Colorectale kankerscreening in Vlaanderen: Hoe staat de Vlaamse huisarts ervoor? Een steekproef met 398 respondenten

Kristof Ghyselen, Huisarts in opleiding KUL

Promotor:

-Prof. Jo Goedhuys

Vakgroep Huisartsgeneeskunde KUL

Co-promotoren:

-Prof. Dr. Eric Van Cutsem

Vakgroep Geneeskunde KUL

-Prof. Guido Van Hal

Vakgroep Medische Sociologie en gezondheidsbeleid UA

-Dr. Luc Deprost

Praktijkopleider

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

DANKWOORD

Een thesis schrijven is een grote uitdaging die enthousiasme, inzet, een kritische benadering en volharding vereist. Hierbij is de steun, hulp en advies van anderen onontbeerlijk. Ik wil dan ook iedereen bedanken die aan deze thesis heeft bijgedragen.

In de eerste plaats wil ik alle kringvoorzitters bedanken die mijn vragenlijst hebben doorgestuurd naar hun leden en alle 398 huisartsen die de tijd namen om deze in te vullen, zonder hun bijdrage was deze thesis niet mogelijk geweest.

Verder wil ik ook zeker mijn promotor Prof. Jo goedhuys bedanken. Zijn advies en kritische inbreng bij het ontwikkelen van een vragenlijst, het aanbieden van een jobstudente bij de verwerking van de resultaten, zijn opmerkingen bij mijn voorlopige thesis maar ook zijn geduld waren cruciaal voor het slagen van dit project.

Mijn co-promotor Prof. Guido Van Hal wens ik te bedanken voor zijn hulp bij het ontwikkelen van mijn vragenlijst en de informatie rond het uitgevoerde pilootproject en het geplande bevolkingsonderzoek.

Mijn co-promotor Prof. Dr. Eric Van Cutsem wens ik te bedanken voor zijn informatie rond mijn thesis onderwerp.

Ook wens ik mijn collega haio's uit mijn seminariegroep en mijn stage coördinator Dr. Erik Kegels te bedanken voor hun constructieve opmerkingen over mijn voorlopige vragenlijst en hun evaluatie over mijn powerpoint presentatie.

Verder wens ik ook volgende (ex)haio's te bedanken die reeds onderzoek deden rond mijn thesis onderwerp: Dr. Jeroen Polfliet, Dr. Koen Venus, Dr. Evelien Brigou, Dr. Tine Ruymbeke, Dr. Evelien Vandromme, Dr. Thomas Mertens, Dr. Anneleen Stragier en Dr. Sofie Nijs. Hun uitgebreide literatuuronderzoek heeft mij veel nuttige informatie opgeleverd.

In het bijzonder bedank ik ook mijn praktijkopleider Dr. Luc Deprost en zijn echtgenote Dr. Myriam Venneman voor hun advies en vooral de steun, het medeleven en het begrip die zij toonden tijdens het maken van deze thesis.

Mijn vriend Koen Bostoen wens ik te bedanken voor zijn grote steun en bijdrage in het verwerken van mijn resultaten.

Ook wens ik mijn ouders, broers en zus te bedanken voor hun steun en begrip.

Tenslotte wens ik mijn vriendin Valérie Deryckere te bedanken voor haar verdraagzaamheid bij mijn nachtelijke getokkel op het toetsenbord, haar kookkunst, maar ook haar steun en motivatie in moeilijkere periodes.

ABSTRACT

Colorectale kankerscreening in Vlaanderen: Hoe staat de Vlaamse huisarts ervoor? Een steekproef met 398 respondenten

Context: Colorectale kanker is een frequent voorkomende kanker en vormt binnen de Europese Unie de tweede belangrijkste oorzaak van kankersterfte. Wereldwijd bestaan er diverse richtlijnen over colorectale kankerscreening en deze bevelen allen screening aan bij personen zonder verhoogd risico vanaf de leeftijd van 50 jaar. Op basis van de positieve resultaten van het pilootproject in 2009 in Antwerpen werd beslist om vanaf 2014 in Vlaanderen een bevolkingsonderzoek naar colorectale kanker te organiseren. Hierbij heeft de huisarts een cruciale taak. Uit buitenlandse studies blijkt dat de betrokkenheid van de huisartsen grotendeels afhankelijk is van de bereidwilligheid en interesse van de huisarts.

Onderzoeksvraag: Ik probeerde de huidige situatie van de Vlaamse huisarts te achterhalen aan de hand van de volgende onderzoeksvragen: Wat is zijn kennis en attitude rond CRC en screening? Is hij op de hoogte van de iFOBT en het bevolkingsonderzoek en hoe ziet hij zijn betrokkenheid bij dit geplande bevolkingsonderzoek?

Methode (literatuur & registratiewijze): Eerst werd een literatuurstudie verricht via de elektronische databank Pubmed naar de huidige inzichten over deze onderzoeksvragen en werd er heel wat info gehaald uit het literatuuronderzoek van vorige ManaMa thesissen rond dit thema.
Voor het onderzoek werd gekozen voor een steekproef met een online vragenlijst. Deze enquête werd verspreid via een sneeuwbaleffect door de Vlaamse kringvoorzitters te vragen deze link door te sturen naar hun leden De huisartsen in opleiding werden gecontacteerd via email en er werd ook een oproep geplaatst op de website van Domus Medica en Artsenkrant om deze enquête in te vullen.

Resultaten: In het totaal waren er 398 respondenten, afkomstig uit gans Vlaanderen en uit elke leeftijdscategorie. Meer dan 90% van de huisartsen is er zich van bewust dat het CRC zich in de top 3 van kankers bevindt en vindt dat screening hiernaar zinvol is. Meer dan 95% van de huisartsen is op de hoogte van de beschikbare Domus Medica richtlijn en 70% van de artsen vindt deze richtlijn duidelijk tot zeer duidelijk.
Meer dan 96% van de huisartsen vindt bovendien dat screening de taak is van de huisarts. Nochtans geeft slechts 18% van de huisartsen aan bij meer dan 30% van zijn screeningspopulatie ook effectief een screeningstest uit te voeren. Indien de huisarts onvoldoende op eigen initiatief screent dan zijn de 3 belangrijkste barrières hiervoor: gebrek aan tijd of gelegenheid (53%), onvoldoende kennis van de richtlijnen (18%), de omslachtige stoelgangstest (16%).
Slechts 50% van de huisartsen is op de hoogte van het geplande bevolkingsonderzoek in 2014. En meer dan 90% van de huisartsen wil betrokken zijn bij het bevolkingsonderzoek door: de resultaten te kennen, informatie te kunnen verschaffen aan zijn patiënten en zijn patiënten actief te overtuigen om deel te nemen aan dit onderzoek.

Conclusies: Men kan stellen dat de Vlaamse huisartsen CRC als een belangrijk gezondheidsprobleem inschatten en overtuigd zijn van het belang van screening bij hun patiënten zonder verhoogd risico. Momenteel zijn er echter remmende factoren zoals tijdsdruk, een gebrek aan praktische kennis en patiëntgebonden factoren. Hierdoor screenen de meeste Vlaamse huisartsen te weinig en niet systematisch. De Vlaamse huisarts wenst wel zijn cruciale rol in het geplande bevolkingsonderzoek op te nemen. Om dit mogelijk te maken zal de eerste lijn wel echt betrokken moeten worden bij de praktische organisatie van het bevolkingsonderzoek. Enkel zo kan de huisarts zijn sleutelrol waarmaken en kan een niet geregistreerd, inefficiënt, verwarrend parallel circuit van CRC screening vermeden worden.

E-mail: ghyselenkristof@hotmail.com **ICPC-code:** D75

INHOUDSTAFEL

1 INLEIDING 4

1.1 COLORECTALE KANKER EN SCREENING 4
1.2 STAND VAN ZAKEN IN VLAANDEREN 5
1.3 DOELSTELLING 7
1.4 ONDERZOEKSVRAGEN 8
1.4.1 WAT IS DE KENNIS VAN DE VLAAMSE HUISARTS ROND CRC EN DE SCREENING?
1.4.2 WAT IS DE ATTITUDE VAN DE VLAAMSE HUISARTS TOV CRC SCREENING IN DE EIGEN PRAKTIJK?
1.4.3 WAT IS DE ATTITUDE VAN DE VLAAMSE HUISARTS OVER CRC SCREENING IN HET ALGEMEEN?
1.4.4 WAT IS DE ATTITUDE VAN DE VLAAMSE HUISARTS TEN OPZICHTE VAN DE IFOBT?
1.4.5 IS DE VLAAMSE HUISARTS OP DE HOOGTE VAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK EN HOE ZIET HIJ ZIJN BETROKKENHEID IN DIT BEVOLKINGSONDERZOEK?

2 METHODE 9

2.1 LITERATUURONDERZOEK 9
2.2 EMPIRISCH ONDERZOEK 10
2.2.1 ONDERZOEKSOPZET 10
2.2.2 ONDERZOEKSPOPULATIE, STEEKPROEFPOPULATIE 10
2.2.3 STEEKPROEFMETHODE EN DATAVERZAMELING 11
2.2.4 OPSTELLEN VAN HET ONDERZOEKSINSTRUMENT 11
2.2.5 VERWERKING VAN DE GEGEVENS 13

3 RESULTATEN 14

3.1 BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEFVERZAMELING 14
3.2 BESCHRIJVING VAN DE RESPONDENTEN 15
3.3 DE KENNIS VAN DE VLAAMSE HUISARTS ROND CRC SCREENING 15
3.4 DE ATTITUDE TEN OPZICHTE VAN COLONKANKERSCREENING IN DE EIGEN PRAKTIJK 17
3.5 DE ATTITUDE TEN OPZICHTE VAN COLONKANKERSCREENING IN HET ALGEMEEN 18
3.6 DE ATTITUDE TEN OPZICHTE VAN DE IFOBT VOOR EN NA DE INTERVENTIE 19
3.7 DE KENNIS OVER HET BEVOLKINGSONDERZOEK EN DE GEWENSTE BETROKKENHEID 19

4 DISCUSSIE 21

4.1 INTERPRETATIE VAN DE RESULTATEN 21
4.1.1 WAT IS DE KENNIS VAN DE VLAAMSE HUISARTS ROND CRC EN SCREENING? 21
4.1.2 WAT IS DE ATTITUDE VAN DE VLAAMSE HUISARTS TEN OPZICHTE VAN CRC SCREENING IN DE EIGEN PRAKTIJK EN IN HET ALGEMEEN? 22
4.1.3 WAT IS DE ATTITUDE VAN DE VLAAMSE HUISARTS TEN OPZICHTE VAN DE IFOBT VOOR EN NA EEN INTERVENTIE? 22
4.1.4 IS DE VLAAMSE HUISARTS OP DE HOOGTE VAN HET BEVOLKINGSONDERZOEK EN HOE ZIET HIJ ZIJN BETROKKENHEID IN DIT BEVOLKINGSONDERZOEK? 23
4.2 DE BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK 23
4.2.1 HET VERSCHIL TUSSEN STEEKPROEFPOPULATIE EN ONDERZOEKSPOPULATIE 23
4.2.2 NON-RESPONS VERTEKENING 24
4.2.3 RESPONS VERTEKENING 24

5 BESLUIT 25

6 REFERENTIES 26

7 BIJLAGEN 27

BIJLAGE 1: CRITERIA VAN WILSON EN JUNGNER TOEGEPAST OP CRC SCREENING 27
BIJLAGE 2: VOORDELEN IFOBT TOV GFOBT 28
BIJLAGE 3A: REMMENDE FACTOREN BIJ SCREENING 28
BIJLAGE 3B: BEVORDERENDE FACTOREN BIJ SCREENING 29
BIJLAGE 4: RICHTLIJNEN DOMUS MEDICA 30
BIJLAGE 5: UITNODIGINGSMETHODE PILOOTPROJECT 31
BIJLAGE 6: ONLINE VRAGENLIJST 32

1 INLEIDING

1.1 Colorectale kanker en screening

Colorectale kanker is een frequent voorkomende kanker en vormt binnen de Europese Unie de tweede belangrijkste oorzaak van kankersterfte, ondanks de curatieve vooruitgang die de laatste decennia werd geboekt op het gebied van het colorectaal carcinoom.(1)

Om die reden ontstond het concept van colorectale kankerpreventie. Bij preventie moet men een onderscheid maken tussen primaire preventie en secundaire preventie.

