Kennis, visie en risico-inschatting van de patiënt rond preventie.

Marlies VERMEULEN, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-Promotor: Dr. Piet Vanden Bussche, Universiteit Gent

Master of Family Medecine

Masterproef huisartsgeneeskunde

Kennis, visie en risico-inschatting van de patiënt rond preventie.

Marlies VERMEULEN, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-Promotor: Dr. Piet Vanden Bussche, Universiteit Gent

Master of Family Medecine

Masterproef huisartsgeneeskunde

Inhoudstabel

Abstract 7

Voorwoord 1

Inleiding 2

Keuze voor het onderwerp 2

Gezondheidsgids en buitenlandse initiatieven 2

België 2

Internationale initiatieven 3

Economisch luik 3

Kritische blik 3

Rol van de huisarts 4

Doelstelling en onderzoeksvraag 5

Doelstelling 5

Onderzoeksvraag 5

Methodologie 6

Literatuurstudie 6

Onderzoeksdesign 6

Vragenlijst 6

Methode 6

Statistische verwerking 7

Literatuuronderzoek 8

Epidemiologie: preventieve onderzoeken 8

GMDplus 8

Bevolkingsonderzoek borstkanker 9

Bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker 9

Kennis rond preventie 10

Darmkanker 10

Borstkanker 13

Hart- en vaatziekten 14

Risico-inschatting op gebied van preventie 16
Darmkanker 16
Borstkanker 17
Hart- en vaatziekten 18
The health belief model 18
Belang preventie 19
Samenvatting literatuuronderzoek 20
Onderzoeksresultaten 22
Betrouwbaarheid en validiteit 22
Epidemiologie 22
Kennis 25
Algemeen 25
Hart- en vaatziekten 27
Borstkanker 28
Dikkedarmkanker 30
Risico-inschatting 32
Hart- en vaatziekten 32
Borstkanker 35
Darmkanker 37
Kennis versus inschatting 40
Belang preventie 42
Preventiebeleid huisarts 42
Discussie 44
Interpretaties 44
Kennis 44
Risico-inschatting 46
Kennis versus risico-inschatting: 46
Zwakke punten 47
Besluit 48
Bibliografie 50

Bijlagen 54
Vragenlijst NL+FR 54
Informed Consent 65
Goedkeuring Ethische Commissie 66
Informatiebrochure 68
Formulier GMD+ 69
Gezondheidsgids Domus Medica: algoritme voor inschatting risico 70
Hart- en vaatziekten 70
Borstkanker 71
Darmkanker 72

Abstract

Titel: Kennis, visie en risico-inschatting van de patiënt rond preventie ICPC-Code: A98

HAIO: Marlies Vermeulen Marlies.Vermeulen@ugent.be

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems **Co-Promotor:** Dr. Piet Vanden Bussche

Context

Als arts wordt van ons verwacht dat we steeds meer aandacht aan preventie besteden. Met het ontstaan van de Gezondheidsgids van Domus Medica werd een mooi theoretisch concept omgezet in de praktijk. De invoering is echter niet altijd zo gemakkelijk gebleken. Bovendien horen we de laatste jaren ook steeds vaker stemmen opgaan om bepaalde preventieve onderzoeken opnieuw af te schaffen.

Onderzoeksvraag

In deze Masterproef werd zowel de kennis als de risico-inschatting van de patiënt rond preventie bevraagd. Bovendien werd ook gekeken of er een verband is tussen beide. Daarnaast werd ook geanalyseerd of er bepaalde demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, aantal jaren woonachtig in België en opleidingsniveau) in verband kunnen worden gebracht met het kennisniveau en het al dan niet correct inschatten van het eigen risico.

Methode

Er werden 121 vragenlijsten ingevuld door patiënten tussen de 45 en 75 jaar. 73 deelnemers kwamen daarna terug om een persoonlijk preventieplan te laten opstellen a.d.h.v. het GMDplus. De gegevens uit de enquête werden geanalyseerd en daarna gekoppeld met de resultaten uit het persoonlijk preventieplan. Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd volgens het watervalsysteem.

Resultaten

De globale kennis rond preventie is laag met een gemiddelde score van 49,8%. De vrouwelijke deelnemers scoren gemiddeld iets hoger dan de mannen (52,6% vs. 45,5%). Er werd vooral een zeer lage score genoteerd op de kennisvragen rond hart- en vaatziekten (38,7%). De kennis stijgt naarmate het opleidingsniveau hoger is. Deze kennisgradiënt kan echter niet doorgetrokken worden naar de deelnemers met een universitair diploma.

Er zijn grote verschillen inzake de inschatting van het eigen risico op de verschillende domeinen. Minder dan de helft van de deelnemers schat zijn risico op hart- en vaatziekten correct in. Voor borst- en darmkanker daarentegen is de inschatting veel vaker wel correct (respectievelijk 77,5% en 91,4%). Algemeen kunnen we stellen dat patiënten vaker hun risico overschatten dan onderschatten.

Het overgrote deel van de deelnemers vindt preventie belangrijk, maar bijna 40% werd nog nooit aangesproken over preventie door de huisarts.

Conclusie

Tot op heden is slechts in zeer beperkte mate onderzoek gedaan naar de kennis van de patiënten rond preventie. Uit deze Masterproef werd geconcludeerd dat de kennis rond preventie van hart- en vaatziekten, borstkanker en darmkanker eerder aan de lage kant is. De lage scores op het onderdeel hart- en vaatziekten kunnen mogelijks verklaard worden doordat er momenteel nog geen nationaal screeningsprogramma georganiseerd wordt.

Er is beperkte evidentie om te pleiten voor voldoende informatieverstrekking rond preventie. Belangrijk is hierbij om in de toekomst te focussen op informatie rond hart- en vaatziekten. Bovendien zal een extra inspanning nodig zijn om patiënten met een lage scholingsgraad en oudere patiënten (65+) te bereiken. Die informatieverstrekking kan waarschijnlijk ook best gebeuren via de huisarts die als vertrouwenspersoon rekening houdt met alle facetten van de patiënt en zo een belangrijke beschermende rol heeft tegen overscreening.

Voorwoord

In de eerste plaats wil ik mijn promotor Prof. Dr. Sara Willems en co-promotor Dr. Piet Vandenbussche danken voor de mogelijkheid om mij te verdiepen in dit onderwerp en het bieden van het nodige deskundige advies.

Voor het tot stand komen van deze Masterproef kon ik ook rekenen op de bereidwillige medewerking van mijn collega's en praktijkopleider bij de Centrumartsen Menen. Hun enthousiasme was van cruciaal belang om deze masterproef tot een goed einde te brengen.

Daarnaast kreeg ik uitgebreid advies van een goede vriend Jan-Willem rond de verwerking van de gegevens.

Een laatste woord van dank richt ik tot mijn man Lander voor het geduld, het nalezen van mijn Masterproef en de hulp bij de statistische verwerking en lay-out.

Inleiding

Keuze voor het onderwerp

Mijn keuze voor het onderwerp is ontstaan uit een persoonlijke interesse rond preventie. Met het onstaan van de Gezondheidsgids van Domus Medica werd een mooi theoretisch concept omgezet in de praktijk. De invoering is echter niet altijd zo gemakkelijk gebleken. Bovendien horen we de laatste jaren ook steeds vaker stemmen opgaan om bepaalde preventieve onderzoeken opnieuw af te schaffen. Toch was er zeker vanuit mijn opleidingspraktijk nog steeds interesse om aan de hand van het GMDplus een beeld te krijgen van de risico's bij onze patiënten en zo samen een persoonlijk preventieplan op te stellen.

Voor mij was het moment dan ook aangebroken om mij verder te verdiepen in dit onderwerp.

Gezien er reeds verschillende masterproeven gepubliceerd werden rond de implementatie van het GMDplus, leek het mij nu interessanter om andere facetten van de preventie te onderzoeken. Als arts wordt er van ons verwacht dat we steeds meer aandacht aan preventie besteden, maar wat is er ondertussen doorgesijpeld tot bij de patiënt? Houdt dit onderwerp hen ook bezig?

Uit een recent onderzoek is namelijk gebleken dat er een significante associatie is tussen het belang van screeningsonderzoek (mammografie) inzien en zowel kennis rond preventie (aanbevolen frequentie voor mammografie) als de perceptie van de patiënt van het risico om borstkanker te krijgen. [1]

In deze Masterproef wil ik dan ook onderzoeken wat de kennis van de patiënten rond preventie is en hoe ze zelf hun risico op verschillende gezondheidsproblemen inschatten.

Gezondheidsgids en buitenlandse initiatieven

België

Gezien het toenemend belang van ziektepreventie zijn er de laatste jaren heel wat nieuwe initiatieven ontstaan. Het belangrijkste instrument voor de Vlaamse huisarts is ongetwijfeld de Gezondheidsgids van Domus Medica. Het preventief beleid van de meeste huisartsen is dan ook op deze praktische gids gebaseerd. Het is een zinvolle en EBM-invulling van de rol van de huisarts in ziektepreventie en is bedoeld voor alle patiënten tussen 45 en 75 jaar. Voor deze doelgroep is ook een nomenclatuur-nummer met bijhorende terugbetaling voorzien. [2]
In een recente masterproef werd het GMDplus onder de loep genomen en kwam men tot de conclusie dat dit een efficiënte manier is om zowel de individuele patiënt als het EMD op punt te stellen. Uit dezelfde masterproef bleek wel dat daar een belangrijke tijdsinvestering tegenover staat. [3]

Ook vanuit de Vlaamse overheid wordt de laatste jaren steeds meer het accent gelegd op een preventief gezondheidsbeleid. In navolging van de WHO startte de Vlaamse overheid in 1998 met gezondheidsdoelstellingen. Concreet werden er doelstellingen geformuleerd rond 6 thema's [4]:

» Voeding en beweging
» Tabak, alcohol en drugs
» Zelfdoding (en depressie)
» Ongevallen in de privésfeer
» Vaccinaties
» Bevolkingsonderzoeken naar kanker, waarvan het recent opgestarte bevolkings-onderzoek rond dikkedarmkanker een goed voorbeeld is.

Internationale initiatieven

Ook internationaal zijn er reeds verschillende initiatieven gelanceerd om preventieve geneeskunde in de eerste lijn op de kaart te zetten. Interessante voorbeelden hiervan zijn het NHG-preventieconsult en de NHS health check. In het NHG-preventieconsult wordt gewerkt rond hart- en vaatziekten, diabetes en nierziekten. Er wordt daarbij een doeltreffende aanpak nagestreefd, gericht op zowel het individu (mensen met een verhoogd risico) als de gehele populatie (algemene voorlichting, regulatie, wetgeving, belastingen etc.) Ook de NHS Health Check werkt voornamelijk rond hart-en vaatziekten, diabetes en nierziekten. Daarnaast werd ook het luik 'Beroerte en dementie' geïntegreerd. [5] [6]

Economisch luik

Vanuit gezondheidseconomische hoek wordt vaak een pleidooi voor preventie gehouden. Het voorkomen van ziekte zou bij onze patiënten tot een kwaliteitsvoller leven leiden tegen een lagere kost voor de gezondheidszorg. Vooral met de relatieve toename van de oudere bevolking in combinatie met een stijgende levensverwachting zou een eenzijdige focus op curatieve zorg financieel onhoudbaar worden. [7] Uit een studie van Prof. L. Annemans *et al.* blijkt de kost per QALY bij aanmoedigen van beweging in kader van primaire cardio-vasculaire preventie te variëren tussen 2.000 en 15.000 euro. Deze preventieve strategie is kostenefficiënter dan de meeste behandelingen bij secundaire preventie die vandaag nog steeds gefinancierd worden vanuit de ziekteverzekering. [8]

Kritische blik

Toch horen we de laatste jaren ook steeds vaker een andere wind waaien. De kritiek op preventie werd vooral getriggerd door de evolutie in de prostaatkankerscreening. Niettegenstaande prostaatkankerscreening lange tijd als good practice gezien werd, kunnen we uit de huidige evidentie besluiten dat systematische prostaatscreening niet aanbevolen is. Als gevolg van deze nieuwe inzichten wordt de PSA-test ook niet meer terugbetaald sinds 1 augustus 2012. [9]

Daarnaast zijn de laatste jaren echter ook steeds meer studies verschenen die aantonen dat borstkankerscreening niet zaligmakend is.

