De praktijkwebsite als tool in de screening naar dikke darmkanker

Dr. Petrus van Looij, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Diego Schrans, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

DE PRAKTIJKWEBSITE ALS TOOL IN DE SCREENING NAAR DIKKE DARMKANKER

Haio: Dr. Petrus VAN LOOIJ

Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara WILLEMS

Co-promotor: Dr. Diego SCHRANS

Praktijkopleider: Dr. Marc VERSTRAETEN

Context:
Preventie is een integraal onderdeel van de huisartsgeneeskunde waar steeds meer aandacht voor gevraagd wordt. Huisartsen geven echter aan dat tijdsgebrek één van de belangrijkste hinderpalen is in de implementatie van preventie in de huisartsgeneeskunde. Zo wordt o.a. de screening naar dikke darmkanker slechts beperkt verricht. Tegelijkertijd zijn de praktijkwebsites in opkomst en biedt het internet de laagdrempeligheid, continuïteit en generaliteit die zo kenmerkend zijn voor de huisartsgeneeskunde.

Onderzoeksvraag:
Zouden we als huisarts gebruik kunnen maken van de praktijkwebsite om de toenemende vraag naar preventie te beantwoorden? Kan een online zelftest mbt dikke darmkankerscreening, gecombineerd met online informatie ons helpen om de screeningsgraad te verhogen? Lezen mensen de online informatie, nemen ze deel aan de zelftest en wat is het effect hiervan? Tevens willen we weten hoe de deelnemer deze screeningsmethode ervaart?

Methode:
Op basis van de richtlijn van Domus Medica werd een online zelftest ontwikkeld omtrent dikke darmkankerscreening. Hierbij werd a.d.h.v. enkele vragen nagegaan of iemand een verhoogd risico had en al dan niet in aanmerking kwam voor screening. De deelnemer ontving direct een concreet advies en werd nadien gevraagd om een korte enquete m.b.t. de zelftest in te vullen. Deze zelftest werd samen met informatie over dikke darmkanker gedurende drie maanden op onze praktijkwebsite geplaatst. Om de patiënten van onze groepspraktijk met 3150 GMDs op de hoogte te stellen werd een beperkte informatiecampagne opgericht met folders, een poster en twee e-mails. Het aantal bezoekers van de praktijkwebsite werd geobserveerd en de contacten van de deelnemers met de praktijk werden geregistreerd.

Resultaten:
De pagina met informatie over dikke darmkanker werd 1.421 keer geopend en de zelftest 871 keer. De gemiddelde en mediane leeftijd van de deelnmers was 44 jaar. 62,6% zat in de leeftijdsgroep 40-75 jaar, bij wie de huisarts volgens de richtlijn het risico op dikke darmkanker moet nagaan. In totaal vulden 663 deelnemers ook de enquête is. Van hen was 10,1% matig en 2,1% ernstig ongerust na het invullen van de zelftest. Enkel de uitkomst van de test bepaalde significant hoe ongerust de deelnemer was ($p<0,01$). De ongerustheid had geen effect op de aanvaardbaarheid van deze manier van screenen ($p<0,01$). Van alle deelnemers vond 87,1% onze methode aanvaardbaar. 55,5% van de deelnemers was van mening dat hun kennis over dikke darmkanker was toegenomen. Ondanks dat slechts 3 van de 4 artsen registreerden noteerden we 30 mensen die de praktijk contacteerden en in aanmerking kwamen voor screening. Bij één persoon werd een carcinoma-in-situ gedetecteerd.

Conclusies:
De praktijkwebsite en een online zelftest voor dikke darmkankerscreening verhogen de screeningsgraad zonder significante ongerustheid teweeg te brengen onder de deelnemers. Met een beperkte informatiecampagne kan een gevarieerd publiek bereikt worden op een aanvaardbare manier. Het kan daarom een oplossing bieden voor de toenemende vraag naar preventie in de huisartspraktijk.

