EEN CONSULTATIE MET EEN GEURTJE AAN

Marie-Astrid Van Nuffel, UGent

Promotor: Prof. Dr. T. Christiaens, UGent

Co-promotoren: Dr. V. Piessens, UGent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Voorwoord

Met de masterproef beëindigen alle HAIO's na negen jaar hun opleiding tot huisarts. Dit praktijkverbeterend project vergde veel inspanning, maar geeft ook meer inzicht in de denkwijze van onze patiënten. Voor mijn masterproef koos ik het luik preventie, van groot belang in de huisartsgeneeskunde, maar niet voor alle patiënten even duidelijk waarom wij, huisartsen, maar blijven hameren op preventie. Ook al kent iedereen de zegswijze "beter voorkomen dan genezen", blijkt dit in de praktijk soms nog een dode letter.

Om deze masterproef tot een goed einde te kunnen brengen, wil ik graag enkele personen bedanken. Prof. Dr. Christiaens die als promotor van dit praktijkproject wilde optreden, Dr. Piessens die als co-promotor de evolutie van deze masterproef steeds kritisch bekeek en mij bijstuurde waar nodig en Dr. De Muynck, mijn PO, die dit praktijkverbeterend project steunde en de uitwerking praktisch mogelijk maakte.

Daarnaast wil ik graag mijn ouders bedanken, die mij de mogelijkheid gaven om deze studie aan te vangen, die mij doorheen deze 9 jaren bleven steunen, zeker in de moeilijke blok- en examenperiodes en ook mijn vrienden voor het fantastische studentenleven die we samen hebben mogen beleven.

Abstract

Context: In België is colorectale kanker de tweede meest voorkomende kanker bij vrouwen en de derde bij mannen. Domus Medica raadt aan om bij alle patiënten zonder verhoogd risico vanaf 50 jaar FOBT (faeces occult blood test) aan te bieden. Colorectale carcinomen en grote poliepen bloeden frequent en deze test spoort bloed op in de stoelgang. Patiënten met een positieve test en hoogrisicopatiënten moeten doorverwezen worden voor een coloscopie.

Onderzoeksvraag: 1/ Is er een verschil te merken in karakteristieken tussen de groep patiënten die wel en die niet participeerde aan de FOBT? 2/ Welke zijn de redenen om al dan niet deel te nemen? 3/ Hoe wordt de follow-up van de hoogrisicopatiënten georganiseerd in de praktijk?

Methode (literatuur & registratiewijze): De huidige richtlijn voor dikkedarmkankerscreening en epidemiologische gegevens werden teruggevonden op de site van Domus Medica en websites van de overheid. In Pubmed werd, via de gekozen keywords, zowel de literatuur over drempels en motiverende factoren voor FOBT, als de literatuur over follow-up van hoogrisicopatiënten gevonden. Aan de hand van de FOCUS-PDCA methode werd het praktijkproject tot stand gebracht. 54 laagrisicopatiënten kregen informatie over FOBT, deze werden na een maand onderverdeeld in een groep die uiteindelijk wel en een groep die niet participeerde aan de opsporingstest. Beide groepen werden geanalyseerd om een verschil op te sporen in karakteristieken. Daarna werden 5 personen uit elke groep geïnterviewd om duidelijker inzicht te krijgen in enerzijds de redenen van (niet-)deelname en anderzijds in hun gezondheidsprofiel. Door een studie van het elektronisch medisch dossier (EMD) werd de follow-up van de hoogrisicopatiënten in de praktijk nagegaan; krijgen zij op het juiste moment een coloscopie, hoe wordt hun risicoklasse en de planning voor follow-up genoteerd in het EMD?

Resultaten: De participatie was groter bij de groep die zich bereid toonde tijdens de consultatie, bij de 70-74-jarigen, bij patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming, bij de samenwonenden en gehuwden, de hoger opgeleiden en de patiënten die vroeger al deelnamen aan andere screeningsonderzoeken. Alle bevraagden vinden het de taak van de huisarts om hen hierover aan te spreken en 80% verkiest de consultatie om geïnformeerd te worden. Patiënten met een belaste voorgeschiedenis, polymedicatie en minder dan 5 of meer dan 10 raadplegingen per jaar participeren minder. Angst voor het resultaat is aanwezig bij 4 van de 5 niet-deelnemers, maar een negatieve familiale anamnese geeft hen een geruststellend gevoel. Voor één patiënte was het nemen van een faecesstaal de drempel. Opvallend was dat bijna niemand hiervoor al nagedacht had over dikkedarmkanker. Momenteel zijn er 18 hoogrisicopatiënten gekend in de praktijk, bij 15 gebeurde reeds een coloscopie waarvan er drie de aanbevolen follow-up periode niet respecteerden. De risicoklasse en de planning voor de volgende coloscopie worden op verschillende manieren genoteerd.

Conclusies: De karakteristieken van beide groepen zijn belangrijk voor de huisarts om meer aandacht te kunnen besteden aan de populatie die minder geneigd zou zijn om deel te nemen. De studiepopulatie was in dit project jammer genoeg te klein om algemene conclusies te kunnen trekken. Het voordeel van dikkedarmkankerscreening tijdens een consultatie aanhalen, is het arts-patiëntcontact. Het vertrouwen dat patiënten hebben in hun huisarts en de vele informatie die hij over de patiënten bezit, zorgt ervoor dat de huisarts de ideale persoon is om screening te bespreken en op te volgen. Tijdsgebrek is soms de oorzaak om dit onderwerp niet ter sprake te brengen, het eventueel plannen van een raadpleging met de focus op preventie, zou dit obstakel misschien kunnen verhelpen. Om een goede follow-up te realiseren van de hoogrisicopatiënten moeten er duidelijke afspraken gemaakt worden omtrent de manier van noteren in het EMD.

E-mail: marie_astridvannuffel@hotmail.com

ICPC-code: D75

Inhoudstafel

Voorwoord	II
Abstract	III
Inhoudstafel	IV
1. Inleiding	1
België en Vlaanderen in cijfers	
Is colorectale kanker een kandidaat voor screening?	1
Richtlijnen i.v.m. dikkedarmkankerscreening	2
Wat is FOBT	3
2. Literatuuronderzoek	5
A. Methodologie	
B. Resultaten Luik I : drempels en overtuigende factoren	5
1. Bereidheid	6
2. Kennis	6
3. Geslacht	7
4. Leeftijd	8
5. Socio-economische klasse	8
6. Burgerlijke stand	8
7. Opleidingsniveau	8
8. Keuze aanbevolen test	9
9. Huisarts	9
10. Belang eigen gezondheid	12
11. Vroegere screeningen	12
12. Emoties en sociale contacten	13
13. Familiale voorgeschiedenis	13
C. Resultaten Luik II: follow-up van de hoogrisicopatiënten	13
3. Doelstelling project	17
4. Pratkijkproject	19
A. Methodologie	19
B. Resultaten Luik I: drempels en overtuigende factoren	25
1. Bereidheid	26
2. Kennis	28
3. Geslacht	30
4. Leeftijd	30
5. Socio-economische klasse	31
6. Burgerlijke stand	32
7. Opleidingsniveau	33
8. Keuze aanbevolen test	33
9. Huisarts	34
10. Belang eigen gezondheid	36
11. Vroegere screeningen	38
12. Emoties en sociale contacten	39
13. Familiale voorgeschiedenis	41
Waarom werd het praktijkproject niet aangehaald tijdens een consultatie?	41
C. Resultaten Luik II: follow-up van de hoogrisicopatiënten	43
5. Discussie	45
6. Besluit	49
7.Referenties	51
8. Bijlagen	55

1. Inleiding

België in cijfers

In België is colorectale kanker de 2e meest voorkomende kanker bij vrouwen (13.4%) en de 3e bij mannen (13.8%), het is de 2e meest voorkomende doodsoorzaak van kanker bij mannen (10.3%) en de 3e bij vrouwen (11.9%). In België heeft Vlaanderen de hoogste incidentie. De gemiddelde leeftijd bij diagnose is 70 jaar bij mannen en 72 jaar bij vrouwen (17). In het algemeen kan er gesteld worden dat 1 op 31 mannen en 1 op 42 vrouwen onder de 75 jaar de diagnose van dikkedarmkanker te horen krijgen en dat ruim 1/3e hieraan sterft (9). De 5-jaarsoverleving bij mannen is 46 %, bij vrouwen is die 47%. De relatieve 5-jaarsoverleving[1] is voor beide geslachten samen 57%. Het stadium waarin de tumor zich bevindt bij diagnose is een belangrijke voorspeller voor de overleving. Het risico op colorectale kanker begint te stijgen vanaf 40 jaar en wordt echt belangrijk vanaf 50-55 jaar. Het risico verdubbelt per decade, maar evolueert trager bij vrouwen en deze hebben in elke leeftijdscategorie een lagere incidentie dan mannen (19).

Is colorectale kanker een kandidaat voor screening?

Screening is het gebruik van testen, onderzoeken of andere methodes om een ongekende pathologie te ontdekken bij gezonde individuen en dit op een snelle manier. Een screeningstest is vaak niet diagnostisch. Eens de screeningstest positief is, moet die persoon verwezen worden voor een diagnostische test en aanvullende behandeling.

Vooraleer er kan gescreend worden naar een bepaalde pathologie, moet deze voldoen aan een aantal voorwaarden:

1. de op te sporen pathologie moet een belangrijk gezondheidsprobleem zijn
2. er moet een behandeling voor handen zijn
3. eens de screeningstest positief is, moet er een mogelijkheid zijn om de definitieve diagnose met zekerheid te bepalen en moet de behandeling toegepast kunnen worden
4. er moet een herkenbaar latent of vroeg symptomatisch stadium zijn
5. er bestaat een geschikte test
6. de test moet aanvaard zijn in de populatie

[1] Relatieve 5-jaarsoverleving is de ziekte specifieke overleving, dit wil zeggen dat andere doodsoorzaken niet worden meegerekend.

7. het natuurlijk verloop, inclusief de ontwikkeling van latente fase tot ziekte moet geweten zijn
8. het moet duidelijk zijn wie er moet behandeld worden en op welke manier
9. de kosten (inclusief voor diagnostiek en behandeling) moeten aanvaarbaar zijn en in balans met de mogelijke uitgaven aan medische zorgen indien niet gescreend zou worden
10. het moet een continu proces zijn en geen "once and for all" project

Colorectale kanker voldoet aan de voorwaarden en is dus een geschikte pathologie om te screenen (36).

Richtlijnen i.v.m. dikkedarmkankerscreening

De meeste colorectale carcinomen komen, procentueel gezien, voor bij de bevolking zonder verhoogd risico. 15% van de bevolking heeft een verhoogd risico en indien we de patiënten met dikkedarmkanker bekijken, dan behoort 1/4^{e} tot de groep met verhoogd risico (19).

Europa

In Europa werd in 2002 FOBT, met nadien coloscopie indien positief resultaat, jaarlijks of tweejaarlijks aanbevolen van 50-75 jaar (25). Volgens het Advisory Committee on Cancer Prevention kunnen iFOBT, sigmoïdoscopie en coloscopie voorlopig nog niet aanbevolen worden op populatieniveau wegens geen bewijs in de literatuur (1). Allison et al. delen deze mening niet, door de hogere sensitiviteit en specificiteit kan iFOBT een nuttige plaatsvervanger worden van de gFOBT (2). Enkel in Finland en Australië screent men al systematisch met gFOBT om de 2 jaar (19).

Vlaanderen – huisartsrichtlijn Domus Medica

Volgens de richtlijn van Domus Medica van 2012 moet het risico bij elke patiënt boven de 40 jaar bepaald worden. Indien er geen verhoogd risico is, zou de huisarts bij iedereen FOBT (hemoccult II, volgens DM) moeten aanbieden vanaf 50 jaar, dit tot na 74 jaar tenzij de levensverwachting sterk beperkt is. Indien er één eerstegraadsverwant is die meer dan 60 jaar was bij de diagnose van dikkedarmkanker, wordt FOBT al vanaf 40 jaar aangeraden. Indien het screeningsonderzoek negatief is, zou dit na 12-24 maanden herhaald moeten worden, indien het positief is, verwijst men best voor een coloscopie. Na een geruststellende coloscopie kan er 10 jaar gewacht worden voor een volgende screening.

Uit onderzoek bleken zowel jaarlijkse als tweejaarlijkse FOBT-screening effectief. Het voordeel van het jaarlijks screenen is dat er meer tumoren kunnen opgespoord worden en in een vroeger stadium. Het tweejaarlijks screenen zou zowel voor de huisarts, het gezondheidszorgsysteem en de doelgroep het minst belastend zijn. Ook gezondheidseconomisch gezien is een tweejaarlijkse screening kosteneffectiever dan een jaarlijkse screening (14).

Wat is FOBT?

FOBT (faeces occult bloed test) spoort bloed op in de stoelgang omdat colorectale carcinomen en grote poliepen frequent bloeden. Er bestaan twee verschillende FOBT-testen. De gFOBT maakt gebruik van guiac, een natuurlijk hars dat samen met hematine een peroxidasereactie geeft en zo wordt een blauw gekleurd quinone zichtbaar. De iFOBT bevat polyclonale antihumane hemoglobine-antilichamen die een reactie teweeg brengen met de globinecomponent van onverteerd menselijk hemoglobine. Indien er een coloscopie uitgevoerd wordt na een positieve FOBT, is er een grotere kans op het vinden van maligniteiten (14, 19).

Beperkingen van FOBT

Zoals elke test brengt ook de FOBT enkele beperkingen en nadelen met zich mee. Deze test geeft een positieve uitslag bij andere oorzaken van gastro-intestinale bloedingen, de plaats en de aard van de bloeding blijven ongekend en slechts 2/3^{e} van de colorectale kankers bloedt wekelijks. Een FOBT houdt geen risico in, maar aangezien elke positieve FOBT moet gevolgd worden door een coloscopie en deze laatste wel enige risico's met zich meebrengt, moet de patiënt ook hiervan op de hoogte worden gebracht (14, 18, 19).

gFOBT vs iFOBT

Het grote verschil tussen gFOBT en iFOBT voor de patiënt is de praktische kant. Bij gebruik van gFOBT, moet men zich aan een dieet houden om de vals positieven en vals negatieven zo laag mogelijk te houden. Zo kan gFOBT vals positief reageren na het eten van rood vlees (rund, lam) en bepaalde groenten en fruit (broccoli, bloemkool, radijzen, meloen,…) en kan het vals negatief reageren na inname van vitamine C. De patiënt moet 3 stalen stoelgang op 3 verschillende dagen afnemen en dit dan aanbrengen op de daarvoor voorziene kaart. De test is positief als er een blauwverkleuring optreedt, deze is maar tijdelijk en dus niet altijd even objectief te beoordelen (18, 30).

Met iFOBT daarentegen moet men zich niet houden aan bepaalde voedingsadviezen, is één staal voldoende en de immunochemische reactie wordt in het labo uitgevoerd en is dus objectief en ondubbelzinnig (18, 19) Er zijn nog geen grote randomized controlled trials (RCT) gekend om een daling in incidentie en mortaliteit met iFOBT-screening aan te tonen , al rapporteerde de American Cancer Society Colorectal Cancer Advisory Group dat iFOBT in vergelijking met gFOBT patientvriendelijker en vergelijkbaar of beter is qua sensitiviteit en specificiteit (19).

Effectiviteit van FOBT

4 RCT's, die jaarlijkse of tweejaarlijkse screening d.m.v. gFOBT onderzochten, werden uitgevoerd in Nottingham (VK), Funen (Denemarken), Minnesota (VSA) en Göteborg (Zweden). Een belangrijke opmerking is dat deze RCT's onderling verschillen in screeningsfrequentie, hoe een positief resultaat gedefinieerd wordt en de leeftijdscategorieën.

Studie	**Notthingham**	**Funen**	**Göteborg**	**Minnesota**
Screenings-frequentie	tweejaarlijks	tweejaarlijks	16-22 maanden na 1e screening	zowel jaarlijks als tweejaarlijks
Screenings-test	hemoccult II niet gerehydrateerd	hemoccult II niet rehydrateerd	hemoccult II: 51% gerehydrateerd (1e ronde) 100% gerehydrateerd (2e ronde)	hemoccult II 82,5% gerehydrateerd
leeftijd	45-74	45-74	60-64	50-80

(19, 25)

De NZHTA (New Zealand Health Technology Assessment) en de Cochrane besloten dat er een goede evidentie bestaat voor een mortaliteitsdaling, een mogelijke incidentiedaling door een vroegtijdige detectie en resectie van adenomen en een vroege detectie van carcinomen waardoor minder invasieve heelkunde vereist is. In de Cochrane review werd besloten dat er een mortaliteitsdaling is van 16% in de doelgroep en 23% wanneer enkel de personen die zich effectief lieten screenen meegerekend worden. Concreet kan dit op populatieniveau als volgt voorgesteld worden: indien er aan 10.000 personen een tweejaarlijkse screening wordt aangeboden en 66% participeert, dan zullen er op tien jaar tijd 8,5 personen minder sterven aan colorectale kanker (19).

2. Literatuuronderzoek

A. Methodologie

In de eerste plaats werd de huidige richtlijn voor dikkedarmkankerscreening opgezocht, deze vonden we terug op de website van Domus Medica. Over de hele wereld bestaan verschillende richtlijnen, maar aangezien er een Vlaamse aanbeveling bestaat, hebben we deze gevolgd. Epidemiologische gegevens vonden we op websites en bronnen van de overheid zoals het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, Belgian Cancer Incidence in Belgium 2008 van het Belgian Cancer Registry en de website www.zorg-en-gezondheid.be van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
Via Pubmed werd gezocht naar artikels die de drempels en motiverende factoren voor FOBT bestudeerden. Deze werden gezocht via de keywords " determinants of participation", "determinants of non-participation", "barriers", "thresholds", "predictors", "colorectal cancer screening" en "FOBT". Vaak werden één of meerdere keywords gecombineerd in de zoekmachine van Pubmed. Pubmed geeft bij de gelezen artikels steeds "related articles" aan en bij de referenties van de gevonden artikels werd gezocht naar andere interessante bronnen. Ook het pilootproject van het Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker werd geraadpleegd.

Voor de follow-up van hoogrisicopatiënten werden de keywords "Follow-up", "high risk patients", "screening behavior", "screening colonoscopy", "barriers" en "determinants screening behaviour" gebruikt, ook hier waren vaak verschillende keywords gecombineerd in de zoekmachine van Pubmed.

B. Resultaten Luik I: drempels en overtuigende factoren

Het succes van een screeningsprogramma hangt af van de participatie, deze is momenteel lager bij dikkedarmkankerscreening dan bij andere screeningsprogramma's zoals borst- en baarmoederhalskankerscreening, al varieert dit van land tot land (30). Zo participeert 71% in Finland, maar slechts 29 % in Italië (11). Om deze deelname te optimaliseren moet er een duidelijk beeld worden gemaakt van de individuele factoren, gezondheidskarakteristieken en voorkeuren van de doelgroep. Zo kan men een beter inzicht krijgen in de subgroepen die minder bereid zijn om deel te nemen aan de FOBT-screeningstest (30).

