Kwaliteitsverbeterend project: PSA-aanvragen in de huisartsenpraktijk

Jozien Meijaard, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider: Dr. Ingbert Bijnens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoud

Motivatie 2

Stap 1: Find 3

1.1. Inleiding 3

1.2. Literatuurstudie en Methodologie 7

1.3. Resultaten literatuurstudie 8

1.4. Nut van literatuurstudie voor het kwaliteitsverbeterend project 18

Stap 2: Organise 19

Stap 3: Clarify 20

Stap 4: Understand proces and uncover problems: Analyse van de problemen 22

4.1. Selecteren van patiëntenpopulatie 22

4.2. Barrières van medewerkers 22

4.3. Indicatoren voor kwaliteitsverbetering 23

Stap 5: Start: Plan-Do-Check 24

5.1. Plan: Plannen van de actie 24

5.2. Do: Uitvoeren van de actie 24

5.2.1 Vragenlijst 24

5.2.2 Praktijkfolder 25

5.2.3 Verbeterde begeleiding bij de PSA-test 25

5.3. Check: Evaluatie van de actie 25

5.3.1 Resultaten van de vragenlijst 25

5.3.2 Resultaat van de praktijkfolder 28

5.3.3 Resultaten van de verbeterde begeleiding bij de PSA-test 29

Discussie 31

Besluit 34

Voltooien van Stap 5: Act: Hoe kan het project in de dagelijkse praktijk geintegreerd blijven? 35

Abstract 36

Dankwoord 37

Referenties 38

Bijlagen 41

Motivatie

Voor de master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde is de masterproef een belangrijk onderdeel. Het is de bedoeling om tijdens het eerste en tweede jaar van de master huisartsgeneeskunde een wetenschappelijk project op te starten, uit te voeren en te evalueren.

Ik wist vrij snel dat ik graag een kwaliteitsverbeterend project voor de praktijk wilde uitvoeren.

In het begin van mijn stage viel het mij op dat er frequent patiënten kwamen met een vraag voor PSA bepaling of prostaatscreening in het algemeen. Dit onderwerp prikkelde mij omdat hier veel ruimte was voor kwaliteitsverbetering.
Het onderwerp blijft voor veel patiënten erg moeilijk. Het blijkt ook een thema te zijn wat zeer veel verschillende ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van patiënten oproept. Voor de arts is dit thema echter ook niet eenvoudig aangezien er geen eenduidige evidentie bestaat.

In het verleden werden ook bij asymptomatische patiënten in deze praktijk veel PSA-aanvragen routinematig gedaan. Probeer als net afgestudeerd arts dan maar eens over te brengen dat dit eigenlijk niet perse noodzakelijk (meer) is.

Vervolgens is er de communicatie bij afwijkende PSA-waarden. Wat te doen bij een verhoogd PSA? Dit is voor mensen een gevoelig onderwerp. Het is een uitdaging voor de arts om deze testresultaten te vertalen in 'normale mensen taal'. Een patiënt kan immers niet overstelpt worden met de wetenschappelijke sensitiviteit en specificiteit van een test.

Samen met mijn praktijkopleider merkten we al snel dat dit een onderwerp was wat echt leeft binnen onze patiëntenpopulatie en dat dit zeker een duidelijk afgebakend werkpunt was voor een praktijk verbeterend project. We waren erg benieuwd wat patiënten van de huidige gang van zaken omtrent de PSA bepaling vonden.

Door de informatiesessie van het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding) en mijn promotor werd het duidelijk dat ik het best kon werken aan de hand van de FOCUS-procedure (Find, Organise, Clarify, Understand, Start). Dit is een systematische procedure om een probleem in kaart te brengen (literatuur- en praktijksituatie) en doelstellingen te plannen en te evalueren. De geplande verandering kan vervolgens getest worden in de praktijk. Hiervoor volgen we de PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act). Dit is een systematische manier om een verandering te evalueren.[1]

In deze schriftelijke rapportering zal ik u laten zien welke verschillende stappen er doorlopen zijn.

Stap 1: Find

In deze stap wordt de motivatie voor de keuze van het onderwerp verder uitgediept.

1.1. Inleiding

Voorkomen

Jaarlijks worden er in een gemiddelde Vlaamse huisartspraktijk 1 op de 1000 nieuwe patiënten met prostaatkanker gezien.[2]

Met meer dan 9000 nieuwe diagnoses per jaar is prostaatkanker de meest voorkomende kanker bij mannen (27%). Het is de derde (9.3%) meest voorkomende oorzaak van sterfte ten gevolge van kanker bij mannen, na longkanker (32.7%) en colon/rectumkanker (10.3%). Mannen worden gemiddeld gediagnosticeerd op een leeftijd van 69 jaar.[3]

Tussen 1999 en 2005 werd er een toename gezien (3.5%) in de Vlaamse incidentie. Na 2005 nam de incidentie af (3.2%).[3]

11 op de 100 mannen wordt voor de leeftijd van 75 jaar gediagnosticeerd met prostaatkanker.[4]

Eén op de 6 mannen met prostaatkanker sterft aan de aandoening. Dat blijkt uit de mortaliteit-incidentieratio van 15%. De laatste 10 jaar daalde het gestandaardiseerde sterftecijfer voor prostaatkanker jaarlijks gemiddeld met 1,3 per 100.000. Het absolute aantal overlijdens daarentegen schommelde rond de 880 per jaar.[4]

Prostaatkanker is in Vlaanderen een doodsoorzaak van oudere mannen, net zoals in de rest van Europa. Negen op de 10 mannen (92%) die overleden zijn aan een prostaatkanker in 2010 zijn ouder dan 64 jaar. Eén derde (32%) van de sterfgevallen door prostaatkanker in 2010 betrof mannen ouder dan 85 jaar.[5]

De etiologie van prostaatcarcinoom is onduidelijk. De belangrijkste risicofactoren zijn leeftijd boven de 50 jaar, Afro-Amerikaans ras en familiaire belasting. [6]

Screening en relevantie

Screening verwijst volgens de Wereldgezondheidsorganisatie naar een eenvoudige test om in een gezonde populatie individuen te kunnen identificeren die een ziekte hebben maar nog geen symptomen. Andere voorbeelden zijn borstkankerscreening door mammografie en cervixkankerscreening door uitstrijkjes.[7]

Een screening programma dient pas uitgevoerd te worden als de effectiviteit bewezen is, als de zorg (personeel, materiaal) georganiseerd kan worden, als het mogelijk is om bijna alle deelnemers van de doelgroep te bereiken en als er mogelijkheden bestaan om de diagnose te bevestigen te behandelen en op te volgen als er een afwijkend testresultaat zou zijn. De prevalentie van de ziekte moet hoog genoeg zijn om de inspanningen en kosten van de screening te rechtvaardigen.[7]

Er werden in 1968 internationale criteria opgesteld door Wilson en Jungner om te kunnen zien of een bepaald screeningsprogramma voor een bevolking verantwoord is.[8] In 2008 werden deze criteria door de Wereldgezondheidsorganisatie aangevuld zodat ze passen bij onze huidige samenleving.[9]

Criteria van Wilson en Jungner (1968)[8]	
1	De op te sporen ziekte moet een belangrijk gezondheidsprobleem zijn.
2	Er moet een algemeen aanvaarde behandelingsmethode voor de ziekte zijn.
3	Er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn voor diagnose en behandeling.
4	Er moet een herkenbaar latent of vroeg symptomatisch stadium van de ziekte zijn.
5	Er moet een betrouwbare opsporingsmethode bestaan.
6	De opsporingsmethode moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking.
7	Het natuurlijke verloop van de op te sporen ziekte moet bekend zijn.
8	Er moet overeenstemming bestaan over de vraag wie behandeld moet worden.
9	De kosten van opsporing, diagnostiek en behandeling moeten in een acceptabele verhouding staan tot de kosten van de gezondheidszorg als geheel.
10	Het proces van opsporing moet een continu proces zijn en niet een eenmalig project.

Aanvullende criteria opgesteld door de WHO (2008)[9]	
1	Het screeningsprogramma moet inspelen op een erkende behoefte.
2	Het doel van de screening moet bij aanvang zijn vastgesteld.
3	De doelgroep van de screening moet zijn vastgesteld.
4	De effectiviteit van het screeningsprogramma moet wetenschappelijk bewezen zijn.
5	Het programma moet een samenhangend geheel zijn van opleiding, scholing, testpraktijk, zorg en programmamanagement.
6	De kwaliteit van het programma moet geborgd zijn om de potentiële risico's van screening te minimaliseren.
7	Het programma moet garanties bieden voor geïnformeerde keuze en de privacy en de autonomie van het individu respecteren.
8	De toegankelijkheid van de screening moet gewaarborgd zijn voor de hele doelgroep.
9	Het programma moet vanaf het begin geëvalueerd worden.
10	De voordelen van de screening moeten opwegen tegen de mogelijke nadelen van de screening.

Gebaseerd op bestaande onderzoeken kan alleen het bevolkingsonderzoek voor borst- en cervixkanker door de Wereldgezondheidsorganisatie verdedigd worden en enkel in landen waar middelen beschikbaar zijn voor de volledige populatie. Er is meer onderzoek nodig om te evalueren of er geen manieren zijn om screeningskosten te verlagen en andere mogelijke handelswijzen te bekijken die minder inspanningen kosten.[7] Veralgemeende prostaatkankerscreening wordt voor mannen dus nu niet routinematig aangeraden door de Wereldgezondheidsorganisatie.

De PSA-test

PSA (prostaat specifiek antigen) is een proteïne dat geproduceerd wordt door normale en maligne prostaatcellen. Door secretie uit de epitheelcellen van de prostaat komt het proteïne terecht in het prostaatvocht. De functie is het vloeibaar maken van het sperma en op deze manier de vrije bewegingen van de spermatozoa te waarborgen. Alhoewel het PSA dus eigenlijk gesecreteerd wordt in het prostaatvocht en sperma zijn er kleine hoeveelheden aanwezig in het bloed.[6,10]

De PSA waarde in het bloed is in grote mate representatief voor de prostaatgrootte maar het is geen accurate marker voor prostaatkanker. Er kan namelijk kanker zijn zonder toegenomen PSA en er zijn vele andere oorzaken van een PSA stijging (zoals benigne prostaat hypertrofie, prostatitis, urineweg infectie, rectaal toucher en urethra ingrepen). [10]

In 1960 werd voor het eerst gerapporteerd over de identificatie van antigenen specifiek voor prostaatweefsel. Na twintig jaar onderzoek door meerdere onderzoekers werd in 1980 de eerste gevoelige immunochemische bepalingsmethode voor PSA in serum ontwikkeld. Sindsdien is de immense belangstelling voor PSA ontstaan.[11]

Al werd de eerste PSA-bepaling in 1980 gepubliceerd, 1986 kan gezien worden als het beginjaar van de grootschalige PSA-activiteiten, zowel commercieel als wetenschappelijk. In dat jaar werd namelijk de eerste commerciële methode ter bepaling van PSA op de markt gebracht die erkend werd door de Amerikaanse Food and Drugs Association (FDA). Nadien volgde veel onderzoek naar het vastleggen van de bovengrenswaarde van de PSA en naar de vrije- en gebonden PSA vorm.[11]

In 1989 toonde verschillende publicaties dat de PSA-concentraties correleerden met de mate van uitbreiding van de prostaatkanker. Zo leken de PSA waardes gerelateerd aan het tumorvolume en PSA zou een betere tumormerkstof zijn dan prostaat-zure-fosfatase. Tevens werd aangetoond dat PSA niet meer te detecteren was na radicale prostatectomie.[11]

PSA werd in eerste instantie jarenlang gebruikt als tumormerkstof bij de behandeling en het opvolgen van patiënten met prostaatkanker. Geleidelijk ontstond het idee om PSA te gebruiken bij de vroeg detectie van prostaatkanker. Dit idee ontstond uit Amerikaanse statistieken over het voorkomen en verlopen van prostaatkanker onder de Amerikaanse bevolking .[11]

Voordelen van de PSA-test zijn dat de test zou kunnen lijden tot een vroegdetectie en behandeling van prostaatkanker nog voor er symptomen op treden. Dit kan levensverlenging tot gevolg hebben of een complete genezing impliceren.[10]

Een nadeel van de PSA-test is dat er een vals gevoel van geruststelling is bij een vals negatieve PSA test. Ongeveer 15% van de mannen met een negatief PSA hebben een prostaat kanker, alhoewel men niet weet welke deel van deze kankers klinisch evident worden. Daarnaast kan een vals positieve PSA test weer onnodige angst veroorzaken. Zo heeft 65% van de mannen met een positieve PSA test een negatieve prostaat biopsie. Een positieve test kan dus lijden tot invasieve en dure onderzoeken zoals een prostaatbiopsie en beeldvorming. Als de test vals positief is, of de prostaatkanker van geen klinische betekenis is, dan geeft aanvullend onderzoek geen nuttige informatie.[10]

Een positieve PSA test kan leiden tot de behandeling van traag groeiende rustige prostaatkankers die helemaal niet klinisch evident zouden worden tijdens de levensduur van een man. Bijwerkingen van behandeling zijn frequent en ernstig, onder andere urinaire incontinentie en seksuele disfunctie.[10]

In Europa ging in 1994 de European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) van start. In 2009 werden de gegevens afkomstig uit alle deelnemende ERSPC-centra gepubliceerd in de New England Journal of Medicine, met als conclusie een reductie van de prostaatkankersterfte in de screeninggroep van 20%. Deze reductie gaat echter gepaard gaat met een hoog risico op overdiagnose en overbehandeling. Voor een eventuele aanbeveling voor een bevolkingsonderzoek op prostaatkanker dienen ook aspecten als kwaliteit van leven, kosten en kosteneffectiviteit onderzocht te worden. Er is verder onderzoek nodig naar eventuele winst door screening.[11]

Er is een aanzienlijke intra-individuele variatie tussen opeenvolgende PSA metingen. Het resultaat wordt daarnaast ook beïnvloed door urinaire infecties, ejaculatie en intense lichamelijke inspanning in de voorafgaande 48 uur, of door een biopsie in de 6 voorafgaande maanden. Afhankelijk van de gebruikte methode in het laboratorium kan het resultaat variëren met 15-20%.[12]

Onderzoek naar de diagnostische waarde van de PSA test wordt bemoeilijkt door het ontbreken van een betrouwbare referentietest. Het is op dit moment niet mogelijk om met biopsie de klinisch relevante kankers te identificeren. Daarnaast leden veel studies aan verificatiebias, omdat enkel die mannen met een afwijkende PSA test werden geverifieerd met de referentietest, in dit geval biopsie.

Een studie waarin alle mannen werden geverifieerd met biopsie vond een sensitiviteit van 20% en een specificiteit van boven de 90% bij een PSA waarde groter of gelijk aan 4,0 ng/ml.[12]

De waarde van de PSA test kan beter worden geschat als een klinisch gedetecteerde prostaatkanker als referentietest gebruikt wordt. Dergelijke onderzoeken vinden een sensitiviteit van ongeveer 50% en een specificiteit van meer dan 90% bij een PSA cut-off van 4,0 ng/ml.[12]

Recent veranderde de regelgeving en terugbetaling omtrent het aanvragen van PSA. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen heeft beslist dat vanaf augustus 2012 de PSA dosering in het kader van een routine-screening bij mannen ouder dan 50 jaar niet meer werd terugbetaald.[13]

De PSA bepaling wordt enkel nog terugbetaald in 2 situaties:

- opvolging van een gekende prostaatkanker, ongeacht de leeftijd, maximum 2 x per jaar.
- opsporing bij mannen ouder dan 40 jaar met familiale antecedenten van prostaatkanker, gediagnosticeerd vóór de leeftijd van 65 jaar, maximum 1 x per jaar.[13]

De huisarts speelt een belangrijke rol bij het aanvragen van deze test. Zo werden er in 2003 1,1 miljoen tests aangevraagd in België, waarvan 80% door een huisarts. De helft van de mannen tussen 65 en 74 jaar heeft minstens één test ondergaan, hetzelfde geldt voor de 75 plussers. Uit de nationale gegevens blijkt dat het aantal tests elk jaar stijgt met ongeveer 10%. Bovendien is er, ondanks de onderste leeftijdsgrens voor terugbetaling, geen duidelijke bovenste leeftijdsgrens. Dit zou kunnen verklaren dat meer dan de helft van de tachtigjarigen nog getest wordt. Ten slotte voeren diverse (privé of openbare) organisaties en mannenklinieken preventie- of screeningsonderzoeken uit, inclusief dosering van PSA.[12]

Vanuit maatschappelijk oogpunt is het gebruik van PSA meting voor screening niet verantwoord aangezien de klinische doeltreffendheid van prostaatkanker screening niet bewezen is. De middelen kunnen beter worden ingezet voor andere zorgmogelijkheden die hun nut wel bewezen hebben.[12]

Zolang er geen overtuigend bewijs is voor de klinische doeltreffendheid van PSA prostaatkankerscreening zijn kosteneffectiviteitsanalyses louter speculatief.[12]

De Belgische wet over de rechten van de patiënt bepaalt dat de geïnformeerde toestemming van de patiënt noodzakelijk is alvorens een test uit te voeren. Als de patiënt zelf de test vraagt, wordt verwacht dat de arts volledige informatie geeft over de onzekerheden en de potentiële nadelen (bijvoorbeeld met een folder), zodat de patiënt op grond van de informatie een bewuste keuze kan maken. Media of marketing campagnes die gezonde mannen aanzetten tot het vragen van een PSA test zijn een voorbeeld van aanbod geïnduceerde vraag.[12]

Daarom is het dus zeer twijfelachtig of een PSA test nuttig is voor de screening van prostaatkanker. Maar hoe moet screening naar prostaatkanker dan wel gebeuren? Dit is de eerste onderzoeksvraag waar we in de literatuurstudie een antwoord op willen hebben.

