Rol van de huisarts bij participatie van vrouwen in de borstkankerscreening

Flutur Shala

Promotor: Prof. Dr. Guido Van Hal - UA

Co-promotor: Dr. Andreakos Venetia (praktijkopleider)

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Samenvatting

Doel: Het doel van dit onderzoek is de optimalisering van de participatie aan borstkankerscreening in de huisartspraktijk door gericht na te gaan in welke mate de Nederlandstalige huisartsen in Vlaanderen actief meewerken aan de sensibilisatie van de doelgroep (vrouwen tussen 50 - 69 jaar) voor de opsporing van borstkanker via screeningsmammografie.

Methode:

1° In het eerste deel werd een online vragenlijst gebruikt, waarin de attitude , kennis en visie van huisartsen t.o.v. borstkankerproblematiek bij hun patiënten werd geëvalueerd en hun visie t.o.v. screening naar borstkanker. 96 Nederlandstalige huisartsen die in april 2012 aangesloten waren bij de Huisartsenwachtpost Antwerpen –Zuid (regio Hoboken, Kiel en Wilrijk) kwamen in aanmerking voor ons onderzoek. Ook basisartsen in hun vervolg opleiding huisarts - geneeskunde werden opgenomen, op voorwaarde dat ze werkzaam waren in een huisartsenpraktijk.

2° Het tweede deel, van het praktijkproject bestaat uit een studiepopulatie van 522 vrouwelijke patiënten (van 50- 69 jaar), met of zonder borstpathologie, symptomen of risicofactoren.

Uit CBO (Centrum voor Borstkankeropsporing) werd een eerste selectielijst van (N=311) non-participanten gemaakt. In onze praktijk werden uit deze selectielijst nog participanten uitgesloten die een opportunistische screening (via 1ste spoor) hadden ondergaan of tijdens de raadpleging bij het invullen van het GMD + werden gemotiveerd voor borstkankerscreening en toen een aanvraag voor screening werd meegegeven. Naar 146 non-participanten werden uiteindelijk uit onze huisartsenpraktijk herinneringsbrieven voor screeningsmammografie verstuurd.Dit werd verstuurd samen met uitnodigingsbrieven, een informatieve tekst over doel van het onderzoek, de Folder van borstkankerscreening van het Vlaamse bevolkingsonderzoek werd als sensibiliseringsmateriaal naar de doelgroep verstuurd.

Resultaten: Van de vragenlijst verzonden naar 96 huisartsen werd een beperkte respons van 30 deelnemers getoond. De respons op de herinnerings-brieven was 23 patiënten, de recent verhuisde 2 patiënten werden als inactief beschouwd en 19 patiënten bleken toch een mammografie via 1ste spoor te hebben ondergaan, waarvan wij via Medibridge nooit verslagen hebben ontvangen. Vanuit ons onderzoek blijkt dat in totaal 102 non-participanten van de initiële doelgroep van 522 vrouwen geen screeningsmammografie hebben ondergaan. Dus bij 80,45 % (N= 420) vrouwen in doelgroep werd motivatie en sensibilisatie voor screeningsmammografie bereikt.

Conclusie: Aan de hand van de resultaten van onze bevraging durven we te stellen dat we hebben aangetoond dat huisartsen zich voldoende bekwaam voelen tot het motiveren en sensibiliseren van de doelgroep voor vroegtijdige opsporing van borstkanker via screeningsmammografie. Het onderzoek toonde aan dat een persoonlijke uitnodiging via de huisarts deelname aan screeningsmammografie van vrouwen uit de doelgroep kan verhogen.

E-mail: Flutur.Shala@student.kuleuven.be ICPC-code: A97.01 Preventief onderzoek/consult.

Inhoudstabel

1. Inleiding 4

1.1 Voorwoord en keuze van het thema……..4
1.2 Onderzoeksvraag.....……..... 5

2. Literatuuroverzicht…….. 5

2.1.Begrippen en definities……..... 6

- Screening…….....6
- Non-responders ……..6
- Call-recall ……7

2.2 Incidentie en mortaliteit van borstkanker in België en vergelijking met buitenland……..... 7

2.3 Doelstelling……..... 8

2.4 Doelgroep- bij wie een screening wordt aanbevolen……..... 9

2.5 Dilemma's bij screeningsmammografie…… 11

- Screening aanbevolen voor vrouwen buiten de doelgroep? 11

2.6 Probleemstelling……..... 14

- Vals-positieve en vals-negatieve resultaten……... 14
- Laattijdige presentatie met borstklachten……...15

2.7 Conclusie literatuurstudie…….....16

3. Materiaal en methodologie……....17

3.1 Eerste deel van het onderzoek: enquête- vragenlijst ……. 17

- Deelnemers…… 17
- Resultaten vragenlijst ……....17

3.2 Tweede deel van het praktijkproject……20

- Selectie van de doelpopulatie en versturen van de uitnodigingen ……20
- Verdere opvolging……21

4. Resultaten.. ……22.

- Aantal deelnemers……..22
- Vergelijking met buitenlands onderzoek……24

5.Discussie……..25

- Bespreking van de enquête uitkomsten……...25
- Bespreking van de herinneringsbrieven uitkomsten……26

6. Besluit……27

7. Evaluatie en Dankwoord……28

8. Referenties……29

9. Bijlage…….. 32

1. Inleiding

1.1 Voorwoord en keuze van het thema

Borstkanker is de meest frequente kanker bij de vrouw. Nochtans gaat het om één van de zeldzame kankers waarvan de sterfte door vroegtijdige opsporing kan verminderd worden. Het screeningsprogramma voor borstkanker startte in juni 2001 in Vlaanderen en in juni 2002 in Brussel en Wallonië.[1-3] Met het bevolkingsonderzoek naar borstkanker kunnen alle vrouwen in Vlaanderen van 50 tot en met 69 jaar zich om de twee jaar gratis laten onderzoeken op borstkanker. Over het nut en de betrouwbaarheid van screening vanaf 50 jaar bestaat geen twijfel. Borstkankerscreening vanaf 50 jaar is in overeenstemming met de Europese aanbevelingen voor borstkankeropsporing. Volgens de Europese aanbevelingen bedraagt de 'gewenste' deelnamegraad meer dan 75%. De doelstelling (daling van de borstkanker mortaliteit) is enkel haalbaar bij een hoge participatiegraad van de doelgroep gedurende vele jaren. Het blijft dus heel belangrijk dat zo veel mogelijk vrouwen vanaf 50 deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker.[1-3,6-8,13.]

De deelnamecijfers van 2002 tot 2007, verdeeld over drie periodes van 2 jaar, tonen een duidelijke toename.[2,3] De deelname van vrouwen van 50 tot en met 69 jaar aan het bevolkingsonderzoek is nog niet optimaal.[1-3] Onderzoeken wijzen uit dat door screening de sterfte aan borstkanker zal verminderen indien er een participatiegraad van meer dan 75% wordt bereikt.[1,3,12,16] In een huisartsenpraktijk maken vrouwen ouder dan 50 jaar een steeds groter en belangrijker deel uit van de populatie. Voor bepaalde vrouwen is de huisarts het enige contact met de medische wereld. Het idee voor dit project is ontstaan uit een zekere mate van ontevredenheid over de huidige aanpak door de huisarts betreft participatie van vrouwen in de borstkankerscreening. Daarom werd dit onderzoek uitgevoerd, en formuleerden we volgende onderzoeksvraag:

1.2. Concrete onderzoeksvraag

Hoe kan sensibilisatie aan vroegtijdig opsporing van borstkanker via screeningsmammografie bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar door de huisarts verbeterd worden en een participatie graad van meer dan 75% bij de doelgroep bereikt worden?

2. Literatuuroverzicht

Om een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag, in eerste instantie hebben we de bestaande quaternaire bronnen geraadpleegd. Ik startte mijn literatuurzoektocht over Borstkankerscreening bij de bestaande richtlijnen en aanbeveling van de Vlaamse huisartsenvereniging Domus Medica [1], het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg KCE[2] en Platform kwaliteitspromotie individuele feedback november 2009.[3] Dit is immers huisartsrelevante, reeds bij elkaar gezochte wetenschappelijk onderbouwde informatie die gemakkelijk en snel beschikbaar is. Vervolgens in de literatuur werd op Medline (Pubmed) gezocht. Zoekactie "Mammography screening"(Mesh) AND "Family physician"(Mesh). Breast neoplasms screening (Mesh) AND General practice (Mesh). Er werd actief gezocht naar reviews, clinical trials, cross-sectionele analyses, practice guidelines, randomized controlled trials. Via zoekfilter voor systematisch review werden slechts 7 relevante systematische review teruggevonden (96). Enkel artikels gepubliceerd vanaf het jaar 2000 werden in de selectie opgenomen. Niet-Engelstalige artikels werden niet weerhouden. Aan de hand van de zoekresultaten verkregen uit deze databanken werden van de meest relevante abstracts 25 volledige artikelen opgevraagd. Het was niet de bedoeling om in het kader van dit onderzoek een systematisch literatuuronderzoek uit te voeren, echter wel om aan de hand van relevante publicaties inzicht te krijgen op actuele visie van borstkankerscreening, probleemstelling, dilemma's bij screeningsmammografie en de rol van (huis)artsen, betreffende participatie van vrouwen in de borstkankerscreening, waar ook ter wereld.