1. **Bereidheid: Is er een verschil in effectieve deelname tussen de groep die zegt de test te doen en zij die zeggen niet te zullen deelnemen?**

Vooraleer er een uitnodiging werd verstuurd i.v.m. dikkedarmkankerscreening, onderzocht Van Rossum de bereidwilligheid om zich al dan niet te laten screenen. Dit werd vergeleken met hun uiteindelijk besluit om FOBT te doen of niet. Indien men zich op voorhand bereid toonde de FOBT-test te doen, dan was de participatie in deze groep ook effectief hoger in vergelijking met de groep die niet geïnteresseerd was. De deelname van deze laatste groep was wel hoger dan die van de groep die de vragenlijst niet beantwoordde (30). Dit was ook de conclusie van Senore et al. (2010); indien er geen interesse was in dikkedarmkankerscreening en indien men niet geloofde in de effectiviteit van screening, zal de deelname dalen (33). Wat opviel was dat er meer deelnames waren indien op voorhand een enquête gebeurde over hun bereidheid tot dikkedarmkankerscreening. Men zag dat zelfs 68 van de 90 personen (of 76%) die antwoordde "niet" of "eerder niet" geïnteresseerd te zijn in colorectalekankerscreening uiteindelijk toch een screening liet doen (30).

2. **Kennis: Heeft een goede informatie-overdracht een invloed op deelname? Heeft op voorhand verworven kennis een invloed op deelname?**

De bereidheid en participatie om al dan niet deel te nemen is afhankelijk van meerdere factoren, o.a. kennis. Men constateerde dat zij die minder weten over dikkedarmkankerscreening in het algemeen ook minder geneigd zijn om FOBT te laten uitvoeren (30). Kennis is zeer belangrijk, er moet adequate informatie gegeven worden over de mogelijke voordelen, beperkingen en gevolgen van de screening. Enkel op die manier kan de patiënt een weloverwogen keuze maken. Uit onderzoek bleek dat de patiënten die beter op de hoogte zijn van de effectiviteit van de test, de incidentie, de mortaliteit en het feit dat het beter behandelbaar is als het vroegtijdig ontdekt wordt, meer en herhaaldelijk zullen deelnemen. Omgekeerd geldt ook dat een tekort aan kennis vaak de reden is waarom ze niet deelnemen (4, 24, 29, 30). Uit een kennistoets constateerde men dat ondanks het lezen van een informatieve folder veel vragen niet beantwoord konden worden, waaruit men besloot dat een informatiebrochure niet voldoende is om de voor- en nadelen te melden. Vooral dat FOBT bedoeld is voor asymptomatische personen en dat het dikkedarmkanker niet voor 100% kan uitsluiten begrijpen patiënten moeilijk (30).

In tegenstelling tot wat hierboven te lezen is, concludeerde men in een onderzoek in Engeland dat een informatiefolder de deelname significant kan doen stijgen bij mannen. Een folder is goedkoop en kan voor elk screeningsprogramma gebruikt worden. Een mogelijke verklaring waarom dit bij mannen en niet bij vrouwen effect heeft, is omdat vrouwen door borst- en baarmoederhalskankerscreeningsprogramma's al op de hoogte zijn van het voordeel van screening bij asymptomatische personen en dat dus een informatieve folder geen extra deelname zal teweeg brengen. De klemtoon van de folder zou bij mannen en vrouwen anders moeten liggen, mannen worden het liefst geïnformeerd over de principes van screening en vrouwen eerder over de tekortkomingen van de test (16). Bij vrouwen kunnen andere vormen van kennisoverdracht effectiever zijn, zo deden meer vrouwen dan mannen (40-70 jaar) FOBT indien dit tijdens een routineconsultatie aangeboden werd bij de huisarts. Men veronderstelt dat ook de media een grote rol zouden kunnen spelen in het bekender maken van het screeningsonderzoek, want indien patiënten hierover al eerder gehoord hebben, zal de deelname tot 10 % stijgen (16).

De patiënt heeft het recht om alles te weten, zowel de voor- als de nadelen. Op die manier brengt kennis natuurlijk ook de keerzijde van de medaille met zich mee. Zo werden er dubbel zoveel weigeringen gezien indien men op de hoogte was van de risico's, ook al benadrukte men de voordelen. Dit was meer te zien bij vrouwen, mensen in goede gezondheid, mensen die al een kankerscreening achter de rug hadden, zij die een recent doktersbezoek achter de rug hebben en zij die grote autonomie willen hebben over medische beslissingen. Een deel van deze hogergenoemde groepen zijn juist meer geneigd om zich te laten screenen en daarom heeft deze informatie het meest invloed en impact op hen. Dit onderzoek bestudeerde informatie-overdracht van screeningstesten voor kanker in het algemeen, het behandelde niet specifiek colorectale kanker (23).

3. Geslacht: Is er een verschil in deelname tussen mannen en vrouwen?

In Europa en Australië zien we in het algemeen een hogere deelname bij de vrouwen (37), maar enkel in Finland is er zo'n groot verschil te zien tussen mannen (63%) en vrouwen (78%) (11). In een Franse studie zag men het omgekeerde en in Noord-Amerika was dit afhankelijk van de uitgevoerde studie (11).

4. Nemen bepaalde leeftijdscategorieën meer deel dan andere?

De leeftijdsgroep 60-69 jaar toont de hoogste deelname, maar het verschil tussen de leeftijdsgroepen is niet steeds significant (8, 11). In vele studies spreekt men van de 65-69-jarigen als actiefste groep (8). Patiënten ouder dan 69 jaar kampen vaak met andere gezondheidsproblemen die hun prioriteit krijgen (8, 37). Bij mannen zag men een stijgende deelname met de leeftijd, indien ouder dan 69 daalde dit opnieuw. Dit was bij vrouwen niet het geval (28). Von Euler-Chelpin et al. (2010), constateerden al een daling vanaf 65 jaar terwijl Power et al. (2009) pas een daling zagen boven de 80 jaar (11, 24).

5. Heeft de socio-economische klasse een invloed op de participatie?

Een RCT en pilootstudies in het Verenigd Koninkrijk stelden vast dat er bij de hogere socio-economische klasse dubbel zoveel FOBT werd uitgevoerd dan in de lagere socio-economische klasse. Huisartspraktijken met een armere populatie hadden procentueel ook minder deelnames (11). Von Euler-Chelpin et al. (2010) zagen meer participatie bij de hogere socio-economische klasse, de werksituatie was niet relevant en werklozen zouden minder geneigd zijn deel te nemen, al was dit verschil niet significant (11). Senore et al. (2010) zagen een hogere participatie bij gepensioneerden in vergelijking met de actief werkende bevolking, met uitzondering van de huisvrouwen (33), terwijl Rossi et al. (2005) een lage deelname bij de werklozen en de gepensioneerden, maar ook een grote deelname bij de huisvrouwen constateerden (28).

6. Heeft de burgerlijke stand een invloed op de participatie?

In het Verenigd Koninkrijk heeft de burgerlijke stand slechts een beperkte invloed op de participatie, maar in Finland speelde dit een grote rol. Er werd dubbel zoveel FOBT uitgevoerd bij gehuwden dan bij ongehuwden (11). In een systematisch review besloot Von Euler-Chelpin et al. (2010) in het algemeen dat personen die gehuwd of samenwonend zijn meer deelnemen dan alleenstaanden, en dit niet alleen in Finland (4, 11, 34).

7. Heeft het opleidingsniveau een invloed op de participatie?

In de USA participeerden meer personen met een hoger opleidingsniveau (11). en ook Senore et al. (2010) en Beydoun en Beydoun (2008) zagen een duidelijk verband tussen deelname en opleidingsniveau (4, 33). Folders en uitnodigingsbrieven worden in het algemeen minder gelezen door laagopgeleiden en zij laten hun beslissing meer afhangen van de huisarts (33).

8. Is de keuze van de aanbevolen test belangrijk voor de participatie?

De keuze van de test is heel belangrijk en voornamelijk voor de groep die minder geneigd is om deel te nemen. Er was 13% verschil in participatie tussen gFOBT en iFOBT in het voordeel van iFOBT (30). Omdat uit de studie van Van Rossum (2009) bleek dat iFOBT voor meer deelnemers zorgde, koos men in de Vlaamse studie ook voor iFOBT (18). 4,6% van de niet-deelnemers vonden het vervelend om een faecesstaal te nemen en dit was voor hen de belangrijkste reden om niet te participeren. Van de participanten die de vragenlijst terugstuurde, vond bijna iedereen het eenvoudig om een faecesstaal te nemen en door de grote respons op de vragenlijst, besloot men om iFOBT als gebruiksvriendelijk te quoteren (15, 28).

Tot de andere mogelijke screeningsprocedures behoren de flexibele sigmoïdoscopie, de coloscopie, de dubbel contrast barium enema en de virtuele coloscopie. Over deze laatste drie screeningsmethodes zijn nog geen RCT's gekend die de incidentie en mortaliteit doen dalen. Er zijn 4 RCT's over flexibele sigmoïdoscopie als screeningstest; NORCCAP, UK FS Screening Trial, Italian SCORE trial en US Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screen Trial. (19). De SCORE trial en de UK FS Screening Trial besloten dat er een langdurige reductie was van het risico op colorectale kanker, maar het lange termijn effect op de mortaliteit vereiste een langer durende studie (3, 32) , de NORCCAP-studie was te klein om conclusies te kunnen trekken over het effect van screening op de mortaliteit (19) en de resultaten van de PLCO-trial zijn nog niet gekend (35).

9. Speelt de huisarts een rol in de participatie van zijn/haar patiënten?

Het verschil in deelname tussen landen en streken is niet alleen afhankelijk van de karakteristieken van de patiëntenpopulatie, maar ook kenmerken van de arts spelen hierin een rol. Sommige patiëntengroepen hechten meer belang aan het advies van een dokter. Eerst en vooral is het belangrijk om niet te vergeten dat vooraleer een dokteradvies kan ingewonnen worden, er toegang moet zijn tot de gezondheidszorg. Mannen zouden meer geneigd zijn het doktersadvies te volgen. Waarom dit precies is, is nog onduidelijk en moet verder worden onderzocht, al is een mogelijk verklaring dat de arts dit bij mannen meer benadrukt omdat het bij hen meer voorkomt. Vrouwen krijgen op de screeningsleeftijd ook uitnodigingen voor andere screeningsonderzoeken (uitstrijkje, mammografie) en hebben vaak te kampen met post-menopauzale problemen waardoor hun aandacht voor dikkedarmkankerscreening afzwakt (6).

Ook speelt de arts-patiëntrelatie een rol. Patiënten die een huisarts hebben, jaarlijks op check-up gaan en andere screeningsonderzoeken op advies van hun huisarts laten uitvoeren, zullen sneller een doktersadvies krijgen en zullen ook meer deelnemen. Hoe beter de arts-patiëntrelatie is, hoe meer vertrouwen er is en hoe beter en meer communicatie er zal zijn, wat zich uit in het advies en de deelname voor dikkedarmkankerscreening (6).

De manier van uitnodigen kan een rol spelen op de deelname. Zo zal een uitnodigingsbrief die ondertekend werd door de huisarts het meest deelname teweegbrengen, dit is significant beter dan een brief verzonden door een algemeen screeningscentrum. Als het advies van de huisarts komt zullen er significant meer FOBT's uitgevoerd worden. Om deelname voor dikkedarmkankerscreening te verbeteren moet de huisarts betrokken worden in het programma, zeker omdat herhaalde deelname nodig is om effect te bereiken. Dit kan wel bemoeilijkt worden in regio's waar de huisarts vrij gekozen kan worden zodat continuïteit ontbreekt (37).

In volgende studie van Cole et al. onderzocht men drie verschillende uitnodigingsmethodes. De eerste groep kreeg een brief vanuit een screeningscentrum, idem voor een tweede groep maar waarbij vermeld werd dat de huisarts achter de screening staat en een derde groep die een brief kreeg die ondertekend werd door de huisarts. Deze laatste groep vertoonde het grootste aantal deelnemers, 44.7% van de uitgenodigden is hierop ingegaan. Groep 2 had een significant grotere participatie dan groep 1, groep 3 had een grotere deelname dan groep 2, maar het verschil was niet significant. Zo besloot men dat de aard van de uitnodiging de deelname kan beïnvloeden en hoe groter het aandeel van de huisarts, des te meer deelnames (8).

In pilootstudies in het VK, Australië en Finland stuurde men iFOBT per post rond en zag men een hoge deelname (45.4% in Australië en bijna 60% in het VK), al is men ervan overtuigd dat dit nog hoger kan indien er meer informatie gegeven wordt door een arts tijdens een raadpleging. De huisarts kan de participatie ook in een negatieve richting beïnvloeden. Het gebrek aan duidelijke aanbevelingen maakt het voor de arts moeilijk om een bepaalde test aan te bieden. 88.2% van de ondervraagde artsen meldde bezorgdheden i.v.m. de specificiteit en sensitiviteit van de test, wat voornamelijk te wijten was aan te weinig kennis over de evidentie van FOBT en de perceptie dat andere testen beter zouden zijn.

Hierbij moet toch benadrukt worden dat er nog geen RCT's zijn die een mortaliteitsdaling door coloscopie als screeningsonderzoek aantonen (7, 12). Na onderzoek kwam FOBT als een goede test naar voor met evidentie voor mortaliteitsdaling, er zijn richtlijnen die FOBT aanbevelen en er zijn aanwijzingen dat deze test algemeen door de doelgroep wordt aanvaard, dus redenen genoeg om FOBT als arts in de praktijk aan te bevelen (7).

In een Vlaamse studie zag men een gemiddelde deelname van 44.3%, zowel in de groep die een brief, informatiefolder en het materiaal voor iFOBT thuis toegestuurd kreeg, als de groep die een brief en een informatiefolder per post kreeg en de vraag bij de huisarts langs te gaan voor de test. Men stelde in landelijke gemeentes meer deelname vast na het consult bij de huisarts, zij waren meer overtuigd van het belang van screening omdat hun huisarts hen dit adviseerde. Indien er een goed contact is met de huisarts speelt deze een belangrijke rol in het screeningsproces. In het algemeen was er geen duidelijk verschil te merken tussen de postgroep en de huisartsengroep. De postgroep was tevreden dat zij dit rechtstreeks hebben kunnen afhandelen, slechts 10% van hen had meer uitleg van de huisarts gewenst (15).

Een studie in Italië onderzocht de rol van de huisarts bij dikkedarmkankerscreening. Indien men de participatie na uitnodiging door een ziekenhuis of door de huisarts bestudeerde, zag men 3,4 maal meer deelname indien dit door de huisarts geadviseerd werd. Jammer genoeg werd van de positieve testen geen grotere deelname aan de coloscopie gezien bij de huisartsengroep (12, 28).

Ook de huisarts bezit enkele karakteristieken die gerelateerd zijn aan deelname. Zo is er een negatieve associatie indien hij/zij meer dan 26 patiënten per dag ziet, indien hij op een verkeerde manier FOBT aanbeveelt en indien hij een praktijk heeft in een grootstad, wat de bereikbaarheid van de praktijk bemoeilijkt. Voor dit laatste dient wel opgemerkt te worden dat de studie in Rome gebeurde en dit kan dus niet in eenzelfde lijn doorgetrokken worden naar de Vlaamse steden. Het karakter van de huisarts heeft zijn invloed op de patiëntenpopulatie en de arts-patiëntcommunicatie, wat op zijn beurt de participatie kan beïnvloeden. Eigenlijk kan men besluiten dat de invloed van de huisarts bij dikkedarmkankerscreening zeer groot kan zijn, dit in beide richtingen, maar alles hangt af van hoe de huisarts hierin een rol wil spelen (12).

10. Nemen personen die hun eigen gezondheid belangrijk vinden juist meer of minder deel aan de screeningstest?

Indien men gebruik maakt van andere gezondheidszorgvoorzieningen is er een positieve associatie te zien met FOBT-deelname. Wie vaker een huisarts of een tandarts raadpleegt of deelneemt aan andere screeningsonderzoeken, zal ook meer participeren. Dit is verschillend van land tot land. In Noord-Amerika ziet men een verband met de datum van het laatste consult bij de huisarts, indien dit langer geleden is, zal de FOBT-participatie minder zijn. Dit geldt niet voor de UK, daar telt vnl. het meest recente consult bij de tandarts. Indien dit minder dan 1 jaar geleden is, dan zal de participatie aan FOBT groter zijn (11).

In de Vlaamse studie was het "ervaren van een goede gezondheid" doorslaggevend om niet deel te nemen, ook al werd benadrukt dat mensen zonder klachten juist de doelgroep vormden van screening (15). Aan de andere kant zagen Senore et al. (2010), Weber et al. (2008) en Van Rossum (2009) minder screening bij mensen die hun eigen gezondheid laag inschatten en Van Rossum (2009) constateerde ook meer participatie bij mensen die zichzelf in goede gezondheid voelden, al was dit niet significant. Hoe lager de eigen levenskwaliteit wordt ervaren en hoe meer nood aan hulp in het dagdagelijkse leven, hoe minder de deelname zal zijn (30, 33, 34).

Er werd een positief verband gezien met het benutten van andere preventieve gezondheidsmaatregelen zoals andere kankerscreeningsonderzoeken, cholesterolbepalingen en consultaties bij tandarts en huisarts (11, 33). In het algemeen is er minder deelname bij rokers en sedentaire personen en meer deelname bij niet-rokers en fysiek actieve personen (34).

11. Zijn vroegere screeningen een voorspellende factor?

Indien er reeds werd deelgenomen aan de screening, zal men vaker opnieuw deelnemen (33) al is het omgekeerde niet minder waar, een negatieve FOBT kan een verkeerd gevoel van veiligheid met zich meebrengen. Zo begint men te denken dat hun ongezonde levensstijl toch geen invloed op hun gezondheid heeft (29). Een onverschilligheid t.o.v. screening in het algemeen leidt tot minder deelname (30) en personen met positieve overtuigingen zullen wel meer deelname vertonen (8, 30).

12. Spelen emoties en sociale contacten een rol in de participatie?

17.8% meldde angst te hebben voor de resultaten, 8.8% zou angst hebben voor de test en 3.9% is gegeneerd om de test uit te voeren. Ook dit heeft een invloed op het aantal deelnemers (28). Het is belangrijk dat mensen het gevoel krijgen dat ze zelf kunnen beslissen over hun keuze en hun gezondheid, indien men denkt dat anderen voor hen beslissen, dan haken ze af (13). 22% van de patiënten werd begeleid door familie of vrienden naar het ziekenhuis of naar de huisarts na het krijgen van de brief, hieruit blijkt het belang van sociale steun. Voornamelijk vrouwen ouder dan 70 jaar werden begeleid, maar er was geen significant verschil te merken wat betreft geslacht en leeftijd (28). Men zou kunnen overwegen om familie, vriendengroepen of bepaalde wijken samen te laten screenen zodat de sociale steun aanwezig is en dit zou leiden tot gezamenlijke screening.