In een recente RCT werd het effect van screeningsmammografie op lange termijn onderzocht. De resultaten tonen aan dat screeningsmammografie op lange termijn bij vrouwen tussen 40 en 75 jaar leidt

tot een daling van de mortaliteit door borstkanker. Deze resultaten moeten echter genuanceerd worden gezien ook andere elementen een invloed hebben op de daling van de mortaliteit zoals de verbeterde behandelingsmogelijkheden. [10]

Bovendien toont een recente systematische review van de Cochrane Collaboration aan dat een systematische screening in deze leeftijdsgroep meer nadelen dan voordelen oplevert. In het beste geval zou de borstkankersterfte dalen met 15%, maar daar staat wel 30% overdiagnose en overbehandeling tegenover. Concreet betekent dit dat van de 2000 vrouwen die over 10 jaar gescreend worden 1 vrouw niet zal sterven aan borstkanker en 10 gezonde vrouwen onnodig behandeld zullen worden. Verder zullen 200 vrouwen lange tijd psychologische stress (angst en onzekerheid) ondervinden door vals positieve bevindingen. Momenteel wordt in de België nog steeds gekozen voor een tweejaarlijkse screening via mammografie bij alle vrouwen tussen 50 en 69 jaar. In een bespreking door Minerva van de Cochrane review wordt echter opgeroepen voor een herziening van de huidige screeningspolitiek. In tussentijd is het zeker belangrijk de vrouwen goed in te lichten over de voor- en nadelen van systematische screening zodat ze zelf een informed decision kunnen maken. [11]

In navolging van de bespreking van de Cochrane review werd in het laatste nummer van Minerva een artikel besproken rond het effect van screening en leefstijladviezen op de incidentie van ischemische hartziekten in de algemene bevolking. Het betreft een RCT uit Denemarken. Men zag geen gunstig effect van systematische screening voor cardiovasculaire risicofactoren gevolgd door regelmatige, individuele leefstijladviezen, op de incidentie van ischemische hartziekte en CVA. Bovendien kon er ook geen reductie van de globale mortaliteit na 10 jaar genoteerd worden. [12]

In het kader van de Gezondheidsgids van domus medica/GMDplus is het natuurlijk ook interessant om te kijken naar het effect van een opeenvolging van gezondheidscheck-ups bij dezelfde patiënt.
In de systematische review en meta-analyse van Krogsbøll LT *et al.* [13] kon geen effect aangetoond worden op algemene en/of specifieke mortaliteit van preventieve gezondheids-check-up(s) bij een gezonde volwassen bevolking jonger dan 65 jaar.
Daarnaast moeten we ook rekening houden dat dergelijke gezondheidscheck-ups met geassocieerde aanvullende onderzoeken ook schade kunnen veroorzaken zoals overdiagnose, overbehandeling, lichamelijke letsels door diagnostische procedures, psychische stress bij vals-positieve resultaten of onterechte geruststelling bij vals-negatieve resultaten. [14]

Jammer genoeg zijn er momenteel nog geen gegevens over het effect van het GMDplus bekend.

Rol van de huisarts

Bovenstaande voorbeelden zijn allemaal initiatieven voor de eerstelijn in de gezondheidszorg. Uit de literatuur blijkt namelijk ook dat de huisarts ideaal geplaatst is om een centrale rol te vervullen in het preventieve beleid. De huisarts is vaak een belangrijke vertrouwenspersoon en is op de hoogte van zowel de sociale, de familiale als de medische achtergrond van de patiënt. Door preventie in handen te geven van de huisarts kan overdiagnostiek en overscreening aan banden worden gelegd.

Bovendien is de huisartspraktijk de meest laagdrempelige ingangspoort tot de (preventieve) gezondheidszorg.

Doelstelling en onderzoeksvraag

Doelstelling

Deze thesis is ontstaan uit de nood in onze praktijk om op een systematische wijze aan preventie te doen. Voordien werd vooral aan case-finding gedaan.

Mij leek het echter interessant om de implementatie van het GMD+ in onze praktijk te koppelen aan een vragenlijst rond de kennis van de patient rond preventie. Is er reeds informatie doorgedrongen rond de bestaande bevolkingsonderzoeken en andere preventieve screeningsonderzoeken tot bij de patient?

Daarnaast wou ik nog een stapje verder gaan en ook de inschatting van de patient van zijn persoonlijk risico op de verschillende preventieve domeinen bevragen. Een verkeerde risico-inschatting kan er namelijk voor zorgen dat er te weinig of net te veel aandacht besteed wordt aan preventie.

De koppeling van de resultaten uit beide onderzoeksvragen zou ons misschien iets meer kunnen vertellen waarom bepaalde patiënten meer belang hechten aan preventie dan anderen. Op die manier kan in de toekomst misschien gerichter preventief gewerkt worden.

Uiteindelijk werd deze Masterproef beperkt tot de volgende onderwerpen ‘Hart- en vaatziekten’, ‘Borstkanker’ en ‘Darmkanker’. Initieel werd ook de kennis rond het vaccinatiebeleid in België bevraagd, maar wegens een probleem bij de registratie kon dit deeldomein niet verder uitgewerkt worden.

Onderzoeksvraag

- Wat weet de patiënt over preventie? (hart- en vaatziekten, borstkanker, darmkanker)
- Hoe schat de patiënt zijn/haar eigen risico in? Is deze risico-inschatting correct?
- Is er een verband tussen de kennis van de patiënt over preventie en hun risico-inschatting?
- Analyse van welke patiëntgebonden parameters (leeftijd, geslacht, aantal jaren woonachtig in België en opleidingsniveau) mogelijks in verband kunnen worden gebracht met het kennisniveau en het al dan niet correct inschatten van hun eigen risico.

Methodologie

Literatuurstudie

Er wordt in deze studie uitvoerig gerefereerd naar de resultaten van vorige masterproeven. Daarnaast werd gebruik gemaakt van de watervalstrategie. Eerst werd op zoek gegaan naar literatuur in quaternaire bronnen (Minerva, Domus Medica, NHG, CEBAM). Als tertiaire bronnen werden Clinical Evidence en Cochrane geraadpleegd. Als laatste stap werd literatuur gezocht via Pubmed. Combinaties van MeSH-termen leverden verschillende bruikbare artikels op. In de referentielijsten van deze artikels werd dan nog verder gezocht naar interessante studies.

Onderzoeksdesign

Vragenlijst

Er kon zo goed als geen literatuur gevonden worden over het opstellen van een vragenlijst om de kennis en de risico-inschatting van patiënten rond preventie te bevragen. De bestaande gestandaardiseerde vragenlijsten scoorden vaak het kennisniveau enkel op basis van de kennis over de risicofactoren. [15]

Bovendien wou ik ook specifiek de kennis rond het preventiebeleid in België (GMD+) bevragen. Bestaande vragenlijsten rond het preventiebeleid in andere landen konden dus ook niet gebruikt worden voor mijn onderzoek.

De enquête werd dan ook aan de hand van mijn eigen inzichten opgesteld. Daarna werd de lijst verschillende keren getoetst door familieleden en kennissen de vragen te laten invullen. Onduidelijkheden in de vraagstelling werden er op die manier zo goed als mogelijk uitgefilterd.

Methode

Luik 1

Patiënten worden aangesproken door de praktijksecretaresse om een enquête in te vullen. Door de patiënten persoonlijk aan te spreken hopen we een zo breed mogelijke studiepopulatie te bekomen en ook groepen waarbij (in)formele brieven moeilijker ingang vinden te kunnen includeren. Door middel van de enquête wordt hun kennis rond preventie en risico-inschatting bevraagd. Deze enquête zal ingevuld worden tijdens het wachten.

Inclusiecriteria:

- Patiënten met GMD in onze groepspraktijk.
- Leeftijdscategorie: 45-75jaar.

Exclusiecriteria:

- Levensverwachting minder dan 10 jaar.
- Patiënten die niet zelf op raadpleging (kunnen) komen.
- Patiënten in een instelling.

Luik 2

In onze groepspraktijk wordt het GMDplus geïmplementeerd. In dit deel speel ik tevens een actieve rol, maar dit behoort niet tot mijn Masterproef.

Het afgeven van de hierboven vermelde enquête kan een goede aanzet zijn om het GMDplus ter sprake te brengen. Indien voldoende interesse zal een checklist (gebaseerd op de gezondheidsgids van Domus Medica) meegegeven worden.

Verloop preventieconsult:

- Samen overlopen van de checklist.
- Vervolgens uitvoeren van bloeddrukmeting en klinisch onderzoek (eventueel aangevuld met bloedname indien geen recent labo voorhanden).
- Adhv de resultaten uit de vragenlijst en het klinisch onderzoek wordt een persoonlijk preventieplan opgemaakt.

Het persoonlijk preventieplan zal op een gestructureerde wijze neergeschreven en bijgehouden worden.

Luik 3

Analyse van de enquête. De bekomen gegevens worden daarna gekoppeld met de resultaten uit het persoonlijk preventieplan van de patiënt.

Opmerking:

- Wanneer de deelnemer geen informatie had over familieleden met borst- en/of darmkanker werd het risico van deze patiënt gecatalogeerd onder ‘normaal risico’.

Statistische verwerking

Er werd hiervoor gebruik gemaakt van het software-pakket Excel.

Epidemiologie: preventieve onderzoeken

GMDplus

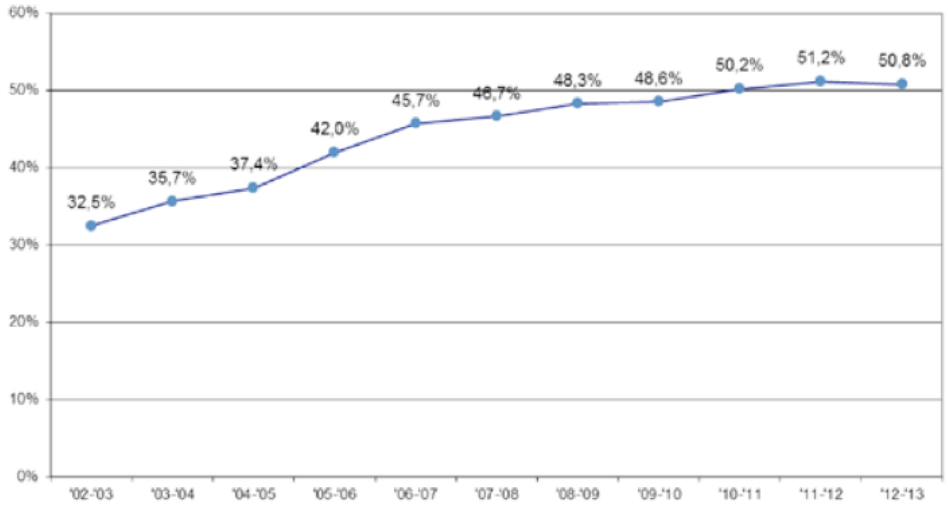
In onderstaande tabel worden de gegevens van het RIZIV voor 2013 weergegeven. In dat jaar werd in België het honorarium voor het GMDplus 453.323 keer aangevraagd. We zien dat het aantal afgesloten GMDplus in Vlaanderen duidelijk hoger ligt dan in de andere gewesten, respectievelijk 303.916 tov. 114.502 voor Wallonië en 34.079 voor Brussel.

GMD - Gevallen 2013 per gewest							
Omschrijving groepdetail	**Nomnr**	**Omschrijving Nomnr**	**Vlaanderen**	**Wallonië**	**Brussel**	**Onverdeeld**	**België**
Bijkomend honor. voor het beheer van het GMD voor een raadpleg. in de spreekkamer	102771	Supplement voor het beheer van het GMD (GMD door een huisarts, ter gelegenheid van een raadpleging (101032, 101076) of van een bezoek (103132, 103412, 103434), met het schriftelijk akkoord van de patiënt	2.883.987	847.057	277.479	6.793	4.015.316
Administratieve verlenging van het GMD	102793	Honorarium voor het beheer van het GMD zonder gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten: verlenging van het GMD	1.105.150	516.929	91.171	4.734	1.717.984
Preventie GMD	102395	Supplement voor de realisatie van de preventiemodule in het kader van het GMD ter gelegenheid van een raadpleging (101032, 101076) of van een bezoek (103132, 103412, 103434)	280.519	77.868	16.022	583	374.992
	103272	Preventiemodule GMD medische huizen : facturatie aan 70%	17.824	23.532	12.709	179	54.244
	103294	Preventiemodule GMD medische huizen : facturatie aan 30%	5.573	13.102	5.348	64	24.087
Totaal			**4.293.053**	**1.478.488**	**402.729**	**12.353**	**6.186.623**

Naast het GMDplus bestaan in België ook verschillende bevolkingsonderzoeken. Zowel voor borstkanker, baarmoederhalskanker als darmkanker wordt een deel van de bevolking binnen een bepaalde leeftijdscategorie op geregelde tijdstippen uitgenodigd om een preventief onderzoek te laten uitvoeren. Wat is het succes hiervan?