E-mail: Petrus.vanLooij@Ugent.be
ICPC-code: D75

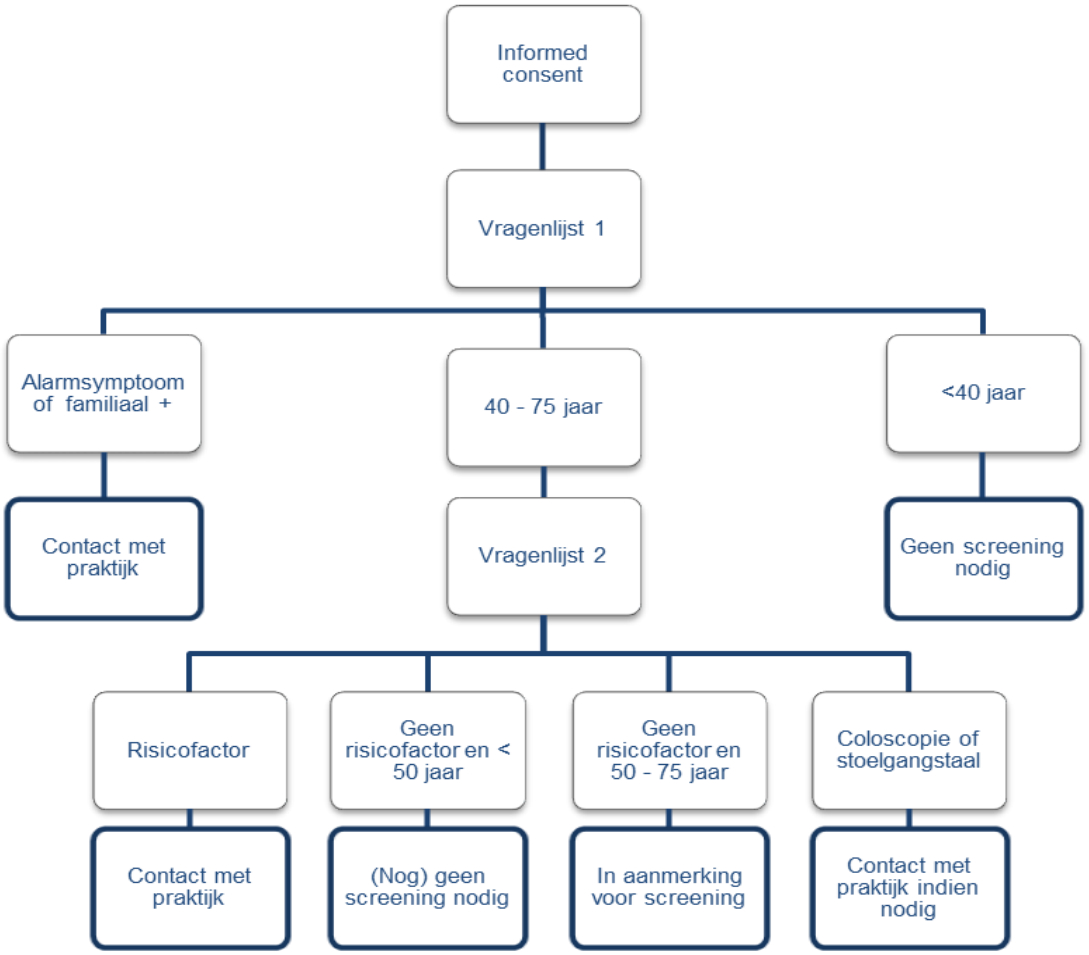
Inleiding

De komende decennia zal het zorggebruik flink toenemen met een belangrijke plaats voor preventie, met name binnen de eerstelijnszorg.[1] Huisartsen geven echter aan dat tijdsgebrek één van de belangrijkste hinderpalen is in de implementatie van preventie in de huisartsgeneeskunde.[2] Tegelijkertijd biedt het internet dezelfde laagdrempeligheid, continuïteit en generaliteit die zo kenmerkend zijn voor de huisartsgeneeskunde[3] en zit het aantal praktijkwebsites in de lift. Zouden we als huisarts deze praktijkwebsite kunnen gebruiken om de toenemende vraag naar preventie te beantwoorden? Wij ontwikkelden een online zelftest voor dikke darmkankerscreening en plaatsten deze samen met informatie over dikke darmkanker op onze praktijkwebsite. Het doel was om na te gaan wat dit voor zowel de deelnemers als voor de huisarts kon betekenen. Nemen de patiënten deel aan de zelftest? Hoe staan zij hier tegenover? Wat is het effect van dit initiatief op de screeningsgraad? Kortom; is het aanbieden van een online zelftest op de praktijkwebsite een nuttige tool in de screening naar dikke darmkanker?