Het klinisch onderzoek

Rectaal toucher is op dit moment niet meer aanvaardbaar als enige screeningonderzoek voor prostaatkanker gezien zijn lage sensitiviteit (38%-79%). In de meeste studies wordt het rectaal toucher nog wel gebruikt als een aanvulling op de PSA test.[12]

De prostaatbiopsie

De prostaatbiopsie wordt gebruikt om een maligniteit te bevestigen of uit te sluiten. De sensitiviteit is 60% en specificiteit 100% voor alle prostaatafwijkingen, inclusief een latent kanker. Bij herhaalde biopsie wordt toch nog 10% tot 30% van de maligniteiten gemist. Een biopsie houdt daarnaast risico's in zoals lokale complicaties en urosepsis.[12]

De prognose van kanker is afhankelijk van het stadium van de kanker en de Gleason score. Van gelokaliseerde letsels (T1 tot T2b) met een Gleason score ≤7 en een PSA <15 ng/ml is het niet mogelijk om te voorspellen welke uiteindelijk zullen evolueren naar een klinische kanker.[12]

1.2 Literatuurstudie en methodologie

Op de volgende vragen willen we eerst verder een antwoord vinden. Ter verduidelijking maken we van de onderzoeksvragen een PICO (Patient-Intervention-Comparison-Outcome).

1. **Op welke manier zou prostaatkankerscreening moeten gebeuren?**

Op welke manier zou prostaatkankerscreening moeten gebeuren?
P: Asymptomatische mannen boven de 50 jaar
I: PSA-bepaling
C: Rectaal onderzoek: palpatie prostaat
O: Verminderde mortaliteit

Wat wordt er eigenlijk verder gezegd over de PSA test? Bij wie zou het wel zinvol kunnen zijn om een PSA test uit te voeren?

2. **Bij wie is het zinvol een PSA-bepaling te doen?**

Bij wie is het zinvol een PSA-bepaling te doen?
P: Asymptomatische mannen boven de 50 jaar
I: PSA-bepaling
C: Geen PSA-bepaling
O: Verminderde mortaliteit

Op dit moment hebben we gemerkt dat de vraag naar de PSA test frequent ter sprake komt door patiënten. Patiënten vragen vooral zelf naar de afname. Aan deze verwachting wordt eigenlijk altijd voldaan. Patiënten lijken dit vooral te wensen om nadien gerustgesteld te kunnen worden door een 'normale' PSA waarde. Bijna iedereen lijkt wel iemand in zijn omgeving te kennen met een prostaatkanker. Het blijft een complex en veelzijdig onderwerp voor zowel patiënt als arts. Het praten over dit onderwerp is niet altijd zo makkelijk. Zowel voor een net beginnende huisarts als de meer ervaren collega's. Het uitleggen van de test en het bespreken van de mogelijke voor- en nadelen kost tijd tijdens het consult. Ook het uitleggen van deze testresultaten brengt ons weer terug naar de communicatie omtrent de PSA test. Nu worden mensen met een verhoogde PSA waarde (hoger dan de bovengrens van het laboratorium, 3,5 µg/L) vaak verwezen naar de uroloog. Maar hoe kunnen wij patiënten wel optimaal begeleiden in de relevantie van een PSA screeningstest? Hier proberen we met in de derde onderzoeksvraag een antwoord op te vinden.

3. **Op welke manier kunnen patiënten het best gecounseld worden over de relevantie van de PSA-screeningstest?**

Op welke manier kunnen patiënten het best gecounseld worden over de relevantie van de PSA-screeningstest?
P: Asymptomatische mannen boven de 50 jaar met vraag naar PSA test
I: Geen informatie en testafname

C: Informatie over voor- en nadelen van test door arts, folder
O: goed geïnformeerd afzien van PSA test

De resultaten van de literatuurstudie zullen als ondersteuning gebruikt worden voor het kwaliteitsverbeterend project in de opleidingspraktijk.

Zoekstrategie en zoektermen

Er wordt gekeken of er voor elke onderzoeksvraag een antwoord gevonden kan worden in de beschikbare relevante literatuur tot en met april 2014.

Voor het vinden en ordenen van literatuur hanteer ik de watervalmetafoor van Degryse (1997). Dit is een stapsgewijze manier om informatiebronnen hiërarchisch te rangschikken op vier niveaus.[14]

Zoeken met de term PSA in de MESH-database van Pubmed levert al snel de uitgebreide zoekterm *Prostate-Specific Antigen* Op. Er werd gekeken naar recente literatuur, dit wil zeggen gepubliceerd in de laatste vijf jaar.

Inclusiecriteria

- Aanbevelingen gepubliceerd in de laatste 10 jaar, aangevuld met kritische artikelbesprekingen, systematische reviews, randomized controlled trials en artikels gepubliceerd op recentere datum dan de aanbeveling
- Nederlandstalige en Engelstalige literatuur
- Volwassen mannen

Als eerste heb ik de quaternaire bronnen geraadpleegd. Dit zijn guidelines, standaarden en aanbevelingen voor de praktijk. Dit is huisartsrelevante, reeds bij elkaar gezochte wetenschappelijk onderbouwde informatie die snel te vinden is. Ik ben begonnen bij richtlijnen van NHG, DM en CKS (NICE). Daarnaast heb ik gezocht in de International Guideline Library van het Guidelines International Network, in de database van National Institute for Health and Clinical Excellence en in de databank van National Guideline Clearinghouse. Ik heb hier specifiek gekeken naar richtlijnen omtrent screening van prostaatkanker en niet naar gediagnosticeerde prostaatkanker. De meeste richtlijnen gaan namelijk over de therapeutische opties bij (gemetastaseerde) prostaatkanker. Ik weerhield zo 9 echte richtlijnen. [6,10,15-21]

Vervolgens heb ik gezocht in de zogenaamde tertiaire bronnen. Dit zijn de kritische artikelbesprekingen die door groepen deskundigen worden samengevat en geëvalueerd. Ik zocht hiervoor in de database van Minerva en Clinical Evidence. Ik weerhield zo één relevante bron. [22]

Als derde stap heb ik gezocht in de databanken met secundaire bronnen. Het gaat hierbij om systematische reviews , meta-analyses en objectieve informatiebronnen. Ik heb hiervoor gezocht via Medline en Cochrane Library. Ik weerhield hierbij twee relevante bronnen. [23-24]

Voor alle ontbrekende informatie, vooral omtrent het topic counseling, heb ik nog gezocht in de primaire bronnen, namelijk in oorspronkelijke studies/publicaties via Medline. Ik gebruikte hierbij de termen (("prostate specific antigen") AND "screening") AND "counseling".

1.3. Resultaten literatuurstudie

Op welke manier zou prostaatkankerscreening moeten gebeuren?

In de Nederlandse richtlijn is men erg terughoudend wat betreft het PSA-screeningsbeleid voor prostaatkanker. Er wordt benadrukt om het onderwerp pas ter sprake te brengen bij een verzoek van een patiënt om een PSA-test.[6] De Vlaamse vereniging voor huisartsen Domus medica heeft geen richtlijn maar presenteert jaarlijks haar standpunt omtrent prostaatkankerscreening in Vlaanderen. Er is geen plaats voor systematische screening van mannen op prostaatkanker en evenmin voor opportunistische screening op vraag van de patiënt, bij mannen tussen de 55 en 69 jaar. Dit omdat het verschil tussen de voordelen en de schade te klein, zelfs mogelijk negatief is. Screening geeft een relatieve mortaliteitsreductie van 20% voor specifiek prostaatkankersterfte, zonder de totale mortaliteit te doen dalen. Verder is er een vermindering van het aantal uitgezaaide prostaatkanker.[25]

Ook in andere landen (Engeland, Amerika en Australië) is routinescreening voor prostaatkanker geen nationaal beleid om dezelfde reden. De voordelen wegen nog niet op tegen de nadelen.[10,16,20]

Er is overtuigend bewijs dat PSA-screeningsprogramma's resulteren in de detectie van vele gevallen van asymptomatisch prostaatkanker. En dat een substantieel percentage van mannen met asymptomatische kanker die gedetecteerd wordt door PSA-screening een tumor hebben die ofwel niet groeit of zo traag groeit dat deze asymptomatisch zou blijven tijdens de hele levensduur van de man (oftewel resulteert PSA-screening in zorgwekkende overdiagnose).[16]

Management strategieën voor gelokaliseerde prostaatkanker zijn watchful waiting, actieve surveillance, heelkunde en bestraling. Er is geen consensus voor de optimale behandeling.[16]

In maart 2012 publiceerde de American Society of Clinical Oncology (ASCO) hun opinie omtrent het screenen voor prostaatkanker. Hier werd wederom het doel benadrukt van prostaatkankerscreening namelijk het potentiele risico op overlijden te verminderen. Alhoewel er beperkingen zijn in de bestaande literatuur is er evidentie die suggereert dat mannen met een langere levensverwachting een voordeel zouden kunnen hebben door PSA testen. Complicaties door prostaatbiopsies zijn weinig voorkomend bij de meeste mannen, alhoewel verschillende populatiestudies laten zien dat het aantal infectieuze complicaties na prostaatbiopsies toeneemt.[15] Daarnaast is de American Academy of Family Physicians tegen PSA gebruik voor prostaatkankerscreening.[21] Zij baseert haar mening op het statement van de U.S. Preventive Services Task Force.

In 2009 werd een grote Europese studie al eens besproken en samengevat in Minerva[22], een tijdschrift voor Evidence-Based Medicine. De auteurs van deze ERSCP-studie[26] besluiten dat PSA-screening de mortaliteit door prostaatkanker bij een groep mannen tussen de 55 en 69 jaar reduceert met 20%. Dat gaat echter gepaard met een groot risico van overdiagnose.[22]

Alle deelnemende landen mochten zelf de leeftijdsgrenzen vastleggen zo varieerde de leeftijd van de volledige studiegroep van 50 tot 75 jaar. Er bestonden ook verschillen in screeningsinterval en afkapwaarde van PSA voor biopsie, per onderzoekscentra. In België werd er uiteindelijk maar om de 7 jaar gescreend wegens gebrek aan financiering. De huisarts werd specifiek betrokken in het protocol, in tegenstelling tot andere landen. Deze klinische heterogeniteit bemoeilijkt de interpretatie van de resultaten en maakt het onmogelijk om de beste strategie te bepalen. Een onafhankelijke commissie controleerde via geijkte protocollen de doodsoorzaak. Maar men zou zich kunnen afvragen hoe specifiek men kan bepalen of iemand door prostaatkanker overleden is. Het is belangrijk hier rekening mee te houden bij de interpretatie van het absolute verschil in prostaatspecifieke mortaliteit.[22]

Ook de interpretatie van de resultaten worden in het artikel besproken. Om bij mannen van 55 tot 69 jaar één extra overlijden door prostaatkanker te vermijden, moesten 1410 mannen gedurende 9 jaar gemiddeld 1,7 maal gescreend worden. Prostaatkanker is een traag groeiende kanker die wordt gekenmerkt door een lange overleving, dit is dus langer dan de voorlopige duur van deze studie. Het

effect kan dus mogelijk nog groeien na meerdere jaren follow-up. Er kon geen uitspraak gedaan worden over de specifieke mortaliteit bij mannen tussen de 70 en 74 jaar.[22]

De cumulatieve incidentie van prostaatkanker was 8,2% in de screeningsgroep en 4,8% in de controlegroep. Screening resulteerde zo in 48 bijkomende diagnosen en behandelingen van prostaatkanker ten opzichte van de controlegroep. Prostaatkanker is slechts verantwoordelijk voor 1,1% van alle verloren levensjaren door kanker en het heeft een beperkte invloed op de DALY's (Disability-Adjusted Life-Years). Veel mannen zullen dus onnodig behandeld worden omwille van prostaatkanker met het risico van impotentie, incontinentie en/of intestinale last na prostatectomie of bestraling.[22]

Naast de overdiagnose van prostaatkanker zorgde systematische screening ook voor 149 bijkomende vals 'afwijkende' PSA-testen. Door de diagnostische procedures kan dit kan angst, boosheid en werkverlet geven. Maar ook hematurie, hemospermie, koorts, pijn, urineretentie en prostatitis na biopsies.[22]

De auteur van Minerva vindt het jammer dat QALY's (Quality-adjusted life yea) maar een secundair eindpunt waren in de ERSCP-studie. De resultaten daarvan waren toen nog niet beschikbaar. Naast berekening van QALY's zal ook een kosten-batenanalyse nodig zijn om de opportuniteit van screening te bepalen. Zo kunnen er juiste beleidsbeslissingen genomen worden.[22]

Er wordt in Minerva ook gekeken naar andere studies aangezien deze ERSCP-studie gelijktijdig liep met de Amerikaanse PLCO-studie.[27]

Ook in de Verenigde staten gebeurt PSA-screening nog vaak ondanks het tekort aan wetenschappelijke evidentie. De PLCO-studie gebeurde in tien centra en men vergeleek jaarlijkse screening met PSA plus PPA versus een controlegroep gedurende zes jaar. Er werd geen significant verschil tussen beide groepen gevonden. Er bestaan twee mogelijke verklaringen voor de schijnbaar tegengestelde resultaten met de ERSCP-studie. Ten eerste heeft de ERSCP-studie een veel grotere power (meer geïncludeerde patiënten) en is ze in staat om kleinere verschillen aan te tonen. Vervolgens krijgt in de PLCO-studie 50% van de mannen in de controlegroep toch een PSA-test. Deze contaminatie is waarschijnlijk groter dan in de ERSCP-studie (waar de cijfers ontbreken). Contaminatie verdunt het effect van screening.[22]

Voor de praktijk vraagt Minerva zich af of de huisarts over moet gaan tot systematische screening voor prostaatkanker door middel van de PSA. De voorlopige resultaten van de ERSCP-studie geven hier nog geen antwoord op. Een patiënt jonger dan 75 jaar met een vraag naar PSA-screening moet goed geïnformeerd worden over de lage specificiteit van de PSA-test, de onzekere voordelen voor mortaliteit en de gekende nadelen van screening en overbehandeling. De huisarts kan dit het beste doen omdat hij de patiënt en de levensverwachting zeer goed kent. Screening bij mannen ouder dan 75 jaar is onvoldoende gekend. Er bestaat consensus om bij deze leeftijdscategorie screening af te raden.[22]

Er werden twee meta-analyses gevonden die een samenvatting gaven van de RCT's over screening op prostaatkanker.

De eerste meta-analyse van Ilic identificeerde vijf relevante studies. In totaal 341.342 deelnemers. Twee studies hadden een laag biasrisico. De overblijvende drie hadden meer methodologische zwaktes. Meta-analyse van alle vijf de geïncludeerde onderzoeken lieten zien dat er geen statistisch significante afname is in de prostaatkanker specifieke mortaliteit (risk ratio (RR) 1.00, 95% betrouwbaarheidsinterval (CI) 0.86 tot 1.17).[23]

Meta-analyse van de twee studies met het laagste biasrisico wezen niet op een significante afname in prostaatkanker specifieke mortaliteit (RR 0.96, 95% CI 0.70 tot 1.30).[23]

Alleen één studie (ERSPC) rapporteerde een significante relatieve afname met 21% van de prostaatkanker specifieke mortaliteit in een vooraf gespecificeerde subgroep. Deze resultaten werden vooral veroorzaakt door twee landen in de ERSPC studie die zeer hoge prostaatkanker mortaliteit rates hadden en ongebruikelijk grote afname benaderde. [23]

De ERSPC studie rapporteerde dat er 1055 mannen gedurende gemiddeld 11 jaar gescreend moeten worden om bij mannen van 55 tot 69 jaar één extra overlijden door prostaatkanker te vermijden.[23]

Nadelen zijn overdiagnose en schade door overbehandeling, inclusief vals-positieve PSA-testen, infecties, bloedingen en pijn door biopsie. Mannen moeten hierover geïnformeerd worden en de nadelen moeten uitgelegd worden als ze prostaatkankerscreening overwegen.[23]

Elke reductie in de prostaatkanker specifieke mortaliteit kan 10 jaar duren om te bewerkstelligen. Daarom moeten mannen met een levensverwachting van minder dan 10 tot 15 jaar geïnformeerd worden dat screening voor prostaatkanker waarschijnlijk geen nut heeft. Er waren geen studies die de onafhankelijke rol van screening door rectaal onderzoek onderzochten.[23]

De tweede meta-analyse van Djulbegovic includeerde zes RCT's met een totaal van 387.286 deelnemers. Screening was geassocieerd met een verhoogde waarschijnlijkheid om de diagnose prostaatkanker te ontvangen (relatieve risico 1.46, 95% betrouwbaarheidsinterval 1.21 tot 1.77; P<0.001). Er was geen significant effect van screening op het overlijden door prostaatkanker (0.88, 0.71 tot 1.09; P=0.25) of op totale mortaliteit (0.99, 0.97 tot 1.01; P=0.44). Alle trials hadden één of meer aanzienlijke beperkingen in methodologie. Geen enkele studie gaf informatie over de effecten van screening op de levenskwaliteit van mannen. Er werd weinig informatie geleverd over de mogelijke schade die geassocieerd is met screening. Er werd wederom geconcludeerd dat de bestaande evidentie uit RCT's niet het routinematig gebruik van PSA-screening ondersteunt. Dit onafhankelijk van het uitvoeren van een rectaal onderzoek.[24]

Wat betekent dit voor de praktijk?