2.1. Begrippen en definities

2.1.1. *Screening*

Screening komt van het Engelse woord 'to screen'. Dit betekent eigenlijk 'zeven' of 'ziften'. Wanneer we spreken van een *screeningsmammografie*, bedoelen we een mammografie uitgevoerd in het kader van het Vlaams programma voor vroegtijdige borstkankeropsporing. Een *diagnostische mammografie* zou in principe enkel mogen worden voorgeschreven en uitgevoerd na een specifieke klacht van de vrouw of naar aanleiding van bepaalde risicofactoren zoals familiale of persoonlijke antecedenten.

Ons land kent twee soorten screening: systematisch bevolkingsonderzoek en opportunistische screening. De term systematische screening wordt gebruikt voor systematisch bevolkingsonderzoek en komt overeen met een programma dat beantwoordt aan criteria opgesteld door de Europese Commissie, 2001.[2]

- organisatie van een screeningsprogramma op regionale of nationale schaal
- definitie van een doelbevolking en screening interval
- definitie van de kwaliteitscriteria van het programma
- bestaan van een structuur verantwoordelijk voor kwaliteit en evaluatie van het programma
- monitoring van het programma en registratie van de kankerincidentie.

De opportunistische screening gebeurt na voorstel van de arts aan de patiënt of na aanvraag van de patiënt aan de arts. Vaak gebeurt dit in de context van een consultatie om een andere reden.

2.1.2. *Non-responders*

De non-responders zijn de personen die niet ingaan op een schriftelijke uitnodiging en om zich te laten screenen bij campagnes.

2.1.3. *Call-recall*

Een call-recallsysteem is een schriftelijke uitnodiging van vrouwen rekening houdend met de screeningsresultaten van de laatste jaren. Het programma start met een oproep (call) waarbij alle vrouwen van de doelgroep worden uitgenodigd. In de tweede fase worden enkel de vrouwen opgeroepen van wie men geen gegevens heeft of ze gescreend zijn (re-call).

2.2. Incidentie en mortaliteit van borstkanker in België en vergelijking met buitenland.

Borstkanker is een belangrijk gezondheidsprobleem. In België wordt bij één vrouw op negen borstkanker gediagnosticeerd voor de leeftijd van 75 jaar.[1] Borstkanker is hierdoor de frequentste kanker, goed voor 35,5% van alle tumoren bij vrouwen. Borstkanker is de belangrijkste doodsoorzaak bij vrouwen onder de leeftijd van 70 jaar en is verantwoordelijk voor een kwart van de verloren levensjaren door kanker. 11,9% van alle verloren potentiële levensjaren is aan borstkanker te wijten.[1] In 2010 waren er naar schatting 23 200 nieuwe gevallen van borstkanker bij vrouwen van alle leeftijden in Canada.[7] Borstkanker is de tweede meest voorkomende oorzaak van kanker-gerelateerde sterfte in Australische en Canadese vrouwen.[7,8] In 2007 overleden 2.680 Australische vrouwen aan borstkanker. Het lifetime risico van Australische vrouwen om borstkanker te ontwikkelen voor de leeftijd van 75 jaar is een op 11. Het National Cancer Institute Surveillance, Epidemiology, en End Results programma stellen op basis van borstkanker statistieken vanaf 2001 tot en met 2003, dat 12,7% van de vrouwen geboren in de Verenigde Staten borstkanker zullen ontwikkelen tijdens hun leven. Dit gemiddelde risico van rond de 12% wordt vaak uitgedrukt als "1 op 8 ', terwijl de kans dat een vrouw nooit borstkanker zal hebben 87,3% is of "7 op 8" vrouwen.[13]

2.3. Doelstelling

De effectiviteit van een screeningsprogramma is een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor het implementeren van een programma georganiseerd en bekostigd door de overheid. De mate van effectiviteit op populatieniveau hangt sterk af van de deelnamegraad De specifieke objectieven hierbij zijn: de optimalisering van de doelgroep participatie aan borstkankerscreening. Wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van screening, maar ook voor de ongewenste effecten, komt bij voorkeur uit gerandomiseerde studies. Een groot aantal trials voor screening op borstkanker met behulp van mammografie hebben plaatsgevonden in de jaren ‘70 en ‘80 van de vorige eeuw. De gecombineerde resultaten van deze trials laten een verlaging van de borstkankersterfte zien van ongeveer 25%.[1-3,4,12,16]

In een review in Nederland in het jaar 2011 werd het belang van bevolkingsonderzoeken en de rol van de huisarts in screeningsuitkomsten besproken.[4] Bij de mammascreening zullen van de 1000 gescreende vrouwen, 14 via de huisarts naar het ziekenhuis worden verwezen voor nadere diagnostiek. Bij vijf van de 14 zal kanker worden vastgesteld, bij negen niet. Een gemiddelde huisartspraktijk krijgt te maken met drie positieve screeningsadviezen per jaar in verband met mammacarcinoom, waarvan een kanker zal zijn.

Verder in de literatuur is in het grotendeel van de bestudeerde artikels de rol van huisartsen bij het bevorderen van primaire preventie van ziekten als bijzonder belangrijk beschreven, gezien het feit dat zij veelvuldig contact met een groot deel van de bevolking hebben.[1,4,7-10, 12-14,18,22,23,25] In een retrospectieve cohort studie in 2012 in Florida (US) Surveillance Epidemiology End Results (SEER)-Medicare werden het totale aantal raadplegingen aan huisartsen en niet-huisartsenpraktijk van 105.105 vrouwelijke patiënten gedurende de jaren

1994-2005 en in een periode van 24 maanden vóór de diagnose van kanker geëvalueerd om de associatie tussen de eerste lijn en borstkanker uitkomsten te verkennen.[25] Alle raadplegingen

aan de huisartsenpraktijk werden met vroegtijdig diagnostiek (met inbegrip van groter gebruik van mammografie) met betere uitkomsten van borstkanker en daling van de algemene mortaliteit geassocieerd. Vrouwen met meer dan 10 bezoeken bij huisarts, hadden 50% minder kans op borstkanker in een laat stadium gediagnosticeerd, 41% minder kans op borstkankersterfte en 27% lagere risico op totale mortaliteit, ten opzichte van vrouwen met 0 tot één bezoek bij huisartsenpraktijk. Hierbij suggereren zij dat een adequate medische zorg in eerste lijn een belangrijke factor kan zijn bij het bereiken van optimale borstkanker uitkomsten.[25]

2.4. Doelgroep- bij wie een screening wordt aanbevolen.

De effectiviteit van screeningsmammografie om de twee jaar voor vrouwen in de leeftijd van 50 tot 69 jaar voor vroegtijdige borstkanker opsporing, en verminderde sterfte aan borstkanker voor deze leeftijd wordt wereldwijd algemeen aanvaard.[1-3,6,7, 12,17,18,22.]

Bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar heeft de screeningsmammografie haar doeltreffendheid bewezen met een 25 tot 30% sterftedaling voor borstkanker op bevolkingsniveau.[1-,3]

“Europe Against Cancer” raadt een 2-jaarlijkse screeningsmammografie aan bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar. Via de screeningsmammografie wordt bij vrouwen zonder klachten nagegaan of er afwijkingen aanwezig zijn die verder onderzoek rechtvaardigen.

Een screeningsmammografie is dus geen diagnostisch onderzoek. Daarenboven is de mammografie niet 100% betrouwbaar. De participatie van vrouwen aan het opsporings-programma is dus een prioritair aandachtspunt. Vrouwen van 50 tot en met 69 jaar zonder klachten kunnen op twee manieren deelnemen aan de georganiseerde borstkankeropsporing.

Ofwel schrijft hun vertrouwensarts een screeningsmammografie voor in een erkende mammografische eenheid (1ste spoor). Ofwel ontvangt de vrouw, die nog niet door een arts werd doorverwezen, van het CBO-Regionale centrum voor borstkankeropsporing een schriftelijke uitnodiging om zich naar een erkende radiologische eenheid te begeven (2de spoor).[1,3]

In de literatuur vinden we bij verscheidene studies grote verschillen wat betreft de leeftijdsgroep bij wie een screening wordt aanbevolen. In een Cross-sectionele analyse van S.Yasmeen et al, tussen juni en december 2009 in Sacramento, California (US) werd de perceptie en de invloed van de klinische praktijkrichtlijnen voor screeningsmammografie bij 11,922 zorgverleners (algemeen internisten, huisartsen, en verloskundigen en gynaecologen) met behulp van een web-based enquête geëvalueerd.[6] De respons was 5,7% (N=684), waarvan 271 huisartsen (41%), 232 algemene internisten (36%), 150 verloskundige-gynaecoloog (23%) en 31 anderen (0,2%). In deze cross-sectionele studie geloofden de meeste zorgverleners in de effectiviteit van mammografie voor het verminderen van borstkankersterfte voor vrouwen tussen de 50 en 69 jaar, zonder verschil tussen de zorgverleners. In vergelijking met internisten en huisartsen, beschouwden gynaecologen screeningsmammografie meer effectief in het verminderen van borstkanker-sterfte bij vrouwen in de leeftijd 40-49 jaar Echter, 94% van de gynaecologen "raden altijd " screeningsmammografie aan bij jongere (40 tot 49 jaar oud) en 86% bij oudere (70 jaar en ouder) vrouwen ten opzichte van 81% en 67% voor internisten en 84% en 59% voor huisartsen.

