bevolkingsonderzoek.be/.
10. Verdonck P, Strobbe J, Steenackers J, Van Royen P, De Naeyer P, Govaerts F, et al. Het elektronisch medisch dossier. Huisarts Nu. 2004;33(2):58-70.
11. Kern LM, Barron Y, Dhopeshwarkar RV, Edwards A, Kaushal R. Electronic health records and ambulatory quality of care. J Gen Intern Med. 2013;28(4):496-503.
12. Ancker JS, Kern LM, Edwards A, Nosal S, Stein DM, Hauser D, et al. Associations between healthcare quality and use of electronic health record functions in ambulatory care. J Am Med Inform Assoc. 2015;22(4):864-71.
13. Makam AN, Lanham HJ, Batchelor K, Samal L, Moran B, Howell-Stampley T, et al. Use and satisfaction with key functions of a common commercial electronic health record: a survey of primary care providers. BMC Med Inform Decis Mak. 2013;13:86.
14. Busschop H, Derese A. Verbetering van de systematische registratie van uitstrijkjes in het EMD via maandelijkse overlegmomenten en het gebruik van een actieve pop- up: wat is het effect? Masterproef huisartsgeneeskunde 2016 [cited 2018 Oktober 7]. Available from: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist.
15. Casier S, Derese A. Optimalisatie van de registratie van cervixcarcinoomscreening in het EMD aan de hand van de preventiemodule Masterproef huisartsgeneeskunde 2016 [cited 2018 Oktober 7]. Available from: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist.
16. CvKO. Jaarverslag maart 2015 bevolkingsonderzoek borstkanker baarmoederhalskanker dikkeddarmkanker 2015 [cited 2018 November 11]. Available from: http://docplayer.nl/4614766-Jaarverslag-maart-2015-bevolkingsonderzoek-borstkanker-baarmoederhalskanker-dikke-darmkanker.html.
17. Guiriguet C, Munoz-Ortiz L, Buron A, Rivero I, Grau J, Vela-Vallespin C, et al. Alerts in electronic medical records to promote a colorectal cancer screening programme: a cluster randomised controlled trial in primary care. Br J Gen Pract. 2016;66(648):e483-90.
18. CvKO. Jaarrapport 2018 [cited 2018 November 11]. Available from: https://www.cvko.vlaanderen/bevolkingsonderzoeken-naar-kanker/.
19. Plees E. Betere follow-up van borstkankerscreening: Hoe doe je dat in Health One™? Huisarts Nu. 2009;38:33-6.
20. Daneels V, Avonts D. Participatie aan het Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker en de rol van de huisarts in de motivatie van de patiënten Masterproef huisartsgeneeskunde 2016 [cited 2018 November 11]. Available from: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist.
21. HDMP. Handleiding - Preventie 2018 [cited 2018 Oktober 7].
22. De Jonghe E, Derese A. Het gebruik van de preventiemodule in het elektronisch medisch dossier Masterproef huisartsgeneeskunde 2013 [cited 2019 Maart 22]. Available from: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist.

8. Bijlagen

8.1. Protocol 'registratie' voor baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker

Protocol Registratie: Baarmoederhalskanker (25 t.e.m. 64 jaar)

Patiënt komt op consulatie:

-> Alert lijst geeft aan dat patiënt in aanmerking komt voor screening.
-> Bespreek met patiënt deelname aan het bevolkingsonderzoek. Bij deelname: vraag na wanneer het laatste uitstrijkje plaatsvond en of patiënt het resultaat kent. Kijk na of wij hier een resultaat van ontvingen.
-> Categoriseer patiënt in één van de volgende opties en registreer in het dossier.

1. Cervicovaginaal uitstrijkje is gebeurd < 3 jaar geleden
    - Klik op 'voeg preventiesjabloon toe' 'baarmoederhalskankerscreening'
        - Vervolgens: 'maak nieuwe transactie aan', type 'medische basisinformatie', 2x 'ok', sluit de alert lijst.
    - Tabblad planning: screening baarmoederhalskanker 'gedaan', geef datum in, 'ok', frequentie instellen voor herhaling afhankelijk van het resultaat, 'ok'
    - Normaal resultaat: frequentie instellen op 3 jaar, niets extra noteren
      Afwijkend resultaat: volg protocol 'positief resultaat'

    -> Patiënt kent datum en/of resultaat niet én het is niet terug te vinden in het dossier: beschouw als optie 2.