13. Kan de familiale voorgeschiedenis een invloed hebben op de (niet-)deelnemers?

Personen die beter op de hoogte zijn van de medische toestand van hun familieleden met dikkedarmkanker gaan meer geneigd zijn zich te laten screenen. Al was er bij deze studie geen verschil in kennis over dikkedarmkanker tussen de deelnemers en niet-deelnemers (13). In een andere studie merkte men een licht significant verschil op bij familieleden, met een positieve associatie aan deelname (28).

C. Resultaten Luik II: follow-up van de hoogrisicopatiënten

Colorectale kanker kan gezien worden vanaf 40 jaar, op zo'n jonge leeftijd zijn er meestal wel familiale antecedenten aanwezig (14). Personen met een verhoogd risico, komen niet in aanmerking voor de FOBT-screening, maar moeten verwezen worden naar een gastro-enteroloog voor een coloscopie. Tot deze groep behoren personen met:

- 1 eerstegraadsverwant < 60 jaar met CRC
- > 1 eerstegraadsverwant (ongeacht leeftijd)
- Eerfelijke aandoeningen: HNPCC en FAP
- Voorgeschiedenis van resectie door CRC
- >8 jaar Ziekte van Crohn of C.U.
- Persoonlijke antecedenten van adenomateuze poliepen
- > 6w rectaal bloedverlies of lossere stoelgang en/of verhoogde stoelgangsfrequentie
- > 6 w veranderingen in stoelgangspatroon
- > 60 jaar en rectaal bloedverlies
- Rectaal bloedverlies zonder anale symptomen

- Acromegalie
- ureterosigmodostomie
(14)

Het aanbevolen screeningsonderzoek in Vlaanderen bij hoogrisicopatiënten is de coloscopie (14). 15-20% van de colorectale kankers komt voor bij personen met eerstegraadsverwanten met dikkedarmkanker. Het risico is dubbel zo groot indien men één eerste graadsverwant heeft en 3-6 maal groter voor families met vroegtijdige ziekte of meerdere familieleden met colorectale carcinoma (10, 27). 1-6% van de patiënten met dikkedarmkanker lijdt aan HNPCC[2] en families waarin HNPCC voorkomt hebben een risico van 80% om dikkedarmkanker te ontwikkelen (5, 27). Om het risico van de eigen patiënten te kennen moet er een risicostratificatie (bijlage 1) gebeuren en dus de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis moet nagevraagd worden, wat vaak vergeten wordt in de eerste lijn. Uit een studie in Australië met 1117 personen bleek dat 40-55% van de medische dossiers belangrijke familiale antecedenten bevatten, dat in 51% van de consultaties met nieuwe patiënten familiale anamnese gebeurt en slechts bij 22% van de gekende patiënten.

75% zou zich wel laten screenen indien dit door hun arts geadviseerd zou worden, maar zo'n advies wordt niet routinematig aangeboden aan risicopatiënten. Ook al worden familiale risicofactoren nagevraagd, het gestegen risico voor de patiënt wordt niet altijd besproken. Zo is bijna 50% van de personen met een verhoogd risico hier niet van op de hoogte. Men ziet dat de groep waarbij familiale anamnese reeds aan bod is gekomen en als ze op de hoogte zijn van hun verhoogd risico ook meer screeningsadvies krijgen van hun arts. 95% van de mensen die op de hoogte zijn van hun verhoogd risico kregen reeds screeningsadvies in vergelijking met 80% die wel al familiale antecedenten bespraken maar niet op de hoogte zijn van hun risico en 37% van de personen die de familiale voorgeschiedenis nog niet bespraken. Risicocommunicatie is zeer belangrijk in de eerste lijn en daarvoor is familiale anamnese essentieel (10).

[2] hereditary nonpolyposis colorectal cancer

Een Canadese studie bestudeerde 356 antwoordformulieren van eerstegraadsverwanten bij wiens familieleden 4-6 jaar geleden de diagnose van dikkedarmkanker werd vastgesteld. Enkele opvallende resultaten hieruit: 92% had al over screening gehoord, maar 38% dacht toch dat dit enkel bedoeld was voor mensen met symptomen, 90% was op de hoogte dat coloscopie als screeningsonderzoek kon gebeuren en 80% had dit gehoord van hun huisarts, 70% deed ooit al een colorectaalscreeningsonderzoek (34% FOBT, 59% coloscopie) en 60% was op de hoogte van de aanbevelingen. Van de 356 eerstegraadsverwanten liet 17% zich gedurende het laatste jaar screenen, 46% deed dit 1-5 jaar geleden, 5 % 6-10 jaar gelden, bij 2,8% was dit meer dan 10 jaar geleden en 30% had nog nooit een screeningstest laten doen. 49% was niet op de hoogte van hun risico, 85% zou wel geïnteresseerd zijn om een screeningstest te doen en 80% vindt de huisarts een belangrijke bron voor informatie rond colorectale screening (21).

Een Duits onderzoek zond een vragenlijst naar patiënten met dikkedarmkanker, bij wie de diagnose voor hun zestigste was vastgesteld, om te peilen naar hun kennis over het risico voor hun eerstegraadsverwanten en hun deelname aan screening. Minder dan 30% van de ouders, broers of zussen hadden al een screeningscoloscopie laten doen. Indien de eerstegraadsverwanten op de hoogte zijn van hun gestegen risico steeg de deelname aan coloscopieën. Minder dan de helft (44%) was op de hoogte van het gestegen risico, dit bewijst dat de voorlichting moet verbeteren. Eén van de mogelijke oorzaken waarom zij niet op de hoogte zijn van hun risico is omdat de arts die de diagnose heeft vastgesteld dit niet heeft vermeld en geen informatie heeft gegeven over de aanbevelingen. Van de 354 ouders lieten er 178 (50,3%) zich endoscopisch screenen, waarvan 107 (30,3%) dit voor de diagnose deden en 71 (20%) na de diagnose. Van de 888 broers en zussen lieten er zich 344 (38,7%) endoscopisch screenen waarvan 109 (12,3%) voor en 235 (26,4%) na de diagnose. Slechts 193 (43,9%) van de 440 patiënten waren op de hoogte van het verhoogd risico voor hun eerstegraadsverwanten. Men zag meer coloscpieën bij de eerstegraadsverwanten van de patiënten die op de hoogte waren van het verhoogd risico voor hun familie (31). Volgens een review van Rees et al. (2008) was endoscopische screening hoger bij mensen die hun eigen risico kennen (>60%), ook een goede aanbeveling, een zwaardere belaste familiale voorgeschiedenis en het ervaren van minder drempels behoren tot voorspellende factoren die er eerder zullen voor zorgen dat mensen zich laten screenen (27).

In het Family Health Promotion Project stelde men vast dat 1/3^{e} van de hoogrisicopatiënten nog nooit een coloscopie had laten doen, 70% ervaarde een drempel. De meerderheid deed geen screening omdat ze geen symptomen hadden (34%), 26% had het te druk, 25% maakte zich zorgen over de voorbereiding, 23% heeft angst voor de test, bij 22% hielden de kosten hen tegen, 21% had angst voor pijn, 20% had schrik voor de resultaten en 16% meldde een gebrek aan doktersadvies (20).

Als opmerkingen bij de hoger beschreven studies moeten we noteren dat de leeftijd van het familielid bij diagnose niet altijd gekend is, waardoor het echte risico niet exact kan bepaald worden. Vaak wordt gebruik gemaakt van zelfrapportering door patiënten of hun familie (en doet de betrouwbaarheid dalen), soms is het niet gekend of de eerstegraadsverwanten ook effectief op de hoogte zijn van de aanbevelingen en bij zelfrapportering is het moeilijk na te gaan of het bij de gescreende personen ook echte screeningstesten en geen diagnostische testen waren. Advies van een gezondheidsmedewerker en van een arts is zowel in de algemene als hoogrisicopopulatie belangrijk, zo werden 84% van de deelnemers die zich lieten screenen, gesteund door de huisarts, dit in vergelijking met 22% die zich niet liet screenen. Ook ziet men een associatie tussen het aantal eerstegraadsverwanten, de eigen kennis, het al dan niet ter discussie brengen van colorectale screening met familie, vrienden of collega's en informatie die men opvangt over screening en het aantal screeningsendoscopieën. Steun van de eigen familie zal ervoor zorgen dat de aanbevelingen beter gevolgd worden (27). Ook over andere risicopopulaties (HNPCC, FAP, …) bestaan studies met screeningscijfers, maar aangezien deze zeer zeldzaam zijn in onze praktijk, heb ik deze studies hier buiten beschouwing gelaten.

3. Doelstelling praktijkproject

De vorige HAIO focuste zich op de hoogrisicopatiënten in de praktijk. Via een risicostratificatiemodule in het elektronisch medisch dossier ging zij het risico van de patiënten na, de hoogrisicopatiënten werden ingelicht over hun risico en werden verwezen voor een coloscopie. Aangezien zij zich focuste op de hoogrisicopatiënten, wilden wij de andere risicogroep bestuderen, nl. de laagrisicopatiënten. Er is een plan van de Vlaamse overheid om binnen enkele jaren een algemeen opsporingsprogramma te introduceren voor dikkedarmkanker. Net zoals bij borstkankerscreening zal een brief verstuurd worden naar de doelgroep met uitleg over staalafname en het doel hiervan. Deze patiëntenpopulatie krijgt bij deze brief ook het materiaal om thuis een staaltje te nemen en dit zelf naar het labo terug te sturen, dit zonder de tussenkomst van de huisarts. De taak van de huisarts zal erin bestaan om zijn/haar aandacht te richten op de niet-deelnemers en deze te motiveren.

Bij alle preventieve campagnes is er altijd een groep die niet deelneemt. Waarom nemen zij niet deel? Zijn er bepaalde karakteristieken van de (niet-)deelnemers? Wat heeft de participanten overtuigd om wel deel te nemen? Dit zijn vragen die belangrijk zijn voor een huisarts omdat hij/zij de meest geschikte persoon is om preventie toe te passen en te coördineren. Hij beschikt over een medisch dossier met de algemene gegevens, eigen consultaties, specialistische verslagen en uitslagen van uitgevoerde onderzoeken. Ook al zal de overheid in de toekomst het heft in handen nemen om de doelgroep te bereiken voor coloncarcinoomscreening, is het de huisarts die kan opvolgen wie al dan niet de FOBT liet uitvoeren.

Een algemene implementatie van de Domus Medica-richtlijn ‘Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico’ leek ons wat moeilijk, vooral omdat er tot nu toe nog nooit over FOBT gesproken werd in de praktijk. Het leek ons interessanter om bij personen met een laag risico een kleinschalig proefproject uit te voeren door FOBT aan een beperkt aantal patiënten aan te bieden en dan na te gaan waarom bepaalde personen wel en andere hier niet op ingegaan zijn. De focus ligt dus niet op het resultaat en het aantal personen, maar wel op de bevorderende/motiverende factoren en drempels voor FOBT.

Deze kennis waarom bepaalde personen (niet) deelnemen, de karakteristieken van de (niet-) participanten en de motivatie van de deelnemers kan de huisarts helpen om inzicht te krijgen in de denkwijze van zijn patiënten en zo de participatie proberen te doen verhogen in zijn praktijk. Een tweede deel van deze masterproef bestudeert de follow-up van de reeds gekende hoogrisicopatiënten uit de vorige masterproef. Gebeurde reeds een coloscopie, zijn de patiënten nog op de hoogte van hun risico en worden ze hier nog aan herinnerd indien ze nog geen coloscopie lieten uitvoeren?

Doelstelling praktijkproject – schematisch voorgesteld

LUIK I:

16 juli – 16 augustus 2012: patiënt op raadpleging tussen 40 en 74 jaar?

- ⇨ Neen: valt buiten doelgroep voor praktijkproject
- ⇨ Ja: bepaal risico
    - Laag risico (vanaf 50 jaar of vanaf 40 jaar indien één eerstegraadsverwant ouder dan 60 jaar met colorectale kanker):

      Informed consent (bijlage 2) invullen, informeer patiënt over FOBT, folder meegeven (bijlage 3), materiaal voor afname meegeven, invulformulier arts (bijlage 4) invullen.
    - Hoog risico:

      valt buiten praktijkproject

1 oktober 2012:

- ⇨ Analyse van deelnemers en niet-deelnemers

  Doelstelling 1: Is er een verschil in karakteristieken tussen beide groepen?
- ⇨ Selectie van vijf deelnemers en vijf niet-deelnemers voor het interview (bijlage 5)

  Doelstelling 2: Interview om dieper in te gaan op de reden(en) waarom ze al dan niet deelnamen aan de FOBT-screeningstest en duidelijker inzicht krijgen in hun gezondheidsprofiel.

LUIK II:

Studie van de follow-up van de hoogrisicopatiënten in de praktijk. Dit gebeurt aan de hand van het elektronisch medisch dossier (EMD). Ook de wijze van noteren van het risico, de familiale en persoonlijke antecedenten wordt bestudeerd.

Doelstelling 3: Wordt een goede follow-up van de hoogrisicopatiënten georganiseerd?

4. Praktijkproject

A. Methodologie

Uit de lessen kwaliteitszorg in het eerste jaar van de huisartsopleiding aan de UGent, werd de FOCUS-PDCA methode uitgelegd. Deze werd dan ook gehanteerd voor de uitwerking van deze masterproef.

FOCUS

- Find problem

Zoals vermeld in de inleiding vormt colorectale kanker een belangrijk gezondheidsprobleem in België. De vorige HAIO focuste zich op de hoogrisicopatiënten, deze werden reeds geadviseerd om een coloscopie te laten doen. De laagrisicopatiënten zijn nauwelijks op de hoogte van hun risico en de mogelijke screeningsonderzoeken voor dikkedarmkanker. FOBT werd nog aan niemand aanbevolen en in het algemeen verdwijnt dikkedarmkankerscreening in de vergeethoek in de praktijk. De bedoeling is om de focus te verleggen van de hoog- naar de laagrisicopatiënten en deze te informeren over de huidige screeningsrichtlijn.

- Organise meeting

Over dikkedarmkankerscreening werd al veel onderzoek gedaan, ook andere HAIO's deden reeds een praktijkverbeterend project waarbij men de Domus Medicarichtlijn 'Screenen op colorectale kanker voor personen zonder verhoogd risico' implementeerde. Het eerste idee rees om een brief te sturen naar de doelpopulatie en deze uit te nodigen in de praktijk voor risicostratificatie en informatie i.v.m. dikkedarmkankerscreening. Na een vergadering met de co-promotor en het praktisch uitwerken hiervan, leek het niet zo nuttig. Dit omdat het een eenmalig project zou zijn, dat in de toekomst hoogstwaarschijnlijk niet zou herhaald worden want brieven rondsturen vanuit de praktijk is niet echt ingeburgerd. Een veel toegankelijkere en meer aanvaarde manier waarop preventie in de huisartspraktijk kan worden toegepast, is de opportunistische screening.

We wilden niet focussen op de FOBT-deelname aangezien dit al door meerdere HAIO's onderzocht werd. Binnen enkele jaren zal ook een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker opgestart worden, met sterke inzet op diverse strategieën om de participatie zo hoog mogelijk te maken.

Van de huisarts zal verwacht worden om de moeilijker bereikbare groepen aan te spreken. Na reflectie over de reeds genoemde voorstellen kwamen we tot het besluit dat het interessant is om de nadruk te leggen op het 'waarom', waarom nemen mensen al dan niet deel aan FOBT, en 'de karakteristieken van de deelnemers en niet-deelnemers', zijn er bepaalde kenmerken van patiënten die een voorspellende factor kunnen hebben?

Als tweede luik van deze thesis willen we evalueren wat, één jaar later, de stand van zaken is van het praktijkverbeterend project van de vorige HAIO m.b.t. hoogrisicopatiënten voor dikkedarmkanker.

- Clarify problem

Om het praktijkverbeterend project te starten, zijn meerdere stappen nodig.

1) Eerst en vooral waren we niet volledig op de hoogte van de huidige richtlijn i.v.m. colorectale screening.
2) Een risicostratificatie en de hierbij horende risicocommunicatie wordt momenteel niet systematisch toegepast in de praktijk.
3) De patiënten zijn niet op de hoogte van hun risico.
4) De patiënten zijn niet op de hoogte van de huidige screeningsrichtlijn.
5) Wat houdt de patiënten tegen en wat motiveert hen om zich te laten screenen?
6) Kregen de hoogrisicopatiënten al een coloscopie of niet? Gebeurt de follow-up van de hoogrisicopatiënten zoals het moet?

Eerst werd de aanbeveling op Domus Medica 'Screenen op colorectale kanker voor personen zonder verhoogd risico' gelezen en samengevat. Zo werd duidelijk wat met welke risicogroep moest gebeuren. De samenvatting werd aan de PO gegeven zodat ook hij goed op de hoogte is wat de huidige aanbeveling is in Vlaanderen. De andere problemen worden aangepakt in het praktijkverbeterend project en worden hieronder verder uitgelegd.

- Understand proces/uncover problems

Om alles vlot te laten verlopen, moet er op een gestructureerde manier gewerkt worden. Daarom werd het verloop van de consultatie uitgetypt voor de mogelijke risicogroepen. In de literatuur werd opgezocht welke informatie aan de patiënten moet gegeven worden. Dit zowel wat betreft de FOBT als de coloscopie, aangezien er een coloscopie moet gebeuren bij een positieve FOBT. De patiënt moet op de hoogte zijn van de voor- en nadelen van deze onderzoeken vooraleer hij een bewuste keuze kan maken om al dan niet deel te nemen.

Aangezien het een gekend fenomeen is dat de patiënt veel van de uitleg van de arts vergeten is bij het verlaten van de praktijk, wordt ook een folder meegegeven met alle nodige informatie voor de patiënt.

Enkele mogelijke drempels waar wij als artsen mee kunnen te maken hebben:

1) Patiënten die weigeren deel te nemen aan het project.
2) Tijd: dit is een tijdrovend proces. Zeker omdat weinig patiënten hier iets over weten. Ze moeten goed geïnformeerd worden, een duidelijke uitleg moet gegeven worden, vragen moeten beantwoord kunnen worden,… Dit is niet altijd vanzelfsprekend en niet tijdens elke consultatie mogelijk.
3) Om deze drempel enigszins op te vangen, kozen we de registratieperiode van 16 juli t.e.m. 15 augustus 2012. Een iets rustiger periode, want in volle griepperiode leek dit ons niet haalbaar.
4) Te weinig kennis van de arts over de richtlijnen i.v.m. dikkedarmkankerscreening. Zoals hierboven vermeld, werd de huidige aanbeveling van Domus Medica nagelezen en samengevat zodat de betrokken partijen hiervan goed op de hoogte zijn.
5) Te weinig kennis van de patiënt: patiënten die nog niet op de hoogte zijn van FOBT, kunnen er misschien wat weigerachtig tegenover staan. Daarom werd de nodige informatie opgezocht en neergeschreven in een folder zodat dit thuis nog eens kan nagelezen worden.
6) In de richtlijn van Domus Medica staat vermeld dat ook na 74 jaar verder moet gescreend worden indien de levenskwaliteit en levensverwachting nog meer dan 10 jaar bedraagt. Om het praktijkproject te beperken en het moeilijk is die levensverwachting te voorspellen in bepaalde situaties, werd de doelgroep toch beperkt tot 74 jaar. Dit werd pas tijdens het project aangepast omdat hier voorhand niet was bij stilgestaan.
7) Niet alle hoogrisicopatiënten zullen op de hoogte zijn dat hun dossier opnieuw bestudeerd wordt, daarom stelde ik een invulformulier (bijlage 6) op voor hoogrisicopatiënten, mijn PO doorzocht de dossiers en ik verwerkte de resultaten.