Primaire preventie heeft als doel de incidentie van een ziekte te verminderen door het vermijden of controleren van blootstelling aan risicofactoren en/of door de weerstand tegenover deze risicofactoren te verhogen. De huidige aanbevelingen voor colorectale kanker zijn: het gebruik van een gevarieerde, caloriearme, vezelrijke voeding, het beperken van geroosterd vlees, voldoende lichaamsbeweging en nicotine vermijden.

Secundaire preventie heeft als doel de ziekte in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen zodat de behandeling nog een maximale slaagkans heeft. Hierdoor kan een morbiditeits- en mortaliteitsreductie bereikt worden. De ziekte verloopt meestal volgens een sequens van normaal slijmvlies via adenomateuze poliep naar invasief carcinoom. Er wordt aangenomen dat deze evolutie zeker meer dan tien jaar in beslag neemt. Hierdoor is het colorectaal carcinoom (CRC) in een vroegtijdig stadium aantoonbaar en zijn er mogelijkheden tot vroegtijdige behandeling. De toepassing van het concept secundaire preventie is wat doorgaans een screeningsonderzoek wordt genoemd. (2,3)

Wereldwijd bestaan er diverse richtlijnen over colonkankerscreening en deze bevelen allen screening aan bij personen zonder verhoogd risico vanaf de leeftijd van 50 jaar.

Bovendien beantwoordt CRC screening aan de criteria van Wilson en Jungner (**Bijlage 1**) waaraan moet voldaan worden om aan verantwoorde screening te doen. (4)

Een eerste stap in de screening is het risicoprofiel van een bepaald individu op te stellen. Ongeveer 75 % van de patiënten met CRC behoort tot de laag risicogroep. Aangezien de laag risicogroep dus de meest frequente is zullen we ons in dit artikel enkel richten op screening van deze groep.

Er zijn verschillende onderzoeken voorhanden die CRC kunnen opsporen. Hierbij is het belangrijk een onderscheid te maken tussen het aanbieden van screening aan een individueel persoon enerzijds (opportunistische screening) en het aanbieden van een georganiseerde screening aan een bevolkingsgroep anderzijds.

Om een impact te hebben op de volksgezondheid is het noodzakelijk om een georganiseerd screeningsprogramma te kunnen aanbieden en dit op maat van de hele doelpopulatie. Het is van groot belang dat een zo groot mogelijk percentage van de doelpopulatie deelneemt aan het screeningsprogramma en dat het programma economisch haalbaar is. De ideale screeningstest hiervoor is veilig, eenvoudig, betrouwbaar, valideerbaar, goedkoop en sensitief, maar ook aanvaardbaar voor de doelpopulatie. (4)

Verscheidene landen, zowel in als buiten Europa, zijn reeds een proefonderzoek ter voorbereiding van een nationaal onderzoek opgestart, of hebben al een nationaal bevolkingsonderzoek naar CRC opsporing geïmplementeerd. De wijze waarop de screening wordt uitgevoerd varieert echter van land tot land zowel op gebied van organisatie als op gebied van screeningstest. (5)

Een van de mogelijke screeningsmethodes hiervoor is de faecaal occult bloed test (FOBT). Met deze test kan bloed in een stoelgangsstaal worden opgespoord. Dit steunt op de theorie dat CRC en grote poliepen frequent kunnen bloeden. In vergelijking met structurele onderzoeken zoals een colonoscopie is deze test veel patiëntvriendelijker, goedkoper en is er geen risico op complicaties. Door de lagere sensitiviteit en specificiteit moet de test wel op regelmatige basis herhaald worden (om de 2 jaar) en bij een positieve test moet de patiënt een colonoscopie ondergaan (4). Op dit ogenblik bestaan er 2 verschillende FOBT's: de guaiac FOBT (gFOBT) en de immunochemische FOBT (iFOBT). Momenteel is er een algemene consensus dat de iFOBT een betere screeningstest is dan de gFOBT op populatieniveau (**Bijlage 2**)(5).

1.2 Stand van zaken in Vlaanderen

Elk jaar krijgen meer dan 5.000 Vlamingen te horen dat ze darmkanker hebben. Darmkanker is de op één na meest voorkomende kanker bij vrouwen (na borstkanker) en de derde meest voorkomende bij mannen (na prostaat- en longkanker). Elk jaar overlijden dan ook zo'n 1.800 tot 2.000 Vlamingen aan de ziekte. (6)

Domus medica hield in 2006 een schriftelijke enquête bij 1000 Vlaamse huisartsen. Van de 351 respondenten bleek dat slechts 36% om de twee jaar een gFOBT zou aanbevelen aan hun patiënten zonder verhoogd risico en 34% vond dat deze groep niet benaderd moest worden. Wanneer werd gepolst naar hun voornemen om screening naar CRC systematisch in de praktijk toe te passen, vermeldde 20% van de Vlaamse huisartsen dit reeds te doen, 29% zou binnen het half jaar starten en 27% was dit van plan op langere termijn en/of onder bepaalde voorwaarden.

Er waren dus nog maar weinig Vlaamse huisartsen die systematisch screenden bij de laagrisico populatie. Uit de meeste buitenlandse studies blijkt dat de huisartsen CRC screening wel als een belangrijk preventief onderzoek inschatten maar dat er verschillende belangrijke barrières en bevorderende factoren zijn om ook effectief te gaan screenen (**Bijlage 3a en 3b**).

Gezien het gebrek aan een aanbeveling een belangrijke barrière is publiceerde Domus Medica in 2008 dan ook een eerste aanbeveling (**Bijlage 4**) voor de Vlaamse huisartsen: "Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico." (7)

Gegevens van het Inter Mutualistisch Agentschap (IMA) uit 2010 geven aan dat ondanks deze aanbevelingen slechts 5% van de aanbevolen doelgroep effectief een stoelgangstest heeft laten uitvoeren. Meer recente gegevens zijn nog niet beschikbaar .

Om de incidentie, morbiditeit en de mortaliteit ten gevolge van CRC verder terug te dringen in Vlaanderen was dan ook nood aan verdere maatregelen en binnen dat kader past een van overheidswege georganiseerd bevolkingsonderzoek.

Om de haalbaarheid van een dergelijk bevolkingsonderzoek naar CRC screening in Vlaanderen te onderzoeken werd in 2009 in opdracht van de Vlaamse Overheid een pilootproject (**Bijlage 5**) gestart in 3 gemeenten van de provincie Antwerpen. Dit proefonderzoek moest duidelijk maken of een Vlaams bevolkingsonderzoek naar CRC mogelijk was en onder welke vorm dit best gebeurde. Uit het eindrapport van het proefonderzoek dat in februari 2011 werd gepresenteerd blijkt dat zowel de procesevaluatie als de effectevaluatie als positief kunnen worden beschouwd. De participatiegraad bereikte naar Vlaamse normen een aanvaardbaar niveau van ongeveer 40 %. Opvallend hierbij was dat de deelname in de postgroep (64,27%) significant groter was dan de deelname in de huisartsengroep (24,75%). (5)

Op basis van deze resultaten besliste de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, na advies van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek, om vanaf 2014 in Vlaanderen een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker te organiseren. (8)

Dit houdt in dat alle Vlamingen tussen 50 en 74 jaar uitgenodigd zullen worden om een staal van hun stoelgang te laten onderzoeken. Vanaf 2014 zal de doelgroep (1.9 miljoen) gefaseerd over een periode van 3 jaar een uitnodiging hiervoor ontvangen per brief.

Het screeningsinstrument dat gebruikt zal worden is een kwantitatieve geautomatiseerde iFOBT. Bij een afwijkend of dus positief screeningsresultaat wordt men doorverwezen voor een colonoscopie. In geval van een negatief screeningsresultaat wordt men, zolang men tot de doelgroep behoort, tweejaarlijks uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. (5)

Men zal naar schatting op die manier in Vlaanderen de mortaliteit ten gevolge van CRC kunnen reduceren met 16%, of dus ongeveer 300 sterfgevallen kunnen voorkomen per jaar. Hiervoor moet wel een participatiegraad van minstens 67 % bereikt worden. (9)
Ondertussen wordt de praktische organisatie van het bevolkingsonderzoek voorbereid. Verder vindt de gezondheidsconferentie 'Gezondheidswinst door bevolkingsonderzoek naar kanker' plaats in december 2013 plaats. Hier zal naast het bevolkingsonderzoek naar borstkanker en cervixkanker ook overlegd worden over het geplande bevolkingsonderzoek naar CRC. (10)

1.3 Doelstelling

Aangezien de patiënt in dit onderzoek per post wordt uitgenodigd om thuis een iFOBT af te nemen en deze op te sturen naar een centraal adres (5) is de huisarts strikt gezien enkel betrokken bij de opvang van positief bevonden iFOBt's en verantwoordelijk voor de actieve opvolging van de aanvullende onderzoekingen.
In diverse studies, maar ook in de conclusies van het pilootproject wordt echter ook gewezen op de cruciale taak van de huisarts in het sensibiliseren en motiveren tot participatie van patiënten uit de doelgroep van het screeningsprogramma die (nog) niet zijn ingaan op de uitnodiging (5).
Maar ondanks deze cruciale taak die de huisarts krijgt toegewezen is er in Vlaanderen nog steeds geen recent grootschalig onderzoek gebeurd naar de huidige kennis , attitude of verwachtingen over CRC screening bij de Vlaamse huisartsen. De betrokkenheid van huisartsen in een screeningsprogramma is nochtans grotendeels afhankelijk van de bereidwilligheid en interesse van de huisarts.
Als huisarts in opleiding nam ik zelf het heft in handen en besloot op grote schaal na te gaan wat de Vlaamse huisarts eigenlijk zelf denkt over CRC screening.
Afhankelijk van het aantal deelnemers en het resultaat kan dit onderzoek een beeld geven van de mening van de Vlaamse huisartsen. . Ook zullen de huisartsen die deze enquête invullen op de hoogte gebracht worden van de huidige richtlijnen en misschien zelf al stappen ondernemen. Indien de resultaten voldoende representatief zijn wordt hier misschien rekening mee gehouden bij het verder uitwerken van de praktische organisatie in het geplande bevolkingsonderzoek. Om de impact van mijn thesis te vergroten is een publicatie noodzakelijk. De bedoeling is dan ook om later mijn thesis te herschrijven volgens de richtlijnen van Huisarts Nu voor een lang onderzoeksverslag.

1.4 Onderzoeksvragen

Aan de hand van 5 onderzoeksvragen trachtte ik een globaal beeld te krijgen van de mening van de Vlaamse huisartsen over CRC screening:

1.4.1 Wat is de kennis van de Vlaamse huisarts rond CRC en de screening?

1.4.2 Wat is de attitude van de Vlaamse huisarts ten opzichte van CRC screening in de eigen praktijk?

1.4.3 Wat is de attitude van de Vlaamse huisarts over CRC screening in het algemeen?

1.4.4 Wat is de attitude van de Vlaamse huisarts ten opzichte van de iFOBT voor en na een interventie?

1.4.5 Is de Vlaamse huisarts op de hoogte van het bevolkingsonderzoek en hoe ziet hij zijn betrokkenheid in dit bevolkingsonderzoek?