2. Cervicovaginaal uitstrijkje is gebeurd > 3 jaar geleden
    - Idem optie 1: Klik op 'voeg preventiesjabloon toe' 'baarmoederhalskankerscreening'
    - Laat staan op te doen, geef patiënt mondelinge informatie + folder bevolkingsonderzoek of afspraakopties voor afname van het uitstrijkje.
    - Voeg item **'bijkomende informatie'** toe boven geplande screening: **gegeven cervix**

3. Contra-indicatie voor cervicovaginaal uitstrijkje
    - Idem optie 1: Klik op 'voeg preventiesjabloon toe' 'baarmoederhalskankerscreening'
    - Tabblad planning: screening baarmoederhalskanker **'weigering, niet gedaan'**
    - Frequentie instellen: 'neen'
    - Voeg item **'reden'** toe: **CI cervix**…

4. Weigering cervicovaginaal uitstrijkje
    - Idem optie 3 dus registreer ook d.m.v. **'weigering, niet gedaan' + 'reden'**
    - Ga bereidheid in de toekomst na, indien deze er is: frequentie instellen 'andere datum': vandaag. Voeg item **'bijkomende informatie'** toe: **gegeven cervix**.
    - Bij absolute weigering: frequentie instellen 'neen' + item **'reden': niet bereid cervix**

Ontvangst resultaatbrief:

-> Volg de uitwerking zoals in optie 1 hierboven.
-> Voeg onder 'cervicovaginaal uitstrijkje' item **'brief huisarts'** toe: **gynaecoloog cervix** of **cvko cervix**.
-> Bespreek dit kort wanneer patiënte de volgende keer op consultatie komt.

Protocol Registratie: Borstkanker (50 t.e.m. 69 jaar)/Dikkedarmkanker (53 t.e.m. 74 jaar)

Patiënt komt op consulatie:

-> Alert lijst geeft aan dat patiënt in aanmerking komt voor screening.
-> Bespreek met patiënt deelname aan het bevolkingsonderzoek. Bij deelname: vraag na wanneer de laatste mammografie/iFOB plaatsvond en of patiënt het resultaat kent. Kijk na of wij hier een resultaat van ontvingen.
-> Categoriseer patiënt in één van de volgende opties en registreer in het dossier.

1. Mammografie/iFOB-test is gebeurd < 2 jaar geleden
    - Klik op 'voeg preventiesjabloon toe' 'borstkankerscreening'/'colorectale kanker screening'
        - Vervolgens: 'maak nieuwe transactie aan', type 'medische basisinformatie', 2x 'ok', sluit de alert lijst.
    - Tabblad planning: screening borstkanker/colonkanker 'gedaan', geef datum in, 'ok', frequentie instellen voor herhaling afhankelijk van het resultaat, 'ok'
    - Normaal resultaat: frequentie instellen op 2 jaar, niets extra noteren
      Afwijkend resultaat: volg protocol 'positief resultaat'

    -> Patiënt kent datum en/of resultaat niet meer én het is niet terug te vinden in het dossier: beschouw als optie 2.

2. Mammografie/iFOB-test is gebeurd > 2 jaar geleden
    - Idem optie 1: Klik op 'voeg preventiesjabloon toe' 'borstkankerscreening'/ 'colorectale kanker screening'
    - Laat staan op te doen, geef patiënt mondelinge informatie + folder bevolkingsonderzoek of aanvraagformulier voor screeningsmammografie
    - Voeg item **'bijkomende informatie'** toe boven geplande screening: **gegeven borst/colon**.

3. Contra-indicatie voor mammografie/iFOB-test
    - Idem optie 1: Klik op 'voeg preventiesjabloon toe' 'borstkankerscreening'/ 'colorectale kanker screening'
    - Tabblad planning: screening borstkanker **'weigering, niet gedaan'**
    - Frequentie instellen: 'neen'
    - Voeg item **'reden'** toe: **CI borst/colon**…

4. Weigering mammografie/iFOB-test
    - Idem optie 3 dus registreer ook d.m.v. **'weigering, niet gedaan' + 'reden'**
    - Ga bereidheid in de toekomst na, indien deze er is: frequentie instellen 'andere datum': vandaag. Voeg item **'bijkomende informatie'** toe: **gegeven borst/colon**.
    - Bij absolute weigering: frequentie instellen 'neen' + item **'reden': niet bereid borst/colon** omdat…

Ontvangst resultaatbrief

-> Volg de uitwerking zoals in optie 1 hierboven.
-> Voeg onder 'mammografie (screening)'/'occult bloedverlies' item **'brief huisarts'** toe: **Cvko borst** of **gynaecoloog borst/Cvko colon**.
-> Bespreek dit kort wanneer patiënt de volgende keer op consultatie komt.