Methode

In de eerste fase werd een literatuuronderzoek verricht naar de toepassing van een praktijkwebsite en online zelftesten in het kader van dikke darmkanker-screening. Hiervoor werd in november 2012 een Medline-zoekopdracht verricht met de MESH-termen Preventive Health Services, Colorectal Neoplasms/diagnosis, Internet/utilization, Health promotion, Self Care en Self Report/methods. Daarnaast werd de Cochrane library en grijze literatuur doorzocht.

In de tweede fase werd een online zelftest ontwikkeld door gebruik te maken van de online survey-tool 'Surveygizmo'. Deze survey-tool voldoet aan alle beveiligings- en privacy eisen en liet ons toe om op een eenvoudige wijze een protocol voor de zelftest op te maken en toe te passen. Het protocol van de zelftest was gebaseerd op de aanbeveling voor goede medische praktijkvoering van Domus Medica.[5] Zoals te zien in onderstaande flowchart begon de zelftest met een informed consent dat de deelnemers voor akkoord moesten aanklikken. Hierop volgend werd de eerste vragenlijst getoond met de bevraging van de leeftijd, het geslacht, enkele alarmsymptomen en de familiale voorgeschiedenis van dikke darmkanker. Afhankelijk van de ingevulde gegevens kreeg de deelnemer een gepersonaliseerd bericht met uitleg en advies of werd hij doorgestuurd naar een tweede vragenlijst. In deze tweede vragenlijst werden risicofactoren bevraagd en werd nagegaan of er reeds een stoelgangsonderzoek of coloscopie werd verricht. Ook na deze vragenlijst volgde een gepersonaliseerd bericht. In deze berichten werd aan de deelnemer op een eenvoudige manier uitgelegd wat de uitkomst inhield en werd een concreet advies meegegeven. Afhankelijk of de tweede vragenlijst moest worden ingevuld kon de zelftest in 3 tot 5 minuten doorlopen worden.



Figuur 1: Flowchart zelftest

Nadat de deelnemer zijn bericht en advies had gelezen werd gevraagd om verder te klikken naar een enquête met betrekking tot de zelftest. Deze bestond uit een vijftal multiple choice vragen waarmee a.d.h.v. een 5-puntsschaal werd bevraagd hoe de deelnemer de zelftest had ervaren. Tevens was er de mogelijkheid om in een tekstvak eventuele opmerkingen of suggesties te geven.

In de derde fase werd het praktijkonderzoek verricht. Dit ging door in een groepspraktijk te Wetteren bestaande uit drie huisartsen en één Huisarts-in-opleiding. Aan de praktijkwebsite, vive.be, werd een hoofdstuk “screening dikke darmkanker” toegevoegd met informatie over dikke darmkanker en een link naar de zelftest. De informatie was geïnspireerd op de informatiebrochure ‘Laat dikke darmkanker vroegtijdig opsporen’ van het pilootproject naar de implementatie van een Vlaams bevolkingsonderzoek.[4] Er werd op een eenvoudige, heldere en patiëntgerichte manier uitleg gegeven over o.a. de frequentie, oorzaak, behandeling en onderzoeken naar dikke darmkanker. Gedurende drie maanden (14 november 2012 t.e.m. 14 februari 2013) werd de tool online geplaatst. Iedereen had toegang tot de website en de zelftest, er werden m.a.w. dus geen exclusiecriteria tot deelname gehanteerd.