2 METHODE

2.1 Literatuuronderzoek

Om een goed onderzoek te voeren rond dit onderwerp en een relevante vragenlijst op te stellen was het cruciaal om eerst een algemeen beeld te hebben van de huidige situatie rond CRC screening in Vlaanderen en in het buitenland.

Recente literatuur over de situatie in Vlaanderen werd opgezocht via de elektronische databank Pubmed met de volgende MeSH-termen: "Colorectal Neoplasms" AND "Belgium". Dit leverde 14 resultaten op.

Verder werd ook gebruik gemaakt van het literatuuronderzoek dat reeds in vorige ManaMa thesissen werd uitgevoerd door huisartsen in opleiding (haio's) rond dit thema. Via de website van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) werd gezocht op volgende termen: "Colorectale kanker" en "Darmkanker". Dit leverde 8 relevante scripties op.

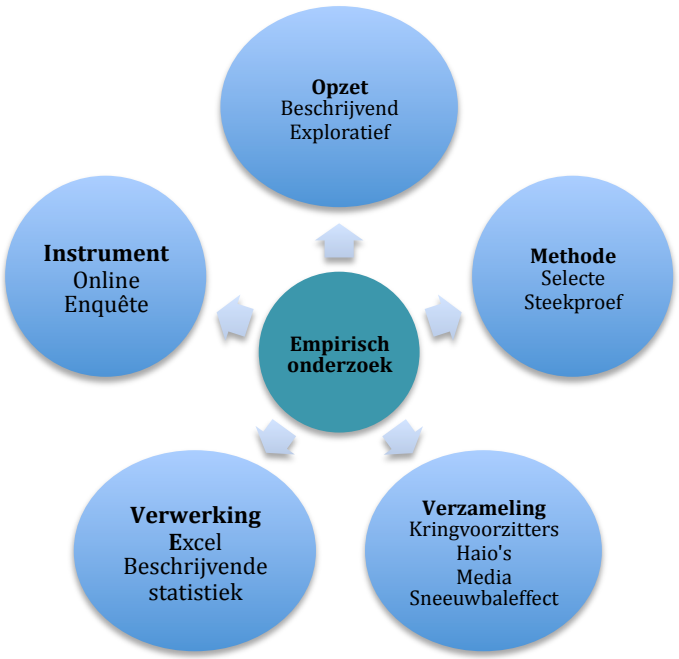
Verder werd ik ook bijgestaan door mijn co-promotors, Prof. Guido Van Hal en Prof. Eric Van Cutsem. Zij bezorgden mij naast de informatie rond het uitgevoerde pilootproject in Antwerpen en het geplande bevolkingsonderzoek in Vlaanderen ook interessante internationale literatuur rond CRC screening.

Ook Domus Medica gaf mij hun standpunt door over CRC screening en de rol van de Vlaamse huisarts hierbij.

De bekomen literatuur werd uitgebreid doornomen en de meest recente, relevante informatie werd weerhouden.

Aangezien de focus van deze thesis lag op het empirisch onderzoek en niet op een uitgebreid literatuuronderzoek werd de belangrijkste informatie samengevat in de inleiding van deze thesis. Relevante achtergrondinformatie werd geplaatst onder de sectie Bijlages.

2.2 Empirisch onderzoek



Figuur 1. De Eigenschappen van het empirisch onderzoek.

2.2.1 Onderzoeksopzet

Aangezien er weinig recente informatie is over de mening van de Vlaamse huisartsen werd gekozen om een beschrijvend explorerend onderzoek uit te voeren.

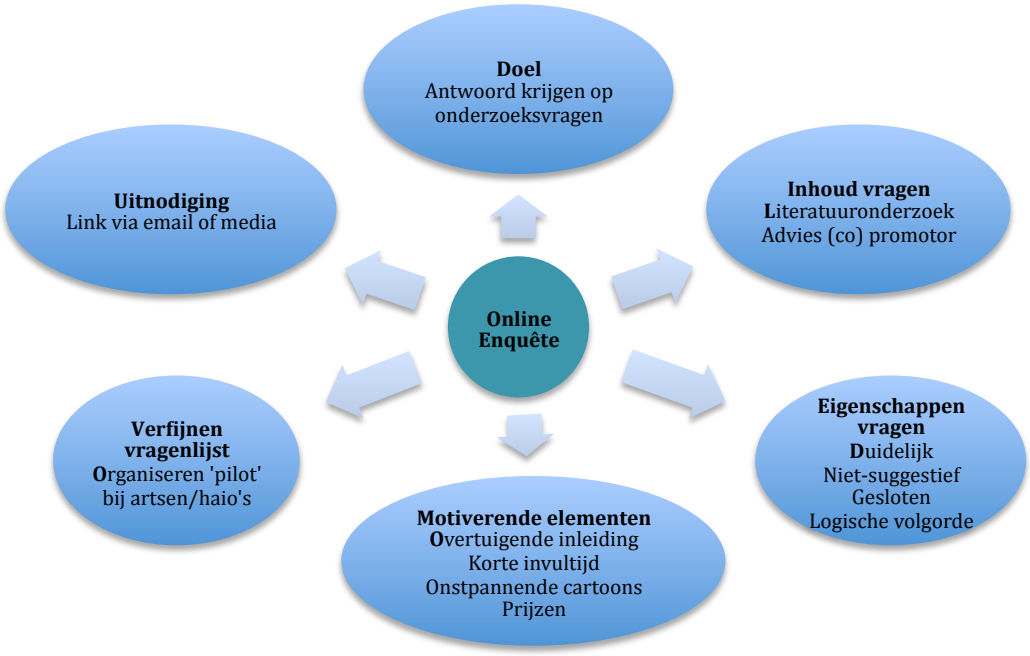
2.2.2 Onderzoekspopulatie, steekproefpopulatie

De onderzoekspopulatie omvatte alle Vlaamse huisartsen, maar ook de huisartsen in opleiding. In Vlaanderen waren in 2010 ongeveer 7700 erkende huisartsen actief (volgens het RIZIV). Het was uiteraard onmogelijk om deze volledige populatie te betrekken in het onderzoek.
Er werd dan ook gekozen om een steekproef te gebruiken. Er werd berekend dat de steekproefomvang minstens 367 respondenten moest bevatten om een betrouwbaarheid van 95% en een nauwkeurigheid van 5% te halen.

2.2.3 Steekproefmethode en dataverzameling

Om een aselecte steekproef te houden heb je veel tijd en middelen nodig.
Bovendien is de Vlaamse huisarts is een moeilijk te bereiken onderzoekspopulatie en het is ook niet vanzelfsprekend dat elke bereikte huisarts ook de vragenlijst zou invullen. Door rekening te houden met al deze elementen werd gekozen voor een selecte steekproef, die via een sneeuwbaleffect zou worden verspreid. Hiervoor werden alle Vlaamse kringvoorzitters telefonisch gecontacteerd met de vraag of zij de link naar de online enquête via email wilden doorsturen naar hun kringleden. Dit gebeurde over een periode van 3 maanden (november 2012-januari 2013).
Ook de huisartsen in opleiding (haio's) werden geïncludeerd in het onderzoek en werden rechtstreeks via email gecontacteerd (december 2012).
Er werd op het einde van deze periode een email herinnering gestuurd naar de kringvoorzitters met de vraag of ze de link al dan niet hadden doorgestuurd (en naar hoeveel leden) en dit eventueel toch nog wilden doen.
Om de respons te verhogen werd ook het weekblad Artsenkrant en de huisartsenvereniging Domus Medica gecontacteerd met de vraag of deze een link naar mijn vragenlijst in hun tijdschrift of op hun website wilden plaatsen. Dit gebeurde na het contacteren van de kringvoorzitters en haio's om later een zicht te hebben op de respons hierop.

2.2.4 Opstellen van het onderzoeksinstrument



Figuur 2. De eigenschappen van het onderzoeksintrument.

Een enquête is een ideaal meetinstrument om bij mensen allerlei informatie in te winnen. Het onderzoeksinstrument in deze steekproef bestond dan ook uit een online enquête van 31 vragen onderverdeeld in 7 categorieën: 1 categorie per onderzoeksvraag, 1 categorie voor de demografische gegevens van de respondenten en 1 categorie rond de tevredenheid van de enquête (**Bijlage 6**).

Bij het op stellen van dit onderzoeksinstrument werd gebruik gemaakt van de leidraad "7 stappen voor een succesvolle enquête" die beschikbaar werd gesteld door het ICHO.

Per onderzoeksvraag werden een aantal relevante vragen opgesteld. Om tot deze vragen te komen werd eerst nagekeken welke informatie noodzakelijk was om een antwoord te krijgen op de 5 verschillende onderzoeksvragen. Het bekomen van deze informatie gebeurde op basis van het vooraf uitgevoerde literatuuronderzoek.

Indien mogelijk werd gebruik gemaakt van gesloten vragen. Dit maakte de analyse van de gegevens gemakkelijker en was ook aangenamer voor de respondent. Bij sommige vragen werd wel de mogelijkheid gelaten om een persoonlijk antwoord te geven. Het merendeel van de vragen bestond uit ja/nee vragen, vragen op een 5-puntsschaal en vragen waarbij de keus moest gemaakt worden tussen verschillende voorkeuren.

De huisartsen zijn vaak al overbevraagd wat betreft vragenlijsten en deelname aan onderzoeken. Om deze enquête dus extra aantrekkelijk te maken voor de Vlaamse huisartsen werd er onder andere rekening gehouden met de volgende elementen: een goede inleiding, duidelijke vragen en een maximale invultijd van 15 minuten. Bovendien werd op het einde van elke categorie ook een ludieke cartoon geplaatst om de aandacht van de huisarts te behouden. Als extra motivatie werden ook een aantal prijzen willekeurig uitgedeeld onder de deelnemende respondenten die hun persoonlijke gegevens hadden meegedeeld.

Hierna werd de enquête nog uitvoerig getest: eerst bij 5 collega huisartsen en daarna bij 11 haio's uit mijn seminariegroep. Tijdens deze "pilot" was ik aanwezig bij de huisartsen die mondeling opmerkingen konden maken over de vragen. De haio's gaven schriftelijk of via email hun opmerkingen door. Op basis van deze aantekeningen werden nog enkele aanpassingen gedaan om zo tot een definitieve vragenlijst te komen.