2.5. Dilemma's bij screeningsmammografie.

2.5.1 Screening aanbevolen voor vrouwen buiten de doelgroep?

Vroege opsporing van borstkanker bij vrouwen verbetert niet alleen de overlevingskansen, maar leidt ook tot minder invasief beleid. Beleid en praktijk over screening bij vrouwen in de leeftijd 40-49 jaar varieert van land tot land, geen enkele studie van hoge kwaliteit kan aantonen dat borstkankerscreening van vrouwen op deze leeftijd voordelig is. [1-3,22,17.]

De nadelen van borstkankerscreening van deze jongere groep zijn groter. Vrouwen in deze leeftijdscategorie worden in de praktijk geregeld gescreend, zonder dat dit is opgenomen in een officieel screeningsprogramma. Er is weinig bekend over het percentage van artsen die borstkanker-screening voor jongere vrouwen niet aanbevelen.[5,7] In 2011 werd een cross-sectionele analyse gemaakt op gegevens van 2008 bij (n=505) asymptomatische 35 jarige vrouwen, die zich aanboden voor een jaarlijkse gezondheid controle.[5] Dit onderzoek in de Verenigde Staten, omvatte 1546 enquêtes verstuurd naar huisartsen, algemene internisten en verloskundige gynaecologen. In dit onderzoek zijn er meer artsen die borstkankerscreening bij jonge vrouwen aanbieden (75,3%) dan in andere studies (30% -47%). De meerderheid van de artsen (75.3%) rapporteerden het aanbieden van een of andere vorm van borstkanker-screening bij een asymptomatische 35 jarige vrouw.

In een Review uit 2007, adviseert US Preventive Task Force (USPSTF) mammografie voor alle vrouwen in een goede gezondheid en de leeftijd van 40 jaar en ouder, maar artsen dienen te overwegen dat de sensitiviteit lager is voor jongere vrouwen.[24] Digitale mammografie is iets gevoeliger bij jongere vrouwen en vrouwen met dicht borstweefsel, maar echt duidelijke uitkomsten in de literatuur ontbreken. Hoewel magnetische resonantie beeldvorming zeer belovend is als screenings instrument bij vrouwen met een verhoogd risico, is het op dit moment vanwege de hoge fout- positieve resultaten en hoge kosten niet aanbevolen als

algemene screening. De American Cancer Society beveelt jaarlijkse magnetische resonantie beeldvorming als toevoeging aan screenings-mammografie aan bij vrouwen uit hoge risicogroepen in de leeftijd van 30 jaar en ouder.[24]

Borstkanker komt minder vaak voor, maar meer agressief bij vrouwen van 50 jaar en jonger. Studies tonen aan dat vrouwen van 70 jaar en ouder, vaker worden gediagnosticeerd in een vergevorderd stadium van borstkanker in vergelijking met jongere vrouwen.[7,22] Momenteel zijn er geen klinische studies die aantonen dat een systematische borstkankerscreening boven de leeftijd van 69 jaar nog doeltreffend is. Op hogere leeftijd spelen de lagere levensverwachting en de comorbiditeiten een belangrijke rol in deze beslissing, want de gunstige effecten van screening tonen zich pas na tien jaar. Gezien de hoge levensverwachting van vrouwen wordt vaak een bovenste leeftijdsgrens van 74 jaar voorgesteld voor een vrouw zonder ernstige comorbiditeit.[3,7] Borstkanker screenings-programma's in Canada bij vrouwen in de leeftijd van 50 tot 69 jaar creëren verwarring met betrekking tot opportunistische screening van niet-gerichte groepen.[7] Bij opportunistische screening in 2010 in Québec waren er naar schatting 23.200 nieuwe gevallen van borstkanker bij vrouwen van alle leeftijden, 4.450 daarvan waren bij vrouwen jonger dan 50 jaar oud en 6.600 bij vrouwen van 70 jaar en ouder. Hierbij werd de nadruk gelegd op systematische borstkankerscreening voor vrouwen van 50 tot 69 jaar, maar opportunistische screening voor vrouwen bij wie screening eigenlijk niet geïndiceerd is, werd als belangrijk gezien en moest verbeterd worden. Om de determinanten en het voorschrijfgedrag voor mammografie in de artsenpraktijk na te gaan bij opportunistische screening op borstkanker bij vrouwen van 35 tot 49 jaar en ouder dan 70 jaar werd in 2009 een schriftelijke enquête naar 1400 huisartsen werkzaam in Québec verstuurd. Er werd een respons van 36% bekomen. Voor vrouwen van 35 tot 49 jaar oud meldden meer dan 80% van de artsen een adequaat gebruik van de praktijkrichtlijnen. Ondanks dat

borstzelfonderzoek voor vrouwen zonder verhoogd familiaal risico niet wordt aanbevolen, blijven 38% van de artsen hier wel instructies voor geven. Deze resultaten zijn niet verwonderlijk, omdat sommige artsen tegenstrijdige informatie rapporteren uit de literatuur, betreffende instructies voor borstzelfonderzoek. Bovendien verwijzen slechts 54% van de artsen, vrouwen met verhoogd familiaal risico voor genetische counseling, hoewel het wel wordt aanbevolen. Bij vrouwen ouder dan 70 jaar met een goede levensverwachting schreven slechts 50% van de artsen screeningmammografie voor. Dit resultaat is niet verrassend, omdat de aanbevelingen met betrekking tot de leeftijdsgrens elkaar tegenspreken. Dit wordt verder in tabel 1 weergegeven;

Aanbevelingen leeftijdsgrenzen borstkankerscreening

- De VS Preventieve Services Task Force in 2009 beveelt: mammografie aan voor vrouwen van 50 tot 74 jaar, terwijl de Canadese aanbeveling van toepassing is op vrouwen in de leeftijd van 50 tot 69 jaar.
- De American Geriatrics Society Clinical Practice Commissie in 2005: beveelt screenings-mammografie aan tot de leeftijd van 85 jaar, op basis van gezondheidstoestand.
- De National Comprehensive Cancer Network in 2009 werkt niet met bovenste leeftijdsgrens, maar pleit ervoor dat screening begint op de leeftijd van 40 jaar.
- Op dit moment zijn er geen gestandaardiseerde criteria voor genetische screening

Tab1. N. Kadaoui et al. Breast cancer screening practices for women aged 35 to 49 and 70 and older. Can Fam Physician 2012;58:47-53 [7]

Er werd geadviseerd voor de volksgezondheid betere maatregelen te treffen. Ter verbetering van de praktijken diende de focus op arts attitudes en vaardigheden liggen, tevens moesten aanbevelingen tot de borstkankerscreening duidelijk zijn. [6,7]

2.6. Probleemstelling

2.6.1. Vals-positieve en vals-negatieve resultaten

Huisartsen hebben de taak, vrouwen die aan een mammografische screening participeren, te informeren dat deze screeningstest kan leiden tot vals-positieve en vals-negatieve resultaten en patiënten moeten alert blijven voor de mogelijkheid dat borstkanker optreedt bij vrouwen met normale screeningsresultaten en de nodige stappen zetten voor een aangepaste diagnostiek bij het optreden van klachten of afwijkingen.[1,3,8] De sensitiviteit van een screeningsmammografie is minder dan 75%.[20] Deze vals-negatieve screeningsresultaten betekenen eveneens een risico op een laattijdige diagnose van borstkanker. Vrouwen die door het screeningsonderzoek zijn gerustgesteld, lopen het risico een bezoek aan de arts uit te stellen bij het verschijnen van de klassieke waarschuwingstekens zoals een knobbeltje in de borst, tepelvochtverlies, tepelretractie enzovoort. De sensitiviteit van een mammografie neemt duidelijk toe met de leeftijd van de populatie die wordt gescreend.[1]De specificiteit van screeningsmammografie varieert naargelang de studie en de screeningsronde tussen 88% en 95%.[20] De vals-positieve resultaten kunnen een belangrijke angstinductie geven bij gezonde vrouwen. Bovendien bestaat het risico dat vrouwen die met een vals-positieve mammografie geconfronteerd werden, het vertrouwen verliezen in de screening en niet langer participeren aan volgende screeningsrondes. Om dit te vermijden bespreekt de huisarts deze risico's het best vóór hij de verwijsbrief voor screening schrijft.[1] Gedurende een periode van 20 jaar (1986-2006) in de regionale stad van Coffs Harbour, New South Wales, Australia werden de gegevens van diagnose van borstkanker bij de vrouwelijke patiënten van een huisarts onderzocht. Ondanks de invoering van de Borstkanker screenings-programma in 1995, werden nog 30 nieuwe gevallen van borstkanker via de huisarts gediagnosticeerd, 87% in het 'vroege' stadium. 57% van de patiënten waren buiten de doelgroep leeftijd van 50 tot 69 jaar.