Als een deelnemer contact opnam met de praktijk werd dit genoteerd op een registratieformulier. Deze registratie werd uitgevoerd door 3 van de 4 artsen, goed voor 2/3 van het patiëntenbestand. De uitkomsten van de zelftest en de aansluitende enquête werden geanalyseerd met behulp van SPSS Statistics 21.0 (© Armonk, NY). Voor de statistische analyse werden verschillende testen gebruikt, waaronder de onafhankelijke T-toets, de Chi-kwadraat toets en de Spearman’s rho toets. Het

surfgedrag van bezoekers van de praktijkwebsite werd tijdens de studie geobserveerd door gebruik te maken van Google Analytics.
Om de patiënten van de praktijk op de hoogte te stellen van de zelftest werd een folder verspreid in de wachtzaal en de consultatieruimtes en werden twee e-mails verstuurd. Deze korte, eenvoudige e-mails werden verzonden naar alle 2460 e-mailadressen uit het patiëntenbestand.
In april 2012 werd deze studie van een positief advies voorzien door de medisch-ethische commissie van het UZ Gent onder (projectnummer 2012/239).

Resultaten

Praktijkwebsite

De praktijkwebsite werd in 3 maanden tijd 5.543 maal bezocht, wat neerkomt op gemiddeld 89 bezoeken per dag. 2.680 keer werd de website éénmalig bezocht, in de andere gevallen betrof het 'terugkerende bezoekers'. De pagina omtrent de screening naar dikke darmkanker werd 1.421 keer geopend, vanop 1.213 verschillende IP-adressen. De bezoekers verbleven gemiddeld 2:16 minuten op de pagina, wat overeenkomt met de tijd die iemand nodig had om de tekst over de screening te lezen. Over het algemeen waren er 5-25 paginaweergaves per dag, met duidelijke pieken na het versturen van de e-mails, waarbij de pagina op één dag 453 maal werd bezocht.

Online zelftest

De eigenlijke zelftest is in de periode van 3 maanden 871 maal geopend vanop 721 verschillende IP-adressen. In totaal doorliepen 770 deelnemers (89,2%) de zelftest helemaal, 52 haakten af tijdens de informed consent en nog eens 49 verlieten de test tijdens de eerste vragenlijst. 154 deelnemers rapporteerden alarmsymptomen of een positieve familiale voorgeschiedenis, 22 rapporteerden één of meerdere risicofactoren en 66 mensen gaven aan dat ze recent reeds een preventief onderzoek hadden ondergaan. De overige 528 deelnemers hadden geen verhoogd risico, waarvan er 385 jonger dan 50 jaar oud waren en er 143 zich in de leeftijdscategorie 50-75 jaar oud bevonden en dus in aanmerking kwamen voor de screening.

Resultaat	Aantal	Percentage
Geen verhoogd risico	528	68,5
-Jonger dan 50	*385*	*50,0*
-Tussen 50 en 75	*143*	*18,6*
Alarmsymptomen / 1e graad familielid	154	20,0
-1e graad familielid	*56*	*7,2*
-Bloed in de stoelgang	*65*	*8,4*
-Veranderd stoelgangspatroon	*48*	*6,2*
Risicofactor	22	2,9
-Darmpoliep in voorgeschiedenis	*15*	*1,9*
-Darmkanker in voorgeschiedenis	*2*	*0,3*
-Colitis Ulcerosa	*4*	*0,5*
-Ureterosigmoidostomie	*0*	*0,0*
-Acromegalie	*0*	*0,0*
-FAP of HNCPP-gen	*7*	*0,9*
Recent stoelgangstaal of coloscopie	66	8,6
-Stoelgangstaal	*49*	*6,4*
-Coloscopie	*48*	*6,2*
Totaal	***770***	***100***