Ondanks dat men zeer terughoudend is in het uitvoeren van vroegdiagnostiek is men zich bewust van het feit dat PSA screening frequent gebruikt wordt in de Vlaamse huisartsenpraktijken. Sommige mensen zullen er om blijven vragen en sommige artsen zullen het actief blijven aanbieden. Elke beslissing om met screening te starten of verder te gaan moet gebaseerd zijn op het bewustzijn van de patiënt over de mogelijke voor- en nadelen.[6,10,25]

Voor de vroegdiagnostiek zelf dient een rectaal onderzoek verricht te worden naast het bepalen van de PSA-waarde.[6,20]

Er dient te worden verwezen bij een vermoeden van een prostaatkanker. Als de PSA-waarde wordt bepaald moet men rekening houden met de verhoging van het PSA door prostatitis en een mogelijke verlaging van het PSA door gebruik van 5-alfareductaseremmers.[6] Er wordt geadviseerd om een PSA-staal binnen 16 uur in het laboratorium te bezorgen.[10]

Het is niet nodig dat huisartsen het onderwerp zelf ter sprake brengen maar als mannen vragen stellen over prostaatscreening is het nodig dat mannen volledig geïnformeerd worden over de mogelijke nadelen, risico's en onzekerheden van de test.[20]

In het algemeen wordt het afgeraden om bij mannen met een levensverwachting van minder dan 10 jaar aan algemene screening voor prostaatkanker te doen door middel van PSA. Dit betreft de mannen van boven de 69 jaar. Omdat hier de nadelen niet opwegen ten opzichte van de potentiele voordelen. [15,17-19]

Bij mannen met een levensverwachting langer dan 10 jaar wordt er aangeraden om als arts de PSA-test als prostaatscreening te bespreken met patiënten en te kijken of het zinvol is.[15,17-19] Men adviseert hierbij sterk 'shared decision making' voor deze leeftijdsgroep die overwegen om een PSA-screening te laten doen. Men dient de waarden en voorkeuren van de man te respecteren.[17,19]

Ook de Amerikaans urologen formuleerden een richtlijn met een aantal adviezen, vooral gericht per leeftijdsgroep. PSA screening wordt afgeraden bij mannen onder de 40 jaar. Voor mannen tussen de 40 en 54 jaar met een gemiddeld risico adviseert men geen routine screening. Voor mannen tussen de 55 en 69 jaar wordt er ingezien dat de beslissing om een PSA-screening te ondergaan afhankelijk is van het afwegen van de voordelen ten opzichte van de gekende potentiële nadelen geassocieerd met screening en behandeling.[18]

PSA waarde onder 1 en leeftijd > 60 jaar: zeer klein risico dat ooit een klinisch relevante prostaatkanker zal ontstaan. PSA waarde onder de 4: waarde is normaal en verder onderzoek en controle zijn niet nodig. PSA waarde boven de 4: verwijs naar uroloog, bij afwezigheid van aanwijzingen voor recente prostatitis. Het risico op kanker is vergroot maar bij 1 op de 5 patiënten is de uitslag fout-positief.[6]

De reductie van de prostaatkankermortaliteit 10 tot 14 jaar na PSA- screening is meestal zeer klein, ook voor mannen in de optimale range van 55 tot 69 jaar.[16]

De voornaamste complicaties zijn angstinductie en de bijwerkingen na een biopsie (1% hospitalisatie).[15,25]

Ook de bijwerkingen van de behandeling van de door screening ontdekte prostaatkanker is groot zonder enige zekerheid dat deze kanker later een klinische kanker zou worden. De voornaamste bijwerkingen zijn pijn, koorts, bloedingen, infectie, postoperatieve sterfte, postoperatieve cardiovasculaire incidenten, postoperatieve diep veneuze trombose en longembolie, postoperatieve erectiestoornissen en urine-incontinentie en darmongemakken na radiotherapie.[15-16,25]

Daarnaast is de kostprijs onredelijk hoog en een veelvoud van wat aanvaardbaar is als kostprijs voor een gewonnen levensjaar bij andere preventieprogramma's.[25]

Omdat het nu onmogelijk is om op een betrouwbare manier tumoren die indolent blijven te onderscheiden van deze die lethaal worden, worden veel mannen blootgesteld aan de bijwerkingen van behandeling voor prostaatkanker. Een kanker die nooit symptomatisch zou worden. De voordelen van PSA-screening voor prostaatkanker wegen niet op tegenover de nadelen/schade.[16]

Om de nadelen van screening te beperken kan een routinescreeningsinterval van twee of meer jaar geprefereerd worden in plaats van jaarlijks. Dit alleen bij mannen die deel willen nemen aan een test na 'shared decision making'. Vergeleken met de jaarlijkse screening wordt er verwacht dat screeningsintervallen van twee jaar de meeste voordelen bevatten en de overdiagnose en vals positieven reduceren.[18]

Bij wie is het zinvol een PSA-bepaling te doen?

Zoals eerder samengevat wordt bij mannen met een levensverwachting langer dan 10 jaar aangeraden om als arts de PSA-test als prostaatscreening te bespreken met patiënten en te kijken of het zinvol is. Men adviseert hierbij sterk 'shared decision making' en dient voort te gaan op de man zijn individuele waarden en voorkeuren.

Door sommige organisaties wordt periodiek onderzoek aanbevolen aan eerstegraads verwanten (vader en/of zonen) van patiënten met een hereditair prostaatcarcinoom (HPC), hoewel de effectiviteit hiervan niet is aangetoond. Omdat mannen met aspecifieke mictieklachten geen hoger risico op prostaatcarcinoom lopen dan mannen zonder deze klachten, geldt voor hen hetzelfde beleid.[6]

Het is moeilijk om PSA-screening aan te bevelen op basis van een verhoogd risico (familiale belasting en/of zwarte huidskleur) zonder bewijs van een gunstiger balans van risico's en voordelen. Een hogere incidentie van kanker zal leiden tot meer diagnoses en behandelingen. Mogelijk zonder een groter absolute reductie in sterfte. Daarom raadt Domus Medica de screening af bij mannen met een verhoogd risico. Enkel bij sterk verhoogde risico's, is een screening verdedigbaar.[25]

Het is niet ethisch om PSA screening aan te bieden door een (lokale) gemeenschap of door een werkgever.[25]

Volgens de Engelse CKS richtlijn wordt aangeraden om een PSA-test aan te bieden aan:

- Mannen ouder dan 50 jaar die er om vragen (na shared decision making)
- Mannen met onverklaarde symptomen die veroorzaakt kunnen worden door een lokaal gevorderde of metastatische prostaatkanker
- Mannen met obstructieve 'lower urinary tract symptoms' die veroorzaakt kunnen worden door benigne prostaatvergroting (veelvoorkomend) of door lokaal gevorderde prostaatkanker (zelden) [10]

Omdat PSA levels vaak verhoogd zijn wordt er geadviseerd om geen PSA test te doen in de:

- 6 weken na een prostaat biopsie
- 4 weken na een bewezen urineweg infectie (PSA-level kan voor vele maanden verhoogd blijven)
- 1 week na manueel rectaal onderzoek (alhoewel experts suggereren dat een voorzichtig rectaal onderzoek de PSA waarschijnlijk niet erg significant zal verhogen)
- 48 uur na energieke inspanningen
- 48 uur na ejaculatie[10]

Op welke manier kunnen patiënten het best gecounseld worden over de relevantie van de PSA-screeningstest?

In een richtlijn van NHG wordt geadviseerd om bij een verzoek om een PSA-test, aandacht te besteden aan de volgende informatie. Met een PSA-test kan inderdaad een relevante kanker gevonden worden met een mogelijk gunstige vroegtijdige behandeling maar de kans op een tumor die nooit relevant zal worden is 3 tot 4 x zo groot. Mictieklachten zijn geen reden voor een prostaatkanker. Bij mannen met een levensverwachting van minder dan 10 jaar heeft de behandeling van prostaatkanker geen invloed op de overleving of de kwaliteit van leven. Dit is een extra reden om van vroegdiagnostiek af te zien.[6] In Nederland wordt dit standpunt ondersteund door een artikel op de website www.thuisarts.nl.

Als er toch PSA-screening aangeboden wordt moeten artsen bereid zijn bij elke patiënt gedeelde besluitvorming te stimuleren en hiervoor voldoende tijd uit te trekken. Alleen zo kan elke patiënt een

weloverwogen keuze maken. Huisartsen moeten ondersteund worden om deze boodschap op een begrijpelijke wijze te kunnen overbrengen aan hun patiënten ook doormiddel van een beslissingshulp.[25]

Er wordt geadviseerd om aan mannen die een PSA test overwegen verschillende hulpmiddelen en online bronnen van informatie aan te bieden.[10]

Wat moet er geadviseerd worden over de voordelen en nadelen van een PSA-screeningstest? De mogelijke voordelen van een PSA-test zijn: het detecteren van een prostaatkanker vooraleer er symptomen ontwikkelen. Dit kan levensverlengend werken of complete genezing faciliteren.[10]

De nadelen van een PSA-test zijn onder andere een vals gevoel van geruststelling: een vals negatieve PSA test kan een vals gevoel van geruststelling geven. Ongeveer 15% van mannen met een negatieve PSA test hebben een prostaatkanker, alhoewel het niet bekend is welk deel van deze kankers klinisch evident zal worden. Daarnaast is er de onnodige angst; een vals positieve PSA test kan langdurig angstgevoelens te weeg brengen. Ongeveer 65% van de mannen met een positieve test hebben een negatieve prostaatbiopsie. Ook zijn er onnodige onderzoeken: Een positieve PSA-test kan leiden tot invasieve en dure onderzoeken zoals prostaatbiopsies en beeldvorming. Als de PSA test vals positief is of de prostaatkanker heeft geen klinische consequenties, dan zal onderzoek geen zinvolle informatie geven. Uiteindelijk ook onnodige behandeling: een positieve PSA-test kan leiden tot behandeling van traag groeiende prostaatkankers die nooit klinisch evident zouden worden tijdens de levensduur. Bijwerkingen van behandeling zijn frequent en ernstig. Zo zijn er urinaire incontinentie en seksuele disfunctie.[10]

Het wordt aangeraden om schriftelijke informatie in een begrijpelijke taal beschikbaar te stellen voor patiënten om het gesprek over de voor- en nadelen die bij een PSA-test horen te vergemakkelijken. Dit vooraleer er een 'routine' PSA-test aangevraagd wordt.[15]

Er wordt benadrukt dat sommige mannen nog steeds gescreend willen worden omdat ze meer waarde hechten aan de mogelijke kleine voordelen en minder waarde zien in de nadelen. In deze omstandigheden is 'shared decision' making zeer belangrijk om de keuze te maken in prostaatkanker-screening. De arts moet de voorkeuren van de patiënt ontdekken het shared decision making proces en ze moeten goed gedocumenteerd worden in het medische dossier. Het is belangrijk patiënten te onderwijzen en de conversatie op te slaan in het EMD.[17]

De richtlijn van de American Cancer Society adviseert voor asymptomatische mannen met een levensverwachting van meer dan 10 jaar de beslissing om te screenen af te laten hangen van 'shared decision making'. Prostaatkanker screening zou zelfs anders niet plaats moeten vinden zonder een geïnformeerd beslissingsproces. Mannen zouden deze informatie direct van hun zorgverleners moeten krijgen of zouden verwezen moeten worden naar betrouwbare en cultureel gepaste bronnen. Hulpmiddelen kunnen helpen in het voorbereiden van mannen om hun beslissing te nemen. Als mannen niet in staat zijn om te beslissen kan de beslissing om te screenen overgelaten worden aan de discretie van de zorgverstrekker die in de beslissing de informatie over de patiënt zijn algemene toestand en voorkeuren en waarden mee zou moeten nemen.[19]

Kernelementen van de informatieverstrekking om mannen te helpen bij hun beslissing zijn deze[19]:

- Prostaatkanker is een belangrijk gezondheids-topic voor mannen
- Screening met alleen een PSA-test of met zowel een PSA-test als een rectaal onderzoek detecteert kanker in een vroeger stadium dan als er geen screening wordt gedaan.
- Prostaatkankerscreening kan geassocieerd zijn met een verminderd overlijdensrisico door prostaatkanker. Maar de literatuur is niet eenduidig en experts zijn het oneens over de waarde van screening.

- Er zijn mannen bij wie een prostaatkanker ontdekt zal worden door screening. Het is nu niet mogelijk om te voorspellen of mannen een voordeel hebben bij behandeling. Sommige mannen die behandeld worden kunnen zo overlijden en ongemak vermijden wat veroorzaakt zou worden door prostaatkanker. Maar andere mannen die behandeld worden zouden overlijden door andere oorzaken dan hun kanker. Alvorens de kanker echt ernstig zou worden en deze hun gezondheid zou beïnvloeden en hun leven zou verkorten.
- Afhankelijk van de gekozen behandeling kan deze aanleiding geven tot urinaire, intestinale, seksuele en andere gezondheidsproblemen. Deze problemen kunnen belangrijk of minimaal zijn. Permanent of tijdelijk.
- PSA en PPA kan vals-positieve of vals-negatieve resultaten geven. Mannen zonder kanker kunnen een abnormale test hebben. Ze krijgen dan zo onnodig aanvullende onderzoeken. Vals-positieve testen kunnen een angstgevoel geven.
- Bij afwijkende PSA of PPA dient er een biopsie te gebeuren om te zien of er sprake is van kanker. Biopsies kunnen pijnlijk zijn en complicaties geven zoals infecties en bloedingen. Ze kunnen een klinisch significante kanker ook missen.
- Niet alle mannen waarbij een prostaatkanker wordt gevonden door screening hebben directe behandeling nodig. Maar ze kunnen het rechtvaardigen om periodiek bloedtesten te doen en biopsies uit te voeren om zo het toekomstige beleid te bepalen. [19]

Ook wordt er hier benadrukt dat een beslissing heroverwogen mag worden na nieuwe beschikbare literatuur die de voor- en nadelen veranderen en de risico's en onzekerheden over vroeg detectie. Zonder nieuwe informatie zou de beslissing periodisch herzien moeten worden omdat de man zijn gezondheidsstatus, waarden en voorkeuren kunnen veranderen over de tijd. [19]

Aan mannen die kiezen voor screening na het afwegen van de voor- en nadelen kan deze informatie meegegeven worden: [19]

- Screening wordt aangeraden met PSA en met of zonder een PPA.
- Screening moet jaarlijks voortgezet worden als het PSA groter is dan 2.5 ng/mL.
- Voor mannen met een PSA lager dan 2.5 ng/mL kan een screeningsinterval aangehouden worden van 2 jaar.
- Bij een PSA boven de 4.0 ng/mL wordt van oudsher aangeraden te verwijzen voor verdere evaluatie of een biopsie. Dit blijft een aannemelijke aanpak voor mannen met een gemiddeld prostaatkanker-risiso.
- Als het PSA tussen de 2.5 ng/mL en de 4.0 ng/mL is kunnen artsen een individuele risicostrategie overwegen. Dit omvat andere risicofactoren van prostaatkanker, vooral voor hooggradige prostaakanker. Hier kan biopsie wel aangeraden worden. Factoren die de kans op prostaatkanker vergroten zijn: Afro-Amerikaans ras, familiale belasting (prostaatkanker), ouderen en een abnormale PPA. Een voorgaand negatief biopt verlaagd het risico. Er zijn modellen beschikbaar om alle informatie in te voeren en het risico op een (hooggradige) prostaatkanker individueel te berekenen. [19]

Voor geïnformeerde beslissing (informed decision making) moet de patiënt:

1. Begrijpen wat de basisaspecten van prostaatkanker zijn en de rol van screening
2. De onzekerheden begrijpen en de risico's en mogelijke voordelen geassocieerd met de test en bij weigering van de test
3. Zijn voorkeuren en waarden over screening overwegen
4. Een manier van deelname kiezen die comfortabel is voor hem
5. Beslissing maken gebaseerd op zijn waarden en voorkeuren. [19]

'Shared decision making' is de verzameling van geïnformeerd een beslissing maken die uitgedragen wordt tussen de patiënt en de zorgverlener in een klinische setting. Gezien het gevoelige onderwerp heeft de zorgverlener een bepaalde belangrijke rol bij de keuze voor of tegen. Ten eerste kan deze

informatie verstrekken over de voordelen, beperkingen en onzekerheden van screening. Ten tweede kan hij helpen bij het ontdekken van de mening/waarde die mannen toekennen aan het screenen. Ten derde kan de zorgverlener helpen bij het integreren van de kennis omtrent de nadelen en de risico's van screening met hun waarde om zo een beslissing te maken. En uiteindelijk kunnen zelfs met adequate informatie sommige mannen beslissen een minder actieve rol aan te nemen en de beslissing om te screenen over te laten aan hun zorgverlener. [19]

De uitdaging om het voor elke man mogelijk te maken een geïnformeerde beslissing te nemen over screening kan afschrikwekkend zijn voor de zorgverstrekker. De grootste obstakels zijn hierbij tijdbeperking en de complexiteit van het onderwerp. Deze barrières dragen vermoedelijk bij aan de recente bevindingen in onderzoek waarbij werd gevonden dat prostaatkankerscreeningsgesprekken met patiënten niet overeenkwamen met de aanbevolen criteria voor 'shared decision making'. Omdat gesprekken niet gebalanceerd waren (predominant voordelen benadrukken). En ze stimuleerde mannen niet hun persoonlijke voorkeuren te bepalen. Wegens deze barrières kan een hulpmiddel een effectieve aanvulling zijn om geïnformeerd 'shared decision making' mogelijk te maken. [19]

Het ideale hulpmiddel moet gebalanceerde informatie verstrekken omtrent prostaatkankerscreeningsopties en recente informatie bevatten over voordelen en risico's, methodes om patiënt zijn waarden te verduidelijken en manieren suggereren om het te bespreken met zorgverleners. Een hulpmiddel kan op schrift, webversie of CD formaat. [19]

Meer kennis zorgt blijkbaar nog voor evenveel PSA-aanvragen. Dit bleek uit een Amerikaans onderzoek door Taylor. De tegenstellende aanbevelingen voor prostaatkankerscreening en de gemengde boodschappen die naar het publiek gecommuniceerd worden over prostaatkankerscreening en het nut maakt het zeer belangrijk om mannen te assisteren in hun geïnformeerde beslissing.[28]

De effectiviteit van twee verschillende hulpmiddelen (om mannen te helpen bij hun keuze omtrent prostaatkankerscreening) werd beoordeeld. Een diverse groep van 1893 mannen tussen de 45 en 70 jaar uit drie plaatsen werden geïnterviewd door de telefoon op 0, 1m en 13 maanden tussen 2007 en 2011. Ze werden in drie groepen verdeeld. Ze kregen respectievelijk informatie op schrift, informatie op een website of 'usual care'. Er werd gekeken tijdens dit jaar of de kennis over prostaatkanker toenam. Of de mannen tevreden waren over hun beslissing om te testen en of ze daadwerkelijk een prostaatscreeningstest hebben laten uitvoeren.[28]

De kennis over PSA en kanker nam in beide geïnformeerde groepen significant toe vergeleken met de 'usual care' groep. Maar het was niet indrukwekkend. In de print en websitegroepen hadden mannen vaker een goed gevoel over de manier waarop de beslissing om al dan niet te screenen tot stand was gekomen. Tussen de mannen met de papier en de website bleek geen verschil. Na 1 jaar bleek het aantal mannen dat zich het afgelopen jaar echt had laten testen gelijk in de drie groepen. Een eenvoudig papiertje blijkt evengoed als de website om te informeren.[28]

Vooraanstaande organisaties bevestigen het belang van een geïnformeerd beslissingsproces voor prostaatkankerscreening. Wij benoemen de rapporteringen van huisartsen over de gesprekken voor screening over de mogelijke voor en nadelen. Er werden vragenlijsten rondgestuurd naar leden van het Amerikaanse huisarts researchnetwerk. Er werd gekeken naar de stijl om de voor- en nadelen van een PSA- test te bespreken en een aanbeveling te doen of patiënten zelf laten kiezen. Ten tweede werd er gekeken naar de eigen overtuigingen van dokters over prostaatkankerscreening.[29]