8.2. Protocol 'positief resultaat' voor baarmoederhals-, borst- en dikkedarmkanker

Protocol Positief Resultaat: Baarmoederhalskanker (25 t.e.m. 64 jaar)

1. Afname en opvolging afwijkend uitstrijkje bij de GYNAECOLOOG
    - EMD registratie
        - Tabblad planning: screening baarmoederhalskanker 'gedaan', geef datum in, frequentie instellen op basis van afwijking
        - Aanmaken item **'resultaat': afwijkend cervix** + type afwijking
        - Aanmaken item **'opvolging': gynaecoloog cervix**
    - Bespreken wanneer patiënte de volgende keer op consultatie komt

2. Afname en opvolging afwijkend uitstrijkje bij de HUISARTS
    - Communicatie met patiënt
        - Arts belt patiënt op met resultaat (zowel bij positief als negatief resultaat).
        - Patiënt de kans bieden op consultatie te komen voor meer informatie.
        - Afspraak controle uitstrijkje of verwijzing naar de gynaecoloog (tel./consult).
    - EMD registratie
        - Idem nr. 1
        - Bij item **'opvolging': 'huisarts cervix' of 'verwijzing cervix'**

3. Na verder onderzoek of periode van snellere controles:
    - Reguliere screening kan verdergezet worden:
        - Frequentie opnieuw instellen op 3 jaar of nieuwe screening toevoegen:
            - Bij item 'opvolging': op volgende lijn resultaat in vrije tekst noteren
            - Voeg item 'screening' toe, vervolgens 'baarmoederhalskanker', bij tabblad planning: gewenste datum ingeven (3 jaar later), frequentie aanvinken (3 jaar), actie item: 'cervicovaginaal uitstrijkje'
    - Aangepaste opvolging wordt aangeraden:
        - Bij item 'opvolging': op volgende lijn resultaat in vrije tekst noteren
        - Voeg item 'actieplan' met nodig onderzoek toe, bij tabblad planning: kies datum
    - Cervixcarcinoom
        - Bij item 'opvolging': op volgende lijn resultaat in vrije tekst noteren
        - Geen nieuwe screening plannen

Protocol Positief Resultaat: Borstkanker (50 - 69 jaar)/Dikkedarmkanker (53 - 74 jaar)

1. Communicatie met patiënt:
   Bevolkingsonderzoek: arts en patiënt ontvangen het resultaat 2- 3 weken na het onderzoek.

   - Eerste 2 weken:
     - Afwachtend beleid: patiënt krijgt de kans zelf actief contact op te nemen.
     - Notitie maken in agendasysteem op datum 2 weken later: 'Patiënt X bellen'.
   - Na 2 weken:
     - Arts belt patiënt zelf actief op over het resultaat.
     - Uitnodiging tot consultatie voor verdere bespreking.
     - Verwijzing voor aanvullend onderzoek met verwijsbrief.

2. EMD registratie:
   - Tabblad planning: screening borstkanker/colonkanker 'gedaan', geef datum in, frequentie instellen 'neen'
   - Aanmaken item **'resultaat': afwijkend borst/colon** + type afwijking
   - Aanmaken item **'opvolging': huisarts borst** of **verwijzing gynaecoloog borst/ verwijzing colon**

   Na verder onderzoek bij positief resultaat voor borstkanker:
   - Reguliere screening kan verdergezet worden:
     - Bij item 'opvolging': op volgende lijn resultaat in vrije tekst noteren
     - Voeg item 'screening' toe, vervolgens 'borstkanker', bij tabblad planning: gewenste datum ingeven (2 jaar later), frequentie aanvinken (2 jaar), actie item: 'mammografie (screening)'
   - Opvolging door middel van mammografie/echografie wordt aangeraden:
     - Bij item 'opvolging': op volgende lijn resultaat in vrije tekst noteren
     - Voeg item 'actieplan' 'mammografie of echografie', bij tabblad planning: gewenste datum
   - Borstcarcinoom
     - Bij item 'opvolging': op volgende lijn resultaat in vrije tekst noteren
     - Geen nieuwe screening plannen

   Na verder onderzoek bij positief resultaat dikkedarmkanker:
   - Reguliere screening kan verdergezet worden:
     - Bij item 'opvolging': op volgende lijn resultaat in vrije tekst noteren
     - Voeg item 'screening' toe, vervolgens 'colonkanker', bij tabblad planning: gewenste datum ingeven (pas 10 jaar later indien volledig normale coloscopie), frequentie aanvinken (2 jaar), actie item: 'occult bloedverlies'
   - Opvolging door middel van coloscopie wordt aangeraden:
     - Bij item 'opvolging': op volgende lijn resultaat in vrije tekst noteren
     - Voeg item 'actieplan' 'coloscopie', bij tabblad planning: gewenste datum
   - Coloncarcinoom
     - Bij item 'opvolging': op volgende lijn resultaat in vrije tekst noteren
     - Geen nieuwe screening plannen

8.3. Goedgekeurd protocol, gunstig advies van het ethisch comité en goedkeuring amendement



VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

SYSTEMATISCHE REGISTRATIE EN OPVOLGING VAN DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN IN EEN HUISARTSENPRAKTIJK

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: SARA WILLEMS
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 39 84
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: SARA.WILLEMS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: AN DE SUTTER

CO-PROMOTOR

- NAAM: KAATJE VAN ROY
- FUNCTIE: POSTDOCTORAAL MEDEWERKER
- UNIVERSITEIT: GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 06 18
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: KAATJE.VANROY@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: AN DE SUTTER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: KIMBERLY SCHIETTECATTE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0472 485 365
- E-MAIL: KIMBERLEY.SCHIETTECATTE@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: HANS DU GERNIER
- ADRES: HOGE BUIZEMONT 17 9500 GERAARDSBERGEN
- TELEFOONNUMMER: 054 42 23 32
- E-MAIL: HANS.DU.GERNIER@SKYNET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: SOLO PRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

NIET VAN TOEPASSING: DIT MASTERPROJECT SLUIT NIET AAN BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK.