Bevolkingsonderzoek borstkanker

In het kader van het bevolkingsonderzoek rond borstkanker wordt door de Vlaamse overheid gestreefd naar een participatiegraad van 75%. Het deelnamepercentage in 2012-2013 bedroeg echter slechts 50,8%. Dit is iets lager dan in 2011-2012 (zie grafiek 2). Daarbij moeten we wel vermelden dat heel wat symptoomloze vrouwen toch een diagnostische mammografie laten nemen en geen screeningsmammografie. Deze diagnostische onderzoeken worden niet geregistreerd in de statistieken van het bevolkingsonderzoek.



Grafiek 1: Participatiegraad per periode van 2 jaar

Van de deelnemers van 2011 neemt 37,6% binnen 24 maanden opnieuw deel, als de periode wordt verlengd naar 30 maanden dan stijgt dit percentage tot 81,4% . Recentere cijfers zijn momenteel niet voorhanden. Uit onderzoek blijkt dat de belangrijkste factor om niet opnieuw deel te nemen een vals positief resultaat was in de vorige screeningsronde. [16]

Bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker

Voor de start van het bevolkingsonderzoek werd een participatiegraad beoogd van 35%. Tijdens 2013 (opstartjaar) kon reeds een participatiegraad geregistreerd worden van 48,7%.

Tabel 1: Participatiegraad op uitnodiging op de toegelaten doelgroep

	Participatie (aantal deelnemers)	Uitgenodigd in 2013 (toegelaten doelgroep)	Participatiegraad (participatie op toegelaten doelgroep) in %
Totaal	117 579	241 274*	48.7%

In dit opstartjaar werden enkel de oudste leeftijdscategorieën (66-74j) uitgenodigd. De 66- tot 70-jarigen hebben een significant hoger participatiecijfer (50,7%) vergeleken met de 71- tot 74-jarigen (44.9%). [16]

Tabel 2: Participatiegraad naargelang leeftijdscategorie

Leeftijdscategorie	Participatie (aantal deelnemers)	Uitgenodigd in 2013 (toegelaten doelgroep)	Participatiegraad in % (participatie op toegelaten doelgroep)
56-60	-	-	-
61-65	-	-	-
66-70	81 291	160 432	50.7%
71-74	36 288	80 841	44.9%
Totaal	**117 579**	**241 273***	**48.7%**

Kennis rond preventie

Tijdens mijn literatuuronderzoek kon ik geen artikels weerhouden waarin de kennis van de patiënten over het Belgische preventiebeleid (GMD+) onderzocht werd.

Ook bij een uitgebreider literatuuronderzoek via Pubmed naar studies waarin de kennis van patiënten rond het preventiebeleid in andere landen bevraagd werd, konden slechts enkele relevante artikels weerhouden worden.

Er werden wel verschillende artikels gevonden waarin de kennis van de deelnemers rond darmkanker, borstkanker, hart- en vaatziekten, ... (risicofactoren, definitie etc) onderzocht werd.

Darmkanker

Masterproef

In de Masterproef van Mieke Latruwé ‘De kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij huisarts en patiënt. deel: patiënten’ uit 2012 werd geconcludeerd dat de kennis over darmkanker bij de patiënten onvolledig, maar voldoende is.

Bij het bevragen van de betekenis van de term ‘screening’ blijkt dit geen goed gekend begrip te zijn. Zes patiënten geven zelf aan echt niet te weten wat de term inhoudt.

De deelnemers hebben moeite om de prevalentie van dikkedarmkanker in te schatten adhv een percentage, maar slagen er wel in om de rangorde van colorectale kanker tov. andere veel voorkomende kankers aan te geven.

De helft van de personen wist ook dat darmpoliepen kunnen evolueren naar een maligniteit.

Daarnaast zijn belangrijke risicofactoren ook goed gekend. 13 van de 15 patiënten halen een familiale belasting en een ongezonde levensstijl aan als risicofactor voor dikkedarmkanker.

De best gekende screeningsonderzoeken in de studiepopulatie blijken de borst- en cervixkankerscreening te zijn. De kennis over dikkedarmkankerscreening is duidelijk erg beperkt. 6 van de 15 geïnterviewde patiënten had nog nooit over dikkedarmkankerscreening gehoord. 3 van de overige 9 personen werden door de huisarts geïnformeerd over screening d.m.v. colonoscopie. Bij de 6 andere personen die reeds op de hoogte waren over dikkedarmkankerscreening, ging het in 4 gevallen ook over colonoscopie en in 2 gevallen over FOBT.

Belangrijk is wel hierbij op te merken dat de studiepopulatie zeer beperkt was, namelijk 15 patiënten en 15 huisartsen. [17]

Artikels via Pubmed

Algemeen

In de studie van Keighley *et al.* werden Europeanen uit 21 landen bevraagd over hun kennis van colorectale kanker. 48% van de deelnemers antwoordden dat het risico op darmkanker voor iedereen gelijk is. Deze personen zijn zich dus niet bewust van de bestaande risicofactoren. Slechts 32% (30% voor België) beantwoordden deze vraag correct, 20% gaf aan deze vraag niet te kunnen beantwoorden.

Landen in Europa waar campagnes werden gevoerd over colorectale kanker en waar een goed nationaal screeningsbeleid werd uitgebouwd, scoorden beter op de vragenlijst. Uit de resultaten blijkt dat het land van origine op die manier een grotere impact heeft op de score dan andere variabelen zoals leeftijd, geslacht en scholingsgraad. [18]

Deze resultaten komen overeen met de resultaten uit de studie van Sessa *et al.* (n=595 volwassenen uit het Zuiden van Italië). Globaal gezien was de kennis rond dikkedarmkanker van de deelnemers hier ook beperkt. Slechts 30,1% was in staat om een correcte definitie voor dikkedarmkanker op te geven. Bovendien kenden slechts 18,5% van de ondervraagden de twee belangrijkste modifieerbare risicofactoren ‘beperkte fysieke inspanning’ en ‘een hoge inname van vetten’. Er kon een significante positieve associatie weerhouden worden tussen een hoog kennisniveau rond dikkedarmkanker en een hoger opleidingsniveau (OR=1,08; 95% CI 1,03-1,15), het zelf uitoefenen van fysieke activiteit (OR=1,79; 95% CI 1,14-2,83), personen die hun voedingswijze aanpassen uit schrik voor het krijgen van darmkanker (OR=1,92; 95% CI 1,07-3,46) en bij een lagere inschatting van het persoonlijke risico op darmkanker (OR=0,91; 95% CI 0,83-0,99). [19]

Ook in de studie van Ramos *et al.* (n=625 tussen de 50 en 69 jaar) concludeerden de onderzoekers dat de kennis tot op heden erg beperkt is. In dit onderzoek werd zowel gepeild naar de kennis van de deelnemers rond kanker(preventie) in het algemeen als naar darmkanker specifiek. De meeste patiënten wisten dat roken (92,2%) en ongezonde voeding (69,9%) belangrijke risicofactoren zijn. 88,2% van de deelnemers wist dat vroege detectie van darmkanker kan leiden tot een langere overleving en de meeste patiënten (64,2%) gaven ook aan dat intestinale poliepen verwijderd moeten worden om progressie naar darmkanker te voorkomen. Minder bewust was men van klachten als diarree en constipatie (gemiddeld 42,9%; p=0,001) en abdominale pijn (gemiddeld 23,6%; p=0,775) als mogelijke symptomen

van colorectale kanker. Bovendien wist minder dan de helft van de deelnemers (44,7%) dat de vijfjaars-overleving van patiënten met colorectale kanker meer dan 50% bedraagt.

In de studie van Ramos *et al*. werd daarnaast ook gekeken welke factoren geassocieerd waren met het weigerachtig staan t.o.v. preventief onderzoek via FOBT en/of colonoscopie. Een van deze factoren was een laag kennisniveau over de belangrijkste symptomen bij colorectale kanker. [20]

In een onderzoek van Gimeno Garcia *et al.* werden eerstegraadsverwanten van patiënten met dikke-darmkanker bevraagd. 28,7% van de deelnemers konden minstens één risicofactor voor colorectale kanker opgeven. Ongeveer 2/3 van de patiënten identificeerde minstens één van de alarmsymptomen voor darmkanker. Rectaal bloedverlies werd het vaakst gerapporteerd (41,2%). De vragen rond incidentie, 5jaars prognose en risicoleeftijd werden door respectievelijk 12%, 19,2% en 58,7% van de deelnemers correct beantwoord. Ook deze resultaten zijn ondermaats, zeker gezien de ondervraagden in hun nabije omgeving geconfronteerd werden met dikkedarmkanker. [21]

Kennis screeningsonderzoeken

In verschillende studies werd ook in een beperkt luik van de vragenlijst gepeild naar de kennis rond de bestaande preventieve onderzoeken.

In de grote Europese studie van Keighley *et al.* wist 51% van de deelnemers van het bestaan van een simpele screeningstest voor colorectale kanker. [18]

Dit komt opnieuw overeen met de studie van Sessa *et al.* waarin 51,8% van de deelnemers de FOBT identificeerden als het belangrijkste screeningsinstrument binnen de preventie van dikkedarmkanker. Hogere scores op deze vraag waren geassocieerd met:

- Een hoger opleidingsniveau (OR= 1,08; 95% CI 1,03-1,13)
- Het krijgen van uitleg over FOBT door de huisarts (OR=3,43; 95% CI 2,01-5,83)
- Een hoger kennisniveau over de risicofactoren voor darmkanker (OR=1,87; 95% CI 1,04-3,38)

[19]

Ook in de studie van Gimeno Garcia AZ *et al.* en het cross-sectioneel onderzoek van Dolan *et al.* werden gelijkaardige resultaten gevonden. In de eerste studie was 47% van de patiënten op de hoogte over één van de methodes ikv darmkankerscreening. Er werd tevens gepeild naar de kennis rond de screeningsmethodes in kader van borst- en prostaatkanker. Daarbij zag men dat de patiënten veel meer op de hoogte waren over de correcte screeningsmethodes voor borst- en prostaatkanker (respectievelijk 82,9% en 51,6%) in vergelijking met darmkanker. [21]
In het onderzoek van Dolan *et al.* (n = 377 veteranen) zag men dat 47,3% van de ondervraagden onvoldoende kennis had over de bestaande screeningstesten. Wanneer specifiek gevraagd werd of ze wisten wat een flexibele sigmoidoscopie of een FOBT was, konden respectievelijk 71% en 76,4% geen algemene omschrijving van deze testen geven. Deelnemers met lage scholingsgraad waren minder op de hoogte over colorectale kanker (8,8% v 2,5%; P < 0,006). Ze scoorden ook lager op de kennisvragen

over bestaande screeningsmethodes (58,4% v 40,9%; P < 0,001), zijn vaak niet op de hoogte over de leeftijd waarop screening naar darmkanker aanbevolen wordt (75,2% v 66,7%; P = 0,08) en konden minder vaak beschrijven wat een FOBT (94,9% vs. 65,8%; P < 0,001) of de procedure bij flexibele sigmoidoscopie (84,7% v 63,3%) precies inhoudt. Bovendien is er ook een positieve associatie tussen een lager opleidingsniveau en een negatieve attitude t.o.v. FOBT. [22]