246 volledige vragenlijsten werden teruggestuurd. Dokters die de voor- en nadelen met hun patiënten bespraken en hierna de patiënten zelf lieten kiezen (47,7%) waren meer geneigd om te

geloven dat wetenschappelijk bewijs het screenen niet ondersteund, en dat patiënten op de hoogte gebracht moeten worden over het gebrek aan evidentie en dat patiënten het recht hebben om de beperkingen van screening te weten.[29]

Zorgen over medicolegale risico's bij het afzien van de screening komen meer voor bij dokters die de voor- en nadelen bespraken en screening aanbevolen dan onder dokters die screening bespraken en hun patiënten lieten kiezen.[29]

Er werd geconcludeerd dat veel van de variabiliteit tussen doktersgebruik van een 'informed decision making'-proces toegeschreven kan worden door eigen ideeën over screening. Bezorgdheden over medicolegale risico's blijven een belangrijke barrière voor 'shared decision making'. [29]

In een onderzoek onder 1960 mannen tussen 40 en 75 jaar in 11 huisartsenpraktijken in Engeland en Wales bleek dat de kennis over PSA sterk toenam na het krijgen van evidence-based informatie daarover. De kennisscore (range 0 tot 12) bij mannen die informatie ontvingen verschilde statistisch significant van die bij mannen die geen informatie ontvingen (mediaan 9 versus 3). De houding ten aanzien van het gebruik van de PSA-meting (gemeten in een balansscore tussen voor- en nadelen) was negatief (nadelen wegen zwaarder dan voordelen) bij mannen die informatie ontvingen en positief bij de controlegroep. De intentie om in het jaar na het onderzoek de PSA-meting te ondergaan verschilde echter niet relevant tussen de groepen (25,6% in interventiegroep en 29,1% in controlegroep).[30]

Inzet van internet om te helpen bij de besluitvorming verlaagde wel de kans dat mannen een PSA-bepaling lieten verrichten. Deze toepassing werd in een Brits gerandomiseerd onderzoek onder 514 mannen in de huisartsenpraktijk - vergeleken met schriftelijke informatie of geen informatie (maar wel een vragenlijst) over het onderwerp. De kennis over het onderwerp nam toe in beide informatiegroepen en waren minder geneigd om voor een PSA test te kiezen.[31]

In een recent artikel werd echter gesuggereerd dat het bespreken van de voor- en nadelen van PSA-screening meer aanvragen tot gevolg heeft dan het direct honoreren van een screeningsverzoek bij mannen ouder dan 70 jaar. Men onderzocht gegevens uit 2005 en 2010 van patiënten ≥ 40 jaar. Ze keken naar het aantal PSA-aanvragen, in het bijzonder naar die onder mannen ≥ 70 jaar. Verder vroegen ze naar de bespreking met de patiënt van:

- de voordelen van screening
- de nadelen ervan
- wetenschappelijke onzekerheid van specialisten omtrent PSA-screening.

In 2005 werd bij 26,3% van mannen ≥ 40 jaar een PSA-bepaling gedaan. In 2010 was dit 27,5%. Bij mannen van 70-74 was dit bij bijna de helft (49%), zowel in 2005 als in 2010. Samen met de gegevens uit 2010 van mannen ≥ 70 jaar werden de eerder genoemde variabelen in kaart gebracht. Bij 44,1% werd een PSA-bepaling gedaan. Bij 41,7% van de gescreende mannen werd gesproken over de voordelen ervan. Bij 20,1% over de nadelen en bij 15,1% kwam de wetenschappelijke onzekerheid aan de orde.[32]

Wanneer de voordelen aan bod kwamen, resulteerde dat bij 57,4% in een PSA-bepaling. Kwamen zowel de voordelen als de nadelen aan de orde, dan werd bij 55,9% een PSA bepaald. Bij een vraag om PSA-screening zonder verdere discussie volgde bij 34,3% een bepaling. Het al of niet bespreken van de wetenschappelijke onzekerheid van specialisten over PSA-screening maakte geen verschil in het aantal PSA-bepalingen.[32]

1.4. Nut van literatuurstudie voor het kwaliteitsverbeterend project

De resultaten uit de literatuurstudie werden doorgenomen en besproken met beide artsen van de praktijk. Het resultaat werd gebruikt voor het verbeteren van de counseling. Daarnaast moesten de belangrijkste zaken zeker terugkomen in de praktijkfolder.

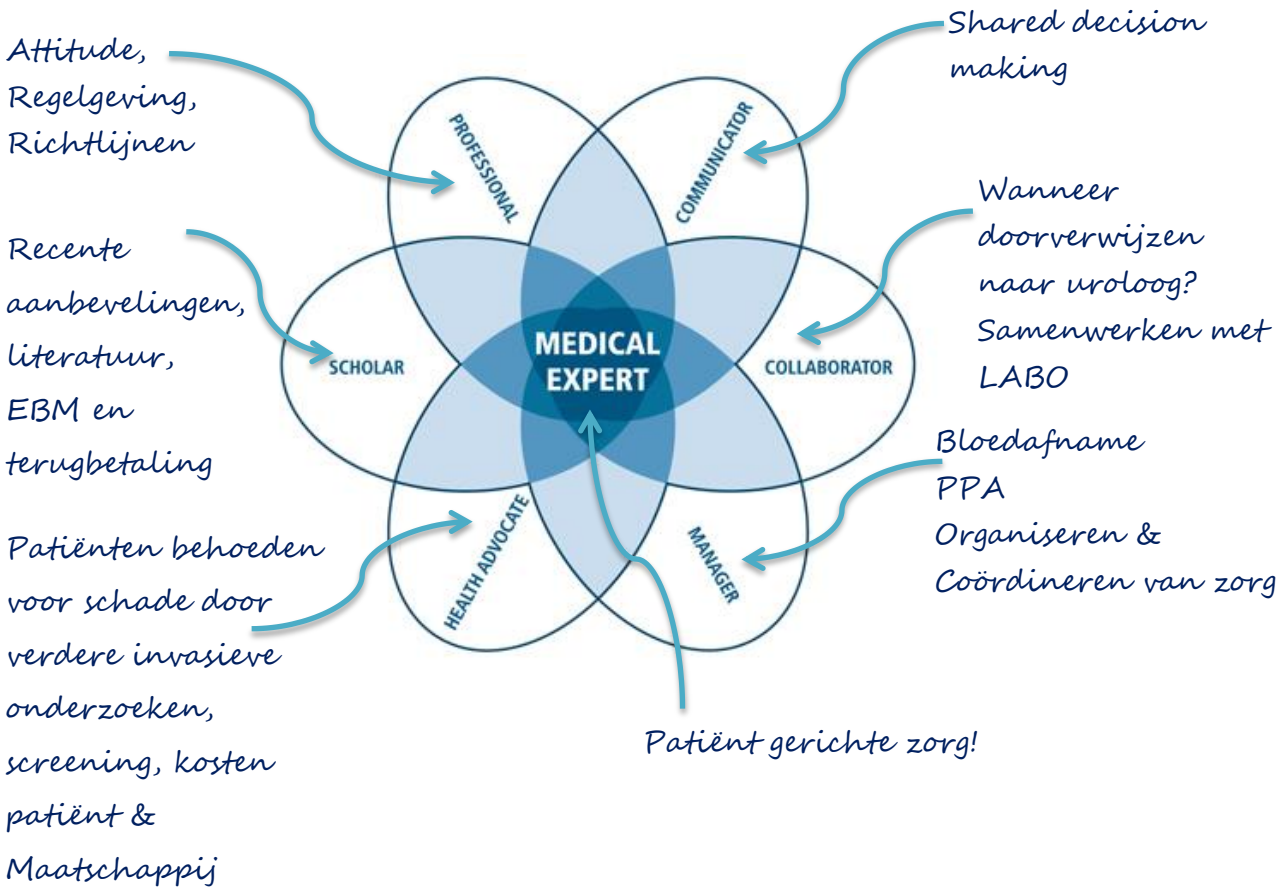
Stap 2: Organise

In de opleidingspraktijk werken twee artsen (één huisarts en één huisarts in opleiding) en één verpleegkundige/secretaresse. De huisartsopleider werkt 17 jaar in deze solopraktijk. De huisarts in opleiding is sinds augustus 2012 begonnen met de opleiding en was de tweede HAIO in deze huisartspraktijk.

Tijdens de overlegmomenten met mijn praktijkopleider hebben we meerdere onderwerpen besproken. Ik heb toen ook het onderwerp prostaatkankerscreening ter sprake gebracht. Het is een erg veelzijdig thema en is echt eerstelijns. Het is een onderwerp dat zowel voor patiënten als artsen interessant is en dat op verschillende niveaus bekeken kan worden (bio-psycho-sociaal). Ook kunnen er veel vaardigheden van verschillende CanMEDS-rollen[33] in belicht worden kwam tijdens een leeragenda-gesprek ter sprake.

Ik was van mening dat dit zeker een thema was waarbij we wat konden verbeteren in onze praktijk tijdens een twee jaar durend traject, het was duidelijk afgebakend. Ik vond het vooral een uitdaging dat het echt een verbetering zou kunnen worden waar de praktijk later nog iets aan zou kunnen hebben. Tijdens de gesprekken heb ik zo ook mijn praktijkopleider kunnen enthousiasmeren voor het onderwerp. We waren vooral erg benieuwd wat patiënten van de huidige gang van zaken omtrent de PSA bepaling vonden.

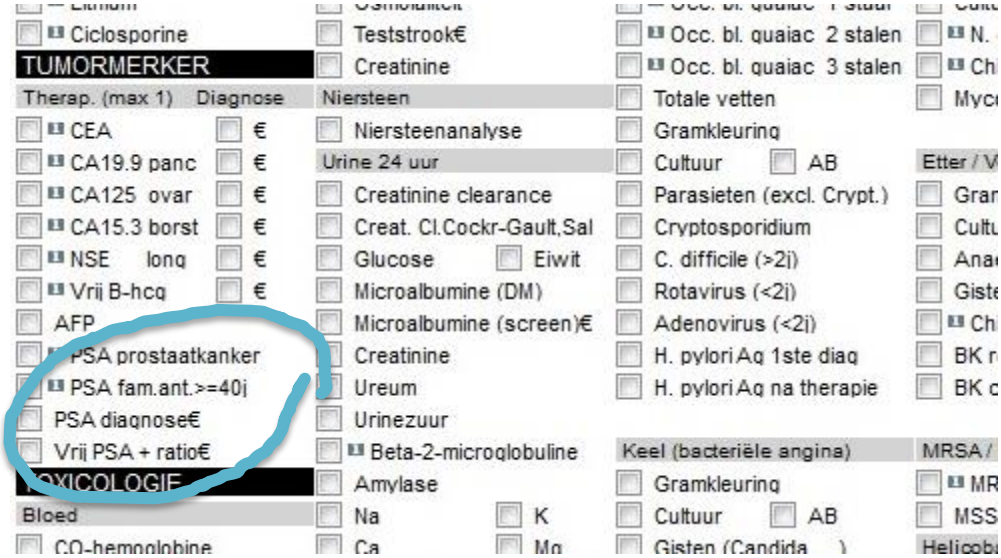
Figuur 1: CanMEDS roles[33] met hersenspinsels PO & HAIO



Stap 3: Clarify

Er werd gekeken naar het aantal aangevraagde PSA-testen in onze huisartspraktijk. Dit werd gedaan door de aangevraagde PSA-testen op te vragen bij het laboratorium waar we mee samen werken. Bij het aanvragen van een PSA test kan een arts kiezen uit vier verschillende mogelijkheden op het aanvraagformulier van het laboratorium (Figuur 1).

Figuur 1: PSA test op Aanvraagformulier labo



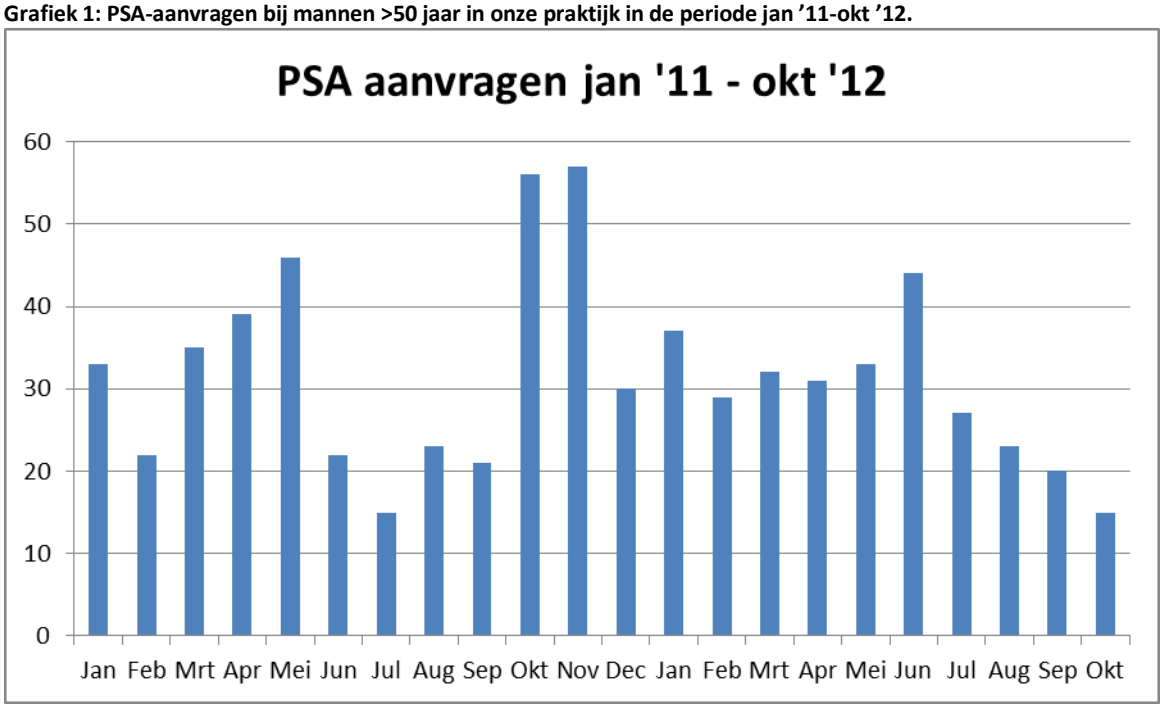
Het laboratorium was in staat om een lijst te reproduceren over de periode van januari 2011 tot en met oktober 2012. De resultaten van het laboratorium zijn weergegeven in dezelfde verschillende categorieën (Tabel 1). In totaal werden er in deze periode 776 PSA aanvragen gedaan door onze praktijk.

Tabel 1: Situatie in praktijk bij aanvang van project

Soort PSA aanvraag	Aantal
Blanco	12
Opvolging van een gekende prostaatkanker	61
Opsporing bij mannen ouder dan 40 jaar met familiale antecedenten van prostaatkanker, gediagnosticeerd vóór de leeftijd van 65 jaar	3
Man ouder dan 50 jaar, geen terugbetaling	690
- *Patiënten 596*	
- *Herhaaldelijke PSA aanvragen 94*	
Vrij PSA + ratio	0
Totaal	766

Onze hele praktijk populatie bestaat uit 3263 patiënten. 672 mannen zijn boven de 50 jaar. Dit is 20,6% van onze volledige praktijkpopulatie.

Grafiek 1: PSA-aanvragen bij mannen >50 jaar in onze praktijk in de periode jan '11-okt '12.



Ik focus in dit onderzoek op de PSA-test als onderdeel van prostaatkankerscreening. In totaal zijn er in deze periode 690 aanvragen bij mannen ouder dan 50 jaar. Gemiddeld werden er 31 PSA aanvragen per maand aangevraagd in onze praktijk in deze periode (Grafiek 1). Het gaat hierbij om 596 individuele mannen waarbij in deze periode in ieder geval één PSA test werd afgenomen. Bij een aantal mannen werd twee of zelfs meer keer hun PSA getest (n=94) . Volgens de contactregistratie in het programma Medidoc kwamen er in deze periode 639 mannen ouder dan 50 jaar in onze praktijk op consultatie. Dit is 93% van de mannen ouder dan 50 jaar die we op de raadpleging zagen.

Er is geen terugbetaling voorzien voor (routinematige) PSA-screening van mannen ouder dan 50 jaar. Daarnaast werd dit in de literatuur ook niet bekrachtigd. De 690 PSA-aanvragen in deze patiëntengroep zijn op zich dus al erg veel, op 18 maanden tijd. Daarnaast wordt het meermaals controleren van een PSA waarde in deze patiëntengroep ook niet aangeraden, laat staan met een interval van 18 maanden. De 94 herhaaldelijke PSA-testen zijn dus eigenlijk onnodig.

Dit toont aan dat er in deze praktijk te veel (herhaaldelijke) PSA-aanvragen gebeuren en dat er ruimte is voor verbetering in de screening naar prostaatkanker.

Stap 4: Understand proces and uncover problems: Analyse van de problemen

4.1. Selecteren van patiëntenpopulatie

Doelgroep

Het gaat hierbij om Nederlandssprekende mannen vanaf vijftig jaar zonder klachten bij wie een PSA-test werd aangevraagd tijdens de laatste twee jaar door een arts uit onze praktijk.

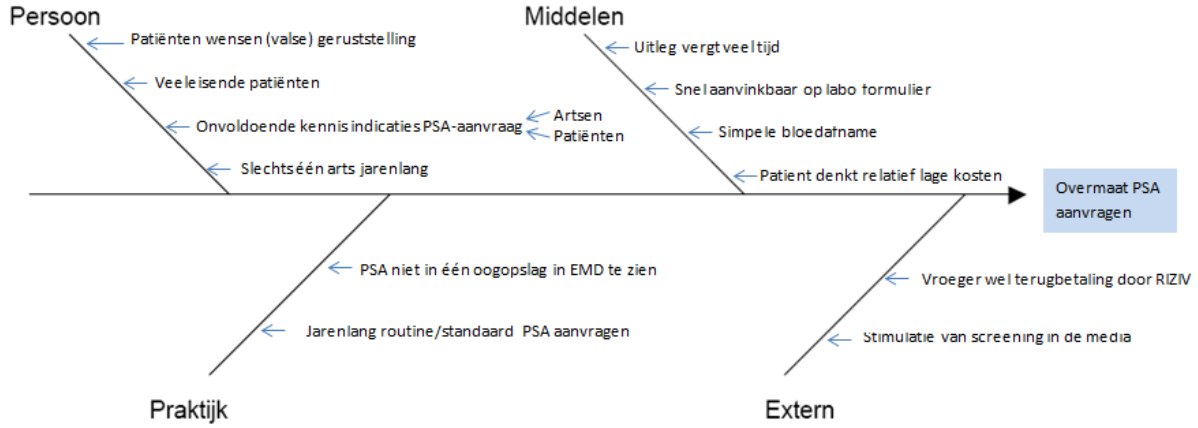
Exclusiecriteria

Het gaat om screening dus er mag geen sprake zijn van een maligniteit- of andere aandoening van de prostaat in de voorgeschiedenis. We excluderen mannen die niet Nederlandssprekend zijn of die cognitief gezien niet in staat zijn om de vragenlijst in te vullen.