In 33% van de gevallen kwamen vals-negatieve resultaten voor, de gemiddelde tijd tussen symptomen en raadpleging bij de huisarts was 84 dagen en de gemiddelde tijd tussen de eerste presentatie tot de uiteindelijke diagnose was 54 dagen. De diagnose van borstkanker in deze studie is niet frequent, en voorafgaande fout-negatieve resultaten waren niet ongewoon. Tevens bij vrouwen, bij wie screening niet geïndiceerd is, die buiten de doelgroep vallen (leeftijd van 50 tot 69 jaar), is behoefte naar het constant bewustzijn van de mogelijkheid van borstkanker.[8,11] Patiënten met borstklachten moeten aangemoedigd worden om zich vroeg te presenteren, en de naleving van de aanbeveling van de 'triple test' van klinisch borstonderzoek, beeldvorming en biopsie voor symptomatische vrouwen is bijzonder belangrijk om het risico van laattijdig diagnose te vermijden.[8]

2.6.2. Laattijdige presentatie met borstklachten.

Ondanks uitgebreide maatregelen om de vroegtijdige opsporing van borstkanker te bevorderen, blijkt uit een prospectieve kwalitatieve studie in Women's College Hospital, van de universiteit van Toronto in 2011, dat naar schatting 20% -30% van de vrouwen tenminste 3 maanden zouden hebben gewacht voordat ze hulp voor hun borstklachten zochten. Vrouwen met een laattijdige presentatie van klachten hadden vaak grotere tumoren en een slechtere prognose op lange termijn. In dit kwalitatief onderzoek werden factoren van laattijdige presentatie bij de huisarts onderzocht. Bij de meeste vrouwen met laattijdige borstkanker symptomen werden geen klassieke symptomen zoals solitaire pijnloze knobbeltjes in de borst gevonden, zij waren niet bewust van andere borstkanker symptomen zoals tepelveranderingen, tepelvochtverlies, tepelintrekking / inversie. Of ze hadden wel een voorgeschiedenis van een borstklacht, die dan goedaardig of een "Vals alarm" was benoemd.

Er waren vrouwen die geen periodieke controle via een gezondheidszorg of een screening hadden gehad. Reden hiervoor waren een comorbide aandoening, zoals fibromyalgie of chronische vermoeidheid syndroom een voorgeschiedenis van een negatieve gezondheidszorg ervaring of een druk leven met een drukke baan of de zorg voor kinderen of ouders. Er werd een lijst van "risicogroepen voor laattijdig diagnose van borstkanker ‘’ gemaakt, en hierdoor werden veranderingen in het gezondheidszorgsysteem zowel op het gezondheidsbeleid niveau als in de huisartspraktijk ontwikkeld om artsen te helpen bij het opsporen en sensibiliseren van vrouwen die zich laattijdig met borst klachten presenteren.[11] Met borstbewustzijn (‘Breast awareness’) worden vrouwen gestimuleerd om zich vertrouwd te maken met de eigen borsten, zodat zij alle veranderingen snel opmerken.[1,11,21]

2.7. Conclusie literatuurstudie.

De meeste onderzoeken naar verbetering van de participatie waren gedaan in Canada, Verenigde Staten, in het Verenigd Koninkrijk en Australia. Uit verschillende onderzoeken in de literatuur is gebleken dat huisartsen en gynaecologen een belangrijk rol kunnen spelen om vrouwen te motiveren om zich tweejaarlijks te laten screenen. De belangrijkste determinanten voor het voorschrijven van mammografie in de praktijk zijn een positieve houding voor screening, collegiale ondersteuning, het geloof in de effectiviteit van mammografie, voldoende kennis van het probleem en voldoende kennis van de aanbevelingen.[7] Om een hoge participatiegraad te bekomen werden in de literatuur verscheidene studies beschreven met uitnodigingsbrieven die door de huisarts werden ondertekend.[5-7,12] Deze studies toonden een significante verbetering aan van de participatie door gepersonaliseerde brieven van de eigen huisarts. De rol van huisartsen werd dan ook als bijzonder belangrijk beschreven, gezien het feit dat zij veelvuldig contact met een groot deel van de bevolking hebben.

3. Materiaal en methodologie

3.1. Eerste deel van het onderzoek: enquête- vragenlijst

3.1.1.Deelnemers

Alle Nederlandstalige huisartsen die in april 2012 aangesloten waren bij een Huisartsenwachtpost Antwerpen –Zuid (regio Hoboken, Kiel en Wilrijk) kwamen in aanmerking voor ons onderzoek. Ook basisartsen in hun vervolgopleiding huisarts-geneeskunde werden opgenomen, op voorwaarde dat ze werkzaam waren in een huisartsenpraktijk. In het eerste deel van het praktijkproject werd een online vragenlijst gebruik (zie bijlage 4) waarin de attitude, kennis en visie van huisartsen t.o.v. borstkankerproblematiek bij hun patiënten en t.o.v. screening naar borstkanker wordt geëvalueerd. In april 2012 contacteerden we de verantwoordelijken van de Huisartsen wachtpost Antwerpen-Zuid of ze bereid waren om in het kader van ons onderzoek op 15 april 2012 een e-mail te versturen naar al hun leden met de uitnodiging deel te nemen aan een online enquête deadline op 15 mei 2012. De vragenlijst werd vergezeld van informatie betreffende het onderwerp en de doelopzet van ons onderzoek.

3.1.2. Resultaten vragenlijst

De vragenlijst bestond uit 19 meerkeuze vragen die per e-mail naar 96 huisartsen werd opgestuurd. Gezien initieel een beperkte respons van 15 deelnemers, werd 2 weken later nog een herinneringsmail naar niet-deelnemers gestuurd met een betere respons van 30 deelnemers in totaal. Door een betere respons werden onze enquête resultaten meer representatief. Hieronder zijn resultaten in figuur 1 tot en met figuur 6 als percentages weergegeven.

	Altijd	Vaak	Soms	Nooit
1.Acht u zich voldoende in staat om de doelgroep (vrouwen van 50-69jaar) voor borstkankerscreening systematisch aan te sporen tot screenen?	16%	52%	28%	4%
2.Hoe vaak gaat u vrouwen uit de doelgroep binnen uw eigen praktijk, die zich nog niet laten onderzoeken, motiveren en aanzetten tot screening?	8%	52%	36%	4%
3.Zijn argumenten als tijdsgebrek en andere prioriteiten voor u een excuus om vrouwen uit de doelgroep niet aan te spreken over borstkankerscreening?	0%	32%	56%	12%
4. Op basis van een familiale anamnese kan het risico worden bepaald voor de individuele vrouw. Hoe vaak maakt u gebruik van de “Steekkaart familiale anamnese voor borst -kankerscreening,, tijdens uw consultaties?	0%	8%	32%	60%

Figuur 1. Enquête resultaten vraag 1 tem 4 van vragenlijst.

	Ja, zeker	Misschien	Neen
5. Is de huisarts volgens u een sleutelfiguur om een hogere participatiegraad van 75% bij de doelgroep te bereiken?	64%	32%	4%
6. Is volgens u het aanbrengen van een onderwerp als s screeningsmammografie tijdens de huisartsenconsultatie, ongeacht de redenen van het consult belangrijk?	62%	30%	8%
7. Vindt u dat u als huisarts bij een borstkanker patiënte een taak hebt in het meedelen van de diagnose aan de patiënte en haar omgeving?	80%	20%	0%

Figuur 2. Enquête resultaten vraag 5 tmt 7 van vragenlijst.

	Altijd	Vaak	Soms	Nooit
8.Hoe vaak verloopt de doorverwijzing van allochtone – migranten vrouwen moeizamer(hindernissen tot deelname) t.o.v. autochtone vrouwen?	7%	55 %	27%	11%
9. Gebruikt u sensibiliseringsmateriaal (o.a. folders, brochures voor allochtonen, laaggeletterde vrouwen, verkrijgbaar bij het Logo in uw buurt) om de deelname aan de borstkankeropsporing te verhogen en daarop de sensibilisering af te stemmen bij uw consultaties?	0%	0%	24%	76%
10. Hoe vaak gebruik u het standaard-aanvraagformulier om een screeningsmammografie aan te vragen (te downloaden via de website van de Vlaamse overheid of Domus Medica)?	12%	16%	12%	60%

Figuur 3. Enquête resultaten vraag 8 tmt 10 van vragenlijst.

	Ja, zeker	Misschien	Neen
11. De resultaatsmededeling van de screeningsmammografie laat soms even op zich wachten en het onderzoek leidt ook nu en dan tot een aantal vals-positieve en vals-negatieve resultaten. Beschikt u hierbij over de benodigde kennis om alle vragen van uw patiënte te beantwoorden?.	40%	48%	12%
12. Vindt u omtrent de mededeling van vals-positieve en vals-negatieve resultaten een bijscholing nuttig?	56%	32%	12%
13.Indien huisartsen zich inspannen om een bepaald project op zich te nemen, vindt u dat hier wel een goed honorarium tegenover moet worden gesteld?	32%	52%	16%

Figuur 4. Enquête resultaten vraag 11 tmt 13 van vragenlijst.