In een recent review-artikel van Gimeno Garcia AZ *et al.* werden verschillende studies geïncludeerd die uitgevoerd werden door The National Health Interview Survey (NHIS). In deze onderzoeken zag men dat de kennis rond de bestaande screeningstesten (FOBT, coloscopie) bij de helft van de deelnemers onvoldoende was. Daarnaast concludeerde men ook dat een prominente drempel om aan screening deel te nemen een laag kennisniveau rond colorectale kanker en screening was. In deze review zag men dat een laag kennisniveau geassocieerd was met een lage scholingsgraad, ethnische minoriteiten, geen zorgverzekering en een laag inkomen. [23]

In een grootschalige studie in Singapore werden 1743 personen ondervraagd. 54% van de mannen en 55% van de vrouwen waren op de hoogte dat endoscopie een mogelijk screeningsmiddel is om dikkedarmkanker op te sporen. In deze studie was de scholingsgraad eerder laag. Slechts 9,7% van de vrouwen en 19,7% van de mannen hadden >12j onderwijs genoten. [24]

Borstkanker

In een studie uitgevoerd in de algemene Ierse populatie (n=2355, 53% vrouwen) vond men dat 81 % van de deelnemers in het recente verleden iets gehoord of gezien had in het kader van borstkanker.
Het kennisniveau was algemeen goed. Wat betreft de kennis rond de risicofactoren voor borstkanker was de kennis echter beperkt. Alleen het feit dat een positieve familiale voorgeschiedenis een belangrijke risicofactor is voor borstkanker was goed gekend onder de deelnemers. De meeste deelnemers konden ook minstens 1 symptoom opsommen.
Het bestaan van een screeningstest was goed gekend. Algemeen zag men dat de kennis rond screening, symptomen en behandeling van borstkanker beter was onder de vrouwenlijke patiënten dan onder de mannen. De incidentie en overlevingskans daarentegen werden meestal beter ingeschat door de mannelijke deelnemers. Ook de deelnemers met een hoger opleidingsniveau scoorden beter op deze vragen. [25]

Ook in de studie van Subramanian *et al.* zag men dat het kennisniveau aangaande de risicofactoren voor borstkanker laag was. In deze studie werd de kennis van de deelnemers rond borstkanker bevraagd adhv. 'the nine risk factors category' opgesteld door the American Cancer Society. Met behulp van deze vragenlijst kon de kennis onderverdeeld worden in verschillende categoriën (5-9 risicofactoren gekend = goed kennisniveau, < 5 risicofactoren gekend = laag kennisniveau). 71% van de deelnemers had een laag kennisniveau aangaande de risicofactoren voor borstkanker. Ook hier was voor een positieve familiale voorgeschiedenis een goed gekende risicofactor (74,8%). Ook leeftijd (58,8%) en een goedaardig gezwel (tumor/cyste) thv de borst in de voorgeschiedenis (57,3%) werden vaak aangehaald als risicofactoren. Leeftijd van de eerste menstruatie, leeftijd waarop de menopauze optreedt en anti-

conceptiemethodes werden slechts in 30% van de gevallen geïdentificeerd als risicofactoren. Bij verdere analyse van de onderzoeksresultaten bleek er een significante relatie te bestaan tussen deelname aan screening met mammografie en een betere kennis van de risicofactoren voor borstkanker ($p<0,05$). [26]

Deze resultaten komen overeen met de resultaten uit de studie van Pöhls *et al.* (n=2108). Ook in deze studie ziet men dat de kennis van de deelnemers inzake incidentie en risicofactoren over borstkanker onvoldoende was. Slechts 1/3 van de patiënten maakte een correcte inschatting van de incidentie van borstkanker. Ook in deze studie wisten de meeste deelnemers (95%) dat een positieve familiale voorgeschiedenis een belangrijke risicofactor is. 57% gaven ook aan de leeftijd als een risicofactor voor borstkanker te beschouwen. [27] Deze gegevens liggen in dezelfde lijn als de resultaten verkregen in de Ierse studie van McMenamin *et al.* [25]
Het percentage deelnemers die een goedaardige borstafwijking in de voorgeschiedenis onder de risicofactoren rekende was dan weer duidelijk hoger (75,3%). 32% beschouwde ook de leeftijd waarop de menopauze optreedt als een risicofactor. Slechts 13,2% vond de leeftijd van de eerste menstruatie belangrijk. [27]
In een andere grootschaligere Duitse studie (n=7135) waren de resultaten gelijklopend. [27]

In een overzichtsartikel werden de gegevens uit verschillende studies in verband met de inschatting van het lifetime-risico gebundeld. Daaruit bleek dat de kennis van het lifetime-risico in de algemene populatie onvoldoende was. Slechts 7-37%, afhankelijk van demografische karakteristieken en opleidingsniveau, kon een realistische inschatting maken van dit risico. [28]

In de studie van Grunfeld et al. werd specifiek de kennis rond de symptomen van borstkanker onderzocht. Een pijnloze knobbel, een knobbel thv de axillaire regio en afscheiding via de tepel werden het vaakst geïdentificeerd als mogelijkse symptomen van borstkanker. Minder dan 1/3 gaf ook aan huidveranderingen thv de borst zoals kuiltjes en intrekking van de tepel als een alarmsymptoom te beschouwen. Men concludeerde dat de kennis rond de symptomen beperkt was. [29]

Hart- en vaatziekten

Algemeen

In een recente review werden verschillende studies geïncludeerd waarin de kennis in de algemene populatie rond de symptomen bij een beroerte werd onderzocht. In de meeste gevallen was de kennis voldoende tot slecht.
In de studie van Kothari *et al.* bijvoorbeeld kon 39% van de deelnemers geen enkel symptoom van een beroerte benoemen. Dit percentage was zelf nog hoger in de leeftijdsgroep 65+ (46%).
In andere studies werden zelf percentages tot 75% genoteerd. Zoals de auteurs ook vermelden in de review blijken de resultaten wel sterk afhankelijk te zijn van de manier waarop de vragen gesteld worden. [30]

Daarnaast werden nog enkele artikels gevonden die niet geïncludeerd werden in de review.

In een studie in een landelijke regio in Amerika zag men dat 45% van de deelnemers 2 of meer risicofactoren voor een beroerte kon identificeren. Overgewicht (56%), roken (50%) en hoge bloeddruk (44%) werden het vaakst vernoemd. Ook in deze studie lag de kennis rond de risicofactoren voor beroerte hoger in de leeftijdsgroep van 45-64jaar tov de oudere leeftijdsgroep (65+) (48% vs 40%). [31]

In een recente Ierse studie werd eveneens geconcludeerd dat er een significant tekort was in de kennis over beroerte. Opnieuw waren de resultaten slechter wanneer men enkel keek naar de leeftijdsgroep vanaf 65 jaar. [32]

In een studie van Gans *et al.* werd de kennis rond cardiovasculaire preventie bevraagd op verschillende tijdstippen (1981-1993) in twee gemeenschappen in New England (Amerika).
Men zag dat de kennis significant toenam naarmate de jaren verstreken. Deze toename was vooral te danken aan het feit dat de deelnemers in latere onderzoeken vaker fysieke inactiviteit en hoge cholesterol als risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten identificeerden. Daarnaast steeg het percentage deelnemers ook in de tijd die op de hoogte waren over mogelijkheden om een hartaanval of beroerte te voorkomen.

Bovendien was er een positieve associatie tussen het kennisniveau en vrouwelijk geslacht, hoger opleidingsniveau en deelnemers die thuis Engels spreken. [33]

In een studie uit Egypte concludeerde men dat bij 20,8% van de deelnemers de kennis rond coronaire hartziekten onvoldoende was. 39,2% van de deelnemers wist niet wat de term coronaire hartziekten inhoudt.
Roken werd door 30,4% van de deelnemers als risicofactor beschouwd en 95,2% zag rookstop als een belangrijke preventieve maatregel. Slechts 0,8% daarentegen beschouwde diabetes type 2 als een onafhankelijke risicofactor.
Het is wel belangrijk hierbij op te merken dat het opleidingsniveau van de deelnemers zeer laag was (41,6% analfabeet, slechts 6,8% hoogopgeleid). In deze studie vond men ook een positieve associatie tussen de kennis en het opleidingsniveau van de deelnemers. [34]

The American Heart Association heeft verschillende nationale studies uitgevoerd waarbij telefonisch vragenlijsten werden afgenomen.
In de studie uit 1997 gaf 51% van de deelnemende vrouwen aan dat ze matig goed geïnformeerd waren over hart- en vaatziekten. Minder dan 15% van de vrouwen zei zeer goed geïnformeerd te zijn over hart- en vaatziekten. In de studie kon wel een verschil tussen de leeftijdsgroepen genoteerd worden. Meer vrouwen in de leeftijdsgroep 45+ zeiden dat ze goed geïnformeerd waren tov de jongere deelnemers. [35] Dezelfde tendensen zien we in het onderzoek uit 2003. [36]
Daarnaast werd de kennis rond alarmsymptomen bij beroerte specifiek bevraagd. Ongeveer 36% van alle vrouwen gaf plotselinge unilaterale motorische uitval op als een alarmsymptoom. Als er enkel gekeken wordt naar de leeftijdsgroep 65+ was dit slechts bij 28% van de vrouwen. [35]
Wanneer gepeild werd naar risicofactoren werden vaak overgewicht, weinig fysieke activiteit, roken en hoge cholesterol aangehaald. Andere risicofactoren zoals een vetrijk dieet, genetische predispositie, alcohol, … werden slechts in 5% of minder van de gevallen aangehaald.

Uit deze studie blijkt ook duidelijk dat de deelnemers de incidentie van hart- en vaatzieken niet correct inschatten: 61% gaf aan kanker als het belangrijkste gezondheidsprobleem voor vrouwen te beschouwen. Slechts 8% rapporteerde hart en vaatziekten. Als belangrijkste doodsoorzaak bij vrouwen werd door de meeste vrouwen kanker vernoemd. Slechts 31% gaf aan hart- en vaatziekten als belangrijkste doodsoorzaak te beschouwen. Recente statistieken over de belangrijkste doodsoorzaken in Amerika tonen echter een tegenovergesteld beeld. [35]

Diabetes

Uit mijn literatuuronderzoek werden ook 2 studies rond diabetes weerhouden. Beide studies werden uitgevoerd in niet-Westerse landen.
In een studie uit Singapore werden 1337 personen geïnterviewd rond hun kennis over diabetes mellitus. De gemiddelde score was 66,1%. Wanneer de resultaten per onderwerp geanalyseerd werden, zag men grote individuele verschillen. Het percentage correcte antwoorden schommelde tussen 22 en 83% voor de sectie 'Algemene kennis', tussen de 31 en 91% voor het onderdeel rond 'Risicofactoren', tussen 48 en 81% voor 'Symptomen en complicaties', 35 en 87% voor 'Behandeling en management' en 58 tot 93% voor 'Opvolging'. [37]
Deze resultaten komen overeen met de resultaten uit de Thaise studie van Pongmesa T. *et al.* In deze studie was de gemiddelde score 59,6%. De beste resultaten werden behaald op het onderdeel 'Risicofactoren' met een gemiddelde score van 72%.
In deze studie kon ook een significante positieve associatie weerhouden worden tussen kennis en opleidingsniveau. [38]

Risico-inschatting op gebied van preventie

De eigen risico-inschatting is simpelweg een weergave van het gepercipieerde risico op een aandoening door de patiënt zelf en werd reeds in verschillende internationale studies onderzocht. Daaruit is gebleken dat het incorrect inschatten van het eigen risico op kanker kan leiden tot toegenomen angst en een lagere participatiegraad aan screeningsonderzoeken.