- Select a strategy

Nu wordt gestart met de PDCA-strategie (Plan Do Check Act).

PDCA

- Plan

LUIK I: Tot de doelgroep behoren de personen van 40 t.e.m. 74 jaar. Dit is de populatie waarbij een risicostratificatie moet gebeuren. Bij een laag risico wordt vanaf 50 jaar FOBT aanbevolen, bij iemand met een eerstegraadsverwant boven de 60 jaar met de diagnose van dikkedarmkanker wordt dit al vanaf 40 jaar gedaan. In de eerste periode (van 16 juli tot 16 augustus 2012) wordt er gedurende één maand FOBT aangeboden aan alle patiënten uit de doelgroep die tijdens deze periode op raadpleging komen. Het doel is om aan iedereen FOBT aan te bieden, ze te informeren en bij tien van hen achteraf een interview af te nemen.
Na één maand registratie krijgen de patiënten nog 1.5 maand de tijd om hun faecesstaal binnen te brengen. Hierna wordt een evaluatie gemaakt van de deelnemers en niet-deelnemers en worden de groepen ingedeeld voor de interviews. Er zullen hiervoor vijf deelnemers en vijf niet-deelnemers worden gecontacteerd.
LUIK II: Via de zoekstrategie in het medisch dossier HealthOne kunnen alle hoogrisicopatiënten, die reeds via de risicostratificatietool bepaald werden, opgespoord worden. Het doel is nagaan of er reeds een coloscopie gebeurde en wordt deze met een correcte intervalperiode herhaald.

- Do

Om het praktijkproject te kunnen realiseren, zijn meerdere stappen nodig:

1) De aanbeveling van Domus Medica wordt gelezen.
2) Het informed consent wordt opgesteld.
3) Het invulformulier wordt opgemaakt en doorgenomen door de betrokken artsen.
4) Afspraken worden gemaakt hoe dit genoteerd zal worden in het medisch dossier.
5) De literatuur wordt bestudeerd om de juiste informatie te verzamelen i.v.m. risicocommunicatie met de patiënt en welke informatie aan de patiënt moet gegeven worden.
6) Het verloop van het consult wordt voor elke risicogroep neergeschreven en gelezen door de artsen.
7) De informatiebrochure wordt geschreven.
8) De literatuur over de mogelijke drempels en motiverende factoren die de patiënt bij FOBT kan ondervinden wordt bestudeerd.
9) Het interview wordt geschreven dat later zal afgenomen worden bij tien patiënten.
10) De literatuur i.v.m. follow-up van hoogrisicopatiënten wordt bestudeerd.

11) Het invulformulier voor de hoogrisicopatiënten wordt opgesteld zodat de PO gemakkelijk de dossiers van de hoogrisicopatiënten kan doorzoeken.

- Check

Tijdens de registratieperiode, de evaluatieperiode en de interviews kregen we ook te maken met een aantal problemen waarvan enkele tijdens de uitvoering van het project opgelost konden worden.

1) De PO vergat in het begin van de registratieperiode vaak het project aan te halen, dit werd met hem besproken. Hij vulde dan ook de invulformulieren, waarom het project niet was aangehaald, niet in. De redenen waarom FOBT niet ter sprake werd gebracht kon achteraf niet meer achterhaald worden.
2) Op drukke dagen was er soms geen tijd om het project aan te halen. Hiervoor werd geen oplossing gevonden.
3) Volgens de Domus Medica richtlijn wordt FOBT ook nog aanbevolen bij de bevolkingsgroep ouder dan 74 jaar indien de levensverwachting nog meer dan 10 jaar bedraagt. Deze inschatting was soms moeilijk en om de studiepopulatie beperkt en overzichtelijk te houden, werd de maximale leeftijd op 74 jaar vastgelegd voor het praktijkverbeterend project.
4) In eerste instantie ging elke groep voor de interviews (deelnemers en niet-deelnemers) gelijk verdeeld worden met evenveel personen van dezelfde terugbetalingscategorie en telkens één persoon met een laag risicoprofiel tussen 40 en 50 jaar met een eerstegraadsverwant ouder dan 60 jaar met een colorectaal carcinoom. Omdat er geen enkele persoon onder de 50 jaar een familielid had met dikkedramkanker en omdat er niet veel personen met verhoogde tegemoetkoming bereid waren voor het interview, werden de groepen op een andere manier onderverdeeld. Nog steeds 5 deelnemers en 5 niet-deelnemers met in elke groep 2 of 3 vrouwen en mannen.
   Er werd ook telkens gezorgd dat er zowel patiënten waren bij wie de bereidheid tot FOBT uiteindelijk overeenkwam met de effectieve deelname en omgekeerd.
5) Het vinden van bereidwillige personen voor het interview was niet zo eenvoudig, zo moest er een aantal keer at random een nieuwe patiënt gekozen worden uit de subgroepen.

- Act

LUIK I: Het grootste deel van het praktijkverbeterend project verliep volgens plan.
Op 16 juli start de registratieperiode. Indien ze akkoord gaan om deel te nemen aan het praktijkverbeterend project in kader van mijn masterproef, wordt het informed consent ingevuld en ondertekend, het risico wordt bepaald, de juiste informatie wordt meegedeeld, het formulier voor de arts wordt ingevuld, de informatiebrochure wordt meegegeven en zo nodig wordt een faecespotje met labo-formulier meegegeven aan de patiënt. Het risicoprofiel wordt genoteerd in het luik 'medische basisinformatie', indien de patiënt familiale antecedenten, persoonlijke antecedenten of andere nuttige informatie vertelt, wordt dit correct in het medisch dossier genoteerd. Uiteraard wordt bij een hoog risico ook volgens de richtlijnen gehandeld. De collega werd regelmatig herinnerd aan het praktijkverbeterend project.
Op 15 augustus eindigt de registratieperiode, op 1 oktober sluiten we de indienperiode voor de faecesstaaltjes af en de populatiegroep van het praktijkverbeterend project wordt bestudeerd. De groepen voor de interviews worden ingedeeld volgens de hierboven beschreven methode en patiënten worden opgebeld met de vraag of ze bereid zijn voor het interview tot we 10 interviews hebben. De interviews worden afgenomen en verwerkt.

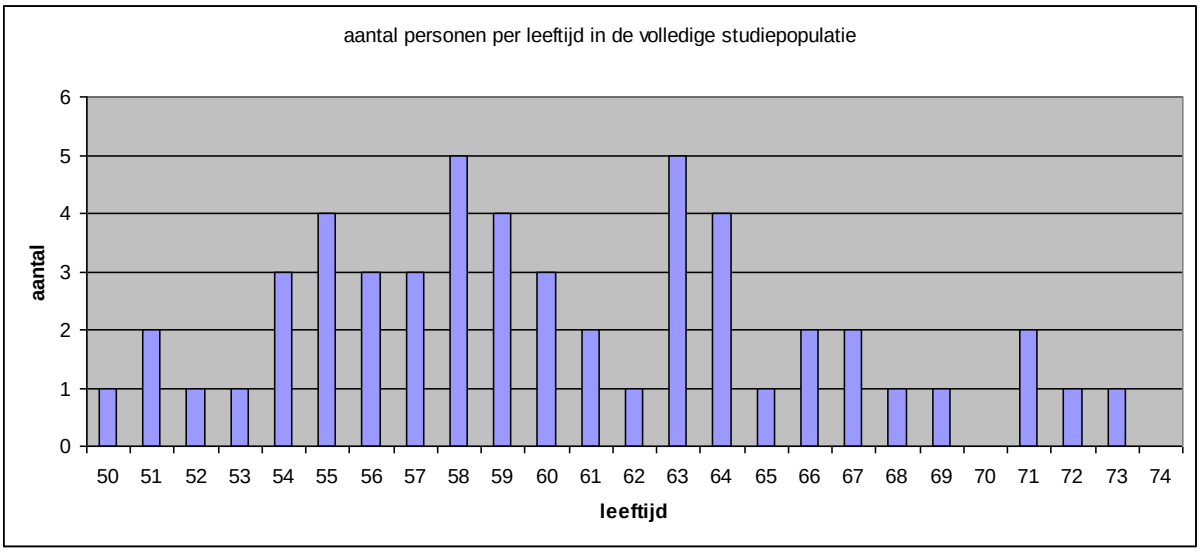
LUIK II: Via de zoekmethode in het medisch dossier kan je alle hoogrisicopatiënten terugvinden. De PO vult het invulformulier voor hoogrisicopatiënten in en daarna worden deze geanalyseerd. Gebeurde er reeds een coloscopie en werd de follow-up goed toegepast en nauwkeurig genoteerd in het dossier?

B. Resultaten Luik I: drempels en overtuigende factoren

Inleiding

Algemene populatieschets

In totaal kwamen 110 personen, die tot de doelgroep behoorden, op consultatie tijdens de registratieperiode. Slechts bij 54 patiënten werd het risico berekend en FOBT aangeboden. De redenen hiervoor worden later besproken. De studiepopulatie bevatte dus 54 patiënten, zij ondertekenden het informed consent. Er waren 33 mannen en 21 vrouwen, allen tussen 50 en 74 jaar. De leeftijdsverdeling kan u zien in onderstaande grafiek.



Dit kleinschalig praktijkverbeterend project werd uitgevoerd in een duopraktijk (arts-HAIO) in de gemeente Zele.

Algemeen profiel van de geïnterviewden

Patiënt	geslacht	leeftijd	bereidheid	fobt gedaan?	Diploma
1	73	vrouw	Neen	neen	middelbaar onderwijs (tot16 j)
2	56	man	Ja	neen	middelbaar onderwijs (tot16 j)
3	54	vrouw	Ja	neen	hoger onderwijs
4	51	vrouw	Ja	ja	middelbaar onderwijs (tot16 j) + later opleiding verzorgende
5	66	man	Neen	neen	middelbaar onderwijs (tot 18j), A2 scheikunde
6	53	man	Ja	ja	middelbaar onderwijs (tot 16j), A3 mechanica
7	72	man	Ja	ja	middelbaar onderwijs (tot 18j) + examen kandidaat griffier
8	64	vrouw	Ja	neen	middelbaar onderwijs (tot 18j)
9	51	man	Neen	ja	middelbaar onderwijs (tot 16j) + automechanica in volwassenonderwijs
10	61	vrouw	Ja	ja	middelbaar onderwijs (tot 16j)

Patiënt	beroep	verhoogde terugbetaling?	burgerlijke stand	Gezondheidstoestand
1	gepensioneerd	Ja	weduwe	ernstig astma, COPD, AMI in VG, polymedicatie
2	bediende (thuiszorgwinkel)	Neen	getrouwd	Goed
3	verpleger	Neen	getrouwd	Goed
4	verzorgende in thuiszorg	Neen	getrouwd	Goed
5	gepensioneerd	Neen	gescheiden, samenwonend	VKF, moeilijk te regelen bloeddruk, ZvHorton
6	onderhoudsman	Neen	getrouwd	goed
7	griffier	Neen	alleenwonend	recente prostatectomie wegens urineretentie
8	gepensioneerd	Neen	getrouwd	VG recidiverende depressie, momenteel goed
9	schilder bij NMBS	Neen	getrouwd	recente knieoperatie
10	gepensioneerd	Neen	getrouwd	nervositas

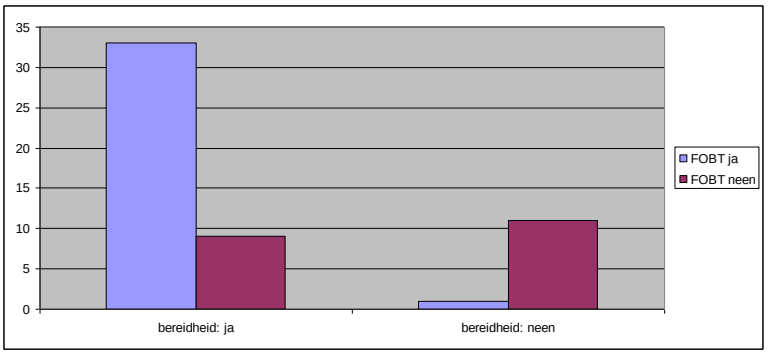
Later in deze masterproef kan u lezen waarom en bij wie het praktijkverbeterend project niet is aangehaald. Omdat de PO vaak vergat FOBT te bespreken en bij het niet bespreken de invulformulieren voor de arts niet invulde, kan ik hier enkel de resultaten van de HAIO weergeven van het niet aanhalen van het project. In totaal werd dit bij 15 personen niet ter sprake gebracht, waarvan 8 mannen en 7 vrouwen. De reason for encounter (RFE) en de drukte in de praktijk waren de voornaamste redenen om het niet over FOBT te hebben, het geslacht speelde hierin geen rol voor de HAIO.

<u>Drempels en overtuigende factoren</u>

1. **Bereidheid: Is er een verschil in effectieve deelname tussen de groep die zegt de test te doen en zij die zeggen niet te zullen deelnemen?**
    a. ***Praktijkonderzoek***

Net zoals in de literuur was de participatie groter bij de groep die zich bereid toonde om FOBT te laten doen.

	Bereidheid: ja: 42 (77,8%)	**Bereidheid: neen:** 12 (22,2%)
FOBT gedaan: 34 (63%)	33 (61,1%)	1 (1,9%)
FOBT niet gedaan: 20 (37%)	9 (16,7%)	11 (20,4%)



b. ***Interviews***

patiënt	Bereidwilligheid	fobt gedaan?	belangrijkste drempel/motivatie
1	Neen	Neen	Angst
2	Ja	Neen	Vergeten/interview
3	Ja	Neen	Vergeten/interview
4	Ja	Ja	Nieuwsgierig
5	Neen	Neen	geen interesse wegens andere medische zorgen
6	Ja	Ja	Consultatie
7	Ja	Ja	Consultatie
8	Ja	Neen	Schaamte
9	Neen	Ja	consultatie + folder
10	Ja	Ja	Consultatie

Waarom bereidwillige patiënten toch niet deelnemen of niet-geïnteresseerden zich toch bedenken? Dit werd door de interviews duidelijker. Patiënten 2, 3 en 8 waren na de consultatie overtuigd om mee te doen, ze vonden dit zeer belangrijk. Al bleken patiënten 2 en 3 dit achteraf volledig uit het oog verloren te zijn, maar ze zijn beiden wel akkoord met “beter op tijd dan te laat”. Na het interview hebben zij hun stoelgang alsnog laten onderzoeken. Mevrouw 3 had ook angst voor het resultaat, man 2 niet want hij zou het juist in een zo vroeg mogelijk stadium willen ontdekken. De drempel van vrouw 8 was enerzijds gêne en anderzijds dat ze nog doktersbezoeken moet doen (zoals gynaecoloog) en stelt het daarom voorlopig nog wat uit, ook wordt ze liever niet met het resultaat geconfronteerd al was dit niet de reden om niet deel te nemen. Meneer 9 was in eerste instantie niet geïnteresseerd omdat hij de link niet kon leggen tussen stoelgangsonderzoek en dikkedarmkanker. Thuis dacht hij hier nog over na en heeft dan toch zijn stoelgang laten onderzoeken. Zowel de uitleg van de huisarts, de folder als het feit dat de huisarts hem dit aanraadde heeft hem overhaald om toch zijn stoelgang te laten onderzoeken.

- *Vindt u het opsporingsonderzoek nuttig?*

Mevrouw 1 weet niet of ze het opsporingsonderzoek nuttig vindt. “Als je begint last te krijgen dan ga je toch naar de dokter. Er zijn er die elk jaar preventief op controle gaan, maar dat moet nu toch ook niet”. Personen 2 tot 10 vinden het opsporingsonderzoek wel nuttig, ook al deed niet iedereen de test. Ook man 5 die er helemaal niets wilde over horen, geeft wel toe dat “preventie zeker nuttig is en het goed is om er snel bij te zijn”. Ook vrouw 8 benadrukt nog eens dat ze zeker goed beseft “dat je toch al darmkanker kan hebben zonder dat je iets voelt, net als bij borstkanker, dus zo’n opsporingsonderzoek is zeker nuttig is”. Mevrouw 4 besluit nog eens dat ze wel “hoopte op een goed resultaat, maar indien de test positief zou zijn dat het belangrijk is om dat te weten om snel te kunnen handelen en dat is het belangrijkste”. Daarom heeft ze ook de test gedaan en vindt ze dit zeker nuttig.

2. Kennis: Heeft een goede informatie-overdracht een invloed op deelname? Heeft op voorhand verworven kennis een invloed op deelname?

a. Interviews

Ik stelde enkele vragen om het onderdeel kennis te ondervragen.

- *Was de consultatie duidelijk?*

Personen 6 en 9 vonden de consultatie niet zo duidelijk. Man 9 las de folder achteraf waarbij veel werd verhelderd. Bij man 5 heb ik de uitleg niet mogen doen wegens geen interesse. De andere personen antwoordden dat de consultatie duidelijk was. De patiënten die de consultatie niet volledig begrepen, deden toch de FOBT.

- *Had u nog vragen na de consultatie?*

Niemand had concrete vragen na de consultatie, ook niet man 6 en 9 die de consultatie eigenlijk niet duidelijk vonden.

Aangezien de bovenstaande vragen heel vaag zijn en patiënten misschien niet altijd durfden zeggen dat de uitleg niet zo duidelijk was, stelde ik 2 concretere vragen.

- *Wat hebt u onthouden van de consultatie?*

Mevrouw 1: “dat de stoelgang kan onderzocht worden, daarnaast weet ik niet veel meer omdat ik toch al wist niet te willen deelnemen”.
Meneer 2: “Als het stoelgangsonderzoek positief is, dat het niet meteen heel slecht moet zijn”.
Mevrouw 3: “Hoe vroeger je het ontdekt, hoe meer kans op genezing”.
Mevrouw 4: “dat het belangrijk is om vroegtijdig darmkanker op te sporen”.

Man 5: Ik heb geen uitleg mogen geven, dus kon hij hier ook niet op antwoorden.
Man 6 heeft niet veel van de consultatie onthouden. “Dat men toch niet alles kan zien met de test.”
Man 7: “ Ik kwam buiten en ik dacht: deze test ga ik doen”.
Vrouw 8: “het is belangrijk om preventief kanker op te sporen. Zelfs als je nog niets voelt, kan je wel al iets hebben, zoals dat bij borstkanker het geval is.”
Man 9: “dat darmkanker via de stoelgang kan opgespoord worden” en dat hij “bewuster is geworden van het feit dat hij ouder is dan 50 en dus rekening zal moeten houden met zijn gezondheid”.
Vrouw 10: “hoe rapper erbij, hoe beter.”