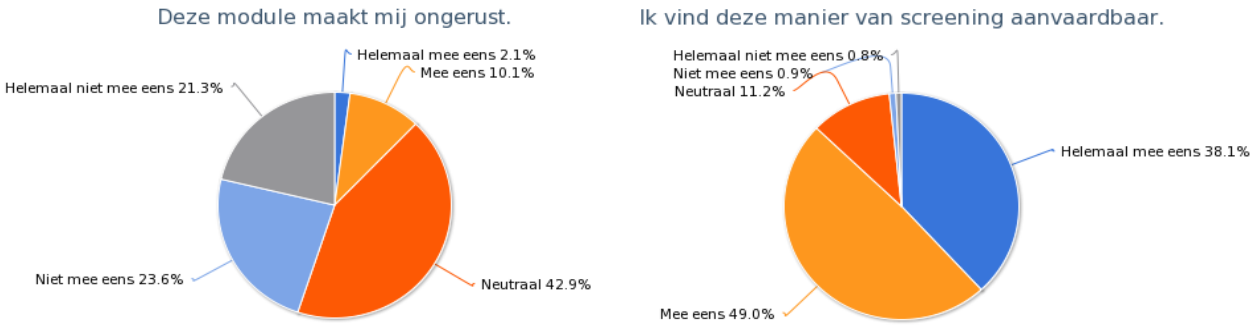
Tabel 1. Uitkomsten zelftest

555 mensen vulden de zelftest in n.a.v. één van de e-mails, 72 na een bezoek aan de praktijkwebsite, 1 persoon kwam op de zelftest na het lezen van de folder en 50 mensen namen deel na contact met de huisarts. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 44 jaar, de jongste was 18 jaar oud, de oudste 81. Naast de gemiddelde leeftijd was ook de mediane leeftijd 44 jaar. In totaal zat 62,6% in de leeftijdsgroep 40-75 jaar, bij wie de huisarts volgens de richtlijn het risico op dikke darmkanker moet nagaan.[5] 786 deelnemers hadden hun geslacht opgegeven, van wie er 340 (43,3%) man waren en 446 (56,7%) vrouw. De mannen waren gemiddeld 5 jaar ouder dan de vrouwen (p<0,01) en kregen ook significant meer de boodschap dat ze zich moesten laten screenen (p<0,01).

Enquête

Ongerustheid

De enquête m.b.t. de zelftest werd 663 keer volledig ingevuld, waaruit bleek dat 10,1% van de deelnemers matig en 2,1% ernstig ongerust was na het invullen van de zelftest. De uitkomst van de test bepaalde significant hoe ongerust de deelnemers waren (p<0,01). Als gevolg van de gemiddeld slechtere uitslag bij de mannen waren zij ook ongeruster dan de vrouwen (p<0,01). Het bleken echter vooral de deelnemers met alarmsymptomen te zijn die ongerust waren, gevolgd door de deelnemers die al eens gescreend waren. De leeftijd van de deelnemers had geen invloed op de ongerustheid (p<0,01).



Figuur 2: uitkomst enquête.

Aanvaardbaarheid

Van alle deelnemers vond 87,1% deze online zelftest een aanvaardbare manier van screening, 11,2% was neutraal en slechts 1,7% vond het niet aanvaardbaar. De uitkomst van de test, de leeftijd, de aanwezigheid van alarmsymptomen en de ongerustheid van de deelnemers hadden allen geen invloed op de aanvaardbaarheid.

Varia

55,5% was van mening dat hun kennis over dikke darmkanker was toegenomen, 32,6% was neutraal en 11,9% vond niet dat hun kennis was toegenomen. 57,4% wenste dat de huisarts meer gebruik zou maken van de praktijkwebsite, 38,9% was neutraal. Van alle deelnemers vond slechts 7,4% het informed consent een drempel om deel te nemen. Van het vak voor opmerkingen/suggesties werd weinig gebruik gemaakt. Veelal werd een persoonlijke boodschap i.v.m. de screening geplaats. Een vijftal mensen vonden de test verwarrend en twee deelnemers suggereerden om een ‘ik weet het niet’ antwoordmogelijkheid aan te bieden.

Patiëntencontacten

De drie registrerende artsen noteerden slechts 3 patiëntencontacten o.w.v van alarmsymptomen. Bij elk van hen werden hemorroïden vastgesteld. 8 deelnemers contacteerden n.a.v. een positieve familiale voorgeschiedenis en werden doorverwezen voor een coloscopie. Hierbij werd bij één patiënt een carcinoma in situ verwijderd, bij 3 patiënten werden geen afwijkingen teruggevonden en de overige 4 coloscopieën waren nog niet uitgevoerd bij het eindigen van de studie. In totaal kwamen 22 personen die één van de drie registrerende artsen contacteerden in aanmerking voor screening d.m.v. iFOBT. In de onderzoeksperiode werden door alle vier de artsen in totaal 70 iFOBTs aangevraagd in het kader van screening, ofl 21,3 per maand. Dit was een toename vergeleken met de periode van 9 maanden voordien, toen 153 mensen werden gescreend, of 17 per maand. Over eventueel telefonisch contact tussen de patiënten en de praktijk hadden we geen overzicht.