In de studie van Dolan *et al.* gaf meer dan ¾ van de studiepopulatie aan de eigen gezondheid in het algemeen als goed tot uitstekend in te schatten. Uit dezelfde studie bleek dat deelnemers met een lagere scholingsgraad/geletterdheid hun eigen risico vaker gemiddeld tot hoog inschatten (69,6% v 55,2%; P = 0,01). [22]

Darmkanker

In een studie van Sessa *et al.* werd aan de deelnemers gevraagd om hun eigen risico op colorectale kanker in te schatten. De gemiddelde score was 5,1 (met score 0 = 'geen risico' en score 10 = 'zeer hoog risico') wat wijst op een algemeen lage risico-inschatting. Slechts 9,7% van de deelnemers gaven zichzelf een zeer hoog risico op colorectale kanker door "10" in te vullen. [19]

Ook in de studie van Ramos *et al.* gaf minder dan 20% van geïnterviewden aan zelf vatbaar te zijn voor colorectale kanker. [20]

In de recente Masterproef van Mieke Latruwé werd naast de kennis van de patiënten rond darmkanker ook de risico-inschatting bevraagd. Twee deelnemers hadden een verhoogd risico. Slechts 1 van deze patiënten schatte het persoonlijk risico correct in. Negen patiënten geloofden dat ze geen verhoogd risico hebben. Allemaal haalden ze daarvoor de 'afwezigheid van erfelijke factoren aan'. Andere vaak vermelde argumenten zijn 'te oud' en 'geen klachten'. Eén persoon rekende zich wel tot de risicogroep vanwege darmproblemen in de voorgeschiedenis (vermoedelijk IBS). [17]

In een studie van Gimeno Garcia et al uit 2011 daarentegen gaf 46,7% van de deelnemers aan het eigen risico op colorectale kanker hoger in te schatten dan dat van de algemene bevolking. 48,8% van de ondervraagden schatte zijn eigen risico even hoog in en 4,5% lager dan de algemene bevolking. Er kon geen verschil tussen de geslachten geregisteerd worden. [21]

Borstkanker

In een grootschalige studie van Pöhls *et al.* werd de risico-inschatting van de deelnemers rond borstkanker onderzocht. Tweederde van de deelnemers schatte het eigen risico op borstkanker laag tot gemiddeld in. Er waren geen significante verschillen wat betreft demografische karakteristieken. Slechts 17,4% (n=353) van de vrouwen dacht een hoger risico dan gemiddeld te hebben. 26,7% (n=559) van de ondervraagden had geen idee wat hun eigen risico op borstkanker was.
Uit dit onderzoek bleek dat een hoog percentage van de ondervraagden hun eigen risico op borstkanker over- of onderschatten. Slechts 1/3 schatte het eigen risico correct in [15]. In eerdere studies werden gelijkaardige resultaten gevonden [39].
Er kon ook een duidelijke relatie weerhouden worden tussen scholingsgraad en de mogelijkheid om het eigen risico in te schatten. Hoe hoger de scholingsgraad hoe minder vaak vrouwen hun eigen risico op borstkanker niet konden inschatten [15].

Ook in de studie van McMenamin *et al.* zag met dat de deelnemers hun eigen risico heel vaak niet correct inschatten. In deze studie noteerde men een overschatting van 66% bij de vrouwelijke deelnemers [25]. Dezelfde trend vinden we ook terug in een oudere studie van Black *et al.* [40] en in de studie van Dolan *et al.* [41]. Het eerste onderzoek werd uitgevoerd in een specifieke leeftijdsgroep (40- tot 50-jarigen). Men zag dat de deelnemers hun risico om binnen 10 jaar te overlijden aan borstkanker meer dan 20 keer te hoog inschatten. [40] In de studie van Dolan et al. vond men dat slechts 32% van de patiënten het risico om te overlijden binnen 10 jaar aan borstkanker correct inschatten. 26% onderschatten en maar liefst 42% van de deelnemers overschatten dit risico.

In een overzichtsartikel werden de resultaten van verschillende afzonderlijke studies besproken en ook hier kwam men tot de conclusie dat vrouwen het eigen risico om borstkanker te krijgen overschatten. Percentages van vrouwen die hun risico overschatten variëren echter sterk (50-90%), afhankelijk van de bestudeerde populatie en de manier waarop de gegevens verzameld werden. [28]

In de studie van Grunfeld *et al.* werd gevraagd aan de deelnemers om het eigen risico in te schatten ten opzichte van de algemene populatie. Een groot deel 76% schatte het eigen risico even hoog in als de algemene populatie. 7% dacht een hoger risico en 17% een lager risico te hebben. Uit de analyses bleek dat slechts 23% van de deelnemers het risico om borstkanker te krijgen correct konden inschatten. Oudere vrouwen waren duidelijk slechter in het inschatten van hun persoonlijk risico. [29]

Hart- en vaatziekten

Er werd slechts 1 artikel weerhouden uit mijn literatuuronderzoek waarin de eigen risico-inschatting van de deelnemers rond hart- en vaatziekten werd bevraagd. Uit het onderzoek van 'The American Heart Association' bleek dat 53% van de ondervraagden hun eigen risico op beroerte lager inschatten dan gemiddeld voor hun leeftijdscategorie. [36]

The health belief model

Uit de literatuur is reeds gebleken dat de beslissing om deel te nemen aan screening afhangt van een brede waaier aan facetten. Een veel gebruikt model om dit weer te geven is het 'Health Belief Model'. Dit theoretisch model wordt gebruikt om kankerscreening en andere preventieve gedragingen te evalueren.

Aan de hand van het 'Health Belief Model' zou de kans dat patiënten deelnemen aan preventie kunnen ingeschat worden. Bovendien zouden we aan de hand van dit model een beeld moeten krijgen van de deelaspecten die dit gedrag kunnen beïnvloeden. Door in te zetten op één of verschillende van deze facetten zouden we dus de attitude en de gedragingen van de patiënten t.o.v. preventieve onderzoeken kunnen sturen.

Volgende facetten werden opgenomen in het 'Health Belief Model':

- **Perceived Susceptibility**: de mate waarin iemand denkt gevoelig te zijn om een ziekte op te lopen.

  In zowel een Britse als Spaanse studie werd aangetoond dat deelnemers die hun risico om darmkanker te krijgen hoog inschatten, sneller geneigd waren om deel te nemen aan darmkankerscreening (Britse studie: 98% vs 84% in de laag-risicogroep; Spaanse studie: odds ratio = 2.87, 95%BI: 1.10-7.46). [23] Dezelfde resultaten werden gevonden in de studie van Sessa *et al.* [19]

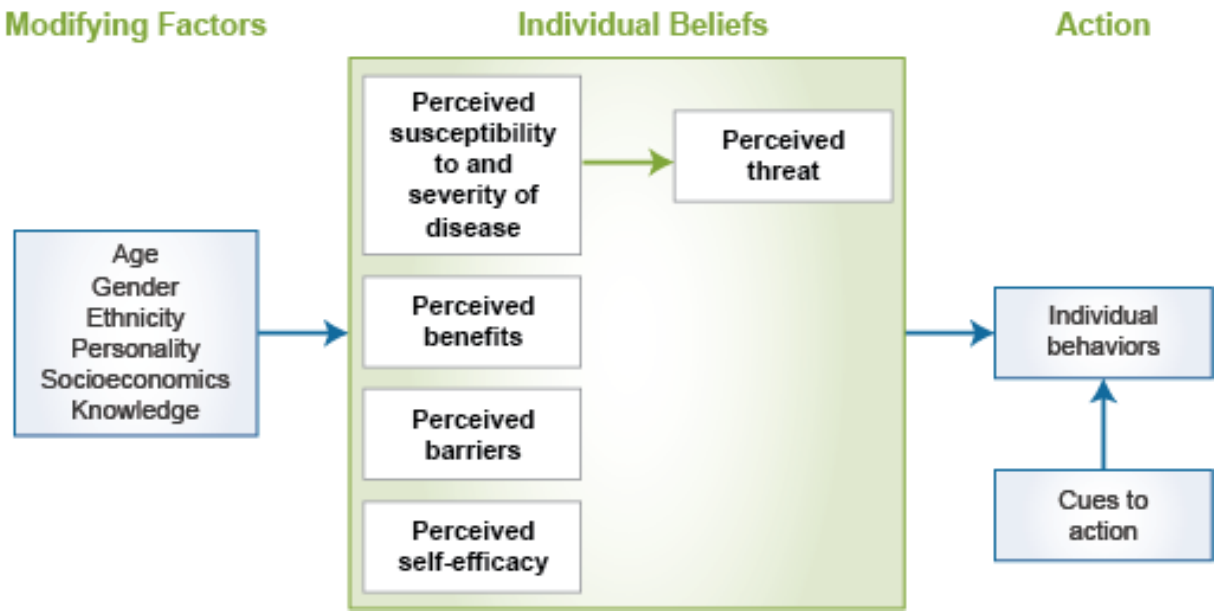
- **Perceived Severity**: de mate waarin iemand denkt dat een bepaalde ziekte ernstig is. Welke impact (pijn, ongemak, afwezigheid op het werk, financiële impact, impact op familiebanden of relaties, ...) zou deze ziekte hebben op zijn/haar leven?
- **Perceived Benefits** (of Taking Action): de mate waarin de patiënt denkt dat preventie een impact zal hebben op de ziekte.

» **Percieved Barriers** (to Taking Action): drempels die ervoor zorgen dat patiënten geen actie willen ondernemen. Deze kunnen gerelateerd zijn met de behandeling of de bestaande screeningsmethodes voor de aandoening (duur, onaangenaam, pijnlijk, onpraktisch, ...). Andere mogelijke drempels zijn angst voor de testuitslag, schaamte, tijdsgebrek, ...

» **Cues to Action:** daarnaast is steeds een aanzet nodig om over te gaan tot actie. Deze aanzet kan zowel intern als extern zijn.

» **Self-efficacy:** Het vertrouwen dat men heeft in zichzelf dat het mogelijk zal zijn de actie te ondernemen en tot een goed eind te brengen. Dit deelaspect werd slechts later aan het model toegevoegd.

[42]



Figuur 1: The Health Belief Model

Een recente studie in Spanje toonde aan dat drempels meer doorwegen dan voordelen in dit proces. Angst voor de diagnose van colorectale kanker, het moeten ondergaan van onaangename of ongemakkelijke screeningstesten en schaamte waren de belangrijkste drempels die bijdroegen aan de lage participatiegraad voor darmkankerscreening. [23]

Belang preventie

Het is natuurlijk ook heel belangrijk om ons af te vragen hoe onze patiënten zelf staan tegenover preventie. Welke waarde hechten zij aan preventie? Zijn zij bereid om bepaalde inspanningen te leveren of preventieve onderzoeken en behandelingen te ondergaan? Bovendien is het ook belangrijk om dan hun verwachtingen te kennen rond het effect van deze interventies.

In de studie van Keighley *et al.* werd de interesse in preventie bevraagd. 50% van de deelnemers gaf aan sterk geïnteresseerd te zijn in een gratis screeningsonderzoek via FOBT, een aanvullende 25%

was matig geïnteresseerd. Slechts 8% had helemaal geen interesse in screening. De personen uit deze laatste groep waren vaker jonger dan 45jaar en mannelijk. [18]

In de studie van Ramos et al. gaf 88,8% van de ondervraagden aan een FOBT te willen ondergaan, 7,3% was nog niet zeker en 3,9% zag dit helemaal niet zitten. [20]

Ook in de studie van Sessa *et al.* werd de persoonlijke mening over het nut van screening in de preventie van darmkanker bevraagd. De gemiddelde score was 8,3 (score 1-10; 1 = niet belangrijk, 10 = extreem belangrijk). Bijna de helft (48.6%) van de ondervraagden scoorden dit nut als 10. [19]

In een bespreking van Minerva wordt een observationele studie uit Nieuw-Zeeland onder de loep genomen. Uit deze studie bleek dat het effect van preventie vaak te hoog ingeschat wordt. Daarnaast zag men ook dat het bewezen effect van deze interventies meestal ook lager was dan wat de patiënten als aanvaardbaar beschouwden, behalve voor de preventie van hart- en vaatziekten. Een laag opleidingsniveau was een significante voorspeller voor het overschatten van het effect. [14]

Samenvatting literatuuronderzoek

Uit mijn literatuuronderzoek is gebleken dat de globale kennis rond darmkanker eerder beperkt is. Het belang van FOBT als simpele screeningstest voor colorectale kanker is ook onvoldoende gekend. Veel deelnemers geven daarentegen wel aan dat poliepen best kunnen verwijderd worden om een evolutie naar dikkedarmkanker te vermijden. Ook in deze Masterproef zal de kennis van de deelnemers rond poliepen als belangrijke risicofactor onderzocht worden. Daarnaast lijkt het mij ook interessant om de kennis van de deelnemers rond dikkedarmkanker te bevragen na het recent in het leven roepen van het bevolkingsonderzoek ‘Dikkedarmkanker’. Uit een grote Europese studie blijkt namelijk dat een nationaal screeningsprogramma ervoor zorgt dat de kennis van de inwoners toeneemt.