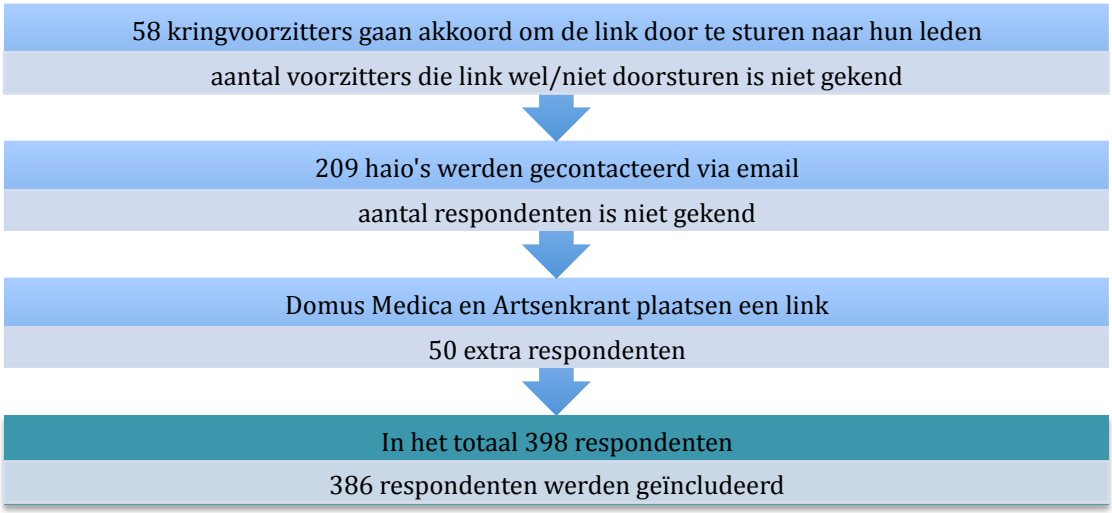
De enquête werd daarna online geplaatst met behulp van de gratis website www.thesistools.nl . (**Figuur 2**)

2.2.5 Verwerking van de gegevens

De resultaten werden door de website automatisch in een Microsoft Excel tabblad gezet. Aan de hand van deze resultaten werden grafieken en tabellen gemaakt met Excel. Bij het bespreken van de resultaten beperkte ik mij tot de beschrijvende statistiek en werden de haio's en de huisartsen als één groep beschouwd. Er werd ook geen onderscheid gemaakt tussen woonplaats of type praktijk. Deze gegevens zijn wel nagevraagd zodat voor een eventuele publicatie beroep gedaan kan gedaan worden op een statisticus om een diepgaandere analyse uit te voeren.

3 RESULTATEN

3.1 Beschrijving van de steekproefverzameling



Figuur 3. Totstandkoming steekproefverzameling.

In het totaal stemden 58 kringvoorzitters telefonisch in met het doorsturen van een email naar hun leden. De kringvoorzitters die niet deelnamen waren niet bereikbaar of weigerden de enquête door te sturen naar hun leden. Van deze 58 voorzitters stuurden slechts 15 een antwoord op de vraag of ze wel of niet de email hadden doorgestuurd en slechts 10 stuurden het aantal leden van hun kring door. Er werd een email gestuurd naar 209 haio's. Slechts 30 haio's bevestigden hun deelname via email.

Domus Medica plaatste een artikel op hun website en ook Artsenkrant was bereid een link te plaatsen op zijn website en een korte vermelding te maken van mijn onderzoek in hun weekblad. Dit gebeurde nadat de kringvoorzitters en haio's werden gecontacteerd en zorgde voor vermoedelijk 50 extra respondenten. (**Figuur 3**)

Er waren in het totaal 398 respondenten over een periode van 4 maanden (van 27 november 2012 tot 27 maart 2013). Hiervan werden 12 respondenten uitgesloten omdat deze ofwel geen gemeente en geen persoonlijke gegevens hadden opgegeven en/of meer dan 4 vragen niet hadden beantwoord. Voor het onderzoek werden er dus 386 respondenten weerhouden. Sommige artsen hebben 1 tot 4 vragen niet beantwoord, hierdoor is het mogelijk dat er niet bij elke vraag 386 respondenten zijn. Enkel de artsen die meer dan 4 vragen niet hebben beantwoord werden geëxcludeerd. De percentages werden berekend op basis van het totaal aantal respondenten per vraag. De bovenstaande opmerking geldt voor alle volgende resultaten die besproken worden.

Er was onvoldoende informatie voorhanden om de respons ratio te berekenen.

3.2 Beschrijving van de respondenten

Bij de respondenten is er een evenwicht tussen mannen en vrouwen, terwijl bij de Vlaamse huisartsen de meerderheid een man is.

Elke leeftijdscategorie van de respondenten is met meer dan 10% vertegenwoordigd. Hierbij valt op dat 21% van de respondenten nog in opleiding is en dat in het totaal 65% van de respondenten jonger is dan 51 jaar. Bij de Vlaamse huisartsenpopulatie ligt de gemiddelde leeftijd hoger en is 76% van de artsen ouder dan 40 jaar.

De respondenten die werken in een landelijke praktijk (65%) zijn in de meerderheid. Er zijn ook meer respondenten uit groepspraktijken (64%) dan uit solopraktijken. Verder is er bij 39% van de respondenten een haio aanwezig. De respondenten uit Limburg zijn in de minderheid met 8% en de artsen uit Antwerpen zijn in de meerderheid met 32%. Hierbij moet opgemerkt worden dat de respondent de keuze had om zijn stad, gemeente, postcode of provincie op te geven. Deze gegevens werden verwerkt zodat het mogelijk was om de artsen per provincie in te delen. (**Tabel 1**)

Tabel 1:Demografische gegevens van de respondenten(A) in vergelijking met de Vlaamse huisartsenpopulatie(B)*

Kenmerk		A (%)	B
Geslacht	man	181 (53)	70%
	vrouw	205 (47)	30%
Leeftijdscategorie	haio	81 (21)	n.v.t.
	25-30	51 (14)	5%
	31-40	54 (14)	19%
	41-50	62 (16)	30%
	51-60	82 (22)	34%
	61-70	51 (13)	9%
	>70	NVT	3%
Omschrijving praktijk	stedelijk/groep	100 (26)	niet beschikbaar
	stedelijk/solo	39 (10)	
	landelijk/groep	151 (39)	
	landelijk/solo	96 (25)	
Haio in praktijk?	ja	150 (39)	
	neen	232 (61)	
Provincie?	Antwerpen	123 (32)	
	Vlaams-Brabant	88 (23)	
	Oost-Vlaanderen	79 (21)	
	West-Vlaanderen	59 (16)	
	Limburg	31 (8)	

*gegevens van het riziv 2007

3.3 De kennis van de Vlaamse huisarts rond CRC screening

Meer dan 90% van de huisartsen is er zich van bewust dat het CRC zich in de top 3 van kankers bevindt en vindt dat screening hiernaar zinvol is. Het is wel zo dat 40% van de huisartsen de effectiviteit van deze screening te laag inschat. Meer dan 95% van de huisartsen is op de hoogte van de beschikbare Domus Medica richtlijn rond CRC screening. Als men deze kennis kort gaat toetsen blijkt dat slechts 2% een foutieve screeningsmethode kiest.

Hierbij moet wel vermeld worden dat een groot deel van de huisartsen kiest voor de recente iFOBT bij het screenen bij de laag risico populatie, terwijl deze nog niet vermeld staat in de richtlijnen.

Strikt gezien heeft dus slechts 21% van de artsen de correcte screeningsmethode gekozen. De iFOBT wordt hier echter beschouwd als een correcte screeningsmethode. Verder kiest slechts 40% het correcte screeningsinterval. Opvallend is dat 70% van de artsen de richtlijnen duidelijk tot zeer duidelijk vindt. (**Tabel 2**)

Tabel 2: Resultaten van het onderzoek naar de kennis rond CRC en screenen.

Vraag/Onderwerp	Mogelijke antwoorden	N (%)
Screenen naar CRC is zinvol?	***juist***	362 (94)
	fout	24 (6)
CRC zit in de top drie van kanker?	***juist***	372 (96)
	fout	14 (4)
Wat is de geschatte daling van de mortaliteit tgv. CRC bij een georganiseerde screening?	1-5%	45 (12)
	6-10%	105 (28)
	11-20%	115 (30)
	21-30%	77 (20)
	31-50%	40 (10)
Zijn er richtlijnen beschikbaar van Domus Medica rond CRC	***ja***	364 (97)
	neen	13 (3)
Welke testen moet men gebruiken volgens de richtlijnen? (Meer dan 1 keuze mogelijk)	***3 stalen en gFOBT bij laag risico***	81 (21)
	altijd coloscopie	7 (2)
	coloscopie bij verhoogd risico	233 (60)
	1 staal en iFOBT bij laag risico	285 (74)
Wat is het correcte screeningsinterval bij een negatieve stoelgangstest?	12 maanden	120 (31)
	2 jaar	163 (43)
	3 jaar	97 (25)
	niet	5 (1)
Hoe duidelijk zijn de richtlijnen voor het screenen naar CRC voor de respondent?	zeer duidelijk	42 (11)
	duidelijk	228 (59)
	eerder onduidelijk	72 (19)
	onduidelijk	23 (6)
	zeer onduidelijk	3 (1)
	niet gekend	15 (4)

De correcte antwoorden zijn cursief gedrukt

3.4 De attitude ten opzichte van colonkankerscreening in de eigen praktijk

72 % van de huisartsen geeft aan dat ze jaarlijks bij minder dan 30% van hun totale screeningspopulatie zelf het onderwerp CRC screening ter sprake brengen.

Verder antwoorden 82% van de huisartsen dat ze jaarlijks bij minder dan 30% van hun totale screeningspopulatie ook effectief een screeningstest uitvoeren. Slechts 18% van de huisartsen geeft aan dit bij meer dan 30% te doen.

Verder kan men ook afleiden dat 34% van de huisartsen meestal tot altijd gebruik maakt van het GMD+ om het screenen ter sprake te brengen en 35% maakt hier nooit gebruik van. Indien de huisarts screent maakt 68% meestal gebruik van 1 stoelgangstaal en de iFOBT en 20% van 3 stoelgangstalen en de gFOBT. Hieruit volgt dat 86% kiest voor een correcte screeningsmethode. Slechts 14% maakt gebruik van een foutieve screeningsmethode.

Bij de vraag rond de omschrijving van het opsporingsgedrag kon men meerdere antwoorden kiezen. Opvallend hierbij is dat 57% van de huisartsen zijn opsporingsgedrag onder andere omschrijft als "Op eigen initiatief bij personen vanaf 50 jaar zonder verhoogd risico". Slechts 2% van de huisartsen zou weinig aandacht hebben voor screening. Indien de huisarts van zichzelf vindt dat hij niet of onvoldoende op eigen initiatief screent dan zijn de 3 meest voorkomende antwoorden: gebrek aan tijd of gelegenheid (53%), onvoldoende kennis van de richtlijnen (18%), de omslachtige gFOBT (16%). Bij deze vraag noteert 28% dat dit niet van toepassing is. Ook hier kon men meerdere antwoorden kiezen.(**Tabel 3**)

Tabel 3: Resultaten van het onderzoek naar de attitude tov CRC screenen in de praktijk.