- *Wat is het doel van de test?*

Voor mevrouw 1 was het doel van de test duidelijk, maar concreet kon ze hier niet op antwoorden. Later in het interview antwoordde ze dat ze bij klachten de test wel meteen zou doen wat bewijst dat het doel van de screening niet duidelijk is voor haar. Dit bleek ook al uit de antwoorden in de paragraaf ‘Bereidheid’. Ook man 9 kon hier geen duidelijk antwoord op geven. Alle andere geïnterviewden antwoordden dat het doel van de stoelgangstest was om vroegtijdig darmkanker te ontdekken.

- *Had u al over dikkedarmkankerscreening gehoord? Zoja, waar?*

Iedereen had al over dikkedarmkankerscreening gehoord. Mevrouw 1, man 7 en mevrouw 8 via de media. Meneer 2 werkt als verpleger op abdominale heelkunde en komt dus dagelijks in contact met dikkedarmkankerpatiënten. Daar hoort hij regelmatig over darmkankerscreening. Merouw 3 en mevrouw 4 hadden hier al via collega’s over gehoord, man 5 en man 9 via kennissen, man 6, mevrouw 3 en mevrouw 8 via de partner en mevrouw 10 via haar broer.

- *Hoe dacht u dat dikkedarmkankerscreening gebeurde?*

Personen 1, 2, 3, 4, 5, 7 en 8 wisten dat dikkedarmkanker via een coloscopie of via stoelgangsonderzoek opgespoord konden worden, man 6 en 10 dachten dat het enkel via een coloscopie kon, man 9 wist niet hoe dit gebeurde.

- *Hebt u de folder gelezen? Zoja, was deze duidelijk?*

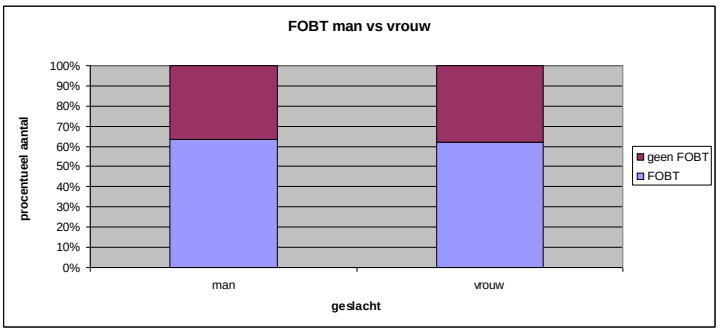
Mevrouw 1 las de folder en vond deze duidelijk. Al werden bovenstaande vragen niet altijd correct beantwoord. Personen 2, 3, 5, 6, 7 en 8 hebben de folder niet gelezen. Mevrouw 4, 9 en 10 lazen de folder en vonden deze duidelijk en nuttig dit nog eens te kunnen lezen.

3. Geslacht: Is er een verschil in deelname tussen mannen en vrouwen?

a. Praktijkonderzoek

In totaal deden 33 mannen en 21 vrouwen mee aan het pratkijkonderzoek. De absolute en relatieve aantallen zijn in onderstaande tabel te vinden. Procentueel gezien waren meer vrouwen bereid om FOBT te laten doen, terwijl er uiteindelijk 1,5% minder vrouwen effectief hebben deelgenomen. In absolute cijfers participeerden telkens 4 mensen minder aan FOBT dan dat ze oorspronkelijk gezegd hadden, dit zowel bij de mannen als bij de vrouwen. De deelname is vergelijkbaar bij mannen als bij vrouwen, maar het aantal deelnemers zijn in het praktijkonderzoek te klein om daarover een algemene conclusie te schrijven.

	Bereid	niet bereid	FOBT	geen FOBT	Totaal
man	25 (75,8%)	8 (24,2%)	21 (63,6%)	12 (36,4%)	33
vrouw	17 (81%)	4 (19%)	13 (61,9%)	8 (38,1%)	21

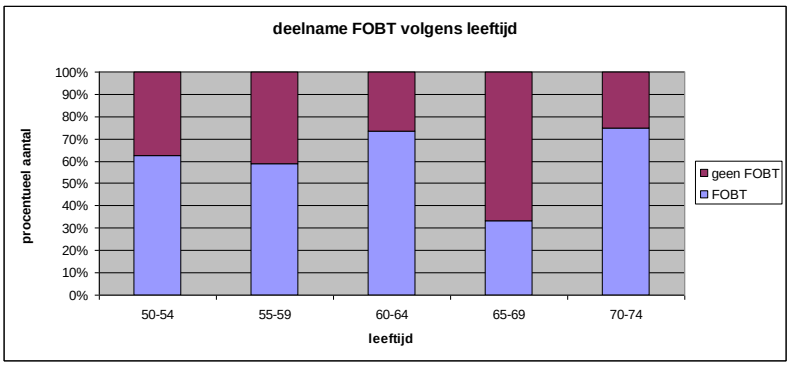


4. Nemen bepaalde leeftijdscategorieën meer deel dan andere?

a. Pratkijkonderzoek

De onderzoekspopulatie werd onderverdeeld in 5 leeftijdscategorieën. De leeftijdscategorie 55-59 was de grootste groep. In het praktijkonderzoek was de leeftijdscategorie 60-64 jaar het meest bereid, maar hadden de 70-plussers eigenlijk de grootste participatie, met gelijkaardige cijfers als de 60-64 jarigen. Aangezien de oudste groep veel minder patiënten telde, kan dit wel een vertekend beeld geven waarom de 70-plussers de grootste participatieratio hadden. De groep 65-69 jarigen hadden de minste deelnames, dit strookt niet met de literatuur, al kan het weinig aantal deelnemers hierin een rol spelen. Enkel Von Euler-Chelpin zag een daling vanaf 65 jaar. Indien er met ruimere leeftijdscategorieën zou gewerkt worden, zou er bij de 50-59-jarigen een bereidheid van 76% zijn tegenover 81% bij de 60-69-jarigen. De participatieratio zou bij de jongste groep 60% bedragen en bij de oudste groep 62%, wat bijna gelijklopend is.

	bereid	Niet bereid	FOBT	geen FOBT	Totaal
50-54	6 (75%)	2 (25%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8
55-59	13 (76,5%)	4 (23,5%)	10 (58,8%)	7 (41,2%)	17
60-64	14 (93,3%)	1 (6,7%)	11 (73,3%)	4 (26,7%)	15
65-69	3 (50%)	3 (50%)	2 (33,3%)	4 (66,7%)	6
70-74	6 75%)	2 (25%)	6 (75%)	2 (25%)	8



De groep waarin de risicostratificatiemodule niet gebruikt werd heeft de volgende leeftijdsverdeling:

Leeftijd	**40-44**	**45-49**	**50-54**	**55-59**	**60-64**	**65-69**	**70-74**
Aantal	1	4	3	2	2	1	2

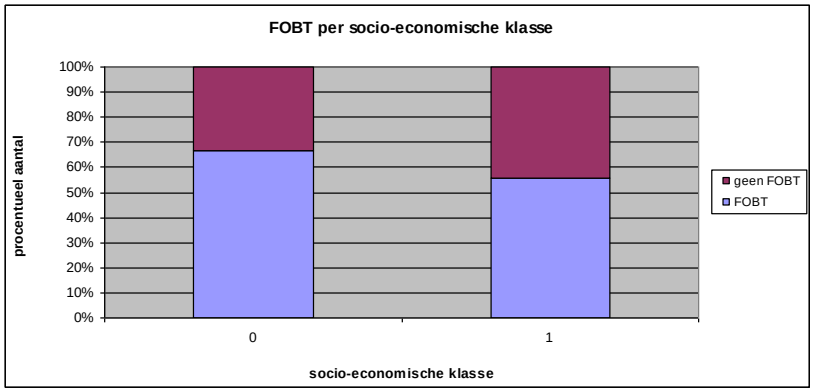
De grootste leeftijdscategorie waarbij het project niet werd aangehaald, is de 45-49-jarigen. De HAIO heeft niet bewust met de leeftijd rekening gehouden maar vooral de RFE en de drukte van de dag laten meespelen om af en toe het project niet te bespreken.

5. Heeft de socio-economische klasse een invloed op de participatie?

a. Praktijkonderzoek

De socio-economische klasse werd in dit praktijkonderzoek rudimentair bepaald aan de hand van de terugbetalingscategorie van de mutualiteit (hogere tegemoetkoming van de mutualiteit = nummer eindigend op 1, gewone tegemoetkoming van de mutualiteit = nummer eindigend op 0), waarbij mensen met verhoogde terugbetaling over een laag inkomen beschikken. Op basis van het praktijkonderzoek kunnen we zeggen dat procentueel gezien de bereidheid tussen de socio-economische klasses identiek gelijk is. De groep met een hogere tegemoetkoming heeft wel een lagere participatiegraad dan de groep met gewone tegemoetkoming.

	bereid	niet bereid	FOBT	geen FOBT	totaal
0	35 (77,8%)	10 (22,2%)	30 (66,7%)	15 (33,3%)	45
1	7 (77,8%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	9

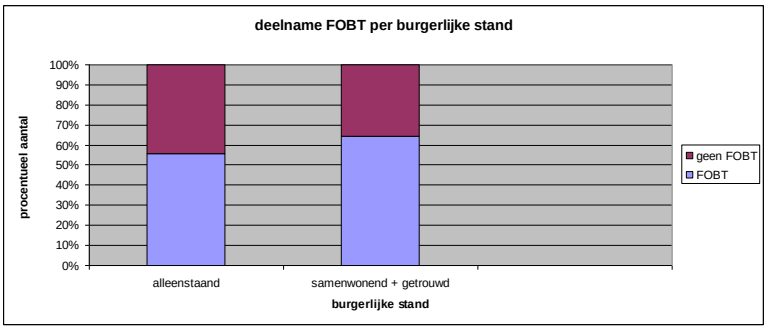


6. Heeft de burgerlijke stand een invloed op de participatie?

a. Praktijkonderzoek

De alleenstaanden zijn in mindere mate vertegenwoordigd dan de groep ‘samenwonend + getrouwd’, daardoor wordt het nemen van besluiten moeilijk. Tot de alleenstaanden behoren ook gescheiden personen en weduwen. De bereidheid tot deelname is in de 2 groepen gelijkaardig. De participatiegraad is bij de groep ‘samenwonend + getrouwd’ toch zo’n 10% groter dan de alleenstaanden. Dit komt overeen met de literatuur.

	bereid	niet bereid	FOBT	geen FOBT	Totaal
alleenstaand	7	2	5	4	9
samenwonend + getrouwd	35	10	29	16	45
alleenstaand	77,8%	22,2%	55,6%	44,4%	100%
samenwonend + getrouwd	77,8%	22,2%	64,4%	35,6%	100%



7. Heeft het opleidingsniveau een invloed op de participatie?

Het opleidingsniveau is enkel gekend van de mensen die geïnterviewd werden, dit is niet het geval bij de gehele studiepopulatie en het is ook niet in het medisch dossier terug te vinden.

a. Interviews

Interview	geslacht	leeftijd	bereidwilligheid	fobt gedaan?	Diploma
1	73	vrouw	Neen	neen	middelbaar onderwijs (tot16 j)
2	56	man	Ja	neen	Hoger onderwijs
3	54	vrouw	Ja	neen	Middelbaar onderwijs (tot 16j)
4	51	vrouw	Ja	ja	middelbaar onderwijs (tot16 j) + later opleiding verzorgende
5	66	man	Neen	neen	middelbaar onderwijs (tot 18j), A2 scheikunde
6	53	man	Ja	ja	middelbaar onderwijs (tot 16j), A3 mechanica
7	72	man	Ja	ja	middelbaar onderwijs (tot 18j) + examen kandidaat griffier
8	64	vrouw	Ja	neen	middelbaar onderwijs (tot 18j)
9	51	man	Neen	ja	middelbaar onderwijs (tot 16j) + automechanica in VO
10	61	vrouw	Ja	ja	middelbaar onderwijs (tot 16j)

Zele is een arbeidersgemeente, de meeste patiënten in de praktijk hebben geen verdere studies gedaan. Dit was ook het geval bij de geïnterviewden. De man met het hoogst behaalde diploma (man 2) was bereid, vond FOBT zeer nuttig, maar deed uiteindelijk in eerste instantie geen FOBT. Hij bracht wel zijn faecesstaal na het interview binnen omdat hij door het interview hier nog eens extra aan herinnerd was. Van de personen met als hoogst behaalde diploma middelbaar onderwijs waren er van de 7 personen 5 bereid om FOBT te laten doen en deden uiteindelijk 3 mensen effectief het opsporingsonderzoek. Meneer 2, mevrouw 4 en meneer 9 volgden na het middelbaar onderwijs nog een bijkomende opleiding. 2 op 3 waren bereid en 2 op 3 deden ook effectief de screeningstest. Procentueel gezien is de participatieratio groter bij de hogeropgeleiden, maar op een sample van 10 personen kunnen we hier geen conclusies uit trekken.

8. Is de keuze van de aanbevolen test belangrijk voor de participatie?

Ik bood iFOBT aan tijdens het praktijkverbeterend project. De voordelen van iFOBT versus gFOBT kwamen vroeger al aan bod en na overleg met mijn PO kozen we dan ook voor iFOBT. Zowel voor de patiënt als voor de arts zijn er enkele voordelen aan verbonden; de patiënten moeten slechts één staal nemen, ze moeten geen dieet volgen en het labo waarmee de praktijk werkt biedt iFOBT gratis aan. De kosten vallen volledig ten laste van het RIZIV. Voor de artsen is er tijdswinst want er moet geen uitleg i.v.m. dieet gegeven worden en de test wordt in het labo geanalyseerd waardoor er geen extra tijd moet geïnvesteerd worden in het uitvoeren en aflezen van de gFOBT.

a. Interviews

- *Vindt u het vervelend om een stoelgangsstaal te nemen?*

Mevrouw 8 en man 5 vinden het nemen van een faecesstaal vervelend, mevrouw 3 heeft meer gêne om het potje binnen te brengen en man 6 vond de staalafname moeilijk. Mevrouw 3 bracht na het interview toch nog een staal binnen. Dit was dus voor haar niet de grootste drempel, wel haar vergeetachtigheid zoals reeds vermeld werd hierboven. Voor mevrouw 8 was dit één van de drempels waarom ze niet heeft deelgenomen, man 5 vermeldde dat hij het genant vindt om zijn stoelgang te laten onderzoeken, al was dit zeker niet de reden van zijn desinteresse. De andere personen hadden geen problemen met het nemen van het faecesstaal of was dit niet de drempel waarom ze niet hadden deelgenomen. Het nemen van een faecesstaal was enkel voor mevrouw 8 een drempel om te participeren.

- *Hield de coloscopie u tegen om mee te doen?*

Enkel mevrouw 1 zei dat dit ook meespeelde, al was de voornaamste factor om geen stoelgangsonderzoek te laten doen het feit dat ze het resultaat niet wilde weten. Alle andere personen hadden geen probleem om een coloscopie te laten doen indien de FOBT positief zou zijn. Ook man 5 antwoordde dit indien hij toch had deelgenomen aan de FOBT.

9. Speelt de huisarts een rol in de participatie van zijn/haar patiënten?

a. Interviews

- *Vindt u het de taak van uw huisarts om u aan te spreken en in te lichten over opsporingsonderzoek van dikkedarmkanker?*

Iedereen vindt het de taak van de huisarts om hen hierover aan te spreken. Ondanks het voor meneer 5 niet per se hoeft tijdens een consultatie, vindt hij het de taak van de huisarts dat zijn patiënten zeker op de hoogte zijn van het bestaan van de test. Op welke manier hij dit doet, kan hij zelf kiezen. Velen antwoordden “zeker en vast, anders zou ik nooit meegedaan hebben”.

- *Vond u de consultatie een goede manier om u hierover te informeren?*

Acht van de tien patiënten vond de consultatie een goede manier om informatie te krijgen. Mevrouw 4 dacht aan een brief, vergelijkbaar met deze voor screeningsmammografie, dan kunnen de patiënten nog zelf kiezen om naar de huisarts te gaan of niet. Meneer 5 vindt in het algemeen dat het de taak van de huisarts is, maar persoonlijk vindt hij de consultatie geen goede manier omdat hij hierover niet wenste geïnformeerd te worden.

“Voor de mammografie zijn er toch ook voor- en tegenstanders, is dat dan allemaal wel goed om te doen?” Alle anderen vonden de consultatie de uitgekozen manier, zo kan je meteen vragen stellen, je krijgt een persoonlijke uitleg en door het arts-patiëntcontact is er volgens hen meer kans dat ze het opsporingsonderzoek zullen doen. “Na zo’n persoonlijke uitleg, dacht ik toch: Ik ga dat toch maar laten doen. Via een ander kanaal zou dit waarschijnlijk niet het geval zijn.”

- *Had u liever op een andere manier ingelicht geweest (brief, poster,…)?*

Enkel meneer 5 wenste niet geïnformeerd te worden, alle anderen vonden de consultatie de meest geschikte manier. Mevrouw 4 vond een oproepingsbrief vanuit de overheid zeker een valabel alternatief, maar het ter sprake brengen tijdens een consultatie ook nuttig. Indien er meer over gesproken wordt, zullen er meer mensen dit laten doen, denkt ze. Een brief zou heel gemakkelijk vergeten worden. De consultatie is een persoonlijke manier waardoor de meesten de kans op deelname het hoogst inschatten. Meneer 2 vermeldde ook dat hij het goed vond dat het ter sprake werd gebracht tijdens een consult voor een andere RFE, hij zou nooit naar de huisarts gaan louter voor het screeningsonderzoek indien hij een uitnodiging zou ontvangen van zijn huisarts hieromtrent.

- *Indien u een brief had gekregen van de overheid waarbij meteen het materiaal zat om een staal te nemen zodat u het rechtstreeks naar het labo kan sturen zonder tussenkomst van uw huisarts, had u er dan ook/wel op ingegaan?*

Enkel meneer 2 en mevrouw 4 antwoordden ook via een brief van de overheid deel te nemen. Meneer 6 en 7 zouden bij een volgende brief van de overheid ook participeren omdat ze nu al een persoonlijke uitleg hebben gekregen van hun huisarts. Indien dit niet zou gebeurd zijn, zouden ze op een brief niet ingaan. Alle anderen zouden de brief opzij leggen.

- *Vond u de tussenkomst van uw huisarts waardevol?*

Mevrouw 1 en meneer 5 vonden de tussenkomst van de huisarts niet waardevol omdat zij niet wensten geïnformeerd te worden. Alle anderen vonden de tussenkomst zeer zinvol, zo kregen ze een persoonlijke uitleg en hadden ze meer de neiging om deel te nemen. Ook de andere niet-deelnemers vonden dit zeer nuttig en waren in eerste instantie wel bereid om deel te nemen door de tussenkomst van de huisarts. Wegens vergeetachtigheid en nog andere medische onderzoeken op de agenda lieten zij zich tijdens de onderzoeksperiode niet screenen, maar zouden ze van plan zijn dit in de toekomst nog te doen.