Uit de geïncludeerde studies inzake borstkanker is eveneens gebleken dat de kennis vaak onvoldoende is: risicofactoren, incidentie en symptomen van borstkanker zijn onvoldoende gekend. Uit verschillende studies blijkt echter wel dat de meeste deelnemers een positieve familiale voorgeschiedenis als belangrijke risicofactor beschouwen. De kennis is opvallend hoger bij de vrouwelijke deelnemers t.o.v. de mannen. In deze Masterproef zal vooral de kennis rond preventieve onderzoeken bevraagd worden.

In het hoofdstuk “hart- en bloedvaten” werden verschillende onderzoeken geïncludeerd die de kennis van de deelnemers rond beroerte beschreven: het kennisniveau was algemeen voldoende tot slecht. De best gekende risicofactoren zijn roken, overgewicht en weinig fysieke activiteit. Andere risicofactoren, waaronder diabetes type 2, zijn duidelijk minder goed gekend. Opnieuw zien we dat de kennis hoger is bij de deelnemers van het vrouwelijk geslacht. Er werd ook in verschillende studies slechtere resultaten genoteerd bij de leeftijdsgroep 65+.
In deze masterproef zullen we de verschillende aspecten (risicofactoren, preventieve maatregelen, …) binnen de cardiovasculaire preventie bevragen aangezien daar nog maar weinig onderzoek naar gebeurd is. Er zal ook gekeken worden of de resultaten verschillen naargelang demografische karakteristieken.

Zowel bij darmkanker, borstkanker als hart-en vaatziekten werden verschillende studies geïncludeerd waarin een positieve associatie gevonden werd tussen kennis van de deelnemers rond de onderwerpen en hun opleidingsniveau. Deze mogelijke associatie zal ook onderzocht worden in deze Masterproef.

Mijn literatuuronderzoek inzake de risico-inschatting voor darmkanker toont tegenstrijdige resultaten: 2 studies noteren een lage risico-inschatting van de deelnemers, 1 andere studie van Gimeno Garcia *et al*. daarentegen zag dat bijna de helft van de deelnemers het persoonlijk risico hoger inschat dan gemiddeld voor dezelfde leeftijdsgroep.

Voor borstkanker zien we dat de meeste deelnemers hun eigen risico niet correct konden inschatten. Er is vooral veel overschatting van het persoonlijk risico, maar er zijn wel grote verschillen in de graad van overschatting. In deze Masterproef zal onderzocht worden of de vrouwelijke deelnemers eveneens vaker hun eigen risico op borstkanker overschatten.

Voor hart- en vaatziekten kon er slechts 1 relevant artikel weerhouden worden. Ruim de helft van de deelnemers aan deze studie schat het eigen risico lager in dan gemiddeld voor dezelfde leeftijdscategorie.

Uit de geïncludeerde artikels blijkt ook dat de deelnemers bijna steeds positief staan t.o.v. preventie, maar het effect van preventieve onderzoeken wordt wel heel vaak overschat. In deze Masterproef zal eveneens de attitude van de deelnemers t.o.v. preventie bevraagd worden. Het verwachte effect van preventieve onderzoeken zal echter niet onderzocht worden aangezien dit ons te ver zou leiden.

Algemeen kunnen we stellen dat er nog onvoldoende onderzoek gebeurd is naar de kennis van de patiënten rond preventie en hun risico-inschatting. De resultaten van deze Masterproef kunnen dus zeker een relevante bijdrage leveren.

Onderzoeksresultaten

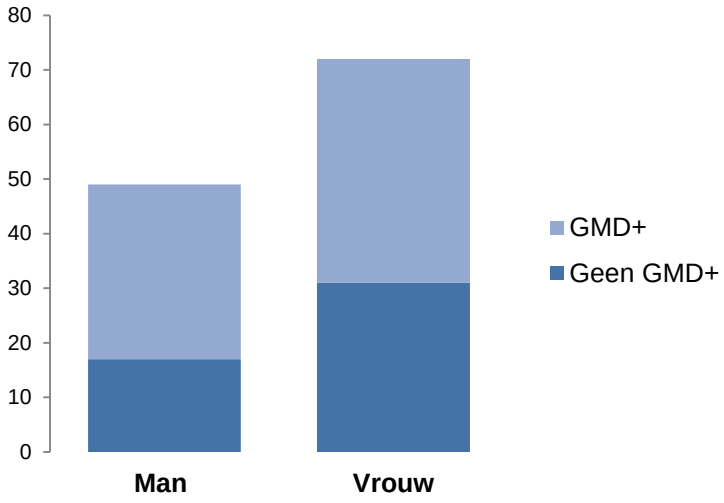
Betrouwbaarheid en validiteit

In onderzoek worden vaak vragenlijsten gebruikt om gegevens te verkrijgen. Deze vragenlijsten zijn gemakkelijk te introduceren bij de patiënten en kennen een lage kostprijs. Deze onderzoeksinstrumenten hebben echter hun beperkingen en moeten dus met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Vragenlijsten zijn vatbaar voor meetfouten en bias. Enerzijds gaan patiënten soms sociaal wenselijke antwoorden geven, zeker gezien de gegevens niet anoniem waren tov de artsen. Daarnaast moet er ook rekening gehouden worden met recall bias of cognitieve beperkingen. Voornamelijk bij ouderen en anderstaligen gelden deze cognitieve beperkingen als oorzaak van meetfouten.

Epidemiologie

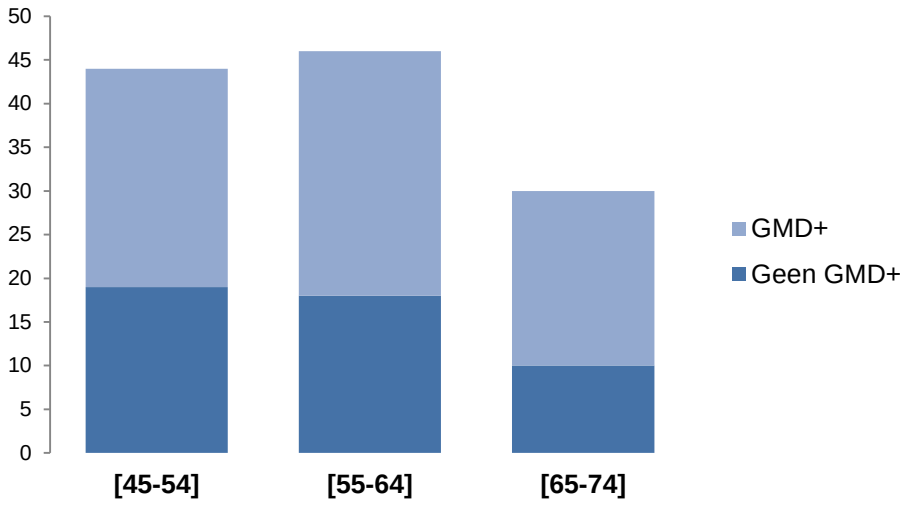
In totaal werden 121 vragenlijsten met informed consent ingevuld. Daarvan kwamen 73 patiënten (60,3%) terug om in het kader van het GMDplus een persoonlijk preventieplan te laten opmaken.

Het aantal vrouwen onder de deelnemers aan de enquête ligt duidelijk hoger (73 vrouwen vs 48 mannen). Hiervan zijn 41 vrouwen en 32 mannen opnieuw op consultatie gekomen om een GMDplus aan te maken.



Grafiek 2: Deelname aan vragenlijst en GMD+

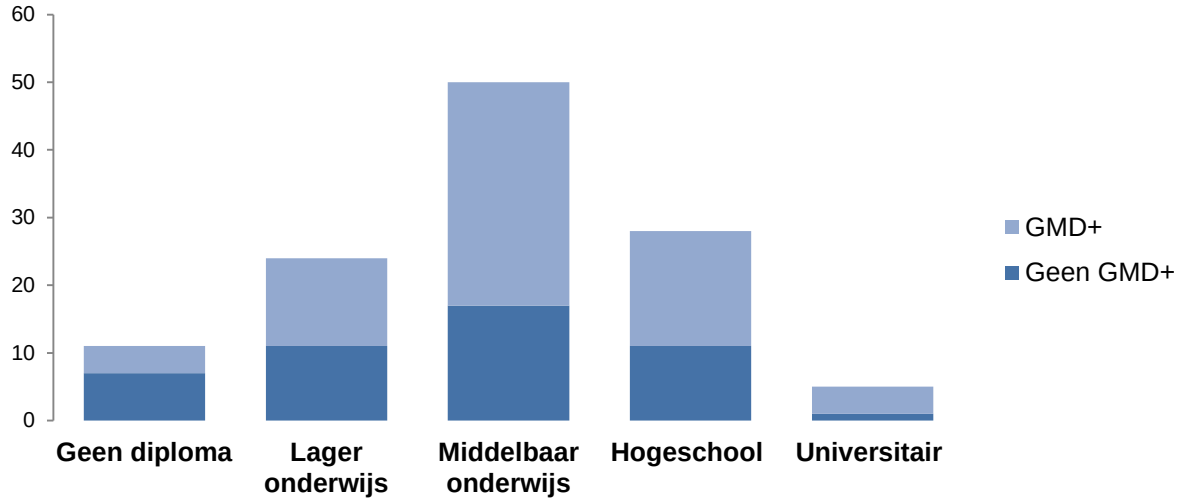
Wanneer we de deelnemers indelen volgens leeftijdscategorie zien we dat de deelname iets lager lag in de hoogste leeftijdscategorie (30 vs 46 en 44 deelnemers).



Grafiek 3: Deelname aan vragenlijst en GMD+ volgens leeftijd

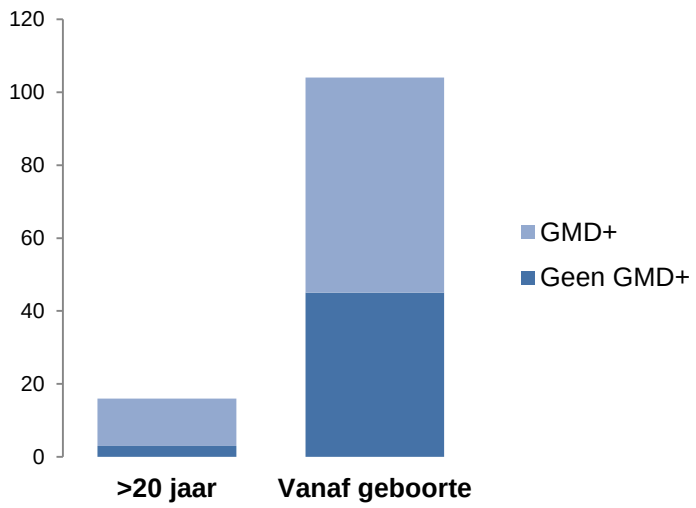
Vijftig deelnemers hebben een diploma middelbaar onderwijs. 35 patiënten hebben een lagere scholingsgraad (geen diploma of diploma lager onderwijs) t.o.v. 33 patiënten met een hogere scholingsgraad (diploma hoger onderwijs of universitair geschoold).

In de groep met het laagste opleidingsniveau (Geen diploma) kwam minder dan de helft van de patiënten terug om ook deel te nemen aan het GMD+. In alle andere subgroepen was dit steeds meer dan de helft.



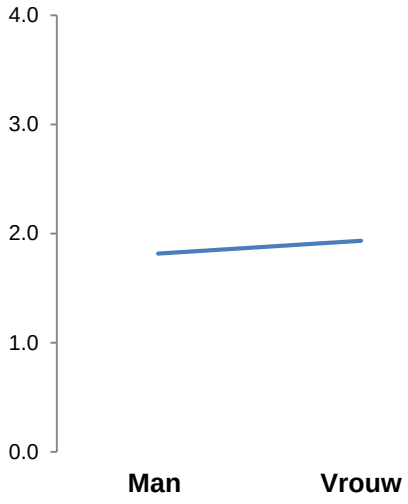
Grafiek 4: Deelname aan vragenlijst en GMD+ volgens scholingsgraad

Geen enkele deelnemer was minder dan 20 jaar woonachtig in België. Slechts 16 patiënten geven aan dat ze niet geboren zijn in België, maar wel meer dan 20 jaar in België wonen. In het verdere verloop van deze Masterproef zullen dan ook geen afzonderlijke analyses meer gemaakt worden volgens het aantal jaren dat de patiënt woonachtig is in België.