Vraag/Onderwerp	Mogelijke antwoorden	N (%)
Wat is het percentage patienten waarbij de arts op eigen initiatief CRC en screening ter sprake brengt?	Minder dan 5%	90 (23)
	Tussen de 5-15%	108 (28)
	Tussen de 16-30%	79 (21)
	Tussen de 31-50%	54 (14)
	Meer dan 50%	53 (14)
Wat is het percentage patienten waarbij de arts ook effectief een screeningstest laat uitvoeren?	Minder dan 5%	127 (33)
	Tussen de 5-15%	113 (30)
	Tussen de 16-30%	71 (19)
	Tussen de 31-50%	40 (10)
	Meer dan 50%	31 (8)
Hoe vaak gebruikt de arts het GMD+ om screening te bespreken?	Altijd	54 (10)
	Meestal	84 (22)
	Soms	58 (15)
	Meestal niet	58 (15)
	Nooit	130 (34)
Welke test gebruikt de arts meestal bij het screenen?	1 staal en gFOBT	24 (5)
	2 stalen en gFOBT	10 (3)
	3 stalen en gFOBT	70 (18)
	1 staal en iFOBT	256 (68)
	Coloscopie	18 (6)
Bij welke omschrijving sluit het opsporingsgedrag van de arts naar CRC het best aan?*	Op vraag van de patiënt	154 (40)
	Bij klachten van de patiënt	189 (49)
	Op eigen initiatief bij verhoogd risico	203 (53)
	Op eigen initiatief bij laag risico	219 (57)
	Weinig aandacht voor screening	9 (2)
	Andere	18 (5)
Als de arts onvoldoende actief screent dan zijn hiervoor de belangrijkste redenen?*	Onvoldoende kennis van de richtlijnen	69 (18)
	Gebrek aan gelegenheid, tijdsdruk	204 (53)
	Geen financiële vergoeding	20 (5)
	Niet overtuigd van het nut	12 (3)
	Stoelgangstaboe	52 (13)
	Angst van patiënt voor gevolgen test	36 (9)
	Omslachtige gFOBT (3 stalen, dieet)	61 (16)
	Andere	39 (10)
	Niet van toepassing	107 (28)

* Meer dan 1 keuze mogelijk

3.5 De attitude ten opzichte van colonkankerscreening in het algemeen

Tabel 4: Resultaten van het onderzoek naar de attitude tov CRC screenen in het algemeen

Vraag/Onderwerp	Mogelijke antwoorden	N (%)
Het screenen naar CRC is een taak van de huisarts	Volledig eens	300 (78)
	Eerder eens	68 (18)
	Neutraal	14 (4)
	Eerder oneens	1 (<1)
	Volledig oneens	2 (<1)
Langs welke weg wordt de patiënt het best geinformeerd over CRC screening?	Schriftelijke uitnodiging van de overheid	53 (14)
	De huisarts (consult, GMD+, affiche, email)	128 (33)
	Schriftelijke uitnodiging + vermelding huisarts	197 (51)
	Het ziekenhuis of gastro-enteroloog	1 (<1)
	Andere	6 (2)
Wat kan het screeningsinitiatief van de arts bevorderen?*	Kennis van de huidige richtlijnen	82 (21)
	Overtuigd worden van het belang	58 (15)
	Extra vergoeding	80 (20)
	Gemakkelijkere, gebruiksvriendelijke test	104 (27)
	Andere	54 (14)
	Niet van toepassing	136 (35)

* Meer dan 1 keuze mogelijk

Bij de stelling dat screenen naar CRC behoort tot de taken van de huisarts antwoordt meer dan 96% van de huisartsen dat ze het hier eerder eens tot volledig mee eens zijn.
Volgens 51% van de huisartsen wordt de patiënt het best geïnformeerd over CRC screening via een schriftelijke uitnodiging uitgaande van een overheidsinstantie met hierbij de duidelijke vermelding dat de patiënt bij de huisarts terecht kan voor uitleg. 35% van de huisartsen vindt dat deze informatie door de huisarts zelf moet gegeven worden in een consult (met of zonder GMD+), via een affiche of via email. De 3 meest aangehaalde punten waardoor de artsen meer zou screenen zijn: beschikken over een gemakkelijkere, gebruiksvriendelijkere test (27%), kennis van de huidige richtlijnen (21%) en een extra vergoeding (20%). Hier noteert 35% dat dit niet van toepassing is. (**Tabel 4**)

3.6 De attitude ten opzichte van de iFOBT voor en na de interventie

Tabel 5: Resultaten van het onderzoek naar de kennis en attitude rond de iFOBT

Vraag/Onderwerp	Mogelijke antwoorden	N (%)
Kent de arts de nieuwe stoelgangstest?	Ja	320 (83)
	Neen	64 (17)
Kunnen de voordelen van de test ervoor zorgen dat de arts meer zou screenen?	Volledig eens	238 (62)
	Eerder eens	98 (25)
	Neutraal	38 (10)
	Eerder oneens	8 (2)
	Volledig oneens	3 (1)

* Na schriftelijke interventie met uitleg voordelen van de iFOBT tov gFOBT

Voor de schriftelijke interventie plaatsvindt in de vragenlijst antwoordt 83 % van de huisartsen op de hoogte te zijn van de iFOBT.
Na de interventie is 87% van de huisartsen het er eerder mee eens tot volledig mee eens dat de voordelen van deze test hun screeningsfrequentie kunnen verhogen. (**Tabel 5**)

3.7 De kennis over het bevolkingsonderzoek en de gewenste betrokkenheid

Slechts 50% van de huisartsen is op de hoogte van het geplande bevolkingsonderzoek in 2014. Hierna volgde (net zoals bij de iFOBT) een korte interventie met uitleg over dit bevolkingsonderzoek. Bij de stelling dat het bevolkingsonderzoek een goed initiatief is antwoordt 81% van de huisartsen dat hij het hier eerder mee eens tot volledig mee eens is. Minder dan 10% is het hier eerder mee oneens tot volledig mee oneens.

Telkens meer dan 90% van de huisartsen is het er eerder mee eens tot volledig mee eens met de 3 stellingen rond de betrokkenheid in het bevolkingsonderzoek.
Wel is er hier een dalende trend van artsen die het met deze stellingen volledig eens zijn van 94% naar 65%. De 3 meest verkozen informatiekanalen waarlangs de huisarts wenst geïnformeerd te worden zijn email (67%), een kleinschalige vergadering (56%) of post (43%). Op deze vraag kon men meerdere antwoorden geven. (**Tabel 6**)

Tabel 6:Resultaten van het onderzoek naar de kennis en attitude rond het bevolkingsonderzoek

Vraag/Onderwerp	Mogelijke antwoorden	N (%)
Is de arts op de hoogte van het geplande bevolkingsonderzoek?	Ja	193 (50)
	Neen	191 (50)
Het bevolkingsonderzoek is een goed initiatief?*	Volledig eens	209 (54)
	Eerder eens	103 (27)
	Neutraal	45 (12)
	Eerder oneens	22 (6)
	Volledig oneens	5 (1)
De arts wil de resultaten krijgen van de testen?*	Volledig eens	361 (94)
	Eerder eens	20 (5)
	Neutraal	5 (1)
	Eerder oneens	0
	Volledig oneens	0
De arts wil vragen kunnen beantwoorden van patiënten rond deze test?*	Volledig eens	322 (84)
	Eerder eens	48 (12)
	Neutraal	12 (3)
	Eerder oneens	2 (1)
	Volledig oneens	1 (<1)
De arts wil zijn patiënten actief overtuigen om de test te laten doen?*	Volledig eens	249 (65)
	Eerder eens	100 (26)
	Neutraal	32 (8)
	Eerder oneens	4 (1)
	Volledig oneens	0
Hoe wil de arts verder geinformeerd worden over het bevolkingsonderzoek naar CRC?*/*	Email	260 (67)
	Telefonisch	1 (<1)
	Post	166 (43)
	Media	48 (12)
	Kleine vergadering	215 (56)
	Grote vergadering	23 (6)
	Andere	6 (2)

* Na schriftelijke interventie met uitleg over het bevolkingsonderzoek
**Meerdere antwoorden mogelijk

4 DISCUSSIE

4.1 Interpretatie van de resultaten

Het interpreteren van de resultaten werd onderverdeeld per onderzoeksvraag. Aangezien onderzoeksvraag 2 en 3 elkaar aanvullen werden deze resultaten samen besproken. Indien mogelijk werden de hypotheses vergeleken met de beschikbare literatuur.

4.1.1 Wat is de kennis van de Vlaamse huisarts rond CRC en screening?

Men kan stellen dat de huisartsen CRC als een belangrijk gezondheidsprobleem inschatten en overtuigd zijn van het belang van CRC screening. Bovendien is de huisarts duidelijk op de hoogte van de beschikbare richtlijnen. Als men deze kennis kort gaat toetsen blijkt dat slechts 2% een foutieve screeningsmethode kiest. Als we kijken naar welke screeningsmethode de huisarts in de praktijk gebruikt dan kiest ook 85% voor een correcte screeningsmethode. 70% van de huisartsen vindt de richtlijnen dan ook duidelijk tot zeer duidelijk.

De term 'kennis' is in dit onderzoek wel zeer nauw opgevat en slechts beperkt ondervraagd. Zo is de algemene kennis over CRC (incidentie in de praktijk, symptomen, behandeling, prognose) en de meer praktische kennis rond screeningsmethodes (sensitiviteit, specificiteit, de concrete uitvoering, uitleg aan de patiënt) niet ondervraagd. En het is juist deze kennis die noodzakelijk is om ook in de praktijk te screenen. Dit kan verklaren waarom veel huisartsen een gebrek aan duidelijke richtlijnen als remmende factor en een betere kennis als bevorderende factor vernoemen om te screenen.

Uit de beschikbare internationale literatuur blijkt dan ook dat de meeste huisartsen wel op de hoogte zijn van het belang van CRC screening, maar dat de praktische kennis hierover vaak ontbreekt.

4.1.2 Wat is de attitude van de Vlaamse huisarts ten opzichte van CRC screening in de eigen praktijk en in het algemeen?

Een hypothese die men op basis van de resultaten kan stellen is dat een zeer groot deel van de huisartsen wel actief wil screenen (en dit ook als hun taak zien) maar dat er hierbij verschillende barrières zijn: tijdsdruk, gebrek aan duidelijke richtlijnen en kennis, gebrek aan financiële vergoeding en patiëntgebonden factoren (stoelgangstaboe en angst voor de coloscopie). Deze remmende factoren komen ook duidelijk naar voor in de literatuur.

Het gevolg van deze barrières is dat de meeste huisartsen momenteel opportunistisch screenen en dat er slechts een klein percentage van de doelpopulatie ook effectief gescreend wordt. Dit lage percentage werd bevestigd door de cijfers van het IMA uit 2010. Als de huisarts screent dan gebruikt hij hier wel een correcte screeningsmethode voor.

Uit de resultaten valt verder af te leiden dat er vermoedelijk 20 tot 30% van de artsen wel al actief en systematisch bezig is met screening. Deze huisartsen maken ook meestal gebruik van het GMD+ om screening ter sprake te brengen.

Deze bevindingen komen deels overeen met de resultaten van de steekproef van Domus Medica in 2006. Hieruit bleek dat slechts 20% van de huisartsen actief en systematisch bezig was met screenen en de meeste artsen van plan waren dit te doen. Er is wel een groeiend besef bij de huisartsen dat screening belangrijk is: 1/3 van de huisartsen was in 2006 namelijk van mening dat screening bij de laag risico patiënten niet noodzakelijk en/of nuttig was. Dit komt vermoedelijk door de richtlijnen die beschikbaar zijn sinds 2008, het GMD+ en de media.

4.1.3 Wat is de attitude van de Vlaamse huisarts ten opzichte van de iFOBT voor en na een interventie?

Na een interventie met een korte uitleg over de voordelen van deze test (in vergelijking met de gFOBT) is meer dan 80% van de huisartsen ervan overtuigd dat de voordelen van deze test zijn screeningspercentage kunnen verhogen.

Dit staat in contrast met de 80% van de huisartsen die zegt op de hoogte te zijn van de iFOBT en het feit dat reeds 65% deze test ook effectief verkiest bij screening naar CRC. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de voordelen van deze test onvoldoende gekend zijn.

4.1.4 Is de Vlaamse huisarts op de hoogte van het bevolkingsonderzoek en hoe ziet hij zijn betrokkenheid in dit bevolkingsonderzoek?

Het is duidelijk dat de helft van de huisartsen niet op de hoogte is van het geplande bevolkingsonderzoek. Na een interventie met een korte uitleg over de praktische organisatie van dit bevolkingsonderzoek vindt meer dan 80% van de huisartsen dit een goed initiatief. Het is ook zeer duidelijk dat de huisarts sterk betrokken wil zijn bij dit bevolkingsonderzoek: hij wil de resultaten kennen, hij wil informatie kunnen verschaffen aan zijn patiënten en hij is ook bereid zijn patiënten actief te overtuigen om deel te nemen aan dit onderzoek. De huisarts is dus bereid een belangrijke rol op te nemen in het screenen naar CRC.
De huisarts wenst dan ook zeker verdere informatie rond dit bevolkingsonderzoek te ontvangen via email, een kleinschalige bijscholing of via de post. Een kleine minderheid wenst deze informatie te krijgen via de media of via grootschalige bijscholingen.