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: START NA GOEDKEURING VAN HET ETHISCH COMITE
- EINDE ONDERZOEK: 31/08/2019

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ☐ VRAGENLIJSTEN
  - ☐ INTERVIEW
- ☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ☐ WELKE PERIODE: ….
- ✓ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ☐ FASE I
    - ☐ FASE II
    - ☐ FASE III
    - ☐ FASE IV
    - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ✓ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ☐ MEDICAL DEVICE
    - ☐ BLOEDAFNAME, RX,…

TOELICHTING: HET ELEKTRONISCH MEDISCH DOSSIER VAN PATIËNTEN DIE IN AANMERKING KOMEN VOOR SCREENING NAAR DIKKEDARMKANKER, BORSTKANKER EN/OF BAARMOEDERHALSKANKER ZAL UP-TO-DATE GEMAAKT WORDEN. NA HET INSTELLEN VAN EEN POP-UP BIJ DE BEOOGDE DOELGROEP, ZULLEN DE GEÏNCLUDEERDE PATIËNTEN DIE OP CONSULTATIE KOMEN TIJDENS DE CONSULTATIE BEVRAAGD WORDEN OVER HUN DEELNAME AAN DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN. DAARNAAST ZULLEN TOEGESTUURDE RESULTAATBRIEVEN SYSTEMATISCH VERWERKT WORDEN IN HET DOSSIER VAN DE BETREFFENDE PATIËNTEN (ZIE HIERONDER). HOEWEL NIET HET HOOFDDOEL VAN DIT PROJECT, ZULLEN PATIËNTEN DIE NOG NIET OF REEDS TE LANG GELEDEN DEELNAMEN AAN DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN HIERVOOR UITGENODIGD WORDEN. HET HOOFDDOEL BLIJFT DE REGISTRATIE EN OPVOLGING OP ZICH.

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

INLEIDING EN ONDERZOEKSVRAAG

IN MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK IS ER OP HEDEN GEEN SYSTEMATISCHE REGISTRATIE EN GESTRUCTUREERDE OPVOLGING VAN PATIËNTEN DIE AL OF NIET DEELNEMEN AAN DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN VOOR BORST-, BAARMOEDERHALS- EN DIKKEDARMKANKER. MET MIJN PROJECT WIL IK HIER VERANDERING IN BRENGEN. ER ZAL ONDERZOCHT WORDEN HOE WE DEELNAME AAN DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN SYSTEMATISCH IN HET EMD (ELEKTRONISCH MEDISCH DOSSIER) KUNNEN REGISTREREN EN HOE WE UNIFORM KUNNEN REAGEREN BIJ EEN POSITIEF RESULTAAT.

METHODE: VOLGENS DE PDCA (PLAN, DO, CHECK, ACT) CYCLUS

PLAN = ACTIEPUNTEN

1. LITERATUURONDERZOEK
   IN DE LITERATUUR WORDT NAGEGAAN HOE DE VERSCHILLENDE BEVOLKINGSONDERZOEKEN GEORGANISEERD WORDEN EN WELKE INITIATIEVEN DE OVERHEID NEEMT OM DEZE KENBAAR TE MAKEN EN TE PROMOTEN. DAARNAAST WORDT OOK DE ROL VAN DE HUISARTS BIJ DE OPVOLGING NAGEGAAN, ALSOOK DE ROL EN DE TE VOLGEN STAPPEN BIJ EEN POSITIEF RESULTAAT.
2. AANMAKEN PROTOCOL 'REGISTRATIE' EN 'POSITIEF RESULTAAT'

DE MOGELIJKHEDEN VOOR REGISTRATIE EN OPVOLGING IN HET EMD WORDEN NAGEGAAN. HEALTH ONE (= EMD) HEEFT EEN SPECIFIEK PREVENTIESJABLOON VOOR ELK VAN DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN. IN DIT SJABLOON KAN WORDEN AANGEGEVEN OF EN WANNEER IEMAND ZICH LIET SCREENEN EN KAN INGESTELD WORDEN WANNEER DE VOLGENDE SCREENING DIENT PLAATS TE VINDEN. HET CONCRETE GEBRUIK VAN DIT PREVENTIESJABLOON WORDT IN EEN PROTOCOL 'REGISTRATIE' EN 'POSITIEF RESULTAAT' SAMENGEVAT TER LEIDRAAD.