4.2. Barrières van medewerkers

Tijdens een overlegmoment met de praktijkopleider en de HAIO werd besproken wat de mogelijke redenen konden zijn van deze overmatige aanvraag van PSA-testen. Waarom werd het beeld van terughoudend te zijn met PSA testen in de literatuur niet in de praktijk toegepast? Zowel de praktijkopleider als de HAIO konden hun ideeën nu samen weergeven door een visgraatanalyse in het Ishiwaka diagram (Figuur 2). Dit is een hulpmiddel om een kwaliteitsprobleemsituatie te kunnen analyseren.

Figuur 2: Visgraatdiagram met knelpunten in de praktijk



Er zijn meerdere redenen waarom het aanvragen van PSA testen in deze praktijk zo veelvuldig voorkomt. Een belangrijke oorzaak is dat er met één solo arts en een groot patiëntenbestand jarenlang weinig tijd en ruimte was voor nieuwe praktijk verbeterende projecten. De vorige huisarts was hier 40 jaar werkzaam. De laatste vijf jaar is deze praktijk echt overgenomen door de praktijkopleider. Een belangrijke reden voor het aanvragen van de test is hier routine. Deze test was al jaren een standaardtest in deze praktijk. Het was voor de artsen niet altijd duidelijk wat de indicaties voor een PSA test waren. Ook de kennis bij patiënten is dikwijls ver te zoeken. Patiënten zijn hier veeleisend en wensen (valse) geruststelling ondanks uitleg van de arts.

Een organisatorische reden is dat de (aangevraagde) PSA waarden nergens direct in één oogopslag te zien zijn in het Elektronisch Medisch Dossier. De artsen moeten telkens handmatig op zoek in alle

vroegere bloedresultaten om te kunnen zien of er ooit een PSA waarde is aangevraagd en wanneer deze werd uitgevoerd. Dit vraagt veel tijd tijdens het consult.

Ook het informeren van patiënten over de mogelijke voor- en nadelen vergt veel tijd. Daartegenover staat dat het afnemen van bloed en het aanvinken van de PSA- waarde op het labo-formulier vaak sneller geregeld is. Het feit dat er geen terugbetaling meer is schrikt maar weinig patiënten af om zich te laten testen.

Het is voor mensen moeilijk te begrijpen dat deze test vroeger wel terugbetaald werd door het RIZIV. Media benadrukken veelvuldig het belang van screening in het algemeen. Het wordt gepresenteerd als iets met alleen maar voordelen; iets wat noodzakelijk is en iets wat gestimuleerd dient te worden. Alle mogelijke nadelen en gevolgen van prostaatkankerscreening worden weinig belicht of zijn moeilijk te begrijpen.

4.3. Indicatoren voor kwaliteitsverbetering

De belangrijkste indicator voor kwaliteitsverbetering in dit project is een afname in het aantal PSA-aanvragen (uitkomstindicator). Maar daarnaast ook een verbetering van de counseling bij de afname. Er wordt naar de outcome gekeken van de vragenlijst en van het aantal PSA aanvragen.

Bij de outcome van de vragenlijst wordt gekeken naar de kennis en meningen van patiënten omtrent PSA-aanvragen in de huisartspraktijk. Wat vinden patiënten van de situatie in onze huisartspraktijk en wat verwachten ze (patiënten tevredenheid)?

Als tweede outcome-indicator bekijken we het aantal effectief aangevraagde PSA-testen ten opzichte van het aantal door de patiënt gevraagde testen. Hoeveel mensen konden we doen afzien van het testen van de PSA?

Stap 5: Start: Plan- Do- Check

5.1. Plan: Plannen van de actie

De actie is over twee periodes verspreid. In de eerste periode (oktober 2013-half januari 2014) willen we van patiënten weten wat hun kennis is omtrent de PSA-aanvragen in de huisartspraktijk. Daarnaast willen we weten wat ze van de situatie in onze huisartspraktijk vinden en wat ze verwachten. Hier proberen we met de vragenlijsten een antwoord op te krijgen. Deze periode werd gekozen omdat er dan een groot deel van de doelpopulatie onze praktijk bezoekt voor het krijgen van een griepvaccinatie.

We hebben gekozen om een anonieme vragenlijst persoonlijk aan de patiënten mee te geven om zo veel mogelijk respons te krijgen. Patiënten krijgen dan een bundeltje met een envelop, een informatiebrief met informed consent en de vragenlijst (Bijlage 1). Deze bundel werd ingediend en goedgekeurd door het Comité voor medische ethiek van de Universiteit Antwerpen op 6 mei 2013 (registratienummer: B300201317502). Deze bundeltjes hebben we daarna afgedrukt en klaargemaakt zodat deze van te voren klaar liggen voor gebruik. Er werd besloten om uit te gaan van 100 bundeltjes (±€ 35,=).

Zoals eerder uitgelegd beschikten we via het laboratorium over een lijst met patiënten ouder dan 50 jaar bij wie we in de afgelopen 18 maanden een PSA-test ter screening aanvroegen. Uit deze lijst selecteerden we de doelgroep mannen om de vragenlijsten in te vullen. Patiënten waarbij een PSA test is aangevinkt voor het opvolgen van een maligniteit werden geëxcludeerd. Beide artsen hadden de lijsten met geïncludeerde patiënten ter beschikking. In totaal kwamen 383 patiënten in aanmerking voor het invullen van een vragenlijst.

De resultaten uit de literatuurstudie en vragenlijst gebruiken we bij het maken van een praktijkfolder.

In de tweede periode (eind januari-maart 2014) wilden we evalueren wat het effect is van de verbeterde counseling (met folder) in de onze praktijk. Werd er meer counseling gedaan en hoeveel mensen zagen af van een PSA test na onze verbeterde counseling? Hoeveel PSA testen werden er nog aangevraagd? Hiervoor vullen beide dokters in de praktijk zelf schriftelijk een schema in bij elke man die over een PSA aanvraag begint. Deze schema's werden van te voren voor beide artsen afgedrukt.

5.2. Do: Uitvoeren van de actie

5.2.1 Vragenlijst

Tijdens de consultatie wordt door beide artsen bij alle mannen ouder dan 50 jaar gekeken of ze op de lijst met geïncludeerden staan. Deze mannen kwamen in aanmerking voor het invullen van een vragenlijst.

Patiënten werden dus persoonlijk uitgenodigd door de dokters tijdens de consultatie. Er werd mondeling uitgelegd aan patiënten wat het praktijkonderzoek inhield. Daarnaast is deze informatie nog eens schriftelijk terug te vinden in het bundeltje met de informatiebrief. Ook werd benadrukt dat het onderzoek anoniem was maar dat het bij deelname noodzakelijk was om de informed consent te ondertekenen.

De ingevulde vragenlijst met ondertekende informed consent mocht in de blanco envelop terugbezorgd worden aan de praktijk (direct aan dokters, secretaresse of anders in de brievenbus).

5.2.2 Praktijkfolder

De belangrijkste resultaten uit de literatuurstudie en vragenlijsten moeten dus zeker terugkomen in de folder.

5.2.3 Verbeterde begeleiding bij de PSA-test

Tijdens de tweede periode includeerden we de mannen, ouder dan 50 jaar, die tijdens de consultatie zelf vroegen naar een PSA afname. We probeerden deze mannen onmiddellijk een goede counseling te geven over de PSA-test en we gaven hen desgewenst de praktijkfolder mee. We probeerden de beweegredenen van deze patiënten te achterhalen en noteerden deze na de consultatie in een schema. Aanvullend noteerden we of de arts begeleiding gaf bij de PSA test en waarom dit wel of niet ging. Uiteindelijk vulden we in of de patiënt afzag van de PSA test of toch afname wenste. Zo kregen we uiteindelijk van beide artsen een lijst met aangevraagde PSA testen in die periode.

5.3. Check: Evaluatie van de actie

5.3.1 Resultaten van de vragenlijst

In totaal zagen beide dokters in deze periode 426 mannen die voldeden aan de inclusiecriteria. Via de analyse van de patiëntencontacten in het softwareprogramma van ons EMD (Medidoc) zagen we dat de meerderheid van de mannen (n=262) werden gezien door de PO tegenover de HAIO (n=164).

Er werden in totaal 68 (16%) vragenlijsten meegegeven aan mannen die voldeden aan de inclusiecriteria. De praktijkopleider gaf hierbij 36 vragenlijsten mee en de HAIO gaf er 32 mee. Hiervan werden uiteindelijk 63 volledig ingevulde lijsten terug bezorgd.

Achtergrondgegevens

De gemiddelde leeftijd van deze mannen bedroeg 65 jaar (52-78 jaar).

Van de 63 mannen gaven 10 mannen aan de ze ooit een te hoge PSA waarde hadden gehad. Ongeveer de helft (n=29) dachten altijd een normale PSA gehad te hebben. Opvallend is dat een groot deel van de mannen (n=23) niet eens wist of ze al dan niet een verhoogde PSA-waarde hadden gehad.

Ongeveer één op vier (n=15) had ooit een prostaataandoening gehad. Tweederde van de mannen (n=40) wisten zeker van niet en de rest van de mannen (n=8) wist hier geen antwoord op.

Eén iemand had de diagnose prostaatkanker gekregen en valt dus op zich niet meer onder de normale screeningspopulatie. Bijna alle mannen (n=57) gaven aan nooit een kwaadaardigheid van de prostaat te hebben gehad.

Er waren 6 mannen die in de familie iemand hadden met een prostaatkanker ontdekt voor de leeftijd van 65 jaar. 50 mannen kenden zo niemand in de familie.

Tabel 2: Resultaten vragenlijst; Achtergrondgegevens

	Ja	Nee	Ik weet het niet	Blanco
Ooit een te hoge PSA	10	29	23	1
Ooit een aandoening (infectie, goedaardige vergroting) van de prostaat	15	40	6	2
Diagnose prostaatkanker	1	57	5	0
Familiaal prostaatkanker < 65 jaar	6	50	6	1

Kennis omtrent PSA

Het valt op dat de meerderheid van de mannen (n=37) niet wist wat een PSA-test betekende.

De helft van de mannen (n=30) denkt dat de PSA zal stijgen met de leeftijd maar de andere helft (n=30) heeft hier geen antwoord op.

Het grootste deel van de mannen (n=42) dacht dat PSA bepaling een manier is om te zien of er prostaatkanker is. Opvallend is dat ongeveer de helft van de mannen wel dacht dat een verhoogd PSA niet automatisch betekent dat er sprake is van prostaatkanker. Eénderde van de mannen denkt echter dat een normale PSA waarde een prostaatkanker uitsluit. Heel wat mannen weten niet wat het testresultaat betekent voor hun gezondheid.

Een verhoging van het PSA kan ook bij andere (prostaat)aandoeningen voorkomen. Eénderde van de mannen dachten dat dit inderdaad klopte maar de meerderheid wist geen antwoord op deze iets moeilijkere vraag.

De overgrote meerderheid weet niets over terugbetaling van de test bij prostaatkanker in de familie (gediagnosticeerd voor de leeftijd van 65 jaar) of over terugbetaling van de test bij een eigen voorgeschiedenis van prostaatkanker.

Het is opmerkelijk dat het overgrote deel van de mannen direct instemt tot aanvullend onderzoek als de PSA verhoogd zou zijn.

Tabel 3: Resultaten vragenlijst; Kennis omtrent PSA

	Ja	Nee	Ik weet het niet	Blanco
Correcte betekenis PSA	16	9	37	1
Stijging van PSA waarde met leeftijd	30	2	30	1
PSA bepaling is een manier om te zien of er prostaatkanker is	42	6	12	3
Verhoging PSA betekent prostaatkanker	12	28	23	0
Normale PSA betekent geen prostaatkanker	21	14	26	2
Verhoging PSA kan ook bij andere (prostaat)aandoeningen	22	5	36	0
1x/j terugbetaling als PK <65 jaar in familie	1	8	51	3
2x/j terugbetaling bij voorgeschiedenis PK	4	4	49	6
Bereid tot aanvullend onderzoek als PSA verhoging	50	1	7	5

Screening en diagnose

Eénderde van de mannen gaf aan dat er enkele vragen waren gesteld omtrent prostaatklachten. Ongeveer de helft van de mannen dacht dat er een PSA aanvraag was uitgevoerd. Ook een urine onderzoek gebeurde bij de helft van de mannen. Een klein deel gaf aan dat er een abdominaal onderzoek uitgevoerd was. Bij 14 mannen werd de prostaat manueel gevoeld door het uitvoeren van

een rectaal onderzoek. Bij 10 mannen gebeurde een echo van de prostaat en bij 17 mannen zelfs een verwijzing naar een uroloog.

Vier mannen gaven aan dat er andere onderzoeken hadden plaatsgevonden. Namelijk onderzoek van zaadleider, teelbal of biopsies en kijkoperatie.

Tabel 4: Resultaten vragenlijst; screening en diagnose

Uitgevoerde interventies ter screening	
Enkele vragen over prostaatklachten	21
Buikonderzoek	7
PPA	14
PSA test bloed	35
Urineonderzoek	32
Echo prostaat	10
Verwijzing uroloog	17
Anders, namelijk: - zaadleiders - teelbal - biopsie - kijkoperatie blaas+prostaat	4
Blanco	14

Mening over de aangevraagde onderzoeken

De helft van de mannen vindt dat er juist genoeg onderzoeken gebeurd zijn. Twee mannen vinden van niet en gaven als mogelijke suggestie voor de huisarts het uitvoeren van een PPA. Drie mannen dachten dat er bij hun nog niks onderzocht was of vertrouwen bij het aanvragen van onderzoeken volledig op hun huisarts. De andere helft van de mannen laat deze vraag open.

Tabel 5: Resultaten vragenlijst; mening over de aangevraagde onderzoeken

Suggesties van patiënten		
Niet voldoende onderzoek	2	PPA
Niet voldoende onderzoek, elders onderzocht	0	
Te veel onderzocht	0	
Juist voldoende onderzocht	32	
Anders	3	Nog niks gebeurd, vertrouwt op huisarts bij aanvragen onderzoeken, wist niks van PSA aanvraag in verleden.
Blanco	26	

Mening over informatie

Slechts 13 mannen ontvingen geen informatie over de PSA test voor deze werd afgenomen. Drie mannen hadden echter behoefte aan extra informatie en gaven suggesties als informatie over PSA en informatie over een mogelijke prostaatvergroting na een operatie.
Het is interessant dat 19 mannen deze vraag toch open laten en dus geen antwoord gaven.

Tabel 6: Resultaten vragenlijst; mening over informatie

HA heeft geen informatie gegeven over PSA voor de afname	13
HA heeft voldoende informatie gegeven over PSA voor de afname	28
Na de informatie van de HA is de test afgenomen	22
Na de informatie van de HA is de test niet afgenomen	0
HA heeft voldoende informatie gegeven over de betekenis van de uitslag	14
Behoefte aan informatie *Suggesties:* *PSA (2x)* *Kan prostaat na operatie opnieuw vergroten?*	3
Blanco	19

Verwachtingen omtrent beleid

De helft van de mannen vindt de PSA test een standaardtest is bij de huisarts. De meerderheid, 47 mannen, vindt dat de test zeker jaarlijks moet gebeuren.

Eénderde gaf aan waarschijnlijk ongerust te zijn als er in de toekomst geen PSA test meer zal gebeuren. Zeven mannen lieten deze vraag open.

Tabel 7: Resultaten vragenlijst; Verwachtingen omtrent beleid

PSA bepaling is standaardtest voor de huisarts	34
PSA bepaling jaarlijks	47
Ongerustheid als huisarts in toekomst geen PSA test meer zou doen.	22
Blanco	7

5.3.2 Resultaat van de praktijkfolder

De resultaten uit de literatuurstudie en vragenlijsten werden dus meegenomen bij het optimaliseren van een praktijkfolder.

Ik heb gekozen voor een lay-out die past bij de praktijkstijl. Daarnaast is het voordelig als het niet gevouwen moet worden en snel afgedrukt kan worden om mee te geven aan patiënten. Deze opzet is simpel te maken met Word-software en kost weinig tijd en geld.

Het werd ons al snel duidelijk door de literatuurstudie dat er al zeer goed onderbouwde Nederlandstalige informatie beschikbaar is voor patiënten omtrent de PSA-test. Het betreft hier de NHG-informatie op de patiënten-website Thuisarts.nl[34].

De tekst in de praktijkfolder is overgenomen van de thuisarts-website maar deels ingekort en taalkundig aangepast voor onze (Vlaamse) patiëntenpopulatie.

Het uiteindelijke ontwerp is te zien in Bijlage 2. Om na te gaan of een folder van voldoende kwaliteit is kan deze getoetst worden aan de hand van de EQIP(Ensuring Quality Information for Patients)-vragenlijst[35]. Dit is een instrument om te testen of de folder van voldoende kwaliteit is.

Door een aantal vragen over de folder in te vullen kan een score uitgerekend worden die de kwaliteit weergeeft.

Volgens deze berekening heeft onze folder een EQIP-kwaliteitsscore van 79% (Bijlage 3), wat overeenkomt met de categorie: goed geschreven met hoge kwaliteit. Dit is een zeer goed resultaat waaruit we kunnen besluiten dat het een goede folder is en we deze dus kunnen gebruiken bij het praktijk verbeterende project.