4.2 De beperkingen van het onderzoek

Met 398 respondenten wordt de berekende steekproefomvang van 365 respondenten bereikt. Dit betekent dat ongeveer 5% van de Vlaamse huisartsen deze enquête heeft ingevuld. Men zou dus kunnen besluiten dat deze steekproef representatief is voor de Vlaamse huisartsenpopulatie. Hierbij moeten echter enkele bemerkingen worden gemaakt.

4.2.1 Het verschil tussen steekproefpopulatie en onderzoekspopulatie

Opdat de steekproef echt representatief zou zijn voor de Vlaamse huisartsenpopulatie zouden kenmerken zoals leeftijdsklasse, geslacht, maar ook de woonplaats en het type praktijk moeten overeenstemmen. Dit is echter niet het geval. Een gevolg van deze selectievertekening is dat bepaalde groepen van huisartsen onder of over vertegenwoordigd zijn en dat hierdoor hun mening minder of meer doorslaggevend is in de geformuleerde hypotheses. Een mogelijkheid om dit verschil te corrigeren is poststratificatie. Maar aangezien gekozen werd voor een selecte steekproef en er hierdoor reeds vertekening optrad werd besloten om dit niet te doen.

4.2.2 Non-respons vertekening

Het is mogelijk dat de huisartsen die de enquête niet invulden een andere mening hebben over CRC screening, waarmee geen rekening is gehouden in het formuleren van de hypotheses. Bovendien is het door het sneeuwbaleffect onmogelijk om na te gaan oeveel huisartsen uiteindelijk zijn bereikt en hoeveel van deze huisartsen de enquête hebben ingevuld. Hierdoor is er dus een ongekende non-respons vertekening.

4.2.3 Respons vertekening

De respons vertekening (zoals 'questionnaire bias', 'sensitive questions bias', 'measurement bias' en 'incorrect reponse bias') is vermoedelijk beperkt. Dit gebeurde door duidelijke vragen te stellen en de volgorde van de vragen zo op te stellen dat de ene vraag een minimale invloed zou hebben op de volgende. In de inleiding werd de anonimiteit van de respondent gegarandeerd en er werd expliciet gevraagd om een eerlijk antwoord te geven. Ter controle werden sommige vragen zo opgesteld dat men achteraf kon controleren of er continuïteit was in de antwoorden, en dit was in de meeste gevallen ook zo. Uit het feit dat meer dan 90% van de respondenten de enquête zeer goed vonden kan men ook onrechtstreeks afleiden dat de vragen goed en duidelijk waren opgesteld. Het is echter niet uitgesloten dat de bekomen informatie over de steekproefgroep niet volledig overeenkomt met de werkelijkheid. Zo kan een huisarts bijvoorbeeld zijn kennis of screeningsgedrag anders (beter of slechter) inschatten dan het werkelijk is.

Het feit dat deze steekproef statistisch niet representatief is voor de Vlaamse huisartsenpopulatie en dat er een ongekende non-respons vertekening is maken het moeilijk om te analyseren of deze resultaten een correct beeld weergeven van de mening van de Vlaamse huisartsen. Men kan wel aannemen dat op basis van de bereikte steekproefomvang en de grote uniformiteit en consistentie van de antwoorden de geformuleerde hypotheses een plausibel beeld geven van wat de Vlaamse huisarts werkelijk denkt over CRC screening.

5 BESLUIT

-Men kan stellen dat de Vlaamse huisartsen colorectale kanker als een belangrijk gezondheidsprobleem inschatten en overtuigd zijn van het belang van screening bij hun patiënten zonder verhoogd risico. De Vlaamse huisarts vindt dan ook dat screenen naar CRC zijn taak is en wil dit ook actief en systematisch doen.
-Het probleem is echter dat remmende factoren zoals tijdsdruk, een gebrek aan praktische kennis en patiëntgebonden factoren ervoor zorgen dat het effectieve screeningspercentage momenteel laag blijft bij de meeste Vlaamse huisartsen. Slechts een kleine groep Vlaamse huisartsen screent reeds actief en systematisch.
-De meeste Vlaamse huisartsen gebruiken een correcte screeningsmethode, maar zijn nog niet vertrouwd met de voordelen van de iFOBT ten opzichte van de verouderde gFOBT.
-Een aanzienlijk deel van de Vlaamse huisartsen is nog niet op de hoogte van het bevolkingsonderzoek dat gepland is voor 2014. De Vlaamse huisarts wenst hier echter actief aan deel te nemen en ziet zichzelf als een belangrijke schakel in dit bevolkingsonderzoek. De huisarts wenst dan ook zeker verdere informatie rond dit bevolkingsonderzoek te ontvangen via email, een kleinschalige bijscholing of via de post.
-Als men deze positieve ingesteldheid toetst aan het geplande scenario stellen zich echter enkele praktische problemen. Zo zal bij de opstartfase de vraag van de patiënten naar CRC screening gestimuleerd worden door de sensibilisatiecampagnes. Bovendien zet de huidige Domus Medica praktijkrichtlijn, de regelgeving GMD+ en het praktijkinstrument “Gezondheidsgids” de huisartsen aan om patiënten uit de doelgroep te informeren en te screenen. Desondanks zijn er voorlopig geen mogelijkheden voorzien voor de huisarts om mensen uit de doelgroep vroeger te includeren in het bevolkingsonderzoek. De huisarts kan de patiënt enkel vragen om de uitnodiging af te wachten en dit kan bij de uitrol tot drie jaar duren. Een mogelijk gevolg hiervan is dat de huisarts op eigen initiatief zijn patiënten een test zal aanbieden. Hierdoor zal een niet geregistreerd, onoverzichtelijk parallel circuit ontstaan van colorectale kankerscreening met mogelijks afwijkende screeningsmethoden. Dit zal ook voor grote onduidelijkheid en verwarring zorgen bij de patiënten. Om het beoogde screeningspercentage van 65% te behalen in het bevolkingsonderzoek is de aanvullende hulp van de huisarts nochtans absoluut noodzakelijk.
-Het is duidelijk dat de Vlaamse huisartsen deze cruciale functie op zich willen nemen, maar eerst moet er een oplossing worden gevonden voor de huidige remmende factoren en de mogelijke toekomstige praktische problemen. De belangrijke rol van de huisarts benadrukken in een verslag of in de media, daar hebben de Vlaamse huisartsen weinig aan. De eerste lijn moet daadwerkelijk betrokken worden bij de praktische organisatie van het bevolkingsonderzoek en dit best voor het van start gaat…

6 REFERENTIES

1 Zavoral M, Suchanek S, Zavada F, Dusek L, Muzik J, Seifert B, Fric P. Colorectal cancer screening in Europe. World J Gastroenterol. 2009 December 21; 15(47): 5907–5915

2 Hawk ET, Levin B. Colorectal cancer prevention. J Clin Oncol 2005; 23: 378-391

3 Winawer SJ, Fletcher R, Rex D, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale- Update based on new evidence. Gastroenterology 2003; 124: 544-560

4 Van Imschoot et al. Haalbaarheid van een georganiseerde screening naar colorectaal carcinoom in de laagrisicopopulatie. Tijdschr voor Geneeskunde. 2009; 65 nr 6: 260-8

5 Hoeck S, van Roosbroeck S, van Hal G. Pilootproject bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Februari 2011.

6 http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Kanker/Colorectale-kanker--mortaliteit-versus-incidentie/

7 Govaerts F, Deturck L, Wyffels P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. Huisarts Nu. September 2008; 37 (7): 341-61

8 Persmededeling Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en gezin, februari 2012.

9 KCE Rapport. De Laet C, Neyt M, Vinck I, et al. Health Technology Assessment Colorectale Kankerscreening: wetenschappelijke stand van zaken en budgetimpact voor België. Brussel: Federaal kenniscentrum voor gezondheidszorg, 2006.

10 Persmededeling Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en gezin, maart 2013.

11 Ruymbeke T, van Hal G. Impact van de invoering van het preventieplan op de screening naar colorectaalkanker. Masterproef huisartsgeneeskunde. 2012.

12 Vandromme E, Christiaens T, Piessens V. De kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij huisarts en patiënt. Deel huisartsen. Masterproef huisartsgeneeskunde. 2012.

7 BIJLAGEN

Bijlage 1: Criteria van Wilson en Jungner toegepast op CRC screening

Criteria van Jungner en Wilson: CRC screening met FOBT
1. Relevant: colorectaal kanker is een belangrijk gezondheidsprobleem voor het individu en voor de samenleving. Voorgaande incidentie- en mortaliteitscijfers staven dit criteria.
2. Opsporingsmethode: er bestaat een bruikbare opsporingsmethode. De FOBT heeft bewezen tot oorzaakspecifieke sterftereductie te leiden.
3. Aanvaardbaarheid: de opsporingstest moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking. Uit het pilootproject blijkt dat deze test aanvaardbaar is voor de bevolking.
4. Er is consensus en aanvaardbaarheid over de opvolging van een positieve test. Alle richtlijnen bevelen aan dat iedere positieve FOBT moet worden opgevolgd door een totale optische coloscopie. Als tijdens deze colonoscopische opvolgonderzoeken systematisch alle adenomateuze poliepen verwijderd worden, dan leidt dit ook tot een daling van de incidentie van CRC.
5. Behandelbaar: de ziekte moet behandelbaar zijn met een algemeen aanvaarde behandelingsmethode. Via colonoscopie kunnen adenomen en gelokaliseerde carcinomen verwijderd worden.
6. Voorzieningen: er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn om die diagnose te stellen. De iFOBT is vlot beschikbaar en kan zowel afgelezen worden door de huisarts als door een laboratorium. Om de 2 jaar een iFOBT aanbieden zou leiden tot 10% extra coloscopies.
7. Herkenbaar: er moet een herkenbaar latent stadium bestaan wil de opsporing de moeite lonen. De adenoom-carcinoom sequentie is bij CRC zeer goed gekend. Hoe vroeger de ziekte wordt opgespoord, hoe hoger de overlevingscijfers.
8. Natuurlijk verloop: het natuurlijk verloop van colorectaalkanker is gekend. De adenoom-carcinoom sequentie veronderstelt dat enkel adenomen zich zullen evolueren tot carcinomen. Dit proces van prelaesie tot carcinoom is een proces van verschillende factoren. Deze evolutie loopt over 10-15 jaar.
9. Kosten-baten: de kosten moeten evenredig zijn met de baten. Het rapport van het kenniscentrum KCE concludeert dat CRC screening een aanvaardbare kosteneffectiviteit verhouding heeft.
10. Continuiteit: het proces van opsporing dient continu te zijn. De screening moet elke 2 jaar aangeboden worden. De praktische organisatie dient ondersteund te worden via een bevolkingsonderzoek.