- *Wat is volgens u de taak van de huisarts in het kader van opsporingsonderzoek van dikkedarmkanker?*

Daar antwoordde iedereen hetzelfde: "het ter sprake brengen en de patiënten informeren". Ook meneer 5 vindt dat iedereen recht heeft op informatie. Meneer 2 vindt dat naast het informeren het ook zijn/haar taak is om de hoogrisicopatiënten goed op te volgen. Mevrouw 8 vindt dat de huisarts dit nog eens moet herinneren aan de niet-deelnemers één jaar later.

- *Laat u uw keuze van al dan niet deelname leiden door het advies van uw huisarts?*

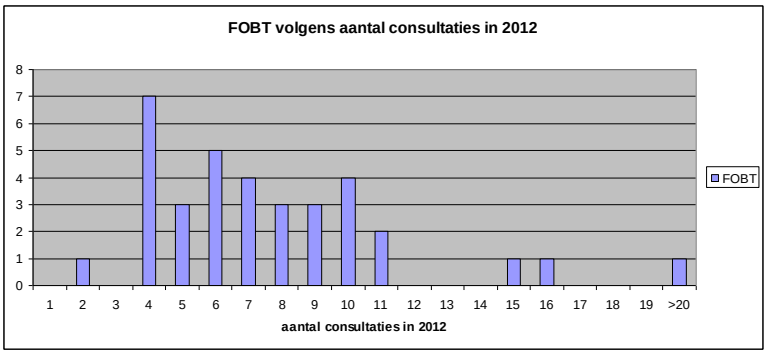
Patiënten 1, 2, 3 en 5 laten hun deelname niet leiden door het advies van hun huisarts. Ze nemen zelf hun eigen beslissing, onafhankelijk van het advies van hun arts. Mevrouw 4 is verzorgende in de thuiszorg en zegt dat "dat alle patiënten veel respect hebben voor hun huisdokter en uiteindelijk zijn advies opvolgen". Zij zou zeker luisteren als hij/zij een negatief advies zou geven. De anderen vertrouwen op het advies van hun arts en volgen zijn/haar aanbeveling.

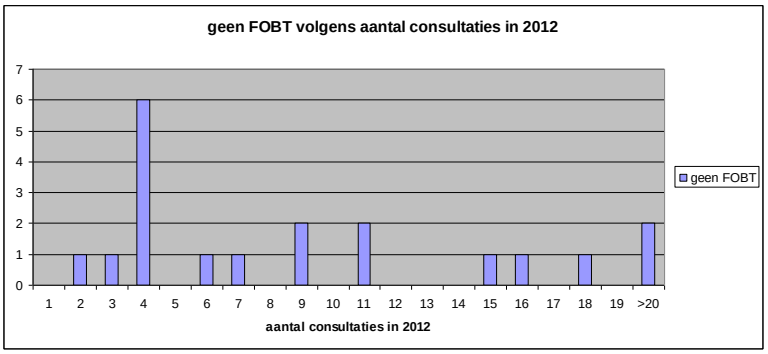
10. Nemen personen die hun eigen gezondheid belangrijk vinden juist meer of minder deel aan de screeningstest?

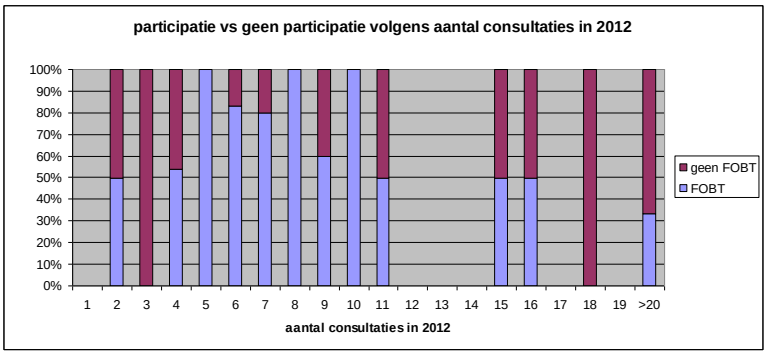
a. Praktijkonderzoek

Alle patiënten uit de onderzoekspopulatie kwamen minstens 2x op consultatie in 2012. Indien er 5 t.e.m. 10 arts-patiëntcontacten waren, dan waren de deelnames in deze groepen ook een stuk hoger. Indien minder dan 5 of meer dan 10 raadplegingen per jaar, daalde de participatieratio. Bij de zeer hoge frequentie aan contacten kan de verklaring te vinden zijn (zoals iemand aangaf in het interview) dat ze al te veel medische zorgen aan hun hoofd hebben waardoor de prioriteit van het screeningsonderzoek op de achtergrond verdwijnt, dit was vaak het geval bij het opstarten van anticoagulantia of bij complicaties na heelkunde.

Indien de RFE's, de persoonlijke voorgeschiedenis en de (poly)medicatie in het EMD bestudeerd werden, dan wordt een algemene trend gezien dat er meer FOBT's gebeuren in de groep patiënten die regelmatig op controle komen voor medicatievoorschrift als RFE zonder specifieke klachten, die minder zwaar belast zijn qua voorgeschiedenis en minder medicatie nemen. Hier moet dus wel benadrukt worden dat de patiënten die gezond zijn en niet op consultatie komen en de personen bij wie het praktijkproject niet ter sprake werd gebracht (komt later aan bod), niet bereikt werden, geen informatie kregen en niet kunnen deelnemen indien er enkel via arts-patiëntcontact gehandeld wordt.







b. Interviews

- *Persoonlijke antecedenten*

Interview	geslacht	leeftijd	bereidwilligheid	fobt gedaan?	Gezondheidstoestand
1	73	vrouw	Neen	Neen	ernstig astma, COPD, AMI in VG, polymedicatie
2	56	Man	Ja	Neen	Goed
3	54	vrouw	Ja	Neen	Goed
4	51	vrouw	Ja	Ja	Goed
5	66	Man	Neen	Neen	VKF, moeilijk te regelen bloeddruk, Ziekte van Horton
6	53	Man	Ja	Ja	Goed
7	72	Man	Ja	Ja	recente prostatectomie wegens urineretentie
8	64	vrouw	Ja	Neen	VG recidiverende depressie
9	51	Man	Neen	Ja	recente knieoperatie
10	61	vrouw	Ja	Ja	Nervositas

Onder de bevraagden zien we duidelijk dat de patiënten met de zwaarst belaste persoonlijke voorgeschiedenis geen FOBT lieten uitvoeren. Van de 5 personen die het opsporingsonderzoek niet wensten te doen, hebben er 3 een medisch belangrijke voorgeschiedenis. De deelnemers stellen het op medisch vlak goed.

- *Roken?*

Vier van de tien ondervraagden zijn (ex-) rokers. Twee van hen zijn nog actieve rokers, twee van hen zijn enkele jaren geleden gestopt. Tot de deelnemers en niet-deelnemers behoorden telkens één roker en één ex-roker. In deze beperkte groep was er geen verschil te merken wat betreft de rookgewoonten.

- *Dagelijkse fruit- en groente-inname?*

Drie niet-deelnemers en twee deelnemers eten elke dag fruit en groenten, twee niet-deelnemers en drie deelnemers eten wel elke dag groenten maar geen fruit. Ook hier is geen groot verschil te zien bij de bevraagden.

- *Fysieke inspanning?*

Iedereen met uitzondering van mevrouw 1 en 10 doet regelmatig fysieke inspanning, ze doen zeker 30 min/dag een fysieke activiteit. Vier van hen doen zeer veel fysieke inspanning waarin wekelijks enkele malen aan sport wordt gedaan, drie van deze vier participeerden aan de screeningstest. Er is geen verschil te merken in het al dan niet uitoefenen van fysieke activiteiten, maar de deelnemers doen wel vaker en intensiever aan sport dan de niet-deelnemers

- *Voelt u zich gezond?*

Iedereen behalve meneer 5 voelt zich in een goede gezondheid. Hij deed om die reden ook niet mee aan het opsporingsonderzoek omdat hij al te veel in contact komt met artsen.

11. Zijn vroegere screeningen een voorspellende factor?

a. Praktijkonderzoek

In de medische dossiers werden volgende screeningen nagekeken: jaarlijks labo, cholesterolbepaling, PSA-bepaling (ondanks dit momenteel niet meer wordt aanbevolen door de richtlijnen) en mammografie. Aangezien veel patiënten naar de gynaecoloog gaan voor een uitstrijkje en wij weinig verslagen krijgen hieromtrent kan niet nagegaan worden bij wie en wanneer het laatste uitstrijkje gebeurde, daarom wordt dit screeningsonderzoek buiten beschouwing gelaten.

	FOBT (34)	geen FOBT (20)		FOBT (21)	geen FOBT (12)		FOBT (13)	geen FOBT (8)
jaarlijks labo	28 (82,4%)	16 (80%)	**PSA**	17 (81%)	8 (66,7%)	**mammografie**	11 (84,6%)	5 (62,5%)
geen jaarlijks labo	6 (17,6%)	4 (20%)	**geen PSA**	4 (19%)	4 (33,3%)	**geen mammografie**	2 (15,4%)	3 (37,5%)

In de praktijk komen veel patiënten voor een jaarlijkse algemene check-up waarbij een bloedafname gebeurt met cholesterolbepaling. Er is geen groot verschil te merken, wat kan verklaard worden doordat dit in de praktijk algemeen ingeburgerd is. Nu staat de PSA-screening wel ter discussie. Veel patiënten vragen toch zelf nog "om hun prostaat te testen", deze moeten dan geïnformeerd worden over de pro's en contra's. In de onderzoekspopulatie is er toch een duidelijk verschil te merken in PSA-screening tussen deelnemers en niet-deelnemers van FOBT. Onder de 13 vrouwelijke deelneemsters zijn er 11 die tweejaarlijks een screeningsmammografie laten uitvoeren, of die dit tot hun 69e hebben laten doen. Hier is ook een groot verschil te merken tussen de participanten en de niet-participanten.

b. Interviews

Van de niet-deelnemende vrouwen (vrouw 1, 3, 8) participeert/participeerde iedereen tweejaarlijks aan de screeningsmammografie als ze de brief van de overheid krijgen/kregen. Mevrouw 2 geeft wel toe dat dit lang uitgesteld wordt, maar uiteindelijk maakt ze een afspraak. Meneer 5 komt wel jaarlijks voor een bloedafname met nog een PSA-screening in 2012, meneer 2 komt enkel bij klachten en liet nog geen screeningsonderzoeken doen. Ook bij de deelneemsters wordt mammografie systematisch gedaan na ontvangst van de oproepingsbrief. Meneer 7, 9 en mevrouw 10 doen wel een jaarlijks bloedonderzoek met PSA-screening, mevrouw 4 af en toe en meneer 6 zei nog geen preventieve onderzoeken te laten doen.

12. Spelen emoties en sociale contacten een rol in de participatie?

a. Interviews

- *Hebt u angst voor het resultaat?*

patiënt	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
angst	ja	neen	beetje	neen	beetje	Neen	neen	beetje	neen	Neen

Vier van de vijf niet-deelnemers meldden toch (een beetje) angstig te zijn voor het resultaat. Bij mevrouw 1 was dit ook de grootste drempel, patiënten 3, 5 en 8 gaven aan dat ze liever niet met het resultaat wensten geconfronteerd te worden uit schrik. Eén van hen deed toch de test, al was dit pas na het interview.

- *Bent u ongerust om dikkedarmkanker te krijgen?*

Enkel meneer 2 is in lichte mate ongerust omdat hij op abdominale heelkunde werkt als verpleger en er dus dagelijks mee geconfronteerd wordt. Daarom vindt hij een één tot tweejaarlijkse stoelgangstest geen overbodige luxe en heeft na het interview meteen zijn stoelgang laten onderzoeken.
Meneer 9 denkt er wel eens over na omdat je er in de media mee geconfronteerd wordt. Alle andere patiënten waren helemaal niet ongerust en hadden er nog nooit over nagedacht. De meest vermelde reden waarom er geen ongerustheid heerst, is omdat het niet in de familie voorkomt. Ondanks de moeder van mevrouw 3 op oude leeftijd gediagnosticeerd werd met rectumcarcinoom is ze niet ongerust.

- *Kent u iemand met dikkedarmkanker in uw naaste omgeving? Zoja, heeft dit een rol gespeeld in uw keuze om al dan niet mee te doen?*

Enkel patiënten 4, 7 en 9 kennen niemand met dikkedarmkanker. De anderen kennen een kennis, buur of familielid met dikkedarmkanker. Bij weinigen heeft dit een rol gespeeld bij hun keuze om deel te nemen. Bij mevrouw 1 wel omdat de dochter van haar buurvrouw chemo heeft moeten krijgen, net zoals haar man voor longkanker, en daar is ze zo angstig voor. Dit wil ze nooit meemaken en wil daarom ook de test niet doen.
Meneer 5 kent de schoonbroer van zijn vriendin, hij is ervan genezen en bevestigt dus dat het eigenlijk juist zeer goed is om zo'n screeningsonderzoek te doen om er vroeg bij te zijn.

- *Hebben vrienden/familie u al aangesproken over het opsporingsonderzoek? Zoja, hebben zij deelgenomen?*

Enkel de man van mevrouw 8 had haar al over het opsporingsonderzoek verteld omdat zijn huisarts hem dit had aangeraden. Hij probeerde haar reeds te overtuigen. De schoonzus van mevrouw 10 heeft dit ook laten doen. In het algemeen werd men nog niet veel aangesproken over het opsporingsonderzoek.

13. Kan de familiale voorgeschiedenis een invloed hebben op de (niet-)deelnemers?

a. Pratkijkonderzoek

Vier personen van de onderzoekspopulatie hebben een familielid met dikkedarmkanker op oudere leeftijd. Drie van hen lieten zich screenen. Van drie andere patiënten werd in hun medisch dossier teruggevonden dat hun moeder borstkanker had, ook zij deden alle drie de screeningstest.

b. *Interviews*

Enkel mevrouw 3 heeft een familiale voorgeschiedenis, bij haar moeder werd op bejaarde leeftijd de diagnose van rectumcarcinoom vastgesteld. Dit beïnvloedde haar niet. Alle andere hebben geen familiale voorgeschiedenis en gaven dit ook aan als reden waarom ze zelf nog nooit over colorectale screening begonnen zijn, ze zijn niet bezorgd om dikkedarmkanker te krijgen. De familiale voorgeschiedenis is een belangrijke risicofactor en brengt ons bij het tweede luik van deze masterproef, de follow-up van de hoogrisicopatiënten in de praktijk. Dit na een korte bespreking waarom we bij een aantal patiënten het praktijkproject niet ter sprake hebben gebracht.

Waarom werd het praktijkproject niet aangehaald tijdens een consultatie?

Aangezien de PO de invulformulieren enkel invulde als het project aangehaald werd, kan hier niet over de hele registratieperiode vermeld worden waarom dit niet gebeurde.

De HAIO vulde de invulformulieren wel in en bracht bij 15 patiënten het praktijkverbeterend project niet ter sprake. Volgende redenen waren hiervan de oorzaak:

- vergeten: 1 patiënt
- abdominale klachten: 1 patiënt (dit is geen screening)
- rookstop consult: 1 patiënt
- slechte klinische toestand patiënt: 1 patiënt (oncologische patiënt wiens prognose heel slecht is)
- consult met psychologische klachten als RFE: 5 patiënten
- te volle wachtzaal, te druk: 6 patiënten

Een te drukke wachtzaal en patiënten die komen voor psychologische problemen zijn de frequentste oorzaken van het niet aanhalen van het consult. Informatie geven rond FOBT kost tijd en energie, indien er een volle wachtzaal is, is het onmogelijk om dit bij iedereen aan bod te laten komen. Bij psychologische raadplegingen voelde ikzelf een drempel om over FOBT te beginnen, ik vond dit niet gepast omdat de patiënten vaak aan het wenen waren waardoor ik vermoed dat hun hoofd niet naar een preventieve actie voor dikkedarmkanker stond. Dit is wel een persoonlijke perceptie en mijn eigen reflectie waarom ik bij deze vijf patiënten zelf het project niet heb aangehaald.

C. Resultaten Luik II: follow-up van de hoogrisicopatiënten

Praktijkonderzoek

- *Hoeveel hoogrisicopatiënten zijn momenteel gekend in de praktijk?*

Momenteel zijn er 18 hoogrisicopatiënten gekend in de praktijk; 12 hiervan werden als hoogrisicopatiënt geregistreerd tijdens het praktijkproject van de vorige HAIO, 4 van die 12 patiënten kwamen ook tijdens mijn registratieperiode op consultatie. Ik ontdekte 4 nieuwe hoogrisicopatiënten d.m.v. risicostratificatie en 2 patiënten die zelf op de hoogte waren van hun verhoogd risico en goed op de hoogte zijn wanneer een herhalingscoloscopie best zou gebeuren, maar hun verhoogd risico stond nog niet vermeld in hun medisch dossier.

- *Staat dit genoteerd in het medisch dossier?*

In het electronisch medisch dossier (HealthOne) zijn er verschillende manieren om het risico en de planning i.v.m. coloscopie te noteren, deze verschillende manieren werden dan ook allen toegepast bij de 12 risicopatiënten uit de vorige registratieperiode en bij sommige patiënten werden meerdere opties gebruikt. Soms was de ingevulde datum voor de volgende coloscopie niet correct of nog niet aangepast aan de huidige follow-upplanning indien er recent een coloscopie werd gedaan. Bij één persoon staat niet vemeld dat hij een hoogrisicopatiënt is voor coloncarcinoom, maar bij ‘problemen’ in zijn medische basisinformatie staat wel vermeld dat hij gevolgd wordt voor de Ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa.

- *Gebeurde reeds een familiale anamnese bij hen?*

Bij alle gekende hoogrisicopatiënten gebeurde reeds een familiale anamnese, omdat dit noodzakelijk is om het risico te bepalen. Bij acht patiënten was voor het risicomanagement reeds een familiale anamnese gebeurd, de familiale voorgeschiedenis was reeds ingevuld bij de medische basisinformatie van de patiënt. Vier van hen hadden minstens één eerstegraadsverwant jonger dan 60 jaar met dikkedarmkanker en één iemand had 2 of meer tweedegraadsverwanten. Bij twee personen waren de familieleden reeds ouder dan 60 jaar en in één medisch dossier stond vermeld dat de moeder veel darmpoliepen had. Bij één persoon werd door het risicomanagement genoteerd dat er één eerstegraadsverwant jonger dan 60 jaar werd gediagnosticeerd met darmkanker.

- *Zijn zij op de hoogte van hun verhoogd risico?*

De tien personen die tijdens de huidige registratieperiode op consult kwamen zijn op de hoogte van hun verhoogd risico en zich daarom best laten screenen d.m.v. een coloscopie. Als de reden van hun verhoogd risico (familiale of persoonlijke voorgeschiedenis) uitgelegd werd, is niet zeker. De andere personen zijn vermoedelijk ook op de hoogte van hun verhoogd risico aangezien de vorige HAIO dit zal benadrukt hebben tijdens haar praktijkverbeterend project, maar ze werden hier misschien niet meer aan herinnerd.