5.3.3 Resultaten van de verbeterde begeleiding bij de PSA-test

In totaal zagen beide dokters in deze periode 295 mannen boven de 50 jaar. 248 mannen werden gezien door de praktijkopleider en 47 mannen werden gezien door de HAIO. Dit konden we achterhalen door de patiëntencontacten op te zoeken in het softwareprogramma van ons EMD (Medidoc). In totaal vroegen 24 mannen naar het afnemen van een PSA test. Er kwamen hiervan 7 mannen bij de HAIO en 17 mannen bij de praktijkopleider.

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de mannen was 66 jaar. De jongste was 42 jaar en de oudste was 86 jaar.

De jongste man van 42 jaar valt dus eigenlijk in de categorie met familiale belasting en is dus niet boven de 50 jaar en niet algemene screeningspopulatie.

Reden van patiënt voor PSA test

De meest voorkomende reden voor een PSA test was bij deze 24 patiënten ongerustheid (n=9). Op de tweede plaats kwam een voorgeschiedenis met prostaatkanker (n=6). Vijf mannen stonden op een PSA test omdat deze routinematig altijd gecontroleerd werd en ze dit ook nu wensten.

Zoals eerder aangegeven was er één iemand met een familiale prostaatkanker voor de leeftijd van 65 jaar. Twee mensen wilde hun PSA laten testen wegens een voorgeschiedenis van een te grote goedaardige prostaat. Eén iemand wilde dit op vraag van de uroloog.

Tabel 8: Resultaten verbeterde counseling; Redenen voor PSA test

Redenen	
Familiale prostaatkanker gediagnosticeerd vóór de leeftijd van 65 jaar	1
Ongerustheid	9
Voorgeschiedenis BPH	2
Voorgeschiedenis Prostaatkanker	6
Op vraag van uroloog	1
Routinetest bij patiënt	5
Totaal	**24**

Counseling

Aan 15 mannen werd duidelijke informatie meegegeven door de artsen omtrent de PSA test en de mogelijke voor- en nadelen. Dit werd nog eens benadrukt door het meegeven van een folder. Bij negen mannen is de counseling er bij ingeschoten omwille van verschillende redenen.

Bij twee mensen was het informeren en begeleiden niet optimaal omwille van tijdsgebrek tijdens de consultatie. Vier mensen waren al op de hoogte van de informatie. Bij drie mensen werd er geen counseling gegeven omdat er van uit werd gegaan dat dit bij de uroloog was gebeurd.

PSA aanvragen

Voor alle patiënten waar de begeleiding tekort kwam werden er PSA testen aangevraagd.

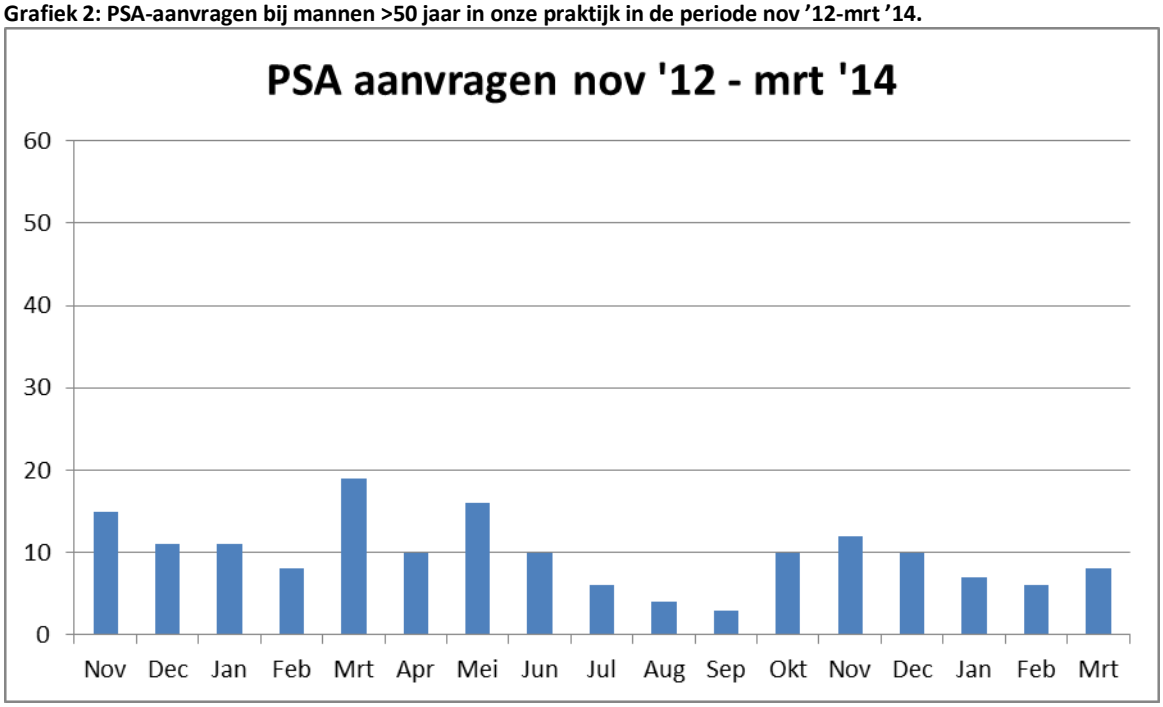
In totaal kregen 15 patiënten dus begeleiding vooraleer de test werd afgenomen. Van deze patiënten zag de helft (n=8) af van de PSA test na verduidelijkte informatie. Er werd dus in overeenstemming met de patiënt besloten om de test niet aan te vragen. De andere helft (n=7) wenste toch een PSA test na informatie en begeleiding door één van de artsen.

Tabel : Resultaten verbeterde counseling; PSA aanvragen

	PSA aanvraag	Geen PSA aanvraag	
Counseling	7	8	**15**
Geen Counseling	9	0	**9**
Totaal	**16**	**8**	**24**

Uiteindelijk resulteerde dit project in een afname van het aantal PSA testen in onze praktijk. In de periode november 2012 tot en met maart 2014 werden in totaal 166 PSA aanvragen voor mannen ouder dan 50 jaar aangevraagd. Gemiddeld werden er in deze periode 11 PSA aanvragen gedaan per maand voor mannen boven de 50 jaar.

Grafiek 2: PSA-aanvragen bij mannen >50 jaar in onze praktijk in de periode nov '12-mrt '14.



Discussie

In deze opleidingspraktijk kregen opvallend veel mannen (herhaaldelijk) een PSA-test.

Opmerkelijk is dat veel mannen tijdens de uitnodiging aangaven dat ze niet wisten dat bij hun een PSA test was aangevraagd in het verleden. Ze stonden echter wel op onze lijst en wilden eigenlijk altijd meewerken aan een vragenlijst. Deze mannen ontdekten pas door onze vragenlijst dat hun PSA was gecontroleerd. Bovendien was een belangrijk deel van de mannen niet op de hoogte van hun testresultaat. De respons op de vragenlijst was vrij hoog (63/68).

Het valt op dat de kennis omtrent PSA niet optimaal is. De meerderheid wist geen antwoord op de vragen over de betekenis van PSA, stijging bij leeftijd en stijging bij andere (prostaat)aandoeningen.

Het grootste deel van de mannen denkt dat PSA bepaling een manier is om te zien of er prostaatkanker is en dat een verhoogd PSA niet automatisch betekend dat er sprake is van een prostaatkanker. Eénderde van de mannen denkt echter dat een normale PSA waarde een prostaatkanker uitsluit.

Het valt op dat, alhoewel de kennis omtrent PSA niet optimaal is, de meerderheid van de mannen wel direct in zou stemmen met aanvullend onderzoek als de PSA te hoog zou zijn.

Ongerustheid en een prostaatkanker in het verleden bleken de meest voorkomende redenen voor het vragen naar een PSA-test. Counseling ontbrak soms wegens tijdsgebrek. De folder is een handig hulpmiddel tijdens het consult. Van het aantal patiënten dat verbeterde counseling kreeg weigerde de helft een PSA-test.

Uiteindelijk nam door de verbeterde counseling het aantal PSA aanvragen voor mannen boven de 50 jaar in onze praktijk af. Gemiddeld gebeuren er nu 11 PSA aanvragen per maand. Dit is ongeveer een derde van wat er voorheen werd uitgevoerd.

Alhoewel de kennis omtrent PSA niet optimaal is zou de meerderheid van de mannen wel direct instemmen met aanvullend onderzoek als de PSA te hoog zou zijn. Dit is opvallend aangezien we in de literatuurstudie vonden dat deze onderzoeken toch ook de nodige risico's en complicaties met zich mee brengen.[15,16,25]

Eénderde van de mannen gaf aan dat er enkele vragen waren gesteld omtrent prostaatklachten. Ongeveer de helft van de mannen dacht dat er een PSA aanvraag was uitgevoerd. Terwijl dit in werkelijkheid bij alle mannen was uitgevoerd. De helft van de ondervraagde mannen wist hier dus niks van. Volgens de richtlijnen (uit de literatuur) zou bij iedereen die de test ondergaat in ieder geval informatie gegeven moeten worden vooraf. [6,10,15-21] Dit wordt ook nog eens wettelijk benadrukt in 'de rechten van de patiënt'. Patiënten moeten vrij kunnen toestemmen na voorafgaande informatie. Dit betreft niet alleen een behandeling maar ook een test-afname.[36]

Bij 14 mannen werd de prostaat manueel gevoeld door het uitvoeren van een rectaal onderzoek. Terwijl we in de literatuur vinden dat als de patiënt prostaatkankerscreening wenst er beter voor de combinatie PSA en PPA gekozen wordt. [6,10,12,20]

De meerderheid van de mannen gaf aan dat er ook een urineonderzoek werd uitgevoerd. Mannen lijken dus te denken dat een urineonderzoek voor prostaatkanker wordt uitgevoerd. Het is dus niet altijd duidelijk welke onderzoeken bij de huisarts voor prostaatkanker zijn.

Vier mannen gaven aan dat er andere onderzoeken hadden plaatsgevonden. Het ging hierbij om eerder invasieve onderzoeken zoals een onderzoek van zaadleider, teelbal of biopsies en kijkoperatie. Voor patiënten is het dus misschien niet altijd duidelijk wat nog tot een screeningsonderzoek behoort.

De helft van de mannen vindt dat er juist genoeg onderzoeken gebeurd zijn door de huisarts. De andere helft van de mannen laat deze vraag open. Er is een groot deel van de mannen wat hier dus blijkbaar geen mening over kan of wil geven.

Het grootste deel van de mannen kreeg voldoende informatie door de huisarts over de PSA voor afname gebeurde. De meeste lieten de test dan ook uitvoeren na informatie van de huisarts. Alhoewel 13 mannen geen informatie ontvingen over de PSA test vooraleer deze werd afgenomen gaven er maar drie mannen aan dat ze behoefte hadden aan extra informatie. Het is interessant dat 19 mannen deze vraag toch open laten en dus geen antwoord konden of wilden invullen. Ook dit heeft misschien te maken met het feit dat bij sommige mannen de PSA test in het verleden werd aangevraagd zonder verdere informatie of communicatie hierover. Als men niet wist dat deze test werd aangevraagd kan er ook moeilijk een mening over de (niet verstrekte) informatie gegeven worden.

Alhoewel één derde van de mannen toch weet dat een PSA verhoging ook bij andere (prostaat)aandoeningen kan voorkomen wenst de helft toch dat het een standaardtest is bij de huisarts. De meerderheid vindt dat de test zeker jaarlijks moet gebeuren. Als we dit vergelijken met de literatuur dienen we patiënten dan uit te leggen dat het zeker geen standaardtest is en het interval van één jaar wel erg kort is als patiënt toch PSA test wenst en er beter een periode van twee jaar gehanteerd kan worden.[19] Patiënten kunnen dus nog wel geëduceerd worden wat betreft de relevantie en het interval van de testafname

Eénderde gaf aan waarschijnlijk ongerust te zijn als er in de toekomst geen PSA test meer zou gebeuren. Er moet dus verduidelijkt worden waar patiënten zelf op kunnen letten.

Zoals eerder uitgelegd is de tekst in de folder dus grotendeels overgenomen van de zeer goed onderbouwde NHG-website www.thuisarts.nl. De EQIP-score van 79% is in dit geval ook niet onverwacht.

Onze aanpassingen aan de tekst zijn vooral bedoelt om het voor de Vlaamse patiënten begrijpelijker te maken. We hebben geprobeerd zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke tekst te blijven zodat de wetenschappelijke boodschap niet veranderd wordt. Uiteindelijk is het doel dat er een handige evidence based hulpmiddel bestaat om aan patiënten mee te geven wat weinig kost en inhaakt op de behoeftes van de patiënt. Daarnaast kan de folder tijdbesparend werken voor artsen tijdens een consult.

We kregen goedkeuring van het NHG voor het gebruik van de thuisarts-informatie in de folder. Enkel voor kleinschalig gebruik in onze praktijk en voor gebruik in het kader van mijn MaNaMa-scriptie. Maar eigenlijk is dit niet de bedoeling. Een meer Vlaamse wetenschappelijk onderbouwde informatiebron voor patiënten zou dus een uitkomst zijn.

We hebben alle mannen die naar PSA afname vroegen genoteerd. Hierbij was dus ook één iemand met familiale belasting. We hadden hierbij vrij ruime inclusiecriteria omdat we wilden focussen op alle PSA-counseling.

De mannen willen vooral hun PSA laten testen omwille van ongerustheid. We vinden in de literatuur terug dat mannen nog steeds gescreend willen worden omdat ze meer waarde hechten aan de

mogelijke kleine voordelen en minder waarde zien in de nadelen.[17] Andere redenen waren een persoonlijke voorgeschiedenis van prostaathypertrofie of prostaatkanker en op vraag uroloog. Dit gaat dan niet meer over een PSA aanvraag voor screening maar al over een bevestigde diagnose of patiënt met klachten. Vijf patiënten wilden een test omdat dit altijd gebeurde en routine voor hen was.

Negen mannen ontvingen geen counseling door de huisarts. Soms kwam dit door tijdgebrek tijdens de consultatie. Vier patiënten bleken op de hoogte van de informatie. Bij drie patiënten werd er van uit gegaan dat dit door de uroloog was gebeurd. Dit hoeft echter natuurlijk helemaal niet zo te zijn en informed consent van een test blijft natuurlijk steeds noodzakelijk. Bij alle patiënten zonder begeleiding werden er daadwerkelijk PSA testen aangevraagd. We moeten er dus op blijven letten dat bij elke testafname toch een informed consent nodig is. [36]

Het is opvallend dat er van de 15 mannen die wel begeleiding kregen er acht afzagen van een testafname. Bij ons kleine aantal is dit de helft van de mannen die, na duidelijke informatie en eventuele folder, afziet van een PSA test. Dit komt overeen met de informatie in een artikel over het informeren van patiënten over PSA. Hierin zagen ze de kennis van patiënten toenemen en het aantal PSA aanvragen afnemen.[31]Over de kennis nadien kunnen we dus zelf niks zeggen. Alleen over de definitieve outcome, namelijk het aantal PSA aanvragen.

Bij een ander artikel waarbij patiënten werden voorgelicht met zowel de voor- als de nadelen van de test werd bij 55,9% een PSA bepaling gedaan.[32] Dit komt overeen met ons aantal. Alhoewel we met een totaal aantal van 24 patiënten natuurlijk erg voorzichtig moeten zijn met het trekken van een conclusie. Er dient ook gezegd te worden dat het in dit artikel enkel gaat om patiënten ouder dan 70 jaar.

Er is ook literatuur die anders suggereert. Bij een onderzoek onder bijna 2000 mannen tussen de 40 en 75 jaar in 11 huisartsenpraktijken in Engeland en Wales bleek dat de kennis over PSA sterk toenam na het krijgen van evidence-based informatie daarover. De intentie om in het jaar na het onderzoek de PSA-meting te ondergaan verschilde echter niet relevant tussen de interventiegroep (25,6%)en de controle groep (29,1%).[30]

Mannen ouder dan 50 jaar bij wie in de laatste 18 maanden een screenings PSA-test was aangevraagd werden uitgenodigd voor de vragenlijst. Deze lijst werd gebaseerd op een afgeleverde lijst door ons laboratorium. Het ging ons bij dit onderzoek dus niet om de mannen met prostaatkanker. Het is desondanks mogelijk dat de mannen bij wie een prostaatkanker gediagnosticeerd werd na oktober 2012 wel op onze inclusielijst stonden omdat ze de laatste 18 maanden ook een PSA ‘screenings’ test kregen. We hebben dit proberen te voorkomen om nog eens tijdens de raadpleging/uitnodiging te vragen naar hun voorgeschiedenis.

De meerderheid van de mannen was van mening dat ze altijd een normale PSA waarde hadden gehad, dat ze geen prostaataandoening of prostaatkanker hadden en kenden niemand in de familie met een prostaatkanker jonger dan 65 jaar. De meerderheid van de mensen valt dus inderdaad onder de doelpopulatie die we voor ogen hadden.

De kennis omtrent PSA lijkt nog niet optimaal maar bij nader inzien kunnen sommige kennisvragen over PSA misschien te moeilijk zijn. Zo werden de vragen over de terugbetaling erg vaak open gelaten.

Beide dokters hadden het idee elke patiënt die in aanmerking kwam te hebben aangesproken in de geplande periode. 68 van de 426 mannen (16%) lijkt dus erg weinig. Bij de interpretatie van de resultaten moet men rekening houden met het feit dat alleen mensen die geïnteresseerd waren in

het onderwerp mee zullen doen aan het invullen van de vragenlijst. Ook werd de lijst niet meegegeven tijdens huisbezoeken waarbij we veel ouderen zien. Er is in het algemeen een groep (oudere) mannen die cognitief gewoon niet in staat bleek om deze lijst in te vullen.

We hebben met de nameting niet gefocust op kennistoename van patiënten en we kunnen hier dus ook geen uitspraken over doen.

Dit overzicht maakt ons duidelijk dat het belangrijk blijft in de toekomst om bij alle patiënten te blijven focussen op de 'shared decision making' tijdens het consult. Ook het benadrukken van het nut van frequent routinematig testen blijft dus belangrijk. Hoe het project in de dagelijkse praktijk geïntegreerd kan blijven zal uitgelegd worden in bij het voltooien van stap 5.