Bespreking

Uit de studie blijkt dat we met een beperkte informatiecampagne een belangrijk deel van onze populatie konden aanspreken. Van een huisartsenpraktijk met 3150 GMDs hebben wij met 1421 mensen een aanzienlijk deel kunnen motiveren om de pagina omtrent dikke darmkankerscreening te bezoeken en de informatie hieromtrent te lezen. Opvallend is dat we qua leeftijd een zeer gevarieerd publiek aanspraken, wat aantoont dat naast de jongeren ook de oudere leeftijdscategorieën online bereikt kunnen worden. Wel dient opgemerkt te worden dat populatie die deelnam reeds een geselecteerde groep was, gezien zij zelf over de drempel zijn gestapt om de test in te vullen. Het zou kunnen dat niet alle sociale lagen van de bevolking hebben deelgenomen. Dit zou verder onderzocht moeten worden. Een preventieconsole in de wachtzaal of een verhoogde participatie van een praktijkassistente zou hierop in kunnen spelen.

Vooral de e-mails bleken een direct en belangrijk effect te hebben op het aantal deelnemers. Dit toont aan hoe belangrijk het is om patiënten daadwerkelijk te informeren over een online initiatief. De praktijkwebsite alleen bleek nog te weinig bezocht om een grote impact te hebben. In België heeft slechts 18% van de huisartsen een praktijkwebsite, waardoor we er vanuit kunnen gaan dat de praktijkwebsite nog niet goed is ingeburgerd bij de algemene populatie.[6] Om patiënten enkel via de praktijkwebsite te bereiken moet het aantal praktijkwebsites toenemen en moeten ze meer gebruikt worden. Zoals aangetoond in een recente studie omtrent een uitzending van ‘ook getest op mensen’ n.a.v. de diabetes-risicotest zouden ook de massamedia de online zelftesten in de aandacht kunnen brengen.[7]

Hoewel we een grote populatie bereikten, bleek het moeilijk om de deelnemers ook daadwerkelijk te motiveren om contact met de huisarts op te nemen. Een soortgelijke conclusie werd ook getrokken uit een voorgaand onderzoek.[8] Voorafgaand aan onze studie was er al een hoge screeningsgraad in de praktijk, maar met de invoering van de zelftest hebben we deze nog verder kunnen verhogen. Belangrijk minpunt in de analyse van het aantal patiëntencontacten is echter de onvolledige registratie, gezien slechts 3 van de 4 artsen registreerden. Hierdoor hebben we slechts een inschatting van de reële opkomst kunnen maken. Ook moeten we ervan uitgaan dat enkele deelnemers geen actieve patiënt (meer) waren van de huisartsenpraktijk en dat zij n.a.v. de zelftest hun huidige huisarts contacteerden. Een belangrijke observatie was verder dat patiënten niet direct het initiatief namen om de huisarts te contacteren, maar de screening veelal als bijkomende vraag stelden tijdens een consult. Dit veroorzaakt een uitgesteld effect op de observeerbare screeningsgraad. Gezien het onderzoek ongeveer een maand na de tweede e-mail eindigde, zal deze opvolging hoogstwaarschijnlijk te kort geweest zijn om ieder contact n.a.v. de zelftest te registreren.

De winst van onze campagne zit echter niet alleen in de verhoogde screeningsgraad. De informatie op de website werd 1.421 maal gelezen en slechts 11,9% van de deelnemers verklaarde dat hun kennis niet was toegenomen. Dit geeft aan dat ook de bewustwording en kennis van de problematiek is toegenomen; een winst die pas in de toekomst tot uiting zal komen.
Een unieke eigenschap van onze studie is dat we d.m.v. de enquête inzicht hebben verkregen in de ervaring en mening van de deelnemers. Uit die enquête konden we afleiden dat de zelftest slechts bij een beperkt aantal mensen ongerustheid teweeg bracht, iets wat we ook merkten aan de reacties van de mensen die consulteerden. De voornaamste factor die de ongerustheid bleek te beïnvloeden was logischerwijs de uitkomst van de zelftest. Interessant was dat de ongerustheid geen enkele invloed had op de aanvaardbaarheid van de gehanteerde methode. Deze aanvaardbaarheid werd eigenlijk door geen enkele bestudeerde factor beïnvloed, waaruit blijkt dat deze screeningsaanpak voor elke doelgroep een aanvaardbare oplossing zou kunnen bieden. Wel moet opgemerkt worden dat de enquête enkel ingevuld werd door mensen die de zelftest volledig hadden doorlopen, waardoor we de mening van de niet-deelnemers en uitvallers niet kennen.
Ook toonde de enquête aan dat de huisartsenpraktijk nog niet het onderste uit de kan heeft gehaald m.b.t. de praktijkwebsite. Ruim de helft van de deelnemers wenste namelijk dat hier meer gebruik van wordt gemaakt.