3. ACTIEVE BESPREKING OP CONSULTATIE + VERWERKING RESULTAATBRIEVEN
   WANNEER DE PATIËNT OP CONSULTATIE KOMT, ZAL MET HEM/HAAR DEELNAME AAN DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN BESPROKEN WORDEN. DE DEELNAMESTATUS ZAL AAN DE HAND VAN HET PREVENTIESJABLOON VAN HET EMD EN VOLGENS HET PROTOCOL 'REGISTRATIE' GEREGISTREERD WORDEN. WANNEER DE PATIËNT NIET OP CONSULTATIE KOMT, MAAR WIJ VAN HEM/HAAR EEN RESULTAATBRIEF VAN DEELNAME ONTVANGEN ZAL DEZE LAATSTE GEBRUIKT WORDEN TER REGISTRATIE.
4. OPVOLGING VAN DE RESULTATEN
   BIJ EEN POSITIEF (AFWIJKEND) RESULTAAT ZAL HET PROTOCOL 'POSITIEF RESULTAAT' GEVOLGD WORDEN. BIJ EEN NEGATIEF (NORMAAL) RESULTAAT ZAL HET PREVENTIESJABLOON GEÜPDATET WORDEN.

DO = UITVOEREN VAN DE ACTIEPUNTEN

1. DOELPOPULATIE
   - BAARMOEDERHALSKANKER: VROUWEN VAN 25 TOT EN MET 64 JAAR.
     BORSTKANKER: VROUWEN VAN 50 TOT EN MET 69 JAAR.
     DIKKEDARMKANKER: MANNEN EN VROUWEN VAN 55 TOT EN MET 74 JAAR.
     BIJKOMEND INCLUSIECRITERIUM: GLOBAAL MEDISCH DOSSIER IN 2017/2018.
   - REKRUTERING: BIJ HET OP CONSULTATIE KOMEN EN DOOR MIDDEL VAN RESULTAATBRIEVEN
   - HEALTH ONE (EMD) GEEFT DOOR MIDDEL VAN EEN ALERT LIJST AAN VOOR WELKE BEVOLKINGSONDERZOEKEN DE PATIËNT IN AANMERKING KOMT (OP BASIS VAN LEEFTIJD EN GESLACHT). DIT DIENT OP ACTIEF GEZET TE WORDEN.
2. VOLGEN VAN DE PROTOCOLLEN 'REGISTRATIE' EN 'POSITIEF RESULTAAT': 9 MAANDEN.
3. ANALYSEREN: INITIEEL EN TIJDENS/NA HET PROJECT
   SAMEN MET EEN MEDEWERKER VAN HEALTH ONE WORDEN DE MOGELIJKHEDEN VOOR ANALYSE OP HET PATIËNTENBESTAND NAGEGAAN. ANALYSE PER KANKER:
   - HOEVEEL PATIËNTEN UIT DE DOELGROEP KWAMEN OP CONSULTATIE?
   - BIJ HOEVEEL VAN HEN WERD ER EEN PREVENTIESJABLOON AANGEMAAKT (= REGISTRATIE)?
   - VAN DEGENEN DIE WE REGISTREERDEN: HOEVEEL NAMEN DEEL/NAMEN NIET DEEL AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK?
   - HOEVEEL POSITIEVE RESULTATEN WAREN ER GEDURENDE DE STUDIE? WAS ER CORRECTE OPVOLGING?
   - HOEVEEL WERD ER GEREGISTREERD NA ONTVANGST VAN EEN RESULTAATBRIEF?

CHECK = EVALUEREN

1. MAANDELIJKSE ANALYSES. ANALYSE POSITIEF RESULTAAT: DRIEMAANDELIJKS.
2. DRIEMAANDELIJKS OVERLEG TUSSEN HAIO EN PRAKTIJKOPLEIDER OVER HET VERLOOP.
3. OP HET EINDE VAN HET PROJECT ZULLEN ALLE RESULTATEN GEBUNDELD WORDEN.

ACT = EINDREFLECTIE OP HET PROJECT SAMEN MET PRAKTIJKOPLEIDER.

<u>DOEL</u>

IK VERWACHT MET DIT PROJECT EEN EENVOUDIGE EN OVERZICHTELIJKE MANIER TE ZULLEN VINDEN OM DE REGISTRATIE EN OPVOLGING VAN DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN TE OPTIMALISEREN. PATIËNTEN ZULLEN HIERDOOR BETER OPGEVOLGD EN ONDERSTEUND WORDEN, WAT DE KWALITEIT VAN PREVENTIEVE ZORG IN DE PRAKTIJK ZAL DOEN TOENEMEN.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ✓ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST

☐ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN

- NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
- NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN VAN DE UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

✓ JA
☐ NEEN

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

✓ JA
☐ NEEN

TOELICHTING: IN DE DOELGROEP VOOR SCREENING NAAR BAARMOEDERHALSKANKER (25-64J) BEVINDEN ZICH MOGELIJKS VROUWEN DIE ZWANGER ZIJN/KUNNEN WORDEN. ZWANGERE VROUWEN DIE NOG NIET OF TE LANG GELEDEN DEELNAMEN AAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK VOOR BAARMOEDERHALSKANKER ZULLEN HIER TIJDENS HUN ZWANGERSCHAP DOOR ONS NIET VOOR UITGENODIGD WORDEN.