Referentie (11)

Bijlage 2: Voordelen iFOBT tov gFOBT

	gFOBT	iFOBT
Sensitiviteit	Laag	Hogere detectiegraad
Specificiteit	Meer vals +	Minder vals +
Gebruiksgemak	3 stalen op 3 dagen SG moet uitgesmeerd worden	1 staal
Dieetrestricties	Vit C en rood vlees vermijden	Geen
Interactie met	Dierlijk bloed	Enkel menselijk hemoglobine
Participatie	46.9%	59.6%
Analyse		Verval op test: ↑vals negatieven indien laattijdig
Beoordeling resultaat	Kwalitatief, subjectief	Kwantitatief
Mortaliteit	Reductie van 16%	Nog niet gekend
Kosteneffectiviteit	Lager	Hoger

Referentie (11)

Bijlage 3a: Bevorderende factoren bij de huisartsen

- Over kennis beschikken in verband met darmkankerscreening
- Regelmatig contact met de huisarts hebben – aanbeveling door de huisarts
- Iemand kennen die aan darmkanker lijdt – positieve familiale anamnese
- Informatie van andere mensen ('verhalen') of media/bekende personen
- Het willen weten als je kanker hebt
- Aanwezigheid van wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van screening
- Lage drempel van het onderzoek
- Gebruiksgemak van de test
- Personen die belang hechten aan een gezonde levensstijl
- Gebruik maken van andere screening (vb. borstkankerscreening, cervixkankerscreening)
- Hoger opleidingsniveau / hoger inkomen
- Sociale factoren: hogere leeftijd, mannelijk, getrouwd zijn, kaukasisch ras

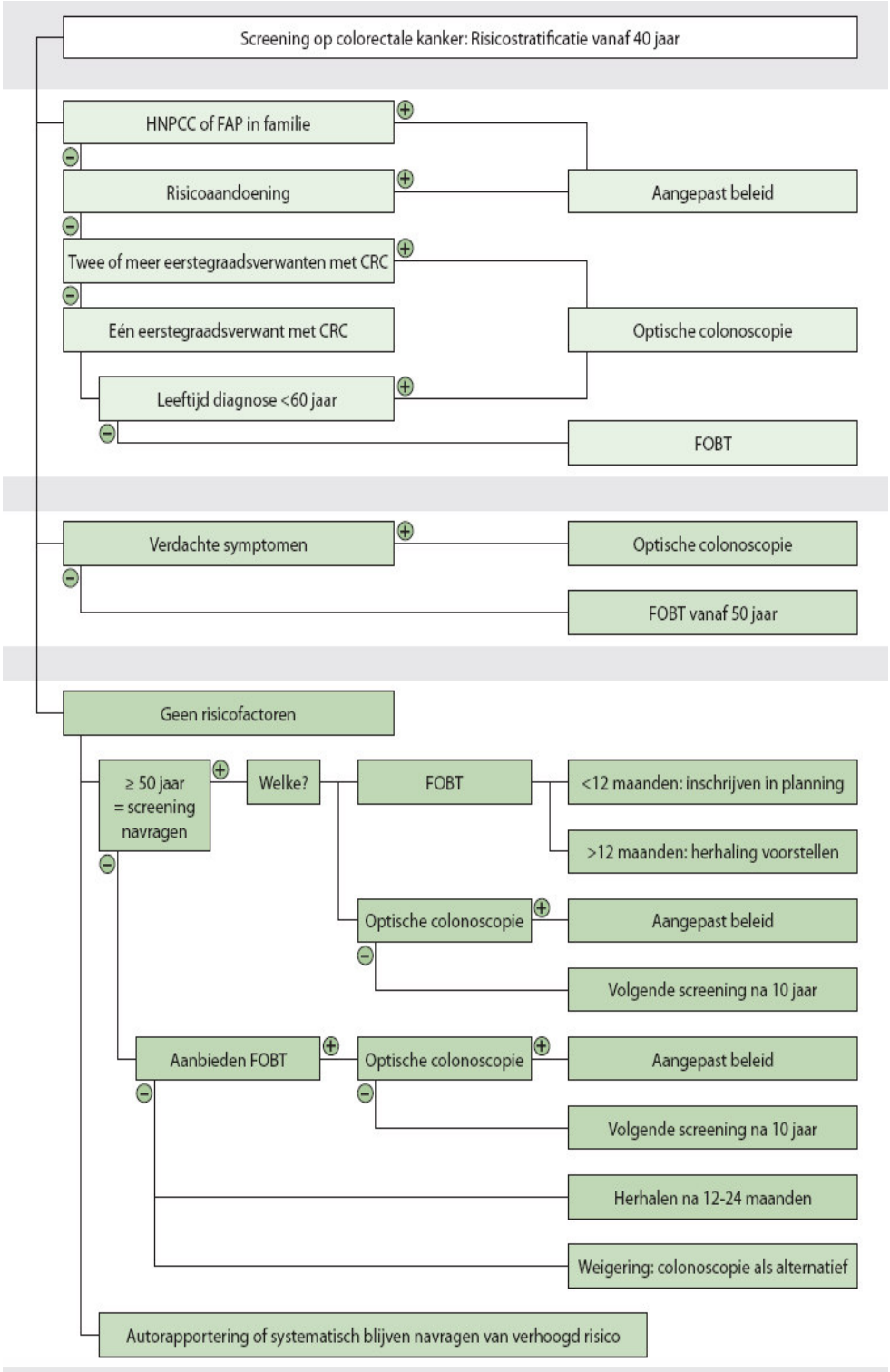
Referentie (12) : Beydoun and Beydoun, 2008; Cibula and Morrow, 2003; Gimeno-Garcia et al., 2009; Guessous et al., 2010; Janz et al., 2003; Seeff et al., 2004; Senore et al., 2010; Subramanian et al., 2004; Worthley et al., 2006

Bijlage 3b: Remmende factoren bij de huisartsen

- Gebrek aan informatie of motivatie door arts
- Onwetendheid over het belang van de test/zich niet bewust zijn van het belang van screening
- Het gevoel hebben geen risico te lopen op het krijgen/hebben van darmkanker
- Geen darmklachten hebben (wisselend stoelgangspatroon, buikpijn, RBPA)
- Andere prioriteiten hebben (bv. comorbiditeit, familiale problemen)
- Fatalistische visie hebben omtrent kanker
- Van mening zijn dat screening ineffectief is
- Symptomen van angst (stress, piekeren, nervositeit)
- Symptomen van depressie (droevigheid, zich somber voelen)
- In het verleden iets traumatisch meegemaakt hebben (bv. seksueel misbruik en endoscopie)
- Schaamte
- Laag zelfbeeld
- Ongemakken van de voorbereiding voor het onderzoek
- Schrik voor pijn of ongemakken tijdens het onderzoek
- Schrik voor de complicaties van het onderzoek
- Schrik voor de resultaten van het onderzoek
- Nood aan follow-up procedures bij positief testresultaat (bij FOBT)
- Liever niet weten dat je kanker hebt
- Niemand weten die de resultaten van het onderzoek kan uitleggen
- Geen vaste (huis)arts hebben/onregelmatig contact met de huisarts
- In het verleden een slechte ervaring met darmkankerscreening gehad hebben
- Schrik of wantrouwen ten opzichte van het medisch systeem hebben (bv. geen vertrouwen hebben in goede bedoelingen van dokters)
- Kostprijs van het onderzoek
- Geen vrijaf kunnen krijgen op het werk voor het onderzoek – geen tijd hebben
- Problemen hebben met planning: moeite bij het herinneren van afspraken
- Logistieke- of vervoersproblemen
- Dieetvoorwaarden
- Communicatieproblemen door een slecht begrip of spreken van het Nederlands
- Culturele invloeden
- Geslacht van de arts die het onderzoek uitvoert

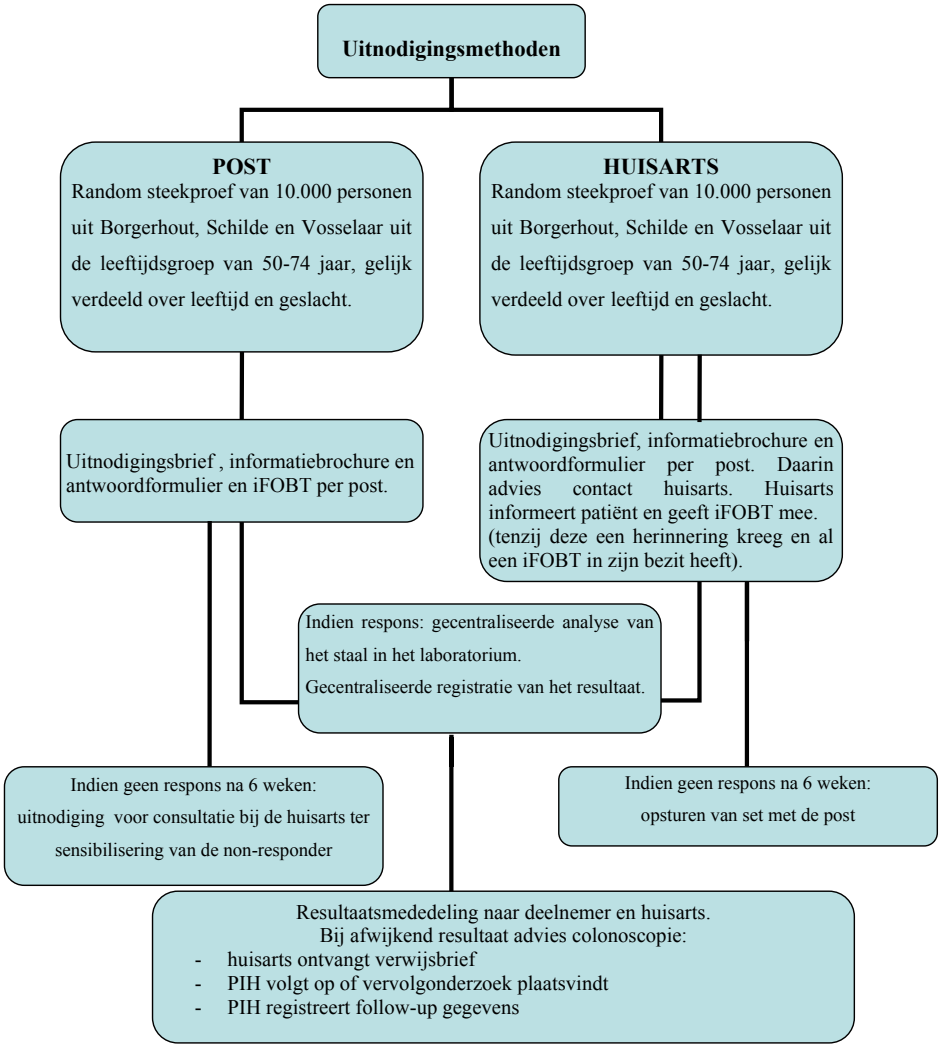
Referentie (12): Al-Doghether et al., 2007; Feirfield et al., 2004; Govaerts et al., 2010; Greiner et al., 2004; Hannon et al., 2008; Klabunde et al., 2005; Lasser et al., 2008; Mandelblatt et al., 1999; Schroy et al., 2001; Subramanian et al., 2004

Bijlage 4: Richtlijnen Domus Medica



Referentie (7)

Bijlage 5: Uitnodigingsmethode Pilootproject



Referentie (5)

Bijlage 6: Online vragenlijst

Referentie: www.thesistools.nl/screeningkanker

Inleiding

Colorectale kankerscreening in de huisartspraktijk

Er is de laatste tijd heel wat te doen rond het screenen naar colorectale kanker in de eerste lijn. Het leek mij als huisarts in opleiding dan ook zeer interessant om het standpunt van de Vlaamse huisarts zelf hierover te kennen. Ik heb gekozen om hierover mijn masterthesis te maken.

Het verzamelen van informatie doe ik aan de hand van een korte, bondige enquête die kan ingevuld worden door alle Vlaamse huisartsen.

Hiervoor heb ik dus ook uw hulp nodig! Hoe meer huisartsen de enquête invullen, hoe betrouwbaarder de resultaten zullen zijn. Ik reken hiervoor op uw eerlijkheid.

De geschatte invultijd van deze enquête bedraagt maximaal 10 minuten en de resultaten worden anoniem verwerkt.

Tussen de vragen staan cartoons om de enquête wat luchtiger te maken, deze hebben echter niks te maken met de enquête.