Besluit

De praktijkwebsite en de online zelftest kunnen op dit moment beiden een belangrijke rol spelen in de screening naar dikke darmkanker. Deze studie toont aan dat hiermee een groot en gevarieerd publiek wordt bereikt en dat het de screeningsgraad verhoogt. Deze methode verhoogt daarnaast ook de bewustwording en kennis van de deelnemers en dit alles zonder significante ongerustheid te veroorzaken. Gezien het aankomende Vlaamse screeningsprogramma naar dikke darmkanker zal dit effect voor dikke darmkanker hoogstwaarschijnlijk afnemen, maar deze manier van screening zou een oplossing kunnen bieden voor andere knelpunten in de preventieve huisartsgeneeskunde.
Deze opzet heeft het voordeel dat mensen op een laagdrempelige, gegeneraliseerde en aanvaardbare manier worden bereikt en de mogelijkheid krijgen aangereikt om zelf goedgeïnformeerde beslissingen te nemen. Hierbij dient gewaakt te worden voor het creëren van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, maar deze opzet past wel perfect in de evolutie naar een verhoogde patiënt empowerment, waarbij de patiënt zelf instaat voor zijn keuzes over zijn gezondheid en levenskwaliteit. In deze vorm van gezondheidszorg staat de motivatie van de patiënten centraal. De motivatie om daadwerkelijk de praktijk te contacteren is voorlopig nog beperkt. Een verhoogde kennis en algemene bekendheid zou dit verder kunnen verbeteren.
Gezien preventie een integraal deel uitmaakt van de eerstelijnsgeneeskunde, lijkt de huisarts ook de aangewezen persoon om deze opzet in de praktijk te gaan gebruiken. Indien de overkoepelende of beleidsbepalende instanties zouden instaan voor het opstellen en fabriceren van de zelftest kan dit tevens op een uniforme, gestandaardiseerde, tijds- en kostenefficiënte manier gebeuren. Zeker dan kunnen de praktijkwebsite en de online zelftesten een antwoord bieden voor de toenemende vraag naar preventie.

Referenties

1. Koopmans B, Korevaar J, Nielen M, Verhaak P, Jong J de, Dijk L van, Noordman J, Veenhof C, Schellevis F. NIVEL Overzichtstudies: preventie kan effectiever! Deelnamebereidheid en deelnametrouw aan preventieprogramma's in de zorg. Utrecht: NIVEL 2012. Beschikbaar via http://www.nivel.nl/pdf/Overzichtstudie-preventie.pdf.
2. Deroy E. Ontwikkeling en eerste evaluatie van een vragenlijst rond levensstijl voor het preventieconsult (proefschrift), Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2012.
3. Schalken F. Handboek online hulpverlening. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2010. 270p.
4. Pilootproject Vlaams bevolkingsonderzoek in Vosselaar, Borgerhout, www.darmkanker.be
5. Govaerts F, Deturck L, Wyffels P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. Huisarts Nu 2008;37: 341-61
6. European commission report: Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe - Final Report Bonn, April 2008.
7. Muylle F, Benhalima K, Ruige J. Ook getest op… Diabetes? Vlaams tijdschrift voor Diabetologie 2011 nr. 2, 32-34.
8. Saison S. Implementatie van screening op colorectale kanker met behulp van moderne communicatiemethoden: Kan een uitnodiging via e-mail patiënten warm maken om deel te nemen? (proefschrift), Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2001.