C. AANTAL PROEFPERSONEN: +/- 1100

D. LEEFTIJD : - VROUWEN VAN 25 TOT EN MET 74 JAAR
- MANNEN VAN 55 TOT EN MET 74 JAAR

E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?
- WANNEER ZE OP CONSULTATIE KOMEN
- BIJ HET TOEGESTUURD KRIJGEN VAN EEN RESULTAATBRIEF

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

✓ JA
☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

✓ JA
☐ NEEN

MONDELING :

✓ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
✓ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, …)

☐ JA
✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
✓ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

☐ JA
✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

☐ JA
☐ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

☐ JA
☐ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

✓ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

☐ JA
✓ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

ER IS GEEN FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING TOEGEVOEGD IN BIJLAGE. DEZE STUDIE OMVAT EEN PRAKTIJKPROJECT WAARBIJ VAN DE PATIËNT GEEN ACTIEVE MEDEWERKING WORDT GEVRAAGD. ER DIENEN GEEN VRAGENLIJSTEN INGEVULD TE WORDEN, GEEN BIJKOMENDE ONDERZOEKEN VERRICHT TE WORDEN NOCH EXTRA CONSULTATIES GEPLAND TE WORDEN. WAAR WIJ VOOR WILLEN ZORGEN, IS DAT HET DOSSIER VAN DE PATIËNT UP-TO-DATE IS ZODAT WE HEM/HAAR IN DE TOEKOMST BETER KUNNEN OPVOLGEN. DIT IS EEN HANDELING DIE BEHOORT TOT DE NORMALE, DAGDAGELIJKSE TAKEN VAN EEN GMD-HOUDENDE ARTS. UITEINDELIJK WILLEN WE VOOR DIT ONDERZOEK ENKEL EEN GLOBAAL CIJFER BEKOMEN, NAMELIJK HET AANTAL DOSSIERS DAT OOK WERKELIJK UP-TO-DATE IS. HET LATEN ONDERTEKENEN VAN EEN TOESTEMMINGSFORMULIER ZOU DIT PROJECT OMSLACHTIG EN COMPLEX MAKEN, STERKER NOG: HET ZAL SOMMIGE PATIËNTEN MISSCHIEN AFSCHRIKKEN. DIT WILLEN WE VERMIJDEN. ER ZAL IN DE WACHTZAAL WEL OP EEN GOED ZICHTBARE PLAATS EEN INFORMATIEVE AFFICHE (TOEGEVOEGD IN BIJLAGE) WORDEN OPGEHANGEN DIE HET PROJECT KORT TOELICHT. PATIËNTEN DIE NIET WILLEN DAT DE STATUS VAN HUN DOSSIER (HET AL DAN NIET UP-TO-DATE ZIJN WAT BETREFT DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN) GEBRUIKT WORDT VOOR HET ONDERZOEK, KUNNEN DIT AANGEVEN AAN DE BEHANDELEND ARTS (OPTING-OUT). HET UP-TO-DATE MAKEN VAN HET DOSSIER GEBEURT IN ELK GEVAL DAAR DIT EEN NORMALE EN ZELFS WENSELIJKE HANDELING IS VAN EEN BEHANDELEND ARTS. OM DE ANONIMITEIT VAN DE PATIËNTEN TE GARANDEREN, ZULLEN DE LIJSTEN (HOEVEEL DOSSIERS ZIJN UP-TO-DATE) GETROKKEN WORDEN DOOR DE PRAKTIJKOPLEIDER. HIJ ZAL DE NAMEN VERWIJDEREN ZODAT DE HAIO OP GEANONIMISEERDE LIJSTEN KAN ANALYSEREN. DOOR HET TOEPASSEN VAN DEZE MAATREGELEN ZIJN WE VAN MENING DAT EEN SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING HIER NIET NODIG IS. DIT WERD TEVENS OP 10/4/2018 TELEFONISCH

OVERLEGD MET MEVR. MURIËL FOUQUET.