	Altijd	Vaak	Soms	Nooit
14.Hoe vaak ontvangt u resultaten van de screening via Medibridge, in geval van deelname van vrouwen via het tweede spoor (dus met de uitnodigingsbrief)?	48%	36 %	12%	4%
15. Is er voldoende informatiedoorstroming van gynaecologen naar u toe voor vrouwen van wie u weet dat ze gewoonlijk via de gynaecoloog een screeningsmammografie laten nemen?	20%	8%	68%	4%
16. Op het moment dat u de resultaten krijgt van een screeningsmammografie, duidt u dan in de elektronische planning aan om twee jaar later een automatisch signaal als een verwittiging bij het GMD te ontvangen, wanneer de vrouw in die periode op consultatie komt?	8%	19%	21%	52%

Figuur 5. Enquête resultaten vraag 13 tmt 16 van vragenlijst.

	Altijd	Vaak	Soms	Nooit
17. Hebt u de laatste jaren regelmatig het feedbackrapport ontvangen over uw voorschriftgedrag m.b.t mammo's ?	30%	10 %	24%	36%
18. Verloopt de communicatie en samenwerking met het regionaal screeningscentrum (CBO) goed en vlot?	20%	48%	20%	12%
19.Hoe vaak in de praktijk hebt u gemerkt dat er een gebrekkige samenwerking tussen de verschillende verwijzers, de curatieve versus de preventieve sector en de sensibiliserende instanties bestaat?	0%	44%	52%	4%

Figuur 6. Enquête resultaten vraag 17 tmt 19 van vragenlijst.

3.2.Tweede deel van het praktijkproject.

3.2.1. Selectie van de doelpopulatie en versturen van de uitnodigingen

Stap 1. Doelpopulatie: alle vrouwelijke patiënten - leeftijd van 50 tot en met 69 jaar (met of zonder borstpathologie, symptomen of risicofactoren) die in aanmerking komen voor screeningsmammografie. Om na te gaan wie van onze (doelgroep) populatie een screeningsmammografie hadden ondergaan en wie niet, werd door middel van de statistische functie van het Elektronisch Medisch Dossier (Medidoc) gegevens van de doelgroep in onze praktijk geselecteerd. Patiënten die niet in aanmerking kwamen voor het onderzoek zijn er uitgehaald. Exclusiecriteria waren: inactieve patiënten (patiënten die zijn verhuisd, overleden, van huisarts zijn veranderd of minstens de laatste drie jaar geen GMD (Globaal medisch dossier) en geen raadpleging in onze praktijk hebben gehad).

Stap 2. In overleg met mijn promotor -Prof. Guido Van Hal werd de selectiebrief (persoonsgegevens en het rijksregisternummer) van de doelpopulatie aan het CBO (Centrum voor Borstkankeropsporing) bezorgd. Met bijdrage van het administratieve personeel van het CBO hebben wij binnen een termijn van 2 weken resultaten van een aangevulde database ontvangen, zijnde aantal participanten, screeningsresultaten, laatste uitnodigingsdatum en non- participanten van onze doelpopulatie. Uit deze resultaten blijkt de participatiegraad van de doelgroep aan het bevolkingsonderzoek voor opsporing naar borstkanker lager te zijn dan werd verwacht.

Stap 3. Van de initiële resultaten bleek dat toch een aantal non-participanten van de doelgroep een mammografie via 1ste spoor, zoals gynaecologen, andere ziekenhuizen en privé radiologen te hebben ondergaan. Na manueel opzoekwerk in het EMD- (elektronisch medisch dossier) werd deze doelgroep verder opgespoord. Een aantal patiënten binnen de doelgroep bij wie het

verslag van mammografie ter beschikking in hun dossier werd gesteld, hebben wij als participanten in ons onderzoek beschouwd. Het opzoekwerk was zeer tijdsintensief. Tenslotte werd een definitieve selectielijst van non- participanten geselecteerd.
Naar al deze patiënten werd een ter herinnering een uitnodigingsbrief voor screeningsmammografie bezorgd (zie bijlage 3). Samen met de uitnodigingsbrief werd een toestemmingsformulier en informatieve tekst betreffende het doel van het onderzoek, aan de vrouwen uit de doelgroep per post opgestuurd (zie bijlage 1 en 2). Bij deze uitnodigingsbrief werd ook een Folder van het Vlaamse bevolkingsonderzoek naar borstkanker (verspreid door het Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid) als sensibiliseringsmateriaal aan de vrouwen uit de doelgroep bezorgd.

3.2.2. Verdere opvolging

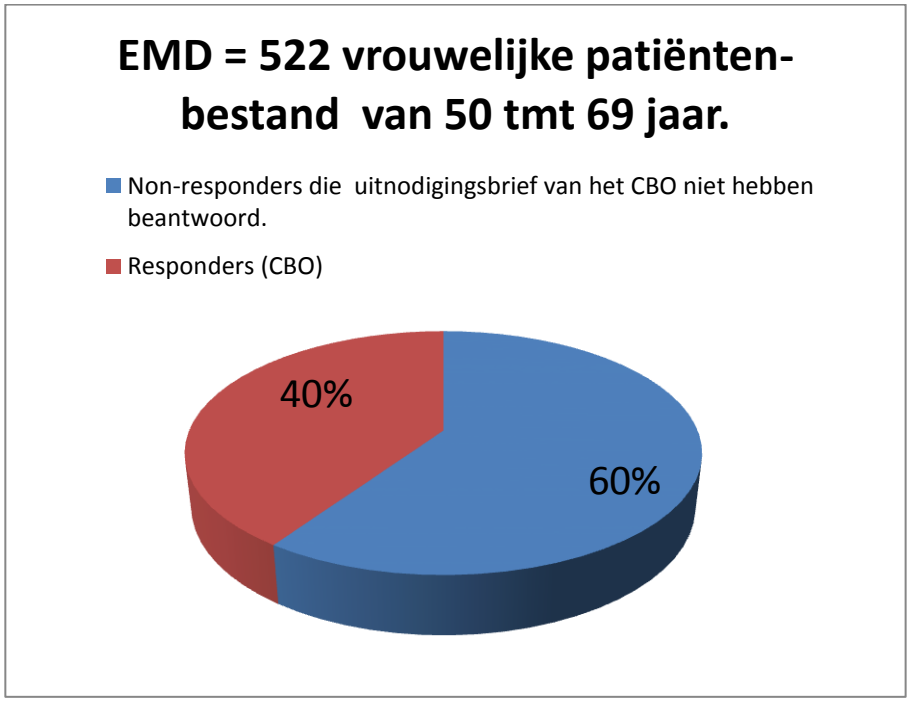
De doelgroep werd via herinneringsbrief op vrijwillige basis voor een preventief consult uitgenodigd. Er werd gevraagd aan non-participanten om de nodige bedenktijd te nemen en ongeacht hun redenen van niet-deelname aan het bevolkingsonderzoek in de voorbije jaren, toch een positieve beslissing te nemen. Patiënten met meer vragen betreffende de screeningsmammografie (wat houdt het onderzoek in, waar is het dichtstbijzijnde onderzoekscentrum of andere vragen) werden gevraagd om hierover hun vertrouwde -huisarts aan te spreken. Indien patiënt desondanks definitief een beslissing naam om geen screenings-mammografie te ondergaan, vroegen we toch als ondersteuning van ons praktijkproject, om een korte reden van weigering van het screeningsonderzoek (schriftelijk, mondeling, telefonisch of per e-mail) aan onze praktijk mee te delen.

4. Resultaten

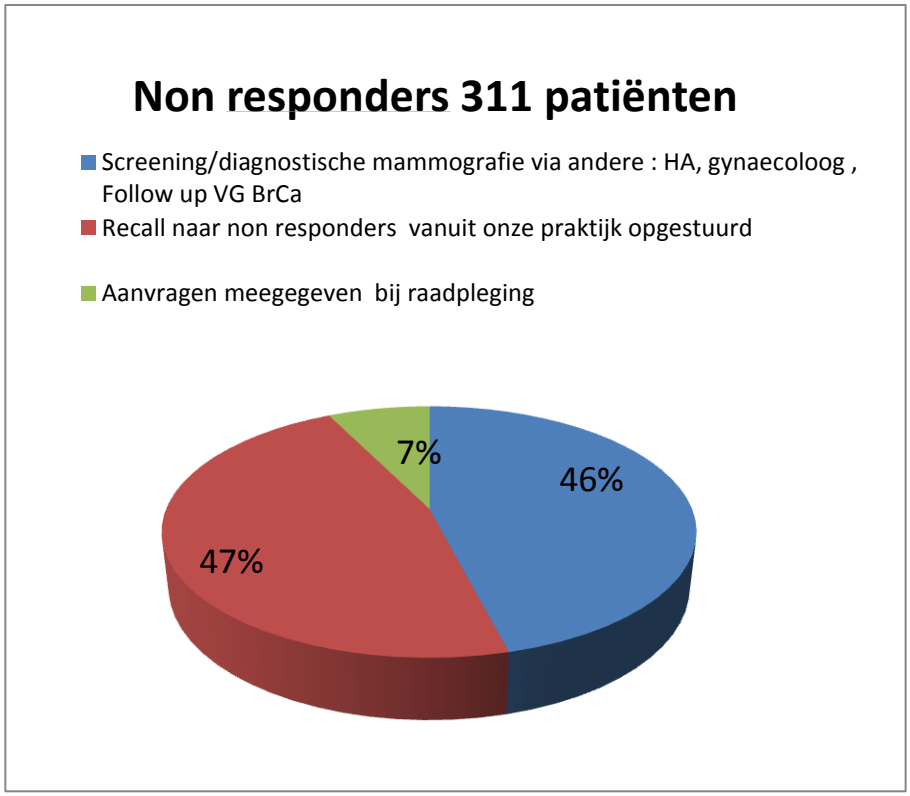
4.1. Aantal deelnemers

Gedurende een periode van 6 maanden werden patiënten uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Deze periode liep van april 2012 tot en met september 2012.