Besluit

Prostaatkankerscreening met behulp van de PSA-test wordt in de literatuur niet aangemoedigd. Er wordt aangeraden om mannen niet systematisch te screenen omdat de mogelijke nadelen de voordelen overschaduwen. Voordelen zijn dat een prostaatkanker vroegtijdig ontdekt kan worden, nog voor er symptomen zijn. Anderzijds blijken veel van deze kankers totaal niet relevant en staat de patiënt bloot aan de nadelen door aanvullende onderzoeken (biopsie) en de gevolgen van behandeling. Als er toch wordt gekozen voor prostaatkankerscreening kan een PSA-test het best aangevuld worden met een rectaal onderzoek van de prostaat. Bij mannen met een levensverwachting langer dan 10 jaar kan prostaatkanker screening overwogen worden op vraag van de patiënt. Patiënten dienen echter goed geïnformeerd te worden over de mogelijke voor- en nadelen van screening en de gevolgen van de testuitslag of bijkomende onderzoeken. Een hulpmiddel (zoals een folder of een website) kan deze 'shared decision making' vergemakkelijken. De voorkeuren van de man dienen gerespecteerd te worden. Als patiënten na informatie toch voor prostaatkankerscreening opteren kan een interval van twee jaar of langer gekozen worden.

Dankzij het onderzoek met de vragenlijsten kregen we een algemene indruk van onze patiëntenpopulatie. Veel mannen wisten niet dat er een PSA test was bepaald en kregen dus nauwelijks counseling. Het werd ons duidelijk dat alhoewel de kennis omtrent PSA nog niet optimaal is er veel mannen direct in zouden stemmen met aanvullend onderzoek (met de bijbehorende risico's en complicaties) bij een verhoging van het PSA. Redenen om toch te vragen naar een PSA-test waren ongerustheid en een prostaatkanker in de voorgeschiedenis.

Na het verbeteren van de counseling (met folder) in onze huisartspraktijk zag de helft van de onderzochte mannen af van een PSA-test. Uiteindelijk bleken we met het project in staat te zijn om het aantal PSA-aanvragen in de praktijk voor mannen ouder dan 50 jaar te doen afnemen met twee derde van wat het voorheen was.

Het project maakt duidelijk dat het ook in de toekomst belangrijk blijft om te focussen op 'shared decision making' tijdens het consult. Ook het blijven benadrukken van de (on)zin van frequente routinematige testaanvragen blijft belangrijk. Dit praktijk verbeterende project bleek succesvol aangezien er geen routinematige herhaaldelijke PSA-aanvragen meer gebeuren zonder enige vorm van begeleiding.

Voltooien van Stap 5: Act: Hoe kan het project in de dagelijkse praktijk geïntegreerd blijven?

Dit was het eerste praktijk verbeterende project wat door een HAIO hier in de praktijk werd gestart. Het bleek succesvol en werkte enthousiasmerend voor zowel de HAIO als de praktijkopleider. Volgende HAIO's zullen in deze opleidingspraktijk zeker aangemoedigd worden tot het kiezen voor een praktijk verbeterend project door de praktijkopleider.

Zowel HAIO als PO werden meer bewust van kwaliteitsverbetering in deze huisartspraktijk. Naast de veelvuldige PSA-aanvragen viel het verder op dat bloedafnames hier in het algemeen erg veel en frequent gebeuren. Door het topic PSA werd het duidelijk dat er in de toekomst misschien ook gefocust kan worden op de bloedafnames in het algemeen. Dit kan de basis zijn voor een nieuw praktijk verbeterend traject.

Beide artsen werden zich bewust van de PSA-problematiek in de praktijk. Daarnaast werd het verbeteren van de counseling omtrent de testafname al automatisch geïmplementeerd in deze praktijk. Het is geen routine aanvraag meer. De toegenomen counseling kost soms iets meer tijd van consult maar is wel realistisch gebleken. Ook het afdrukken van een folder is dan een hulp en kost niet veel extra tijd of geld voor de praktijk.

Een manier om het gedrag vol te houden kan nog ondersteund worden in de toekomst. Zo zou het in de toekomst erg handig zijn als er in één oogopslag te zien is wanneer voor het laatst een PSA-afname (of andere bloedtesten) uitgevoerd werden. Nu proberen we dit als artsen zelf op te lossen door dit zelf bij planning te noteren wanneer een PSA aanvraag gedaan werd.

Daarnaast zouden er in de toekomst praktijkovereenkomsten gemaakt kunnen worden voor het aanvragen van laboratoriumtesten en het interval in deze praktijk. Zo handelen alle dokters in de praktijk volgens dezelfde afspraken. Dit zou dan niet alleen voor bloedafnames kunnen maar ook voor preventie in het algemeen. Patiënten zouden ook betrokken kunnen worden bij het interval van bepaalde preventieve stappen zodat ze weten wanneer en hoeveel tijd er moet zitten tussen verschillende testafnames.

Abstract

Kwaliteitsverbeterend project: PSA-aanvragen in de huisartsenpraktijk

Huisarts in opleiding: Jozien Meijaard, Universiteit Antwerpen
Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen
Praktijkopleider: Dr. Ingbert Bijnens

Context:
Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker bij mannen (27%). De huisarts speelt een belangrijke rol bij het aanvragen van een PSA-test. Zo werd 80% van de PSA-aanvragen door de huisarts gedaan in België. Hoewel er in de richtlijnen wordt aangeraden om mannen niet systematisch te screenen (omdat de mogelijke nadelen nog steeds overheersen) komt dit in onze huisartspraktijk veelvuldig voor. Optimale begeleiding bij de PSA-test schiet er in de praktijk vaak bij in wegens routineaanvragen, tijdgebrek en (valse) geruststellingswens van patiënten.
Onderzoeksvraag:
In de literatuurstudie werd een antwoord gezocht op drie vragen die van belang waren voor het optimaliseren van de begeleiding van de PSA-test in de praktijk:

- Op welke manier zou prostaatkankerscreening moeten gebeuren?
- Bij wie is het zinvol een PSA-bepaling te doen?
- Op welke manier kunnen patiënten het best gecounseld worden over de relevantie van de PSA-screeningstest?

In het kwaliteit verbeterende project werd getracht de counseling omtrent de PSA-test te verbeteren en het aantal PSA-aanvragen laten afnemen. Via een onderzoek met vragenlijsten werd gekeken naar de kennis en de mening van mannen (ouder dan vijftig jaar) omtrent de PSA-test in de huisartspraktijk. Wat vinden patiënten van de situatie in onze praktijk en wat verwachten ze?
Methode:
De huidige situatie in de praktijk werd hierbij vergeleken met de geadviseerde situatie uit de literatuurstudie (richtlijnen). Aan de hand van de FOCUS-procedure (Find, Organise, Clarify, Understand, Start) konden we de problematiek in onze praktijk systematisch in kaart brengen en de doelstellingen plannen en evalueren. De geplande verandering werd vervolgens systematisch geëvalueerd met behulp van de PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act).
Resultaten:
In 14 weken tijd werden er 63 volledig ingevulde vragenlijsten verzameld (participatiegraad 16%). Veel mannen wisten niet dat er een PSA test was bepaald en kregen dus niet of nauwelijks counseling. Het werd ons duidelijk dat alhoewel de kennis omtrent PSA nog niet optimaal is er veel mannen (n=50) direct in zouden stemmen met aanvullend onderzoek (en de bijbehorende risico's) bij een verhoging van het PSA. Redenen om toch te vragen naar een PSA-test waren ongerustheid en een prostaatkanker in de voorgeschiedenis. Na het verbeteren van de counseling (met folder) zag de helft van de onderzochte mannen af van een PSA-test. Uiteindelijk bleken we in staat te zijn om het totaal aantal PSA-aanvragen in de praktijk voor mannen ouder dan 50 jaar te laten dalen met tweederde.
Conclusie:
Het kwaliteit verbeterende project gaf een verbeterde begeleiding bij een PSA-test in de praktijk. Hierdoor is het aantal PSA-aanvragen in onze praktijk zichtbaar afgenomen.

E-mail: jozienmeijaard@hotmail.com

ICPC-code: Y77 (Maligniteit Prostaat)

Dankwoord

Ik ben dankbaar voor de mensen die mij geholpen en ondersteund hebben in de afgelopen twee HAIO-jaren en in het thesis-proces.

Lieve, bedankt voor de begeleiding van mijn tweede project en de feedback.

Ingbert, bedankt voor de enthousiaste praktijkbegeleiding tijdens mijn twee HAIO-jaren.
Edske, Baukje en Geisje bedankt voor de culinaire ondersteuning en de bijkomende gezelligheid.

Mama, Papa, Jasper en Vikki bedankt voor het luisteren naar mijn frustraties en de positieve bekrachtiging.

Referenties

1. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij NV; 2008. p. 55.
2. Department of general practice, K.U.Leuven. Intego-project. 2011. Beschikbaar via: http://www.intego.be/ . Geraadpleegd: januari 2014.
3. Belgian cancer registry. Cancer Incidence in Belgium. 2008. Beschikbaar via: http://www.kankerregister.org/media/docs/StK_publicatie.pdf. Geraadpleegd: januari 2014.
4. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Kanker mannelijke geslachtsorganen: mortaliteit versus incidentie. 2013. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Kanker/Kanker-mannelijke-geslachtsorganen--mortaliteit-versus-incidentie/. Geraadpleegd: januari 2014.
5. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Sterfte door prostaatkanker. 2013. Beschikbaar via: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Cijfers-oorzaken-van-sterfte/Sterfte-door-prostaatkanker/Geraadpleegd: januari 2014.
6. Blanker MH, Breed SA, van der Heide WK, Norg RJC, de Vries A, Wolters RJ, van den Donk M, Burgers JS, Opstelten W, Klomp. NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen. Huisarts Wet 2013(3):56:114-22.
7. World Health Organization. Early detection of cancer. 2014. Beschikbaar via: http://www.who.int/cancer/detection/en/. Geraadpleegd: januari 2014.
8. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. World Health Organization. Geneva. 1968. Beschikbaar via: http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf. Geraadpleegd: januari 2014.
9. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Bulletin of the World Health Organization. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. 2008. Beschikbaar via: http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112/en/. Geraadpleegd: januari 2014.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Clinical knowledge summaries, topic prostate cancer. Beschikbaar via: http://www.cks.nhs.uk/prostate_cancer/management/scenario_diagnosis . Geraadpleegd: januari 2014.
11. Blijenberg BG. PSA 1960-2010: een bijzondere periode. Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk 2009; 34: 168-173.
12. Mambourg F, Van den Bruel A, Devriese S, Leys M, Vinck I, Lona M, Neyt M, Ramaekers D. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Health Technology Assessment prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening KCE reports vol. 31A. 2006. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/publication/report/prostate-specific-antigen-psa-for-the-screening-of-prostate-cancer. Geraadpleegd: januari 2014.
13. De Ridder H, directeur-generaal RIZIV. Omzendbrief VI nr 2012/297 van 20 juli 2012. Beschikbaar via: http://www.riziv.be/insurer/nl/rate/pdf/last/doctors/bio20120801nl.pdf. Geraadpleegd: januari 2014.
14. Degryse J. Over evidence based medicine of een op ondersteunende gegevens gebaseerde geneeskunde. In: Buntinx F, Boffin N, Degryse J, Vanderstichele R, Van Royen P. Omgaan met medische documentatie en informatie. Leuven: Acco, 1998.
15. Nam RK, Oliver TK, Vickers AJ, Thompson I, Kantoff PW, Parnes HL, Loblaw A, Roth BJ, Williams J, Temin S, Basch E. Prostate-specific antigen test for prostate cancer screening: American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion. J Oncol Pract. 2012 Sep;8(5):315-7. doi: 10.1200/JOP.2012.000715.
16. Moyer VA;U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2012 Jul 17;157(2):120-34.

17. Qaseem A, Barry MJ, Denberg TD, Owens DK, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening for prostate cancer: a guidance statement from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2013 May 21;158(10):761-9. doi: 10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00633.
18. Carter HB, Albertsen PC, Barry MJ, Etzioni R, Freedland SJ, Greene KL, Holmberg L, Kantoff P, Konety BR, Murad MH, Penson DF, Zietman AL. Early detection of prostate cancer: AUA guideline. Linthicum (MD): American Urological Association Education and Research, Inc.; 2013 Apr. 28 p.
19. Wolf AM, Wender RC, Etzioni RB, Thompson IM, D'Amico AV, Volk RJ, Brooks DD, Dash C, Guessous I, Andrews K, DeSantis C, Smith RA, American Cancer Society Prostate Cancer Advisory Committee. American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010. CA Cancer J Clin. 2010 Mar-Apr;60(2):70-98.
20. Royal Australian College of General Practitioners - Professional Association. Early detection of cancers. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition. East Melbourne (Australia): Royal Australian College of General Practitioners; 2012. p. 60-72.
21. American Academy of Family Physicians (AAFP). Summary of recommendations for clinical preventive services. Leawood (KS): American Academy of Family Physicians (AAFP); 2013 Nov. 19 p.
22. Spinnewijn B.; Van den Bruel A. Prostaatkanker: to screen or not to screen? Minerva 2009 8(8):112-113.
23. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jan 31;1:CD004720. doi: 10.1002/14651858.CD004720.pub3.
24. Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2010;341:c4543.
25. Spinnewijn B. Standpunt Domus Medica: Prostaatkankerscreening zinvol? Stand van zaken 2013. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/images/stories/dossiers/prostaat/standpunt_2013.pdf . Geraadpleegd: januari 2014.
26. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ; ERSPC Investigators. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. N Engl J Med 2009;360:1320-8.
27. Andriole GL, Grubb III RL, Buys SS, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med 2009;360:1310-9.
28. Taylor KL, et al. Decision making in prostate cancer screening using decision aids vs. usual care: a randomized clinical trial. JAMA InternMed. Doi:10.1001/jamaintermed.2013.9253.
29. Primary care physicians' use of an informed decision-making process for prostate cancer screening. Volk RJ, Linder SK, Kallen MA, Galliher JM, Spano MS, Mullen PD, Spann SJ. Ann Fam Med. 2013 Jan-Feb;11(1):67-74. doi: 10.1370/afm.1445. PMID: 23319508 [PubMed - indexed for MEDLINE]
30. Watson E, Hewitson P, Brett J, Bukach C, Evans R, Edwards A, et al. Informed decision making and prostate specific antigen (PSA) testing for prostate cancer: a randomised controlled trial exploring the impact of a brief patient decision aid on men's knowledge, attitudes and intention to be tested. Patient Educ Couns 2006;63:367-79.
31. Evans R, Joseph-Williams N, Edwards A, Newcombe RG, Wright P, Kinnersley P et al. Supporting informed decision making for prostate specific antigen (PSA) testing on the web: an online randomized controlled trial. J Med Internet Res 2010;12:e27.
32. Li J, et al. Shared decision making in prostate-specific antigen testing with men older than 70 years. J Am Board Fam Med. 2013;26(4):401-8.
33. Royal college of physicians and surgeons of canada. CanMEDs Framework. Beschikbaar via: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework. Geraadpleegd: januari 2014.
34. www.thuisarts.nl, deze website is ontwikkeld door NHG. Geraadpleegd: januari 2014.

35. Mout B, Franck L, Brady H. Ensuring Quality Information for Patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information. Health Expectations 2004; 7: 165-175.
36. De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, verschenen in het Belgisch Staatsblad van 26 september 2002.

Bijlage 1: Bundel met uitnodiging, informatie, informed consent en vragenlijst voor patiënten.

Onderwerp: Uitnodiging voor vragenlijst in verband met bloedafname: Prostaat

Beste,

We doen ons best om de zorg in onze huisartspraktijk zo optimaal mogelijk te houden. We streven samen naar een goede kwaliteit van zorg. We vinden hierbij de mening van de patiënten erg belangrijk.

Dit kunnen we natuurlijk niet zonder uw hulp en medewerking!

Als huisarts in opleiding doe ik op dit moment een onderzoek naar de bloedafnames met PSA in onze praktijk. Dit is in het kader voor mijn opleiding tot huisarts. Het PSA is een test die bij het bloedprikken kan worden aangevraagd door de dokter. Het kan bij mannen dienen voor het opsporen of opvolgen van prostaataandoeningen.

De huidige situatie omtrent de bloedaanvragen, is toe aan een evaluatie. Uit onze administratie is gebleken dat er bij u kortgeleden een bloedafname met PSA bepaling werd uitgevoerd. Daarom vraag ik uw hulp. Zonder de mening van patiënten zelf is immers geen goede evaluatie mogelijk.

Hoe kunt u helpen? Bij deze brief vindt u een korte anonieme vragenlijst en een blanco briefomslag. Het zou fantastisch zijn mocht u enkele minuten vrijmaken om deze vragenlijst in te vullen. Steek dan de ingevulde anonieme vragenlijst in de blanco briefomslag. Deze envelop kan u dan in de brievenbus steken van de huisartspraktijk (Stoffezandstraat 8, 2990 Loenhout).

De vragenlijsten zullen volledig anoniem en strikt vertrouwelijk verwerkt worden. De gegevens uit de vragenlijsten zullen enkel gebruikt worden voor het onderzoek in onze praktijk.

Uw deelname is natuurlijk volledig vrijwillig. Door middel van uw handtekening geeft u toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek. U dient uw handtekening voor akkoord te zetten op blz. 3. Het is ten allen tijde mogelijk om uw deelname aan dit onderzoek te stoppen.

Het spreekt voor zich dat uw **privacy** zal beschermd worden in deze studie. Indien de resultaten van deze studie gepubliceerd worden in een wetenschappelijk tijdschrift zal de privacy beschermd worden door het gebruik van codenummers in plaats van namen.

U hebt ook het recht om informatie te vragen over de procedures en het onderzoeksproject die in dit document beschreven worden. De resultaten van het onderzoek worden gebundeld in een onderzoeksrapport. U kan dit rapport steeds opvragen.

Daarnaast heeft u, ook buiten studieverband, het recht op inzage en aanpassing in uw dossier, conform de wet op de privacy.

Tenslotte kan u steeds besluiten uw deelname te weigeren/stoppen.

Het volledige onderzoeksprotocol is door het Ethische Comité van de universiteit Antwerpen goedgekeurd.

Als u nog vragen of opmerkingen zou hebben in verband met dit onderzoek, neem dan gerust contact op (Telefoon nummer: 03 669 96 60 of e-mailadres: jozien.meijaard@student.ua.ac.be).

Ik hoop van harte dat u ons wil helpen om de kwaliteit te verbeteren in onze praktijk.

Alvast heel erg bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Jozien Meijaard, Huisarts in opleiding

Dr. Ingbert Bijnens, Huisarts

Stoffezandstraat 8
2990 Loenhout
Tel: 03/669 96 60

Informatie vragenlijst en toestemming: aanvraag PSA-test in de huisartspraktijk

Beste patiënt,

Alvast hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.