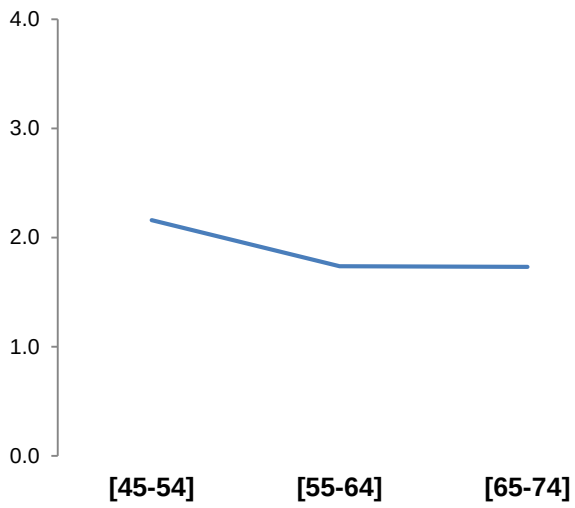
Grafiek 5: Deelname aan vragenlijst en GMD+ volgens aantal jaren woonachtig in België

Daarnaast werd ook gekeken of er een associatie is tussen leeftijd of geslacht en opleidingsniveau. Het gemiddelde opleidingsniveau is iets hoger bij de vrouwelijke deelnemers t.o.v. de mannen.



Grafiek 6: Gemiddeld opleidingsniveau per geslacht

Uit onderstaande grafiek blijkt ook dat het opleidingsniveau gemiddeld het hoogst is in de jongste leeftijdscategorie. Het betreffen hier wel telkens zeer kleine verschillen.



Grafiek 7: Gemiddeld opleidingsniveau per leeftijdscategorie

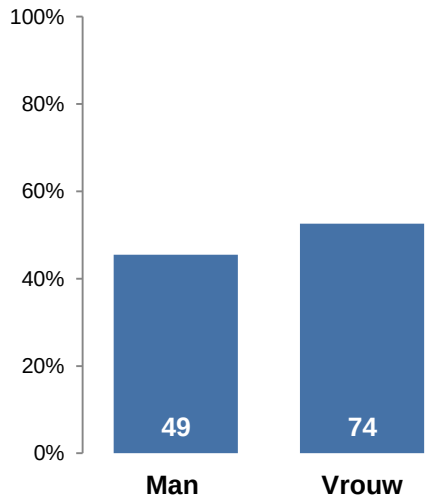
Kennis

Algemeen kunnen we stellen dat de kennis rond preventie laag is met een gemiddelde van 49,8%. De vraag rond de definitie van preventie werd wel door 71% van de deelnemers correct beantwoord.

Algemeen

Volgens geslacht

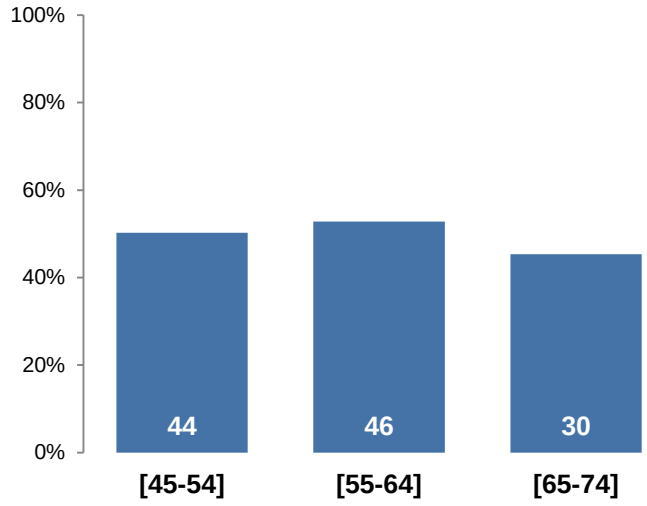
Er kon geen duidelijk verschil weerhouden worden tussen beide geslachten voor de globale kennis rond preventie. De gemiddelde score bij de mannen was 45,5% , bij de vrouwen was die iets hoger met 52,6%.



Grafiek 8: Algemeen kennisniveau (in %) volgens geslacht

Volgens leeftijd

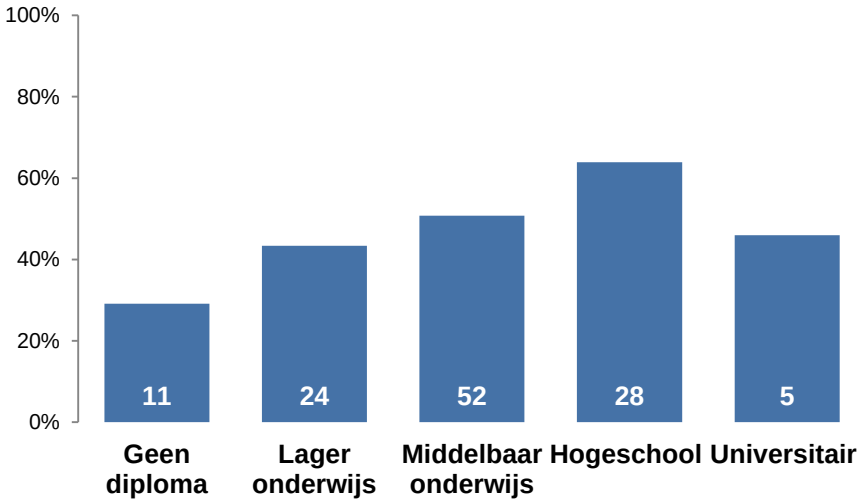
Bij een opdeling volgens de verschillende leeftijdscategoriën zien we een lichte daling van het kennisniveau in de hoogste leeftijdscategorie. In de leeftijdsgroep van 65+ is de gemiddelde score slechts 45,3% t.o.v. 50% in de leeftijdsgroep van 45-54j en 52,8% in de categorie van 55-64j. Hierbij moet wel vermeld worden dat het aantal patiënten in de hogere leeftijdscategoriën ook lager ligt (30 tov 44-46).



Grafiek 9: Algemeen kennisniveau (in %) volgens leeftijd

Volgens opleidingsniveau

Uit de analyses blijkt duidelijk dat de kennis rond preventie hoger is naarmate de scholingsgraag toeneemt. Enkel de groep met een universitair diploma vertoont deze tendens niet. Hierbij moet wel vermeld worden dat er weinig patiënten deelgenomen hebben zonder diploma of met een universitaire achtergrond. De gegevens voor deze categoriën moeten dus wel met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.



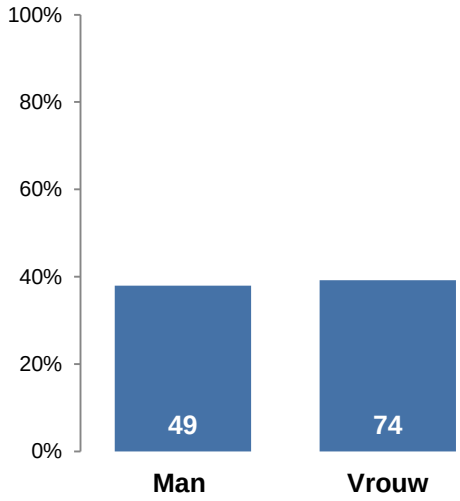
Grafiek 10: Algemeen kennisniveau (in %) volgens scholingsgraad

Algemeen

De patiënten scoren het laagst op de kennisvragen rond hart- en bloedvatziekten met een gemiddelde score van 38,7%. Vooral de score op de vraag rond de voedingsdriehoek was gemiddeld heel laag (26%). Slechts op 1 vraag (rond fysieke activiteit) wist meer dan de helft (51%) van de deelnemers het correcte antwoord.

Volgens geslacht

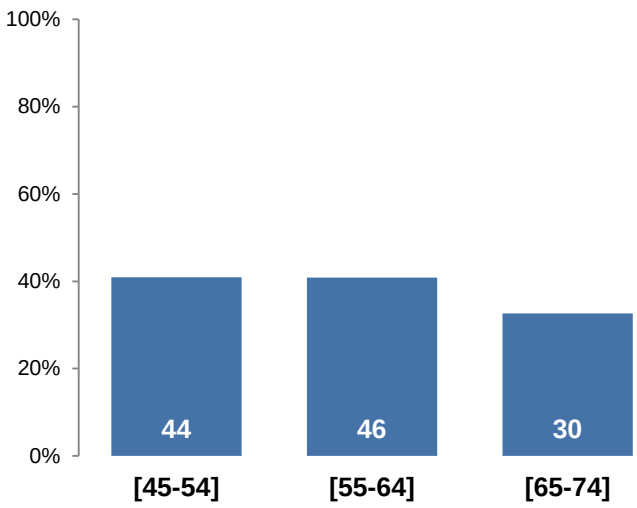
Wanneer we enkel kijken naar de kennisvragen rond hart- en vaatziekten kon eveneens geen significant verschil in de score genoteerd worden tussen de mannelijke (37,9%) en vrouwelijke (39%) deelnemers.



Grafiek 11: Kennisniveau hart- en vaatziekten (in %) volgens geslacht

Volgens leeftijd

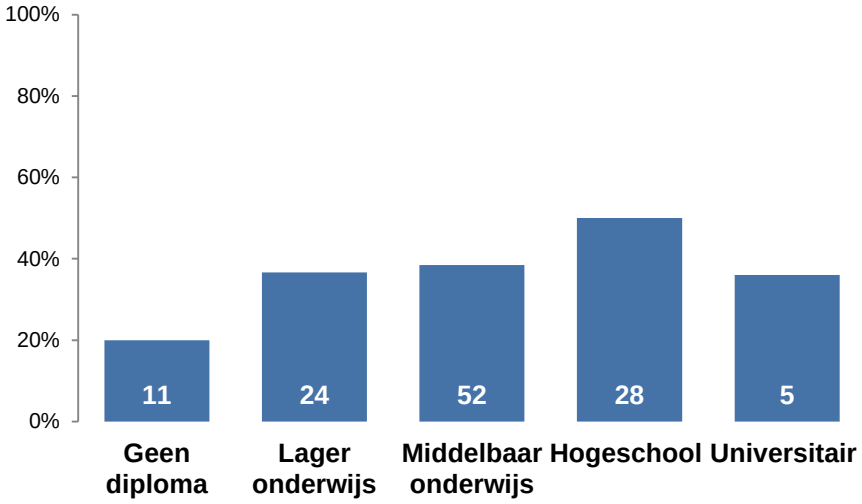
Bij een opdeling volgens de verschillende leeftijdscategoriën zien we eveneens een lichte daling van het kennisniveau in de hoogste leeftijdscategorie (32,7% t.o.v. 40,9% in de 2 lagere leeftijdsgroepen).



Grafiek 12: Kennisniveau hart- en vaatziekten (in %) volgens leeftijd

Volgens opleidingsniveau

Een toename in het kennisniveau bij een hogere scholingsgraad zien we ook wanneer enkel gekeken wordt naar hart- en vaatziekten. Het verschil in gemiddelde scores tussen de deelnemers met een diploma lager onderwijs en middelbaar onderwijs is wel duidelijk kleiner dan wanneer we kijken naar de algemene kennis.



Grafiek 13: Kennisniveau hart- en vaatziekten (in %) volgens scholingsgraad

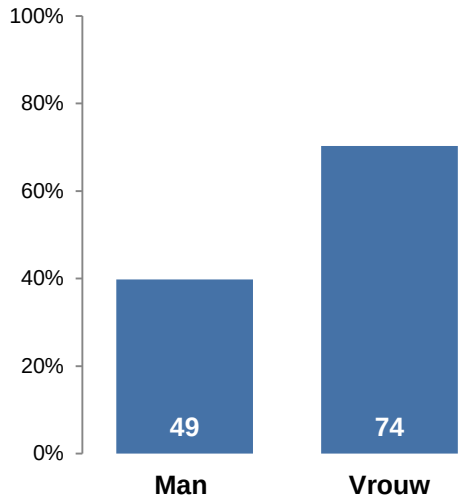
Borstkanker

Algemeen

De gemiddelde score op de kennisvragen rond borstkanker bedraagt 58,1%. De score op de 2de vraag (frequentie screeningsonderzoek) was hoger dan de score op de 1ste vraag (aanvangsleeftijd screeningsonderzoek) (65% vs. 51%).