16. VERZEKERING

VERZEKERING UNIVERSITEIT GENT

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

JA. IN DE PERIODE 2015 – 2016 VOERDEN 2 STUDENTEN HUISARTSGENEESKUNDE EEN GELIJKAARDIG ONDERZOEK UIT. ZIJ ONDERZOCHTEN DE SYSTEMATISCHE REGISTRATIE VAN CERVIXUITSTRIJKJES IN HUN GROEPSPRAKTIJKEN EN MAAKTEN HIERVOOR GEBRUIK VAN HET PREVENTIESJABLOON. ZIJ CONCLUDEERDEN DAT DIT EEN GOEDE EN EENVOUDIGE MANIER VAN REGISTRATIE IS. REGISTRATIE STEEG VAN 9,5% NAAR 55% IN DE ENE PRAKTIJK EN VAN 25,5% NAAR 66% IN DE ANDERE PRAKTIJK. REGELMATIG OVERLEG, POP-UPS EN FLYERS WERDEN ALS HANDIGE HULPMIDDELEN BEVONDEN OM AANDACHT TE BESTEDEN AAN DEZE VORM VAN PREVENTIE, GROOTSTE BARRIÈRE BLEEK TIJD TE ZIJN.

GEZIEN DIT ONDERWERP IN MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK OOK EEN PROBLEEM WAS EN DIT MIJ EEN SUCCESVOL PROJECT LEEK, WOU IK HIER GRAAG OP VERDER WERKEN. EEN AANTAL VERSCHILPUNTEN ZIJN:
- SOLO PRAKTIJK IN PLAATS VAN GROEPSPRAKTIJK
- NIET ENKEL SCREENING BAARMOEDERHALSKANKER, OOK BORST- EN DIKKEDARMKANKER
- DOELGROEP: ALLE PERSONEN DIE IN AANMERKING KOMEN VOOR DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN
- CENTRALE PLAATS VOOR REGISTRATIE IN HET MEDISCH DOSSIER
- UNIFORME OPVOLGING BIJ EEN POSITIEF RESULTAAT

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

✓ JA
☐ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

✓ JA
☐ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

☐ JA
✓ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

✓ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
☐ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

☐ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

GEEN

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

☐ JA
✓ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? …

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

☐ JA
☐ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

☐ JA
☐ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? …

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

IN DE PRAKTIJK IS ER OP DIT MOMENT GEEN METHODE VOOR HET SYSTEMATISCH REGISTREREN VAN DEELNAME AAN DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN. DIT WORDT OOK NIET ACTIEF BESPROKEN MET PATIËNTEN, NOCH SYSTEMATISCH OPGEVOLGD. DOOR EEN REGISTRATIE- EN OPVOLGINGSMETHODE UIT TE WERKEN EN DEZE TOE TE PASSEN NA ACTIEVE BEVRAGEN/BESPREKING MET DE PATIËNT WANNEER DEZE OP CONSULTATIE KOMT, ZULLEN WE:

- EEN DUIDELIJK ZICHT KRIJGEN OP DEELNAME (PARTICIPATIEGRAAD)
- DEELNAME AAN DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN KUNNEN BEVORDEREN
- PATIËNTEN MEER BEWUST KUNNEN MAKEN OVER DEZE BEVOLKINGSONDERZOEKEN
- PATIËNTEN IN DE TOEKOMST BETER KUNNEN OPVOLGEN
- PATIËNTEN BETER KUNNEN ONDERSTEUNEN.

DIT ALLES HEEFT ALS ULTIEME DOEL DE PREVENTIEVE ZORG IN DE PRAKTIJK TE VERBETEREN. WE LATEN DIT DEEL PREVENTIE NIET LOUTER AAN DE PATIËNT OVER, MAAR BEKIJKEN DIT SAMEN MET HEM/HAAR.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA
✓ NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA

WELKE ? …

☐ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

☐ JA
☐ NEEN

NIET VAN TOEPASSING GEZIEN DE INTERVENTIE HIER GEEN NIEUWE SUBSTANTIE OMVAT.

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES: NIET VAN TOEPASSING

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN: NIET VAN TOEPASSING

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES: NIET VAN TOEPASSING

D. BLOEDAFNAMEN : NIET VAN TOEPASSING

E. WEEFSELAFNAME : NIET VAN TOEPASSING

F. ANDERE :
- BEVRAGEN DEELNAME AAN DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN OP CONSULTATIE EN DIT REGISTREREN IN HET DOSSIER
- VERWERKEN (REGISTREREN) VAN TOEGESTUURDE RESULTAATBRIEVEN NA DEELNAME
- OPVOLGEN VAN EEN POSITIEF RESULTAAT: PATIËNT CONTACTEREN, DOORVERWIJZEN, REGISTRATIE IN HET DOSSIER
- GEVEN VAN MONDELINGE INFORMATIE ROND DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN
- MEEGEVEN VAN BESTAANDE FOLDER VAN DE BEVOLKINGSONDERZOEKEN (CVKO)

-> FREQUENTIE: EENMALIG, NAMELIJK WANNEER PATIËNT OP CONSULTATIE KOMT
-> GEDURENDE WELKE TIJD: GEDURENDE DE VOLLEDIGE TIJDSDUUR VAN DE STUDIE