Deze vragenlijst gaat over het aanvragen van de PSA test in het bloed. Het PSA is een test die bij het bloedprikken kan worden aangevraagd door de dokter. Het kan bij mannen dienen voor het opsporen of opvolgen van prostaataandoeningen.

We zouden graag willen weten wat uw kennis en mening is over het PSA. En uw mening over de manier waarop het nu in uw huisartspraktijk gebeurt. Met het invullen van de vragenlijst hopen we de zorg in onze praktijk te verbeteren.

Bij het invullen van de vragenlijst is telkens maar één antwoord mogelijk, tenzij anders aangeduid. We willen benadrukken dat het geen examen is. Het is geen probleem als u het antwoord niet weet.

De resultaten uit deze vragenlijst zullen gebruikt worden voor het maken van een praktijkfolder.

De vragenlijsten zullen volledig anoniem en strikt vertrouwelijk verwerkt worden. De gegevens uit de vragenlijsten zullen enkel gebruikt worden voor het onderzoek in onze praktijk.

We vragen u enkel nog om te bevestigen dat u akkoord bent om deel te nemen aan deze studie. Om te bevestigen dat u hiermee akkoord bent dient u hieronder de datum en uw handtekening te zetten.

Alvast heel erg bedankt!

Toestemming tot deelname aan dit onderzoek

Ik ben akkoord om deel te nemen aan deze studie.

---------- ----------

Handtekening van de deelnemer datum

Verklaring van de projectcoördinator:

De projectcoördinator is verantwoordelijk om dit onderzoeksprogramma uit te voeren volgens de voorwaarden die beschreven zijn in dit document.

---------- ----------

Handtekening projectcoördinator datum

Projectcoördinator: Prof. Lieve Peremans, Centrum voor huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen, Universiteitsplein 1, B2610 Antwerpen 03/2652943.

Vragenlijst Kwaliteitsverbetering rond PSA aanvragen in de praktijk

1. Persoons- en achtergrondgegevens

Wat is uw leeftijd? …….jaar

(zet een kruisje bij de uitspraak waarmee u akkoord bent)

Heeft u ooit een te hoge PSA gehad?	☐ JA	☐ NEE	☐ IK WEET HET NIET
Heeft u ooit een aandoening (infectie,goedaardig vergrote prostaat)aan de prostaat gehad?	☐ JA	☐ NEE	☐ IK WEET HET NIET
Is bij u de diagnose prostaatkanker gesteld?	☐ JA	☐ NEE	☐ IK WEET HET NIET
Zijn er mannen in uw familie met prostaatkanker, ontdekt vóór de leeftijd van 65 jaar?	☐ JA	☐ NEE	☐ IK WEET HET NIET

2. Kennis omtrent PSA

(zet een kruisje bij de uitspraak waarmee u akkoord bent)

PSA betekent Prostaat Specifiek Antigeen. PSA is een stof die door de prostaat wordt aangemaakt.	☐ JA	☐ NEE	☐ IK WEET HET NIET
De PSA waarde wordt hoger met de leeftijd.	☐ JA	☐ NEE	☐ IK WEET HET NIET
Het PSA bepalen in het bloed is een manier om te zien of ik prostaatkanker heb.	☐ JA	☐ NEE	☐ IK WEET HET NIET
Een verhoogde PSA betekent dat ik prostaatkanker heb..	☐ JA	☐ NEE	☐ IK WEET HET NIET
Een normaal PSA betekent dat ik geen prostaatkanker heb.	☐ JA	☐ NEE	☐ IK WEET HET NIET
Een verhoogde PSA kan ook bij andere (prostaat)aandoeningen voorkomen.	☐ JA	☐ NEE	☐ IK WEET HET NIET
Het bepalen van het PSA wordt één keer per jaar terugbetaald als er prostaatkanker voorkomt in de familie, als dit bij het familielid ontdekt werd vóór de leeftijd van 65 jaar.	☐ JA	☐ NEE	☐ IK WEET HET NIET
Het bepalen van het PSA wordt	☐ JA	☐ NEE	☐ IK WEET HET NIET

maximaal twee keer per jaar terugbetaald als er sprake is van een eerder ontdekte prostaatkanker.			
Als mijn PSA verhoogd is, ben ik bereid aanvullend onderzoek te ondergaan om te bepalen of ik prostaatkanker heb.	□ JA	□ NEE	□ IK WEET HET NIET

3. Screening en diagnose
(zet een kruisje bij de uitspraken waarmee u akkoord bent)

□ De arts heeft mij enkele vragen over prostaatklachten gesteld.

□ De arts heeft mijn buik onderzocht.

□ De arts heeft mijn prostaat onderzocht (vinger in de aars om prostaat te onderzoeken).

□ Er werd bloed afgenomen voor een PSA.

□ Er werd een urinestaal onderzocht.

□ Er gebeurde een echo van de prostaat.

□ Ik werd verwezen naar de uroloog.

□ Andere onderzoeken,namelijk……

4. Wat denkt u over de onderzoeken die gebeurd zijn?
(zet een kruisje bij de uitspraken waarmee u akkoord bent en vul eventueel aan)

□ Er werd niet voldoende onderzoek gedaan, men had ook het volgende moeten onderzoeken,namelijk: ……..

□ Er werd onvoldoende onderzoek gedaan en ik heb een onderzoek elders laten doen namelijk:……

□ Er werd te veel onderzoek gedaan, namelijk deze: ……..

□ Ik vond dat er juist voldoende onderzoeken zijn gebeurd

□ Andere mening, namelijk:……

5. Informatie
(zet een kruisje bij de uitspraken waarmee u akkoord bent en vul eventueel aan)

□ De huisarts heeft mij alvorens de test af te nemen GEEN informatie gegeven over de PSA test.

□ De huisarts heeft mij alvorens de test af te nemen voldoende informatie gegeven over de PSA test.

☐ Na de informatie van de huisarts heb ik de test laten afnemen.

☐ Na de informatie van de huisarts heb ik de test NIET laten afnemen

☐ De huisarts heeft mij na de test af te nemen voldoende informatie gegeven over de betekenis van de uitslag

☐ Ik had nog graag informatie gekregen over……

6. Verwachtingen omtrent het beleid
(zet een kruisje bij de uitspraken waarmee u akkoord bent)

☐ Het bepalen van mijn PSA waarde is een standaardtest bij de huisarts.

☐ Het bepalen van de PSA hoort jaarlijks te gebeuren voor mij.

☐ Als de huisarts in de toekomst geen test meer zou afnemen, dan zal ik ongerust zijn.

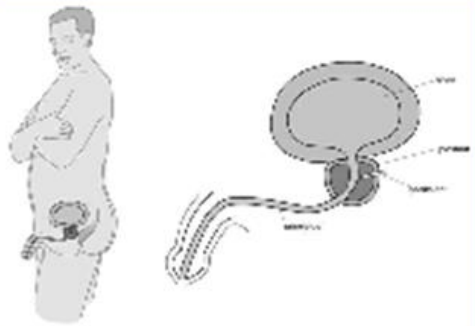
Bijlage 2: Folder voor de praktijk

Is onderzoek naar Prostaatkanker zinvol?

PRAKTIJKFOLDER

IN HET KORT

- Veel mannen krijgen op oudere leeftijd problemen met plassen, zoals vaker plassen, een zwakkere straal en nadruppelen.
- Meestal wordt de prostaat groter naarmate u ouder wordt. Deze verandering is goedaardig. Toch zijn veel mannen ongerust hierover.
- Prostaatkanker komt vooral voor op hogere leeftijd.
- Prostaatkanker ontwikkelt zich zo langzaam dat behandeling meestal niet nodig is.
- Bloedonderzoek geeft geen zekerheid over het wel of niet hebben van prostaatkanker.
- Het vroeger ontdekken van prostaatkanker maakt de kans om aan prostaatkanker te overlijden niet kleiner.



Wat is de prostaat?

De prostaat is een klier, zo groot als een kastanje. Deze klier zit onder de blaas. De plasbuis loopt vanuit de blaas door de prostaat en penis naar buiten.

De prostaat produceert het vocht waar de zaadcellen in zwemmen. Bij een zaadlozing komt dit vocht via de plasbuis naar buiten.

Wanneer heeft u meer kans op prostaatkanker?

Waardoor iemand prostaatkanker krijgt is niet geweten.

U heeft meer kans op prostaatkanker:
- naarmate u ouder wordt,
- als u prostaatkanker in de familie heeft.

Prostaatkanker is niet besmettelijk en ontstaat ook niet door zelfbevrediging, sterilisatie, wisselende seksuele contacten of seksueel overdraagbare aandoeningen.

Wat verandert er op oudere leeftijd met de prostaat?

Op oudere leeftijd verandert de prostaat.
- De prostaat wordt vaak groter en kan de plasbuis gedeeltelijk dicht drukken.
- Ook de blaasspieren blijken op oudere leeftijd vaak minder goed te werken.
- De spieren onder de blaas, de bekkenbodemspieren, kunnen veranderen en daardoor het plassen lastiger maken.

Deze veranderingen kunnen plasproblemen veroorzaken:
- U moet overdag vaker plassen.
- U moet 's nachts vaak uit bed om te plassen, waardoor u minder goed slaapt.
- De plas komt moeilijk op gang of heeft een zwakkere straal.
- Na het plassen druppelt u na.
- U gaat naar het toilet om te plassen en vervolgens komt er (bijna) niets.
- Het lukt minder goed om helemaal uit te plassen.
- Het lukt minder goed om de plas lang op te houden.
- Soms kunt u tijdelijk juist niet plassen.

Deze veranderingen zijn goedaardig. **Plasklachten hebben zelden iets met prostaatkanker te maken.**

Bron: www.thuisarts.nl
Versiedatum 01/04/2014
Meest actuele versie: http://www.thuisarts.nl/prostaatonderzoek/ik-wil-weten-of-onderzoek-naar-prostaatkanker-zinvol-is

PRAKTIJK STOFFEZAND Stoffezandstraat 8, 2990 Loenhout, Tel 03/669.96.60 WWW.PRAKTIJKSTOFFEZAND.BE

Waaraan merk ik dat ik misschien prostaatkanker heb?

- De kans is groot dat iemand met prostaatkanker zijn hele leven niet merkt dat hij prostaatkanker heeft. Prostaatkanker komt vooral voor bij mannen op hoge leeftijd (70 plus) en groeit dan heel langzaam. Zo langzaam dat de meeste mannen met prostaatkanker er nooit last van zullen hebben.
- Plasklachten komen bij mannen regelmatig voor, maar zijn zelden een teken van prostaatkanker.
- Het eerste wat iemand van prostaatkanker merk zijn vaak botpijnen (o.a. in de heup of rug). Dit komt doordat prostaatkankercellen zich ook in de botten hebben genesteld.
- De meeste mannen met prostaatkanker overlijden door ouderdom of door andere ziekten. Slechts vier op de honderd mannen (4%) die overlijden, gaan dood aan prostaatkanker.

Onderzoek

Lichamelijk onderzoek:
De arts onderzoekt de prostaat door met een vinger via uw anus de prostaat te bevoelen. Een onregelmatige, asymmetrische, knobbelige vorm kán op prostaatkanker wijzen. Als de prostaat normaal en gelijkmatig aanvoelt, is prostaatkanker echter niet uitgesloten.

Bloedonderzoek:
Eventueel wordt bloedonderzoek gedaan, waarbij het PSA-gehalte van uw bloed wordt gemeten. PSA betekent Prostaat Specifiek Antigeen. PSA is een stof die door de prostaat wordt aangemaakt. Het PSA wordt hoger:

- met de leeftijd,
- bij een prostaatontsteking,
- bij goedaardige prostaatvergroting,
- bij prostaatkanker.

Het bloedonderzoek geeft dus weinig zekerheid over het wel of niet hebben van prostaatkanker, want:

- een verhoogd PSA-gehalte kán op prostaatkanker wijzen, maar kan ook andere oorzaken hebben;
- een laag PSA-gehalte is bij prostaatkanker veel minder waarschijnlijk, maar bewijst niet dat u geen prostaatkanker heeft.

Wat levert het onderzoek naar prostaatkanker op?

Het onderzoek
Voordeel: geruststelling
Nadeel: geen zekerheid

- Als de prostaat goed aanvoelt en het PSA is normaal dan geeft dat geruststelling, maar geen zekerheid. De kans dat u toch prostaatkanker heeft is dan maar 1%.
- Als de prostaat goed aanvoelt en de PSA is goed, dan geeft dat een gevoel van opluchting en veiligheid, terwijl u toch prostaatkanker kunt hebben.
- Lichamelijk onderzoek en PSA-onderzoek geven ook samen geen zekerheid over het hebben van prostaatkanker.
- Is de prostaat knobbelig of het PSA verhoogd, dan is verder onderzoek nodig en kan prostaatkanker worden ontdekt.
- Van de 100 mannen met een normaal PSA heeft er één toch prostaatkanker.
- Is het PSA verhoogd, dan is een vervolgonderzoek in het ziekenhuis nodig om vast te stellen of u prostaatkanker heeft. Dit geeft vaak onzekerheid, stress, angst en verdriet. Dit terwijl de kans dat u geen prostaatkanker heeft, toch groot is:
- Van de 100 mannen met een verhoogd PSA hebben er 80 geen prostaatkanker. Veel van deze 80 mannen blijven na een goede uitslag van het vervolgonderzoek, toch nog ongerust, omdat het PSA in het bloed verhoogd was.

Onderzoek en behandeling
Nadeel: risico op onnodige behandeling met kans op vervelende bijwerkingen

- De kans dat er prostaatkanker wordt gevonden waarvan u anders gedurende uw hele leven nooit wat gemerkt zou hebben is veel groter (drie tot vier keer zo groot).
- U komt dan voor de keuze te staan om de kanker te behandelen. Behandelen kan vervelende bijwerkingen hebben. Terwijl de kans groot is dat u nooit iets van de kanker gemerkt zou hebben.
- Behandeling kan de volgende bijwerkingen hebben: de plas niet meer kunnen ophouden (incontinentie), erectiestoornissen (minder goed of geen stijve penis kunnen krijgen), en 'achteruit klaarkomen' (bij de zaadlozing komt het zaad in uw blaas en niet direct uit uw penis).
- Het vroeger ontdekken van prostaatkanker maakt de kans om aan prostaatkanker dood te gaan niet kleiner.

Voor- en nadelen afwegen

- Mannen die PSA-onderzoek laten doen, leven gemiddeld net zo lang als mannen die dat niet doen.
- Het is op dit moment dus twijfelachtig of onderzoek om prostaatkanker vroeg te ontdekken u veel oplevert. Dit geldt ook voor mannen met een erfelijke aanleg voor prostaatkanker.
- Soms wordt wel geadviseerd om u jaarlijks te laten onderzoeken op prostaatkanker als een gezinslid van u (vader/zoon) erfelijke prostaatkanker heeft. Of dit echt zinvol is, is onzeker

Hoe gaat het verder bij onderzoek naar prostaatkanker?

Als u de voor- en nadelen goed hebt overwogen, kunt u zelf bepalen of u onderzoek wilt laten doen naar prostaatkanker.

- Als u besluit om dit te laten doen, dan zal de huisarts uw prostaat bevoelen en bloedonderzoek doen om te kijken of uw PSA verhoogd is.
- Als er een knobbelige prostaat en/of een verhoogd PSA wordt gevonden, is verder onderzoek in het ziekenhuis nodig.
- U kunt dan verwezen worden naar een specialist (uroloog). Meestal volgt er een biopsie van de prostaat.
- Als uit dit onderzoek blijkt dat u prostaatkanker heeft, dan zijn er verschillende behandelingen mogelijk (bestraling, operatie, hormonen of chemotherapie.)

Bijlage 3: EQIP-vragenlijst voor het beoordelen van de folder

	Ja	Deels	Nee	N.v.t.
1. Is er een initiële melding van het onderwerp in de brochure en gaat het ook daarover?	X			
2. Is er gebruik van gewone taal en verduidelijking van complexe woorden of jargon?	X			
3. Zijn de zinnen korter dan 15 woorden gemiddeld?		X		
4. Is de folder in persoonlijke taal geschreven? (bv. u, jij, je i.p.v. de patiënt)	X			
5. Is de toon respectvol?	X			
6, Is het design en lay-out van de folder bevredigend?	X			
7. Bevat de folder illustraties, grafieken of foto's relevant aan het onderwerp?	X			
8. Is de informatie in logische volgorde gepresenteerd?	X			
9. Heeft de brochure een benoemd luikje voor notities van de patiënt?			X	
10. Zijn er specifieke contactgegevens van de hulpverlening aangaande het probleem?	X			
11. Is de uitgegeven datum gekend?	X			
12. Is de naam van de persoon of instantie die de folder maakte gekend?	X			
13. Vermeldt de brochure of patiënten betrokken waren bij de productie van de folder?			X	
14. Worden generische namen van medicatie gebruikt i.p.v. merknamen?				X
15. Spreekt de folder over 'quality of life'? (bv schoolverlet of verminderde mobiliteit)		X		
16. Is er informatie over andere hulporganisaties of bijkomende info-bronnen?	X			
17. Bij behandelingen: is het doel beschreven?			X	
18. Bij behandelingen: zijn de voordelen beschreven?	X			
19. Bij behandelingen : zijn de risico's en neveneffecten beschreven?	X			
20. Worden alternatieven op de behandeling(en) gemeld?	X			

Score: $\frac{((\text{Ja} \times 1) + (\text{Deels} \times 0{,}5) + (\text{Nee} \times 0)) \times 100\%}{(20 - \text{n.v.t}))} = \%\ \text{score}$

$\frac{((14 \times 1) + (2\text{s} \times 0{,}5) + (3 \times 0)) \times 100\%}{(20 - 1))} = 79\ \%\ \text{score}$

Score	Patiëntenfolder	Advies
75 - 100%	Goed geschreven met hoge kwaliteit	Stockeer verder en herbeoordeel binnen 2 à 3 jaar
50 - 75%	Goede kwaliteit met mineure problemen	Stockeer verder en herbeoordeel binnen 1 à 2 jaar
25 - 50%	Majeure problemen met de folder	Herbeoordeel onmiddellijk en vervang binnen 6 maanden
0 - 25%	Zeer grote problemen	Verwijder onmiddellijk uit roulatie