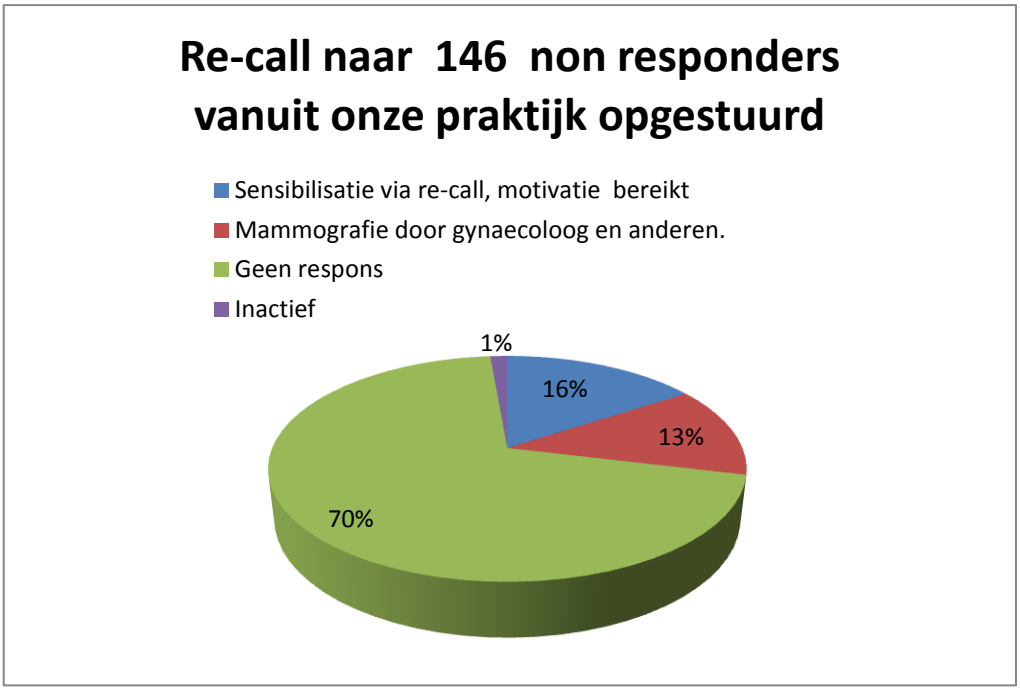
- Initieel, werden 83 inactieve patiënten bij ons onderzoek uitgesloten van het patiëntenbestand van doelgroep (N=605). In totaal bevonden 522 patiënten zich in de doelgroep voor ons onderzoek. Uit de resultaten van het CBO (Centrum voor Borstkankeropsporing) bleken er 211 participanten en 311 non-participanten te zijn (zie verder figuur 1). Van de groep non-participanten (N=311) werden er (N=144) deelnemers uitgehaald die een mammografie (screening/diagnostische) via 1ste spoor hebben gedaan. Ondertussen werden tijdens de raadpleging bij het invullen van het GMD plus nog (N= 21) patiënten gemotiveerd en aan hen werd dan ook een aanvraag voor screeningsmammografie meegegeven. Een uitnodigingsbrief ter herinnering werd naar de overige 146 non-participanten opgestuurd (zie figuur 2). Er was een respons van 23 non-participanten op deze herinneringsbrief, 2 hiervan zijn inactief wegens recente verhuizing en nog een aantal van 19 patiënten blijkt toch een opportunistische screening te hebben ondergaan, waarvan wij nooit verslagen via Medibridge hebben ontvangen (zie figuur 3). Definitief zijn er in het totaal 102 non-participanten, die daadwerkelijk geen screeningsmammografie hebben ondergaan.



Figuur 1. Geselecteerde: responders en non-responders.



Figuur 2. Uitsluiten van responders, verzenden van recall naar non-responders.



Figuur 3. Respons van herinneringsbrieven.

4.2.Vergelijking met buitenlands onderzoek

Gelijkaardig onderzoek met gepersonaliseerde herinnerings-brieven van hun eigen huisarts werd in een Cross- sectionele studie in Canada in 2009 uitgevoerd. In deze studie werden vrouwen hun visie op de aanvaardbaarheid, bruikbaarheid en de invloed van gepersonaliseerde herinneringsbrieven voor deelname aan screeningmammografie via hun huisarts onderzocht.[12] Er werden huisartsen uit de 23 gezondheidsnetwerken en de eerstelijnsgezondheidszorg netwerken gerandomiseerd. 249 artsen werden voor deelname aan een demonstratieproject geselecteerd om primaire preventie binnen de eerste-lijngezondheidszorg te verhogen. In aanmerking kwamen enkel artsen die 30 of meer herinneringsbrieven de laatste 6 maanden voor mammografie hadden verstuurd. Uit de praktijk van elke arts werden herinneringsbrieven naar 35 gerandomiseerde vrouwen tussen de 50 en 69 jaar (N=689) gemaild, die te laat waren voor de screeningsmammografie. De

respons op de herinneringsbrieven was 55,7% (384 van de 689) en 45,1% (173 van de 384) vrouwen meldden dat ze de laatste 6 maanden wel een mammografie hadden ondergaan. Bij 74,8% (122 van 163) van de vrouwen die een afspraak voor mammografie maakten, hadden herinneringsbrieven hun beslissing beïnvloed. De meeste respondenten 77,1% (296 van 384) hadden aangegeven dat ze herinneringsbrieven willen verder ontvangen en 28,9% (111 van 384) hadden graag wat meer informatie over screeningsmammografie gehad.
Dit onderzoek is een zeer goed bewijs dat herinneringsbrieven effectief zijn, wanneer ze worden gepersonaliseerd, afkomstig zijn van de eigen huisarts en een educatieve inhoud hebben. [12] Wij zijn bij onze onderzoek tot dezelfde conclusie gekomen als voorgenoemde studie namelijk dat: herinneringsbrieven door deelneemsters als nuttig gezien worden en de beslissing van vrouwen uit de doelgroep voor deelname aan screeningsmammografie sterk beïnvloeden.

5. Discussie

5.1. Bespreking van de resultaten van de online vragenlijst

Op basis van de resultaten van onze bevraging blijkt dat de meerderheid van de geëvalueerde huisartsen zich voldoende bekwaam voelen om de doelgroep voor borstkankerscreening aan te sporen, te motiveren, te sensibiliseren en te aanzetten tot deelnamen aan screening.
Zij vonden de huisarts en sleutelfiguur om een hogere participatiegraad bij de doelgroep te bereiken. 80% van de geëvalueerde huisartsen voelden zich verantwoordelijk voor het meedelen van de borstkanker diagnose aan de patiënte en haar omgeving, terwijl voor de mededeling van vals-positieve en vals-negatieve resultaten vonden zij een bijscholing wel nuttig. Zij maakten weinig of geen gebruik van sensibiliseringsmateriaal (o.a. folders, brochures voor allochtonen, laaggeletterde vrouwen) om de deelname aan de borstkankeropsporing te verhogen. Tevens 60% van deelnemers maakten geen gebruik van de ‘’Steekkaart familiale anamnese voor borst –kankerscreening’’, tijdens hun consultaties.

Hieruit blijkt dus dat het meest belangrijke instrument bedoeld als geheugensteun en hulp tijdens de raadpleging om het risico op borstkanker voor de vrouwen individueel te bepalen, weinig of geen aandacht in de huisartsenpraktijk krijgt. Als tekort vermeldden de huisartsen dat weinig informatie over de resultaten van opportunistische screening via Medibridge, te hebben ontvangen. Dit betekent dat het aansporen van echte non-participanten wordt bemoeilijkt en voornamelijk bij allochtone – migranten vrouwen bij wie doorverwijzing vaak moeizamer verloopt ten opzichte van autochtone vouwen van de doelgroep. Aan de hand van de bevraging blijkt communicatie en samenwerking met het regionaal screeningscentrum (CBO) goed en vlot te verlopen, maar 36% van de bevraagde liet weten dat ze de laatste jaren nooit een feedbackrapport over hun voorschriftgedrag m.b.t mammo's hebben ontvangen. De gemiddelde huisartsen vermeldden een gebrekkige samenwerking tussen de verschillende verwijzers, de curatieve versus de preventieve sector en de sensibiliserende instanties.