- *Gebeurde er reeds een screeningsonderzoek?*

Bij 15 van de 18 patiënten gebeurde reeds een coloscopie. De drie patiënten bij wie nog geen coloscopie gebeurde, hebben nochtans allemaal een familiale voorgeschiedenis met een eerstegraadsverwant jonger dan 60 jaar met gediagnosticeerde dikkedarmkanker. Drie andere patiënten die wel reeds een coloscopie lieten doen, hebben de aanbevolen follow-up niet gerespecteerd. De herhalingscoloscopie had bij deze patiënten 1, 3 en 5 jaar geleden moeten gebeuren. Tijdens de consultatie werden ze hieraan herinnerd, maar zeiden dat ze hiermee nog gingen wachten. Ze zagen zo'n coloscopie op dat moment niet zitten. Alle anderen lieten een coloscopie uitvoeren en werd in het dossier hun follow-up genoteerd wanneer een herhalingscoloscopie zou moeten gebeuren.

- *Indien ja, hoeveel jaar na het advies liet men een coloscopie doen?*

Dit is moeilijk na te gaan omdat in het dossier niet altijd vermeld staat wanneer patiënt verwezen werd voor coloscopie of herinnerd werd aan een herhalingscoloscopie. Vier patiënten volgen dit zelf goed op en maken zelf hun afspreken zoals werd geadviseerd door de gastro-enteroloog.

- *Indien nee, werd de patiënt er al aan herinnerd?*

De patiënten die tijdens mijn registratieperiode op raadpleging kwamen, werden hier aan herinnerd, maar voor alle hoogrisicopatiënten is dit onduidelijk omdat het niet genoteerd staat in het medisch dossier.

5. Discussie

A. Luik I:

Net zoals in de literatuur waren er ook meer deelnemers bij de patiënten die geïnteresseerd waren in de screeningstest. Er werd ook vastgesteld dat, indien men op voorhand al polste naar hun interesse en dus het onderwerp reeds ter sprake bracht, een groot deel die in eerste instantie de test niet wenste te doen, uiteindelijk toch deelnam. Dit kan een reden zijn om het onderwerp 'dikkedarmkankerscreening' meer in de kijker te zetten. Ook in de interviews gaven mensen aan nu wel op een uitnodigingsbrief van de overheid in te gaan omdat ze nu meer weten over het onderwerp.

De meeste bevraagden hadden voor de consultatie nog niet stilgestaan bij dikkedarmkanker. De voornaamste reden hiervoor was omdat dit niet in de familie voorkomt en dit onderwerp hen niet bezighoudt. Na de uitleg over het screeningsonderzoek zorgde angst voor het resultaat ervoor dat twee ondervraagden het opsporingsonderzoek niet deden. Informatie over de voor- en nadelen werkt altijd in twee richtingen. Onder de deelnemers zorgde de raadpleging voor hun deelname, zonder de consultatie zouden ze dit zelf nooit ter sprake hebben gebracht en zouden ze zich niet laten screenen. Het is dus een belangrijke taak van de arts om dikkedarmkankerscreening ter sprake te brengen. Via een oproepingsbrief kan het belang van de screening ook meegedeeld worden, maar tijdens de interviews antwoordden velen dat ze er hoogstwaarschijnlijk geen gevolg zouden aan geven.

De meerderheid begreep het doel van het opsporingsonderzoek goed. Eén patiënte verstond nog niet waarom mensen zich zouden laten onderzoeken als ze geen klachten hadden, voor haar bleef het nut van een screening onduidelijk. Uit de interviews bleek niet dat een goede kennis voor meer participatie zorgde. Een mogelijke verklaring was ook in de literatuur terug te vinden, namelijk dat informatie over de nadelen van het onderzoek tot extra weigeringen kan leiden, ondanks het benadrukken van de voordelen ervan. Een andere verklaring waarom kennis in dit praktijkverbeterend project minder invloed had, is de lage scholingsgraad van de studiepopulatie en hun afhankelijkheid van het advies van hun huisarts. Velen hebben de folder niet gelezen, waaruit blijkt dat dit dus geen geschikte bron van informatie is. Wel het vermelden waard is dat één patiënt door de folder overtuigd werd om toch mee te doen.

De bevraagden hechtten meer belang aan de persoonlijke uitleg die ze kregen van hun huisarts en het daarbij horende arts-patiëntcontact.

De meerderheid vertrouwde de test die de arts aanraadde en stelde zichzelf geen vragen over de test. Dit benadrukt het vertrouwen van de patiënten in hun huisarts. Drie personen vonden het wel vervelend om een faecesstaal te nemen, wat toch niet weinig is op tien personen. Voor één iemand was dit de drempel om niet mee te doen. De daaropvolgende coloscopie, indien de FOBT positief zou zijn, hield niemand tegen.

Een zeer belangrijke conclusie is dus het belang dat de patiënten hechten aan de tussenkomst van hun huisarts. Volgens de tien geïnterviewde patiënten was het de taak van de huisarts om zijn patiënten in te lichten, 8 van hen verkozen de raadpleging om geïnformeerd te worden. Het voordeel dat je meteen vragen kan stellen, dat je een persoonlijke uitleg krijgt en het arts-patiëntcontact zijn voor hen dé redenen waarom een advies tijdens een consultatie het beste is. Er moet wel benadrukt worden dat personen die niet op consultatie komen op die manier niet bereikt worden. Eén iemand gaf aan dat ze een oproepingsbrief door de overheid een goed idee zou vinden, maar dit mag de raadpleging niet volledig vervangen. Twee patiënten zouden FOBT doen indien ze dit thuis toegestuurd zouden krijgen, twee andere patiënten zouden nu wel deelnemen aangezien ze een goede uitleg gekregen hebben van hun huisarts en bij de anderen zou de brief hoogstwaarschijnlijk op de papierstapel terechtkomen. Alle deelnemers vonden de tussenkomst van de huisarts nuttig, dit was ook het geval bij drie niet-deelnemers. Dit kan erop wijzen dat de huisarts een zeer belangrijke taak en motiverende functie kan hebben bij de niet-deelnemers van het toekomstig screeningsprogramma van de overheid.

Het verschil in participatie tussen mannen en vrouwen was niet groot, de 60-64-jarigen en de 70-plussers waren de actiefste leeftijdsgroepen, de getrouwden en samenwonenden namen meer deel dan de alleenstaanden en de groep met een verhoogde terugbetaling neemt minder deel aan de screeningstest. Zo komen er een aantal karakteristieken naar boven die vaak gekend zijn door de huisarts of in het medisch dossier gemakkelijk terug te vinden zijn. Aangezien de huisarts de taak zal krijgen om meer aandacht te besteden aan de niet-deelnemers bij het toekomstig screeningsprogramma van de overheid, kunnen deze karakteristieken hen alerter maken.

We stellen vast dat de patiënten met een zwaar belaste voorgeschiedenis en wie veel medicatie moeten innemen minder participeren. Zij hebben vaak al medische zorgen genoeg zodat een dikkedarmkankerscreening niet hun prioriteit is. Er werd ook vastgesteld dat er meer deelname is indien dikkedarmkankerscreening tijdens een controleconsult werd aangekaart met als enige RFE medicatievoorschriften. Dit is ook een ideaal moment om preventie te bespreken. Indien de patiënt geen andere dringende vragen heeft en al jaren dezelfde medicatie neemt, zijn dit in principe vlotte consultaties die niet zo lang hoeven te duren. Zo is er tijdens deze consultaties genoeg tijd om dikkedarmkankerscreening ter sprake te brengen. Er mag natuurlijk niet enkel op deze raadplegingen gefocust worden want er zou een grote groep van de doelpopulatie gemist worden. Eventueel kan het plannen van consultaties om preventie te bespreken een mogelijke oplossing zijn om hiervoor voldoende tijd te hebben, maar dan wordt er best op afspraak gewerkt wat in onze praktijk nog niet het geval is.

Als er wordt vergeleken met vroegere screeningen dan zien we dat de deelnemers ook meer participeerden aan PSA-screening bij de mannen en mammografie bij vrouwen. Indien de huisarts weet dat bepaalde patiënten ook niet deelnamen aan andere screeningen, kan hij er op letten dit zeker bij deze groep patiënten ter sprake te brengen.

Het kennen van mensen met dikkedarmkanker buiten de familiekring had geen invloed op de keuze van deelname, vooral als er niemand in de familie gekend is met colorectale carcinomen waren ze niet echt ongerust om zelf dikkedarmkanker te krijgen en haalden ze screening ook zelf niet aan bij hun huisarts. Drie van de vier patiënten bij wie colorectale kanker wel in de familie voorkomt, hebben de FOBT laten doen, ook drie personen bij wie borstkanker in de familiale voorgeschiedenis terug te vinden was participeerden aan de opsporingstest. Familiale voorgeschiedenis is toch een belangrijke factor voor de patiënten, voornamelijk als het niet in de familie voorkomt geeft dit hen een geruststellend gevoel, al doet dit de deelname niet dalen. Familiale anamnese is ook belangrijk in de risicobepaling want een positieve familiale anamnese kan een verhoogd risico geven.

B. Luik II:

Van de 18 hoogrisicopatiënten die momenteel gekend zijn in de praktijk, is er een goede follow-up bij 66%. Drie patiënten kregen reeds een coloscopie maar verdere follow-up zagen ze niet meer zitten, ondanks ze hieraan reeds herinnerd werden door de huisarts. Drie andere hoogrisicopatiënten hebben, ondanks hun risico, nog geen coloscopie laten doen. Hoe strikt het advies van de huisarts wordt opgevolgd, is moeilijk na te gaan aangezien in het EMD niet wordt genoteerd wanneer de patiënt het advies heeft gekregen en wanneer hij hieraan herinnerd werd.

Een groot minpunt van de praktijkorganisatie voor follow-up in is dat er geen éénduidige manier bestaat van noteren van het risico en de planning voor de volgende coloscopie die hiervoor moet worden voorzien. In de meeste dossiers staat dit wel op één of andere manier genoteerd, maar in het medisch programma HealthOne zijn er verschillende mogelijkheden om een follow-up te plannen. Verschillende methoden werden soms bij eenzelfde patiënt gebruikt, bij anderen was het soms moeilijk terug te vinden wanneer een volgende coloscopie moet gebeuren. Ook was het verhoogde risico bij twee patiënten nergens genoteerd.

Om het risico te bepalen moet er een familiale anamnese gebeuren, dus bij de gekende hoogrisicopatiënten werd dit zeker afgenomen, maar als dit al voor het risicomanagement gekend was is niet na te gaan. Indien er bij patiënten nog geen familiale anamnese gebeurde en nog geen risicobepaling, kunnen er nog ongekende hoogrisicopatiënten in de praktijk zijn.

Concreet moeten er duidelijkere afspraken gemaakt worden over het noteren in het medisch dossier. Nu worden er nog te veel verschillende manieren gebruikt, dit werd besproken in de praktijk en zo aangepast in de dossiers. Dit moet in de toekomst ook uitgelegd worden aan nieuwe artsen in de praktijk zodat op één lijn verder kan gewerkt worden. Een correct ingevuld dossier heeft veel voordelen voor de opvolging van de patiënt.

In dit kleinschalig praktijkverbeterend project waren er enkele tekortkomingen. In het begin werd het project vaak vergeten door de PO waardoor een groot deel van de doelgroep gemist werd. Het is ook een te kleine studiepopulatie, zowel uit de registratieperiode als de interviews, om algemene conclusies te trekken. Aangezien de HAIO de interviews afnam, kan het zijn dat de patiënten niet altijd eerlijk durfden te antwoorden.

6. Besluit

Het was een intensief project dat veel tijd vergde, niet alleen tijdens de consultaties om de patiënten goed te kunnen informeren, maar ook de interviews vroegen veel energie. Deze leerden mij de patiënten op een andere manier kennen, hun visie op screeningsonderzoeken en hoe zij de consultatie beleefd hebben. Wat voor artsen zo logisch lijkt, is vaak voor de patiënt helemaal niet zo.

De karakteristieken kennen van de deelnemende en niet-deelnemende groep kan een belangrijk hulpmiddel zijn van de huisarts om meer aandacht te besteden aan de patiënten die minder geneigd zouden zijn om deel te nemen. Waarom iemand niet deelneemt, heeft altijd een reden. Uit de interviews bleek angst, het nemen van een faecesstaal en te veel medische zorgen de drempels van de bevraagden. Het voordeel van dikkedarmkankerscreening aan te halen tijdens een consultatie, is dat deze drempels besproken kunnen worden. We kunnen proberen om deze samen met de patiënt te overwinnen, of deze als arts accepteren want uiteindelijk beslist de patiënt.

Een belangrijk aspect van het hele project is de centrale plaats die de huisarts krijgt van de patiënten in het hele screeningsgebeuren. Patiënten hechten veel belang aan het advies van de huisarts en vinden arts-patiëntcommunicatie zeer belangrijk. Dit bevestigt de belangrijke taak van de huisarts die voor vele patiënten het eerste aanspreekpunt is bij vragen over hun gezondheid in de breedste zin van het woord. Dit kan een brief niet vervangen, maar de combinatie van een oproepingsbrief met de aandacht van de huisarts in de opvolging hiervan kunnen samen versterkend werken.

Het elektronisch medisch dossier heeft heel veel voordelen ten opzichte van het papieren dossier. Er kan zeer veel genoteerd worden, alles op een correcte en éénduidige manier noteren vraagt energie van de arts. Hiervoor moeten concrete afspraken gemaakt worden in dezelfde praktijk om belangrijke aspecten niet uit het oog te verliezen. Dit werd geconstateerd bij het bestuderen hoe de follow-up van de hoogrisicopatiënten werd georganiseerd.

De belangrijke risicostratificatietool was op de achtergrond geraakt sinds het beëindigen van het vorige praktijkverbeterend project, maar het werd nu nieuw leven ingeblazen en wordt, ook na het beëindigen van dit project, opnieuw gebruikt bij patiënten waarbij het risico nog niet werd bepaald. Een laatste aspect dat duidelijk is geworden tijdens de uitvoering van dit project, is het belang van een goede familiale en persoonlijke voorgeschiedenis. Deze is niet steeds bij iedereen correct en up to date. Door deze regelmatig na te vragen bij de patiënten kunnen ook deze onderwerpen in het medisch dossier zorgvuldig ingevuld worden en zal de huisarts op de hoogte zijn van de belangrijke risicofactoren.

Algemeen kan er besloten worden dat de huisarts nog steeds een centrale plaats inneemt in het hele gezondheidsgebeuren van de patiënt, dat hij/zij de persoon is om screeningscampagnes ter sprake te brengen, dat hij/zij zeer veel informatie heeft over de patiënten en zo meer aandacht kan besteden aan de kwetsbaardere groepen mits alles correct genoteerd wordt in de dossiers. Het aspect ‘tijd’ is soms de boosdoener in het hele verhaal… maar alle andere aspecten zorgen ervoor dat ik zo graag huisarts ben.

7. Referenties

1. Advisory Committee on Cancer Prevention. Recommendations on cancer screening in the European Union. European Journal of Cancer 2000: 36: 1473-1478.

2. Allison J.E., Sakoda L.C., Levin T.R., et al. Screening for colorectal neoplasms with new fecal occult blood tests: update on performance characteristics. Journal of the National Cancer Institute 2007: 99(19): 1462-1470.

3. Atkin W. S., Edwards R., Krali-Hans I., et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2010: 375 (9726): 1624-1633. Journal of the National Cancer Institute 2012: 104 (4): 280-289.

4. Beydoun H., Beydoun M. Predictors of colorectal cancer screening behaviors among average-risk older adults in the United States. Cancer causes control 2008: 19: 339-359.

5. Bleiker E. M. A., Menko F. H., Taal B. G., Kluijt I., Wever L. D. V., Gerritsma M. A., Vasen H. F. A., Aaronson N. K. Screening behavior of individuals at high risk for colorectal cancer. Gastroenterology 2005: 128: 280-287.

6. Brawarsky P., Brooks D., Mucci L., Wood P. Effect of physician recommendation and patient adherence on rates of colorectal cancer testing. Cancer detection and prevention 2004: 28: 260-268.

7. Bryant H., McGregor S. Perception versus reality: Overcoming barriers to colorectal cancer screening. Canadian family physician 2008: 54: 495-497.

8. Cole S., Young G., Byrne D., Guy J., Morcom J. Participation in screening for colorectal cancer based on a faecal occult blood test is improved by endorsement by the primary care practitioner. J Med Screen 2002: 9: 147-152.

9. Colorectale kanker: mortaliteit versus incidentie. Internet site Vlaams Agentschap Zorg en gezondheid 2013. Beschikbaar via http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Kanker/Colorectale-kanker--mortaliteit-versus-incidentie/. Geraadpleegd 24 maart 2013.

10. Courtney R. J., Paul C.L., Sanson-Fisher R. W., Macrae F. A., Carey M. L., Attia J., McEvoy M. Colorectal cancer risk assessment and screening recommendation: a community survey of healthcare providers' practice from a patient perspective. BMC Family Practice 2012: 13:17.

11. Euler-Chelpin M. von, Brasso K., Lynge E. Determinants of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing 2010. Jourrnal of public health: 32(3): 395-405.

12. Federici A., Rossi P., Bartolozzi F., Farchi S., Borgia P., Guastcchi G. The role of GPs in increasing compliance to colorectal cancer screening: a randomised controlled trial (Italy). Cancer causes and control 2006: 17: 45-52.

13. Gili M., Roca M., Ferrer V., Obrador A., Cabeza E. Psychosocial factors associated with the adherence to a colorectal cancer screening program. Cancer detection and prevention 2006: 30: 354-360.

14. Govaerts F., Deturck L., Wyffels P. Aanbeveling voor goede medische pratkijkvoering: Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. Huisarts Nu 2008: 37: 341-361.

15. Hal G. van, Hoeck S., Roosbroeck S. van. Screening for colorectal cancer: sense and sensibilities. European Journal of Cancer 2011: 47(3): 156-163.

16. Hart A., Barone T., Gay S., Inglis A., Griffin L., Tallon C., Mayberry J. The effect on compliance of a health education leaflet in colorectal cancer screening in general practice in central England. Journal of epidemiology and communitiy health 1997: 51: 187-191.

17. Henau K, Vos K., Verstreken M., et al. Cancer Incidence in Belgium 2008. Internet site Belgian cancer registry 2011. Beschikbaar via http://www.kankerregister.org/Statistieken_publicaties. Geraadpleegd 9 september 2012.

18. Hoeck S;, Roosbroeck S. van, Hal G. van. Pilootproject bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Internet site Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid 2011. Beschikbaar via www.zorg-en-gezondheid.be. Geraadpleegd op 9 september 2012.

19. Laet C. de, Neyt M;, Vinck I., Lona M., Cleemput I., Sande S. van de. Heatlh Tecnology Assessment Colorectale kankerscreening: wetenschappelijke stand van zaken en budgetimpact voor België. Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg 2006: KCE reports vol. 45 A: 1-262.