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

✓ NIET VAN TOEPASSING
☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

☐ ERELOON:
☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT, VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 16/04/2018
NAAM : Kimberly Schiettecatte
HANDTEKENING :
Kimberly Schiettecatte

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 16/04/2018
NAAM : HANS DE GERNIER
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 16/04/2018
NAAM :
HANDTEKENING : Prof. dr Sara Willems

CO-PROMOTOR

DATUM : 16/04/2018
NAAM :
HANDTEKENING : Karl Van Roy

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 17.04.2018
NAAM :
HANDTEKENING :
A. De Sutter

Affiche voor in de Wachtzaal

TITEL : Systematische registratie en opvolging van de bevolkingsonderzoeken in een huisartsenpraktijk

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van de master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde van Dr. Kimberly Schiettecatte doen we in de praktijk een project rond de opvolging van de verschillende bevolkingsonderzoeken naar borst-, baarmoederhals- en dikkedarmkanker. Dit project loopt in de periode van mei 2018 tot en met maart 2019, onder toezicht van de Universiteit Gent.

In dit project trachten we een goede manier te vinden om uw deelname aan de bevolkingsonderzoeken, alsook het resultaat hiervan, op een overzichtelijke manier te noteren in uw medisch dossier. We werken eveneens een richtlijn uit waarmee we u op een gepaste manier kunnen opvolgen in de toekomst, zowel bij een goed, als bij een minder goed resultaat. Door dit project hopen wij een beter zicht te hebben op uw deelname aan de bevolkingsonderzoeken, u hier indien nodig meer informatie over te verlenen en u in de toekomst beter te kunnen opvolgen (d.m.v. een herinnering, een verwijzing,…). Het uiteindelijke doel is dan ook om de kwaliteit van preventieve zorg, wat betreft screening naar kanker, te optimaliseren.

Indien u in aanmerking komt voor de bevolkingsonderzoeken, zal de arts u enkele vragen stellen in verband met uw deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar borst-, baarmoederhals- en dikkedarmkanker. U zal, indien u dit wenst, ook meer uitleg krijgen over wat deze inhouden. Vervolgens zal dit genoteerd worden in uw dossier. Op het einde van dit project zal worden nagegaan hoeveel dossiers up-to-date zijn wat betreft de screeningsonderzoeken. Indien u wenst dat de status van uw dossier (up-to-date of niet) niet gebruikt wordt in het onderzoek, kan u dit melden aan uw behandelend arts. Dit zal geen enkele invloed hebben op uw verdere behandeling of relatie met uw huisarts.

Al uw gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt. Als de resultaten van dit project gepubliceerd worden, is uw anonimiteit dus verzekerd.

Indien u liever niet wil dat wij uw gegevens omtrent de bevolkingsonderzoeken gebruiken ter analyse mag u dit tijdens de consultatie aangeven.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit project kunt u contact opnemen met Dr. Hans Du Gernier of Dr. Kimberly Schiettecatte.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en bedanken u alvast!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Hans Du Gernier en Dr. Kimberly Schiettecatte

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Sara WILLEMS
Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0461		14-mei-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:

Systematische registratie en opvolging van de bevolkingsonderzoeken in een huisartsenpraktrijk (MaNaMa Kimberly Schiettecatte)

Belgisch Registratienummer: B670201836320

* Antwoord onderzoekers
  via mail dr. K. Schiettecatte ontv. dd. 23/04/2018 op opmerkingen EC dd. 21/03/2018
* Begeleidende brief dr. K. Schiettecatte dd. 16/04/2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 16/04/2018
* Affiche voor in de wachtzaal (versie 2) dd. 16/04/2018

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 27/04/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 27/04/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 27/04/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 27/04/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/05/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/05/2018

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. **Mathys**

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davina Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 76
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. S. WILLEMS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. Sara WILLEMS
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Ann Haenebalcke Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 22 66	Ethisch.comite@uzgent.be ann.haenebalcke@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0461		19-okt-18	1/1

Betreft :

Advies Amendement voor studie met als titel :
Systematische registratie en opvolging van de bevolkingsonderzoeken in een huisartsenpraktijk (MaNaMa Kimberly Schiettecatte)

Eudractnummer : B670201836320

Geachte Collega,

Wij ontvingen uw aanvraag op 25/09/2018 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie. Het betreft:

* Amendement
  uitbreiding van proefpersonen

Dit/deze document(en) werd(en) met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité 2/10/2018.
Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 16/10/2018.
Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Indien de informatie in dit (deze) document(en) relevant is voor de deelnemer aan het onderzoek dient het in die zin opgenomen te worden in een nieuw informatie en - toestemmingsformulier. In dit geval en zo wij hiervan nog niet in het bezit zijn, kregen wij hiervan graag een kopie.

Met collegiale groeten,

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter EC Gent

cc. FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
UZ Gent - Bimetra Clinics

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 89
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522