5.2. Bespreking van de resultaten van herinneringsbrieven

Van de hierboven vermelde resultaten van de 146 verzonden herinneringsbrieven werden 16% responders (N=23) en 70% non responders (N=102) beschreven. Het komt er dus op neer dat van het initieel totaal aantal van 522 patiënten, enkel 102 patiënten (19,54%) uit de doelgroep geen screeningsmammografie hebben ondergaan. Dus het totaal aantal participanten (N=420) blijkt 80,45 % van de doelgroep te zijn, bij wie motivatie en sensibilisatie voor screeningsmammografie werd bereikt. Wij vinden dat het doel van ons onderzoek van een participatie-graad voor deelname aan screeningsmammografie van meer dan 75% werd bereikt. Belangrijk te vermelden zijn de definitief gebleven non-participanten (N=102), dit zijn de minst gemotiveerde patiënten van onze doelgroep-populatie geweest. De herinnerings-brief bevatte een korte uitleg over de reden voor screeningsmammografie, relatief weinig vrouwen waren geïnteresseerd in meer informatie over mammografie.

5.3. Voordelen en beperkingen van het onderzoek.

Voordelen van het onderzoek: er werd een grote groep van 522 vrouwen als doelgroep in onze studie opgenomen. Zowel de resultaten van het CBO betreffende participanten en non-participanten, evenals die van de praktijk die manueel via EMD werden opgezocht om geen non-participanten te missen, waren betrouwbaar. De belangrijkste beperking van ons onderzoek is een beperkte respons op de online vragenlijst, dit kan de betrouwbaarheid van onze enquête resultaten beïnvloeden. Een tweede beperking is dat doorverwijzing voor mammografie via 1ste spoor vaak gebeurde door verschillende hulpverleners (huisarts, gynaecologen en anderen).Van de ontvangen protocollen via Medibridge was het moeilijk te achterhalen of het over screening/of diagnostische mammografie ging. Ons onderzoek ging echter enkel over screeningmammografie.

6. Besluit

Aan de hand van de resultaten van onze bevraging durven we stellen dat we hebben aangetoond dat huisartsen zich voldoende bekwaam voelen tot het motiveren en sensibiliseren van de doelgroep voor vroegtijdige opsporing van borstkanker via screenings-mammografie. Het onderzoek toonde aan dat een persoonlijke uitnodiging via de huisarts deelname aan screeningsmammografie van vrouwen uit de doelgroep kan verhogen. Een goede communicatie, kwaliteitsvolle dienstverlening en een vertrouwensrelatie opbouwen met de vrouwen uit de doelgroep en alle betrokken partners zijn noodzakelijke bouwstenen voor het welslagen van het screeningsprogramma. Het belangrijkste element in de praktijkorganisatie is een goed medisch dossier.Niet te vergeten is het belang van jaarlijkse feedback betreffende het voorschrijf gedrag voor screeningsmammografieën als reëel evaluatie-instrument voor elke huisarts als spilfiguur bij de georganiseerde screening

7. Evaluatie en Dankwoord

Deze masterproef was een zeer boeiende ervaring voor mij. Het was voor mijzelf een leerrijk proces en ik kreeg de kans om het onderzoek als een kwaliteits-verbeterend praktijkproject uit te werken, wat ik als een verrijking ervaren heb. Graag zou ik een aantal mensen willen bedanken die hebben geholpen deze manama-scriptie tot een goed einde te brengen. De behaalde resultaten zijn zeker niet alleen mijn verdienste. Mijn bijzondere dank gaat uit naar mijn Promotor Prof Dr. Van Hal Guido en zijn team, die ons de kans gaf om mijn onderzoek uit te voeren aan de hand van de databanken van CBO (Centrum voor Borstkanker opsporing) en steeds beschikbaar was voor advies. Mijn praktijkopleiders, Dr. Andreakos Venetia en Dr. Schoofs Hubert, bedank ik voor hun begeleiding en zijn voortdurende kritische prikkeling tijdens mijn opleiding huisartsgeneeskunde. Zonder de deelnemers aan mijn onderzoek was deze scriptie nooit het wetenschappelijke document geworden dat het nu is. Mijn dank gaat uit naar de huisartsen die tijdens een door omstandigheden erg drukke periode toch tijd vrijmaakten om mijn vragenlijsten in te vullen. In het bijzonder wil ik ook Dr. Bea Vermeyen bedanken die leden van Wachtpost Antwerpen-Zuid actief heeft opgeroepen tot deelname aan het onderzoek. Verder wil ik mijn collega Haio voor taalverbetering bedanken en onze secretaresse Hendrix Patricia voor hulp bij uitnodigingsbrieven Een speciaal woordje dank gaat uit naar mijn gezien, in de soms wat stresserende momenten kon ik altijd op hen rekenen. Zij blijven het allerbelangrijkste in mijn leven. Ze waren wellicht de enige echt onmisbare factor voor het welslagen van mijn droom om huisarts te worden.

8. Referentielijst

[1] Garmyn B, Govaerts F, Van de Vyver N, Teughels S, Tjalma W, Van Hal G, Goelen G,Van Limbergen E, Verslegers I, Van Goethem M. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Borstkankerscreening. Huisarts Nu 2008;37:2-27.

[2] Paulus D, Mambourg F, Bonneux L. Borstkankerscreening. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2005.

[3] Platform kwaliteitspromotie borstkankerscreening, individuele feedback november 2009

[4] Verbeek AL, Van Dijck JA, Kiemeney LA, Broeders MJ. Responsible cancer screening. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155(45):A3934

[5] Hajar Kadivar, Barbara A. Goff, William R. Phillips, C. Holly A. Andrilla, Alfred O. Berg, Laura-Mae Baldwin. Nonrecommended Breast and Colorectal Cancer Screening for Young Women: A Vignette-Based Survey. Am J Prev Med. 2012; 43(3):231-9

[6]Shagufta Yasmeen, Patrick S Romano1, Daniel J Tancredi, Naomi H Saito1, Julie Rainwater, Richard L Kravitz. Screening mammography beliefs and recommendations: a web-based survey of primary care physicians. BMC Health Services Research 2012, 12:32

[7] Kadaoui N. et al. Breast cancer screening practices for women aged 35 to 49 and 70 and older. Can Fam Physician 2012;58:47-53

[8] Beattie A. Detecting breast cancer in a general practice: Like findings needles in the haystack? Australian Family Physician 2009, 38(12):1003-1006

[9] Poole B, Black C, Gelmon K, Kan L. Is Canadian women's breast cancer screening behaviour associated with having a family doctor? Can Fam Physician. 2010;56(4):150-7

[10] Emmanuel Ngwakongnwi, Brenda Hemmelgarn, Hude Quan. Documentation of preventive screening interventions by general practitioners: a retrospective chart audit. BMC Family Practice 2010, 11:21

[11]Heisey R, Clemons M, Granek L, Fergus K, Hum S, Lord B, McCready DR, Fitzgerald B. Health care strategies to promote earlier presentation of symptomatic breast cancer: perspectives of women and family physicians. Curr Oncol. 2011;18(5):227–237.

[12] Kaczorowski J, Karwalajtys T, Lohfeld L, Laryea S, Anderson K, Roder S, Sebaldt RJ. Women's views on reminder letters for screening mammography. Can Fam Physician. 2009;55(6):622-3.1-4.

[13] Afonso N. Women at high risk for breast cancer- what the primary care provider needs to know. J Am Board Fam Med. 2009;22(1):43-50.

[14] Snyder CF, Frick KD, Peairs KS, Kantsiper ME, Herbert RJ, Blackford AL et al. Comparing care for breast cancer survivors to non-cancer controls: a five-year longitudinal study. J Gen Intern Med. 2009;24(4):469-74.

[15] Hajian S, Vakilian K, Najabadi KM, Hosseini J, Mirzaei HR. Effects of education based on the health belief model on screening behavior in high risk women for breast cancer, Tehran, Iran. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12(1):49-54.

[16] Barrett B, McKenna P. Communicating benefits and risks of screening for prostate, colon, and breast cancer. Fam Med. 2011;43(4):248-53

[17]Meissner HI, Klabunde CN, Han PK, Benard VB, Breen N. Breast cancer screening beliefs, recommendations and practices: primary care physicians in the United States. Cancer. 2011;117(14):3101-11

[18] Pribić S, Gmajnić R, Majnarić-Trtica L, Ebling B, Vranjei Z. Screening with mammography organized by family physicians teams: what have we learnt? Coll Antropol. 2010;34(3):871-6.

[19] Ferrante JM, Rovi S, Das K, Kim S. Family physicians expedite diagnosis of breast disease in urban minority women. J Am Board Fam Med. 2007;20(1):52-9.

[20]Carney PA, Sickles EA, Monsees BS, Bassett LW, Brenner RJ, Feig SA et al. Identifying minimally acceptable interpretive performance criteria for screening mammography. Radiology. 2010;255(2):354-61.

[21] Thistlethwaite J, Stewart RA. Clinical breast examination for asymptomatic women - exploring the evidence. Aust Fam Physician. 2007;36(3):145-50.

[22]Houssami N, Brennan M, French J, Fitzgerald P. Breast imaging in general practice. Aust Fam Physician. 2005;34(6):467-73.