20. Lowery J. T., Marcus A., Kinney A., Bowen D., Finkelstein D. M., Horick N., Garrett K., Haile R., Sandler R., Ahnen D. J. The family health promotion project (FHPP): design and baseline data from a randomized trial to increase colonoscopy screening in high risk families. Contemp clin trials 2012: 33(2), 426-435.

21. Mack L. A., Cook L. S., Temple W. J., Carlson L. E., Hilsden R. J., Paolucci E. O. Colorectal cancer screening among first degree relatives of colorectal cancer patients: Benefits and barriers. Ann Surg Oncol 2009, 16(8): 2092-2100.

22. Meng W., Bi X-W., Bai X-Y., Pan H-F., Cai S-R., Shao Q., Zhan S-Z. Barrier-focused intervention to increase colonoscopy attendance among nonadherent high-risk populations. World J. Bastroenterol. 2009: 15(31): 3920-3925.

23. Perneger T., Cullati S., Schiesari L., Charvet-Bérard A. Impact of information about risks and benefits of cancer screening on intended participation. European journal of cancer 2010: 46: 2267-2274.

24. Power E., Miles A., Wagner C. von, Robb K., Wardle J. Uptake of colorectal cancer screening: system, provider and individual factors and strategies to improve participation. Future Oncol 2009: 5(9): 1371-1388.

25. Puddu M., Tafforeau J. Colorectale kanker. Stand van zaken in België. Elementen voor een gezondheidsbeleid. Wetenschappelijk instituut volksgezondheid, Centrum voor operationeel onderzoek in volksgezondheid 2006: 24: 1-86.

26. Rawl S. M., Menon U., Champion V. L., Foster J. L., Skinner C. S. Colorectal cancer screening beliefs: Focus groups with first-degree relatives. Cancer Practice 2000: 8 (1), 32-37.
27. Rees G., Martin P. R., Macrae F. A. Screening participation in individuals with a family history of colorectal cancer: a review. Eur J Cancer Care 2008: 17(3): 221-232.

28. Rossi P., Federici A., Bartolozzi F., Farchi S., Borgia P., Guasticchi G. Understanding non-compliance to colorectal cancer screening: a case control study, nested in a randomised trial. BMC Public Health 2005: 5: 139.

29. Rossum L. van, Rijn A. van, Laheij R., Oijen M. van, Fockens P., Krieken H. van, Verbeek A., Jansen J., Dekker E. Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. Gastroenterology 2008: 135: 82-90.

30. Rossum L. van. Colorectal cancer: to screen or not to screen? That is the Question. Proefschrift 2009: 1-171.

31. Ruthotto F., Papendorf F., Wegener G., Unger G., Dlugosch B., Korangy F., Manns M. P., Greten T. F. Participation in screening colonoscopy in first-degree relatives from patients with colorectal cancer. Ann Oncol 2007: 18(9): 1518-1522.

32. Segnan N., Amaroli P., Bonelli L., et al. Once-only sigmoidoscopy in colorectal cancer screening: follow-up findings in de Italian randomized controlled trial – score. Journal of the National Cancer Institute 2011: 103 (17): 1310-1322.

33. Senore C., Armaroli P., Silvani M., Andreoni B., Bisanti L., Marai L., Castiglione L., Grazzini G., Taddei S., Gasperoni S. Giuliani O., Malfitana G., Marutti A., Genta G., Segnan N. Comparing different strategies for colorectal cancer screening in Italy: predictors of patients's participation. Am J gastroenterol 2010: 105: 188-198.

34. Weber M., Banks E., Ward R., Sitas F. Population characteristics related to colorectal cancer testing in New South Wales, Australia: resulta from the 45 and Up study cohort. J Med Screen 2008: 15(3), 137-142.

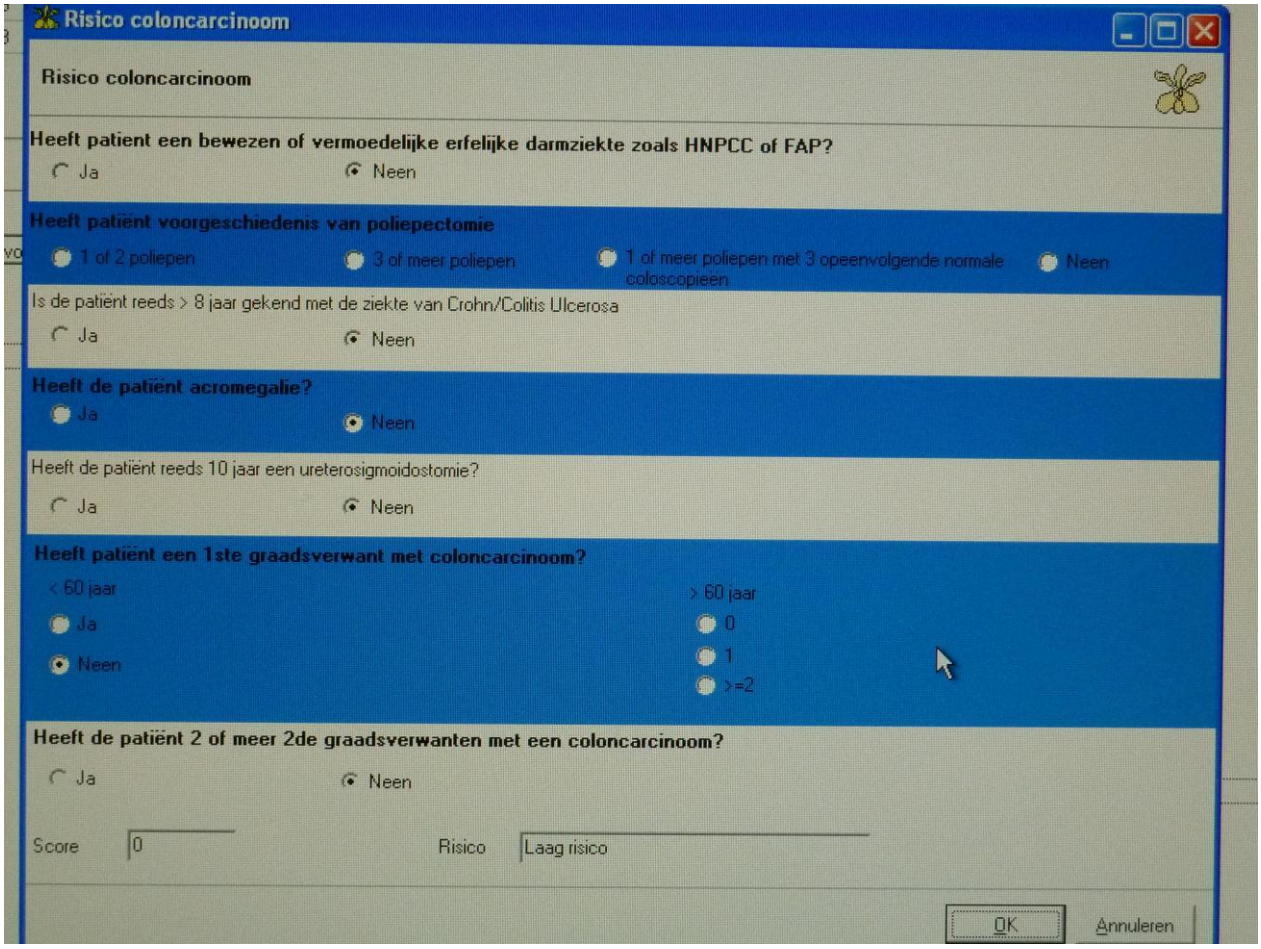
35. Weissfeld J.L., Schoen R.E., Pinsky P.F., et al. Flexible sigmoidoscopy in the randomized prostate, lung, colorectal, and ovarian (PLCO) cancer screening trial: added yield from a second screening examination. Journal of the National Cancer Institute 2012: 104(4): 280-289.

36. Wilson J.M.G., Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers 1968: 34.

37. Zajac I, Whibley A., Cole S., Byme D., Guy J., Morcom J., Young G. Endorsement by the primary care practitioner consistently improves participation in screening for colorectal cancer: a longitudinal analysis. J Med Screen 2010: 17: 19-24.

8. Bijlagen

1. Risicostratificatietool



2. Het informed consent



Dr. De Muynck – Dr. Van Nuffel

Toestemmingsformulier om uw gegevens te gebruiken voor het praktijkproject over colonkankerscreening 'Een consult met een geurtje aan' Informed Consent

Ik verklaar op een duidelijke wijze te zijn ingelicht over het doel, de methode, de risico's en de belasting van het project. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer: …..……

Ik, ondergetekende, …….. bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie- en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.

Datum: Handtekening arts:

4/ Kan je van dikkedarmkanker genezen?

Hoe kleiner het gezwel, hoe meer kans op genezing. Dikkedarmkanker gaat niet altijd gepaard met klachten, daarom is het belangrijk om op te sporen of er poliepen of kanker aanwezig is. Hoe vroeger dit ontdekt wordt, hoe meer kans op genezing. Indien er gewacht wordt tot er klachten zijn, is het vaak te laat.

5/ Wat is een coloscopie?

Een coloscoop is een flexibel buisje waarin een camera'tje zit. Via de anus wordt dit buisje ingebracht en kan de maagdarmspecialist de dikkedarm en een klein deeltje van de dunnedarm bekijken. Zo kan hij afwijkingen van de darmwand zien. Dit onderzoek wordt onder lichte verdoving uitgevoerd. Om de darmen optimaal te kunnen inspecteren, moeten deze op voorhand gereinigd worden door het innemen van een laxerend middel, dit ervaren velen als sterk belastend.

Een coloscopie is in het algemeen een veilig onderzoek, maar het brengt ook enkele risico's met zich mee. Zo bestaat er een kans (1/500) op bloeding, is er een zeer kleine kans op een perforatie (1/1000) wat meestal wel een operatie vereist en

Informatiebrochure opsporingsonderzoek dikkedarmkanker

1/ Wat is dikkedarmkanker?

Ons lichaam bestaat volledig uit cellen. Het is belangrijk dat dit aantal cellen in evenwicht wordt gehouden. Ons lichaam heeft een ingewikkeld mechanisme ontworpen waardoor de groei, vermenigvuldiging en afbraak van die cellen nauwgezet gecontroleerd wordt. Een storing in dit mechanisme zorgt voor een ongecontroleerde vermenigvuldiging van de cellen, wat leidt tot een gezwel. Als dit gezwel kwaadaardig is, spreekt men van kanker.

In het slijmvlies van de dikkedarm kunnen zich ook goedaardige gezwellen vormen, deze worden poliepen genoemd. De meeste kankers ontstaan vanuit deze poliepen. Hoe groter de poliep, hoe groter de kans dat deze evolueert tot een kankergezwel. Daarom is het zo belangrijk om deze vroeg te detecteren.

Het vormen van een poliep en de evolutie van die poliep tot kanker neemt vele jaren in beslag, ook stijgt het aantal poliepen met de leeftijd. Daarom komt dikkedarmkanker voornamelijk voor bij personen ouder

ook is er een zeldzame kans op een infectie (1/1 800 000).

Dr. De Muynck – Dr. Van Nuffel

dan 50 jaar.

2/ Komt dikkedarmkanker vaak voor?

Dikkedarmkanker is de 2e meest voorkomende kanker bij vrouwen (na borstkanker) en is de 3e meest voorkomende kanker bij mannen (na prostaat- en longkanker). Elk jaar krijgen ongeveer 4250 Vlamingen de diagnose van dikkedarmkanker en ook elk jaar sterven ongeveer 1800 Vlamingen aan deze ziekte.

Er zijn personen die een hoger risico hebben om dikkedarmkanker te krijgen. Dit zijn mensen met een chronische ontsteking van de darm (zoals de ziekte Colitis Ulcerosa en de ziekte van Crohn)., mensen die in het verleden al darmkanker hebben gehad en mensen die familieleden hebben met darmkanker.

Dikkedarmkanker gaat meestal niet met klachten gepaard, daarom is het belangrijk om deel te nemen aan het opsporingsonderzoek. Afhankelijk van uw risico zullen we het meest gepaste onderzoek met u bespreken. Dit kan enerzijds door een stoelgangsstaal op te sturen naar het labo of anderzijds

3/ Hoe wordt dikkedarmkanker opgespoord?

Zowel darmpoliepen als dikkedarmkanker kunnen bloeden. Dit bloed is voor het blote oog niet altijd zichtbaar. Daarom is het belangrijk om vanaf 50 jaar uw stoelgang te laten onderzoeken in het labo. Zij kunnen er via gespecialiseerde testen dit bloed wel opsporen.

Indien u een hoogrisicopersoon bent of er wordt bloed gevonden in uw stoelgang, is het noodzakelijk om in uw darmen te laten kijken. Dit gebeurt door de maagdarmspecialist. Hij zal tijdens een coloscopie (zie verder in de brochure) op zoek gaan naar de oorzaak van het bloedverlies.

Met deze onderzoeken (opsporen van bloed in de stoelgang of een coloscopie) willen we dikkedarmkanker zo vroegtijdig mogelijk vaststellen om zo de kans op genezing te doen stijgen en het aantal mensen die sterven aan dikkedarmkanker te doen dalen. Indien u om de 2 jaar uw stoelgang laat onderzoeken, wordt de kans op overlijden aan dikkedarm-

door in uw darmen te laten kijken met een klein camera'tje. Deze onderzoeken worden verder in deze brochure toeglicht.

kanker met 25% verminderd.

Wel moet vermeld worden dat er een kleine kans bestaat op een foutief resultaat. Wanneer er 100 stoelgangsstalen bloed bevatten, gaan er 6 ten onrechte positief zijn. Bij 100 stoelgangsstalen waarin geen bloed wordt gevonden, gaat er 1 ten onrechte negatief zijn.

4. Invulformulier arts tijdens consult

	ja	nee	Twijfelt, wil er nog over nadenken
naam			/
beroep			/
Risicoprofiel bepaald	Risicograad:	Reden:	
FOBT-screening ter sprake gebracht		Reden:	/
Patiënt zegt deel te nemen		Reden:	
Bereid voor interview			
Informed consent ingevuld			

5. Interview

Algemene gegevens

Naam
Geslacht
Leeftijd
Familiale situatie: getrouwd/samenwonend/kinderen/alleen
Beroep:
Hoogst behaalde diploma:

Gezondheidsstatus van de patiënt

Medische VG:
Rookt u?
Eet u dagelijks fruit en groenten?
Voelt u zichzelf in een goede gezondheidstoestand?
Doet u regelmatig aan fysieke activiteiten?
Deed u al eerder mee aan andere opsporingsonderzoeken? (uitstrijkje, mammo,…)
Hoeveel keer per jaar (gemiddeld) gaat u bij uw huisarts langs?

Bedenkingen van de patiënten

Wat waren uw eerste gedachten als de consultatie ten einde was?

Dacht u in eerste instantie mee te doen of niet mee te doen met het opsporingsonderzoek?
Kwam dit overeen met uw daadwerkelijke beslissing? Zo nee: waarom niet?

Wat hield u tegen om mee te doen aan het opsporingsonderzoek?
(eerst als open vraag stellen, dan volgen erna enkele kleinere vraagjes die uit onderzoek vaak als drempel worden aanzien om mee te doen)

Voelt u zich gezond?
Had u angst voor het resultaat?
Vindt u het vervelend om een stoelgangsstaal te nemen?
Had u meer tijd nodig om erover na te denken?
Zou u liever een coloscopie laten gebeuren?
Houdt het verdere onderzoek bij een positief resultaat u tegen?
Hebt u twijfels of de test wel goed is?
Begreep u de consultatie goed?
Had u gewoon geen zin om mee te doen?

Bent u ongerust om dikkedarmkanker te krijgen?

Kent u iemand met dikkedarmkanker in uw naaste omgeving?
Heeft dit een rol gespeeld in uw keuze om al dan niet mee te doen?

Hebben vrienden/familie u al aangesproken over het opsporingsonderzoek?
Zoja: hebben zij deelgenomen?

Welke methode zou u verkiezen om geïnformeerd te worden:
(als open vraag stellen, eventueel enkele voorbeelden vermelden als ze hier niet echt kunnen op antwoorden)

Geïnformeerd worden tijdens een consultatie
Een brief van de overheid waarbij meteen potje zit voor een stoelgangsstaal?
Een brief van uw huisarts om u uit te nodigen voor een consultatie?
…

Zou u dan wel meegedaan hebben?

Heeft de consultatie u overtuigd om mee te doen?(vraag voor deelnemers)/ Hield de informatie die u kreeg tijdens de consultatie u tegen om deel te nemen? Welke aspecten?(vraag voor niet-deelnemers)

Indien u niet deelnam, kan u zelf bedenken wat u wel zou overtuigen om deel te nemen?

Wat was de voornaamste factor dat u overtuigde om mee te doen aan het opsporingsonderzoek (vraag voor deelnemers)?

Kennis over dikkedarmkanker en dikkedarmkankerscreening

Was u voor de consultatie al op de hoogte dat dikkedarmkanker vroegtijdig kon opgespoord worden?

Zoja: Waar had u hier al over gehoord?
Op welke manier dacht u dat dikkedarmkanker vroegtijdig kon opgespoord worden?
Waarom bracht u dit nog niet ter sprake met uw huisarts?

Las u de informatiebrochure in de wachtkamer?
Vond u deze duidelijk?

Vond u de consultatie duidelijk genoeg of had u nog veel vragen?

Was het doel van het opsporingsonderzoek duidelijk? Wat is het doel?

Vond u de consultatie overbodig?

Wat heeft u onthouden van de consultatie?

Wist u na de consultatie wat u moest doen en wat u te wachten stond bij de mogelijke resultaten? Wat?

Denkt u dat het opsporingsonderzoek nuttig is?

Het belang van de huisarts bij screeningsonderzoek voor coloncarcinoom?

Vindt u het de taak van uw huisarts om u aan te spreken en in te lichten over opsporingsonderzoek van dikkedarmkanker?

Vond u de consultatie een goede manier om u hierover te informeren?

Had u liever op een andere manier ingelicht geweest (brief, poster,…)?

Indien u een brief had gekregen van de overheid waarbij meteen een potje zat om een staal te nemen zodat u het rechtstreeks naar het labo kan sturen zonder tussenkomst van uw huisarts, had u er dan ook/wel op ingegaan?

Vond u de tussenkomst van uw huisarts waardevol?

Wat is volgens u de taak van de huisarts in kader van opsporingsonderzoek van dikkedarmkanker?

Laat u uw keuze van al dan niet deelname leiden door het advies van uw huisarts?

6. Invulformulier hoogrisicopatiënten voor PO

Naam	
Coloscopie gehad?	Ja/nee Datum?
Besluit i.v.m. follow-up	
Hoe genoteerd in dossier (risico en planning)	
Indien geen coloscopie: hoe genoteerd in dossier	
Werd de patiënt hieraan nog herinnerd om toch nog een coloscopie te laten doen?	
Familiale anamnese gekend? Wanneer werd familiale anamnese afgenomen?	
Is de patiënt op de hoogte van het gestegen risico?	
Hoeveel tijd na advies arts werd coloscopie gedaan?	