Als stimulans worden diverse prijzen uitgereikt tussen de deelnemers. Hiervoor zijn wel contactgegevens nodig, dit is echter niet verplicht. Een greep uit de prijzen: 2 bongobonnen, 5 cadeaucheques, 10 flessen rode wijn…

*Mijn naam is Ghyselen Kristof, mijn promotor en copromotors voor mijn masterthesis zijn:
-Prof. Jo Goedhuys: KUL-hoofddocent huisartsenopleiding
-Prof. Guido Van Hal: medisch socioloog aan de UA en Promotor van het Proefproject naar dikkedarmkankerscreening Vlaanderen
-dr. Eric Van Cutsem: gastro enteroloog aan de KUL en voorzitter van de werkgroep darmkanker
-dr. Luc Deprost: mijn praktijkopleider in Wetteren

Start

Vragen

A. Algemene kennis rond colorectale kankerscreening

Vraag 1:
Volgens de huidige evidentie is het screenen naar colorectale tumoren zinvol (op vlak van morbiditeit en mortaliteitsreductie) bij 50 plussers zonder verhoogd risico en zonder klachten.
1.Juist
2.Fout

Vraag 2:
Colorectale kanker zit in de top drie van kankers bij zowel mannen als vrouwen.
1.Juist
2.Fout

Vraag 3:
Het opsporen van colorectale kanker bij mensen zonder verhoogd risico of klachten(=screenen) kan het sterftecijfer ten gevolge van colorectale kanker doen dalen met ongeveer:
1.1-5%
2.6-10%
3.11-20%
4.21-30%
5.31-50%

Vraag 4:
Er zijn richtlijnen beschikbaar van Domus Medica rond het screenen naar colorectale kanker.
1.Juist
2.Fout

Vraag 5:
Het preventief opsporen van colorectale kanker bij 50+ doet men volgens de richtlijnen het best: (meerdere antwoorden mogelijk)
1.Met drie verschillende stoelgangsstalen en een klassieke stoelgangsstest indien er geen verhoogd risico of klachten aanwezig zijn
2.Altijd met een coloscopie
3.Met een coloscopie indien er een verhoogd risico of klachten aanwezig zijn of indien de stoelgangsstest positief is
4.Met één stoelgangsstaal en de nieuwe stoelgangstest(iFOBT)indien er geen verhoogd risico of klachten aanwezig zijn

Vraag 6:
Het screenen naar colorectale kanker bij een negatieve stoelgangsuitslag wordt het best herhaald om de:
1.12 maanden
2.2 jaar
3.3 jaar
4.niet

Vraag 7:
De algemene richtlijnen voor het screenen naar colorectale kanker zijn voor u:
1.Zeer duidelijk
2.Duidelijk
3.Eerder onduidelijk
4.Onduidelijk
5.Zeer onduidelijk
6.Niet gekend

Cartoon 1:



B. Screenen in de eigen praktijk?

Vraag 8:
Bij welk percentage van uw patiënten boven de 50 jaar heeft u dit jaar op eigen initiatief het onderwerp “colorectale kanker en eventuele screening hiernaar” ter sprake gebracht? Maak een schatting:
1.Minder dan 5%
2.Tussen de 5-15%
3.Tussen de 16-30%
4.Tussen de 31-50%
5.Meer dan 50%

Vraag 9:
Bij welk percentage van uw patiënten boven de 50 jaar heeft u dit jaar ook effectief een screeningstest laten uitvoeren naar colorectale kanker? Maak een schatting:
1.Minder dan 5%
2.Tussen de 5-15%
3.Tussen de 16-30%
4.Tussen de 31-50%
5.Meer dan 50%

Vraag 10:
Hoe vaak maakt u gebruik van het "gmd+" bij uw patiënten om de screening naar colorectale kanker ter sprake te brengen?
1.Altijd
2.Meestal
3.Soms
4.Meestal niet
5.Nooit

Vraag 11:
Indien u bij een patiënt zonder verhoogd risico of klachten screent naar colorectale kanker dan doet u dit meestal aan de hand van:
1.Eén stoelgangsstaal voor een klassieke stoelgangstest in het labo
2.Twee stoelgangsstalen voor een klassieke stoelgangstest in het labo
3.Drie stoelgangsstalen voor een klassieke stoelgangstest in het labo
4.Eén stoelgangsstaal, maar dan met de nieuwe stoelgangstest (iFOBT) in het labo
5.Een coloscopie

Vraag 12:
Uw “opsporingsgedrag” naar colorectale kanker bij uw patiënten is het best te omschrijven als: (meerdere antwoorden mogelijk)
1.Op vraag van de patiënt
2.Indien de patiënt klachten vertoont die op colonkanker kunnen wijzen
3.Op eigen initiatief bij personen vanaf 50 jaar met verhoogd risico
4.Op eigen initiatief bij personen vanaf 50 jaar zonder verhoogd risico
5.U hecht weinig belang aan het screenen naar colorectale kanker
6.Andere:

Vraag 13:
Indien u niet of onvoldoende op eigen initiatief screent bij patiënten (vanaf 50 jaar zonder verhoogd risico) naar colorectale kanker dan zijn de 3 belangrijkste redenen hiervoor:
1.Onvoldoende kennis van de huidige richtlijnen (hoe, wat, wanneer?)
2.Gebrek aan gelegenheid, tijdsdruk
3.Geen extra financiële vergoeding
4.Screening naar colorectale kanker is weinig effectief en/of heeft weinig nut
5.De angst van de patiënt voor de test, het stoelgangtaboe
6.De angst van de patiënt voor een ongunstig resultaat en de eventuele coloscopie
7.De omslachtige klassieke stoelgangstest (3 stalen, het dieet, de medicatie aanpassing)
8.Andere:
9.Niet van toepassing

Cartoon 2:



C. Opinie over screenen naar colorectale kanker

Vraag 14:
Het screenen naar colorectale kanker is een taak van de huisarts.
1.Volledig eens
2.Eerder eens
3.Neutraal
4.Eerder oneens
5.Volledig oneens

Vraag 15:
De patiënt wordt volgens u het best geïnformeerd over colorectale kanker screening via:
1.Een schriftelijke uitnodiging uitgaande van overheidsinstanties (zoals bij borstkankerscreening) met alle nodige informatie
2.De huisarts (bv: tijdens consultatie, gmd+, via affiches, email,…)
3.Een schriftelijke uitnodiging uitgaande van overheidsinstanties met hierop ook duidelijk de vermelding dat de patiënt bij de huisarts terecht kan voor informatie
4.Het ziekenhuis, bv de gastro-enteroloog
5.Andere:

Vraag 16:
U zou zich meer bezig houden met het screenen naar colorectale kanker indien:
(duid de voor u 2 meest belangrijke aan)
1.U kennis zou hebben van de huidige richtlijnen
2.U zou overtuigd worden van het belang en de effectiviteit van colorectale kanker preventie
3.U hiervoor extra vergoed zou worden
4.Er een gemakkelijkere, gebruiksvriendelijkere test voor zou bestaan
5.Andere:
6.Niet van toepassing

Vraag 17:
Kent u de nieuwe stoelgangstest waarbij men maar 1 staal moet afnemen en er geen dieetrestricties of medicatie-aanpassingen noodzakelijk zijn?
1.Ja
2.Neen

Vraag 18:
Bent u op de hoogte van de geplande grootschalige darmkankerscreening georganiseerd door de Vlaamse overheid die zal starten in 2014?
1.Ja
2.Neen

D. De nieuwe stoelgangstest

Schriftelijke interventie 1:
Recent is een nieuwe stoelgangstest beschikbaar voor het screenen naar colorectale kanker: de immunohistochemische fecaal occult bloed test, afgekort iFOBT. In vergelijking met zijn voorganger de gFOBT heeft deze test heel wat voordelen:
1.Slechts 1 staal nodig ipv 3 stalen genomen op 3 verschillende dagen
2.Geen specifieke voedinsgrestricties of medicatie-aanpassingen noodzakelijk
3.De sensitiviteit en specificiteit liggen hoger dan die van de oude stoelgangstest, de gFOBT.

Vraag 19:
De voordelen van deze test kunnen ervoor zorgen dat u meer zou screenen naar colorectale kanker:
1.Volledig eens
2.Eerder eens
3.Neutraal
4.Eerder oneens
5.Volledig oneens

E. Het Bevolkingsonderzoek

Schriftelijke interventie 2:
De Vlaamse overheid organiseert vanaf 2014 een grootschalige darmkankerscreening.
Elke Vlaming tussen 50 en 74 jaar zal een brief in de bus krijgen, samen met de nieuwe stoelgangstest (iFOBT). Deze test kan hij dan met de post opsturen naar een specifiek labo.

Vraag 20:
Dit grootschalig bevolkingsonderzoek is een goed initiatief.
1.Volledig eens
2.Eerder eens
3.Neutraal
4.Eerder oneens
5.Volledig oneens

Vraag 21:
Als huisarts wil u betrokken zijn bij dit bevolkingsonderzoek door onder andere de resultaten te krijgen van de uitslag van uw patiënt.
1.Volledig eens
2.Eerder eens
3.Neutraal
4.Eerder oneens
5.Volledig oneens

Vraag 22:
Als huisarts wil u betrokken zijn bij dit bevolkingsonderzoek door onder andere te kunnen antwoorden op verschillende vragen van uw patiënten rond deze test.
1.Volledig eens
2.Eerder eens
3.Neutraal
4.Eerder oneens
5.Volledig oneens

Vraag 23:
Als huisarts wil u ook betrokken zijn bij dit bevolkingsonderzoek door onder andere zelf actief uw patiënten te overtuigen de test te laten doen.
1.Volledig eens
2.Eerder eens
3.Neutraal
4.Eerder oneens
5.Volledig oneens

Vraag 24:
Langs welke kanalen wil u graag verder informatie ontvangen over dit bevolkingsonderzoek en deze nieuwe test?
(duid de 2 belangrijkste aan)
1.Via email
2.Telefonisch
3.Via briefwisseling
4.Via de media (artsenkrant, internet…)
5.Via een kleinschalige bijscholing,vergadering (bv lokvergadering, regionaal ziekenhuis)
6.Via een grootschalige bijscholing, vergadering (bv universitair)
7.Andere

Cartoon 3:



F. Demografie

Vraag 25:
Tot welke leeftijdsklasse behoort u?
1.Haio
2.25-30
3.31-40
4.41-50
5.51-60
6.61-70

Vraag 26:
Wat is uw geslacht?
1.Man
2.Vrouw

Vraag 27:
Hoe is uw huisartsenpraktijk het best te omschrijven?
1.Stedelijk/groepspraktijk
2.Landelijk/groepspraktijk
3.Stedelijk/solo
4.Landelijk/solo

Vraag 28:
Is er een huisarts in opleiding (of haio) in uw praktijk?
1.Ja
2.Neen
Vraag 29:
In welke gemeente is u huisartsenpraktijk gelegen?

G. Enquête en prijzen

Vraag 30:
Hoe vond u deze enquête?
1.Zeer goed
2.Goed
3.Matig
4.Eerder slecht
5.Zeer Slecht

Vraag 31:
Geef hier uw contactgegevens op indien u kans wil maken op een prijs. Een email adres, gsm of telefoonnummer is voldoende:

Eindwoord en bedanking

Informatie over de huidige richtlijnen kunt u vinden op de Domus Medica website op volgend adres:
http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/colorectalekanker.html

Bedankt om deze enquête in te vullen!
Indien u vragen hebt rond de enquête, meer informatie wil rond colorectale kankerscreening of op de hoogte wil gebracht worden van de resultaten kunt u mij altijd contacteren op volgend email adres: ghyselenkristof@hotmail.com