[23] Hamilton W. Cancer diagnosis in primary care. Br J Gen Pract. 2010;60(571):121-8.

[24]Knutson D, Steiner E.Screening for Breast Cancer: Current Recommendations and Future Directions. Am Fam Physician. 2007;75(11):1660-6.

[25] Roetzheim RG, Ferrante JM, Lee JH, Chen R, Love-Jackson KM, Gonzalez EC et al. Influence of Primary Care on Breast Cancer Outcomes Among Medicare Beneficiaries. Ann Fam Med. 2012;10(5):401-11

9. Bijlage

Bijlage 1. INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

TITEL VAN HET ONDERZOEK : Rol van de huisarts bij de participatie van de vrouwen in de Borstkankerscreening.

Geachte: mevrouw,

Indien u dit wenst kunt u deelnemen aan een project dat in het kader van de master na masteropleiding van onze collega huisarts in opleiding Dr Shala Flutur wordt georganiseerd.

*Dit onderzoek loopt vanaf april 2012 tot met september 2012 onder toezicht van de Universiteit Antwerpen. Vooraleer te beslissen al dan niet deel te nemen aan dit onderzoek, vragen we u deze informatie aandachtig te lezen. U kunt steeds vragen stellen aan uw huisarts**,** bij onduidelijkheden of wanneer u meer inlichtingen wenst.*

***Doel van dit onderzoek** : is optimalisering van de participatie bij de doelgroep voor borstkankerscreening in de huisartspraktijk door gericht na te gaan in welke mate de Nederlandstalige huisartsen in Vlaanderen actief meewerken aan de sensibilisatie van de doelgroep voor de opsporing van borstkanker via screeningsmammografie.*
Door het onderzoek trachten wij om de sensibilisatie aan vroegtijdige opsporing van borstkanker via screeningsmammografie bij vrouwen van 50 tot en met 69 jaar door de huisarts te verbeteren en een participatiegraad van minstens 75% bij deze doelgroep te bereiken. Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Deelname aan deze studie zal voor u geen therapeutisch voordeel met zich meebrengen.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,
Dr. Shala Flutur

Bijlage 2. TOESTEMMINGSFORMULIER

1. Ik bevestig dat Dr Shala Flutur mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Mij persoonsgegevens te mogen gebruiken voor doeleinden van het praktijkproject. Er wordt 100% anonimiteit gegarandeerd voor al mijn gegevens die aan het onderzoek worden verstrekt.
5. Het verzamelen, bijhouden en verwerken van gegevens dient voor de opvolging van mijn eigen gezondheidstoestand en de kwaliteit van het bevolkingsonderzoek.
6. Bij verwerking voor statistische en wetenschappelijke doeleinden worden de gegevens gecodeerd zodat mijn identiteit niet herkenbaar is.

Indien u bereid bent om aan deze studie deel te nemen, vragen we u hieronder uw naam, de datum en uw handtekening te plaatsen.

Naam : Gemaakt :op __/___/____te_____ Handtekening _____

Bijlage 3. Uitnodigingbrief ter herinnering: Betreft borstkanker screeningsmammografie.

Naar aanleiding van uw gegevens in onze praktijk en het Regionaal Screeningscentrum - bevolkingsonderzoek naar borstkanker blijkt dat u de oproep voor deelname aan het tweejaarlijkse bevolkingsonderzoek ter preventie van borstkanker nog niet hebt beantwoord. Ofwel op vraag van uw gynaecoloog hebt u het ergens anders laten doen maar wij hebben het verslag nog niet ontvangen. Ongeacht uw reden van niet-deelname aan het onderzoek in de voorbije jaren, stellen wij het erg op prijs als u ervoor de nodige tijd zou nemen om een goede keuze te maken waar u helemaal achter staat en toch een beslissing neemt om hierover uw vertrouwde -huisarts aan te spreken. Wenst u meer inlichtingen betreffende de screeningsmammografie (wat houdt het onderzoek in, het dichtstbijzijnde onderzoekscentrum) of hebt u andere vragen, staan wij klaar om u verder te helpen. Indien u desondanks definitief een beslissing neemt om geen screenings-mammografie te ondergaan, hadden wij van u toch als ondersteuning van ons praktijkproject graag een korte reden voor uw weigering van het screeningsonderzoek (schriftelijk, mondeling, telefonisch of per e-mail) gekregen. Dit kan ons helpen in het optimaliseren van onze praktijkorganisatie. Uiteraard is dit geen verplichting.

Hoogachtend :

tel:…… *e-mail:*……..

Bijlage 4. OPROEP TOT INVULLEN ENQUÊTE.

ONDERWERP: Rol van de huisarts bij participatie van vrouwen in de Borstkankerscreening.

Geachte, Dokter

Deze vragenlijst, in het kader van mijn masterthesis, peilt naar de taakopvatting van huisartsen, attitude, kennis en visie van huisartsen t.o.v. borstkankerproblematiek bij hun patiënten en t.o.v. screening naar borstkanker.

Het doel van dit onderzoek is optimalisering van de doelgroep participatie aan borstkankerscreening in de huisartspraktijk door gericht na te gaan in welke mate de Nederlandstalige huisartsen in Vlaanderen actief meewerken aan de sensibilisatie van de doelgroep voor de opsporing van borstkanker via screeningsmammografie. .

Deelname aan deze studie gebeurt op vrijwillige basis en uw anonimiteit als respondent wordt verzekerd. De vragenlijst kost slechts 10 minuten van uw tijd en kan gebeuren tot 15 mei 2012.

Uw deelname is dus van het grootste belang!

Interview vragen /elektronische enquête

1.Acht u zich voldoende in staat om de doelgroep (vrouwen van 50 tem 69 jaar) voor borstkankerscreening systematisch aan te sporen tot screenen?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

2. Hoe vaak gaat u vrouwen uit de doelgroep binnen uw eigen praktijk, die zich nog niet laten onderzoeken, motiveren en aanzetten tot screening?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

3. Zijn argumenten als tijdsgebrek en andere prioriteiten voor u een excuus om vrouwen uit de doelgroep niet aan te spreken over borstkankerscreening?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

4.Op basis van een familiale anamnese kan het risico worden bepaald voor de individuele vrouw. Hoe vaak maakt u gebruik van de “Steekkaart familiale anamnese voor borstkankerscreening,, tijdens uw consultaties?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

5.Is de huisarts volgens u een sleutelfiguur om een hogere participatiegraad van 75% bij de doelgroep te bereiken?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

6. Is volgens u het aanbrengen van een onderwerp als screeningsmammografie tijdens de huisartsenconsultatie, ongeacht de redenen van het consult belangrijk?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

7 .Vindt u dat u als huisarts bij een borstkanker patiënte een taak hebt in het meedelen van de diagnose aan de patiënte en haar omgeving?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

8.Hoe vaak verloopt de doorverwijzing van allochtone – migrantenvrouwen moeizamer (hindernissen tot deelname) t.o.v. autochtone vrouwen?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

9.Gebruikt u sensibiliseringsmateriaal (o.a. folders, brochures voor allochtonen, laaggeletterde vrouwen, verkrijgbaar bij het Logo in uw buurt) om de deelname aan de borstkankeropsporing te verhogen en daarop de sensibilisering af te stemmen bij uw consultaties?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

10. Maakt u ooit gebruik van het standaard-aanvraagformulier om een screeningsmammografie aan te vragen (te downloaden via de website van de Vlaamse overheid of Domus Medica)?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

11. De resultaatsmededeling van de screeningsmammografie laat soms even op zich wachten en het onderzoek leidt ook nu en dan tot een aantal vals-positieve en vals-negatieve resultaten. Beschikt u hierbij over de benodigde kennis om alle vragen van uw patiënte te beantwoorden?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

12. Vindt u omtrent de mededeling van vals-positieve en vals-negatieve resultaten een bijscholing nuttig?

13.Indien huisartsen zich inspannen om een bepaald project op zich te nemen, vindt u dat hier wel een goed honorarium tegenover moet worden gesteld?

o Ja o Neen o Misschien

14. Hoe vaak ontvangt u resultaten van de screening via Medibridge, in geval van deelname van vrouwen via het tweede spoor (dus met de uitnodigingsbrief)?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

15. Is er voldoende informatiedoorstroming van gynaecologen naar u toe voor vrouwen van wie u weet dat ze gewoonlijk via de gynaecoloog een screeningsmammografie laten nemen?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

16. Op het moment dat u de resultaten krijgt van een screeningsmammografie, duidt u dan in de elektronische planning aan om twee jaar later een automatisch signaal als een verwittiging bij het GMD te ontvangen, wanneer de vrouw in die periode op consultatie komt?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

17.Hebt u de laatste jaren regelmatig het feedbackrapport ontvangen over uw voorschriftgedrag m.b.t mammo's?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

18° Verloopt de communicatie en samenwerking met het regionaal screeningscentrum (CBO) goed en vlot ?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

19° Hoe vaak hebt u in de praktijk gemerkt dat er een gebrekkige samenwerking tussen de verschillende verwijzers, de curatieve versus de preventieve sector en de sensibiliserende instanties bestaat?

o Altijd o Vaak o Soms o Nooit

Dank u wel voor deelname en uw bijdrage .