Volgens geslacht

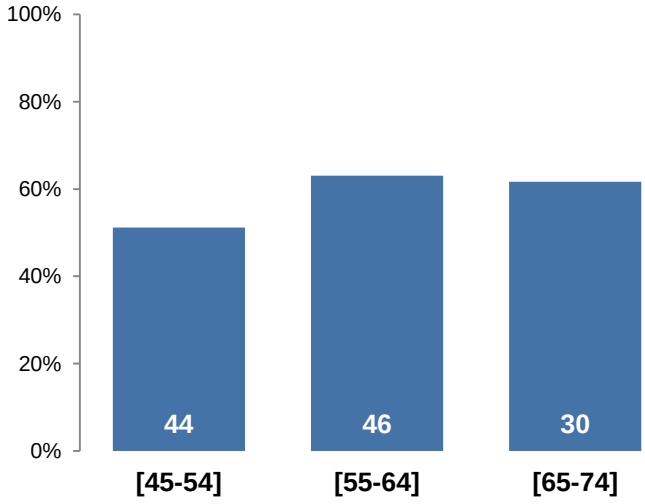
Uit de afzonderlijke analyses blijkt het kennisniveau voor borstkanker bij de vrouwen (70,3%) wel significant hoger te zijn t.o.v. de mannen (39,8%). Dit verschil kan logisch verklaard worden doordat borstkanker vooral voorkomt bij vrouwen.



Grafiek 14: Kennisniveau borstkanker (in %) volgens geslacht

Volgens leeftijd

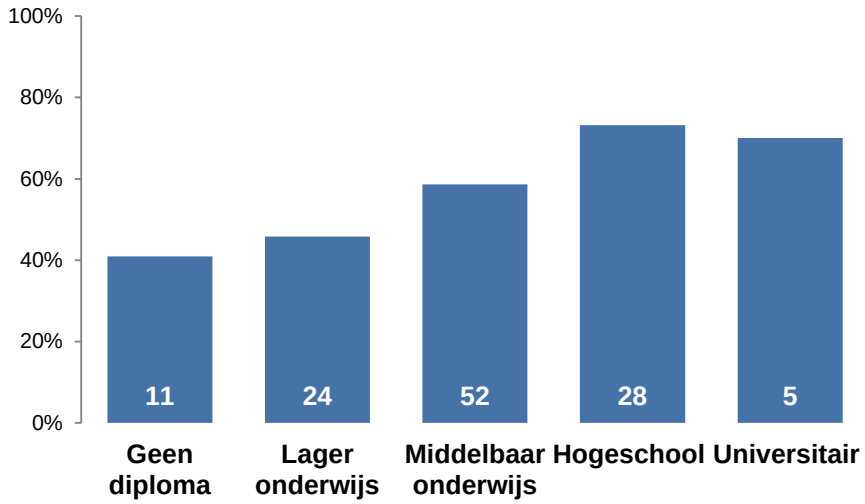
Wanneer we de score voor borstkanker opdelen per leeftijdsgroep, zien we dat de kennis het laagst is in de laagste leeftijdscategorie (51,1% t.o.v. 63% en 61,7%).



Grafiek 15: Kennisniveau borstkanker (in %) volgens leeftijd

Volgens opleidingsniveau

Opnieuw is een duidelijke trend aanwezig als we de scores voor de kennis over borstkanker gaan opdelen per opleidingsniveau: Het kennisniveau inzake borstkanker neemt toe naarmate het opleidingsniveau stijgt.



Grafiek 16: Kennisniveau borstkanker (in %) volgens scholingsgraad

Dikkedarmkanker

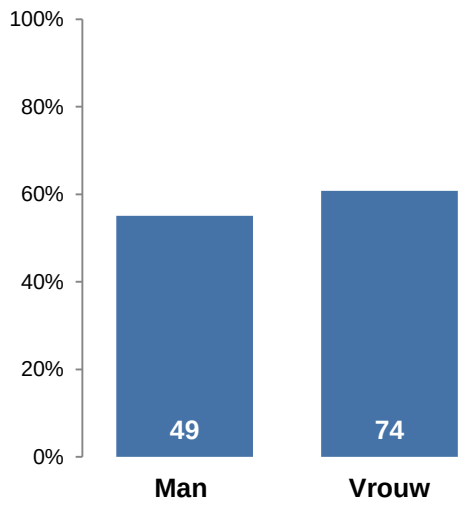
Algemeen

De gemiddelde score op de kennisvragen rond dikkedarmkanker bedraagt 58,5%.

De score op de 1ste vraag (belang wegname poliepen) was duidelijk hoger dan op de 2de vraag (welke screeningstest?) (74% vs 43%).

Volgens geslacht

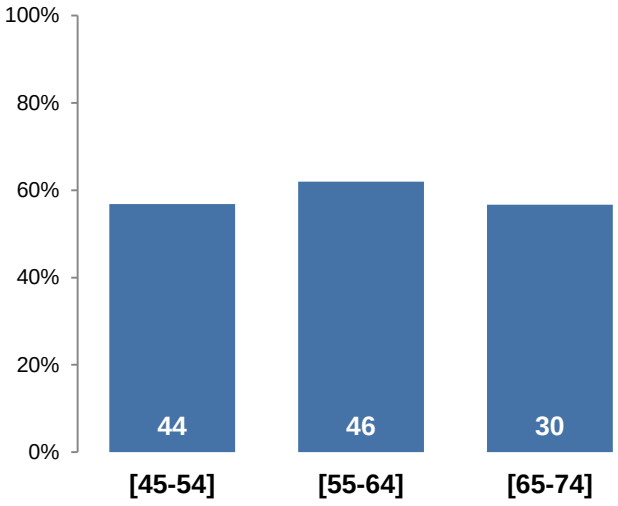
De gemiddelde score voor de vrouwelijke deelnemers is 60,8%. Dat is iets hoger dan voor de mannelijke deelnemers (55,1%)



Grafiek 17: Kennisniveau dikkedarmkanker (in %) volgens geslacht

Volgens leeftijd

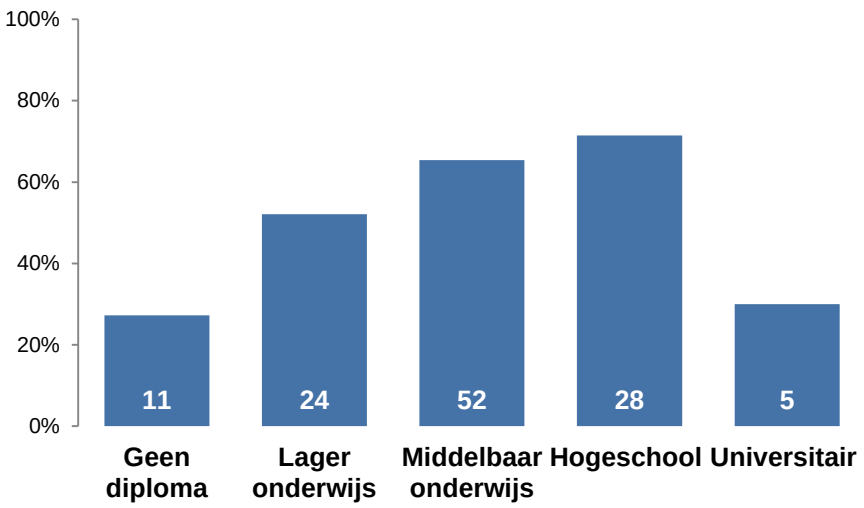
Het kennisniveau rond dikkedarmkanker ligt iets hoger in de leeftijdsgroep 55-64j (62%) t.o.v. de jongste (56,8%) en oudste (56,7%) leeftijdscategorie.



Grafiek 18: Kennisniveau dikkedarmkanker (in %) volgens leeftijd

Volgens opleidingsniveau

Ook bij deze afzonderlijke analyse kan opnieuw een positieve associatie tussen een hoger kennisniveau en een hogere scholingsgraad genoteerd worden.



Grafiek 19: Kennisniveau dikkedarmkanker (in %) volgens scholingsgraad

Risico-inschatting

Hart- en vaatziekten

Algemeen

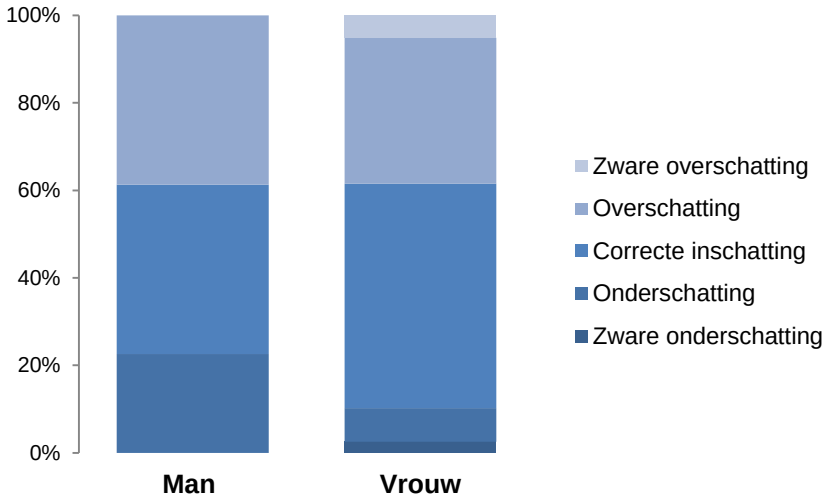
Minder dan de helft (45,7%) van de deelnemers schat zijn/haar risico correct in. Een groot deel van de patiënten overschat het eigen risico op hart- en vaatziekten (38,6%).

Volgens geslacht

Wanneer we kijken binnen hart- en vaatziekten zien we dat de correcte inschatting bij de vrouwen hoger ligt dan bij de mannen. Zowel mannen als vrouwen overschatten vaker het risico dan onderschatten.

Tabel 3: Inschatting risico hart- en vaatziekten volgens geslacht

Geslacht	Zware onder-schatting	Onderschatting	Correcte in-schatting	Overschatting	Zware over-schatting
Man	0,00%	22,58%	38,71%	38,71%	0,00%
Vrouw	2,56%	7,69%	51,28%	33,33%	5,13%



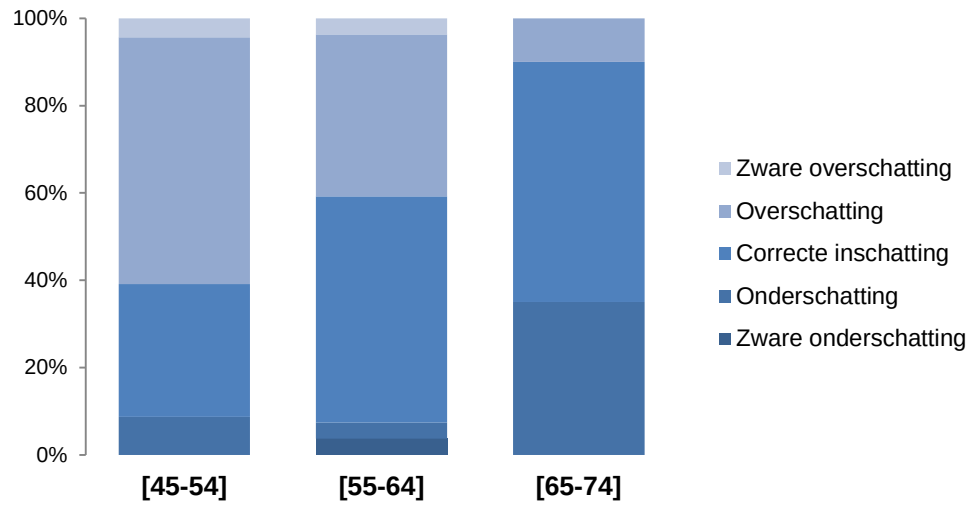
Grafiek 20: Inschatting risico hart- en vaatziekten volgens geslacht

Volgens leeftijd

Wanneer we de patiënten indelen in verschillende leeftijdscategoriën zien we een afname van de overschatting naarmate de leeftijd toeneemt. In de leeftijdscategorie 45-55j bedraagt de totale overschatting (overschatting + zware overschatting) zelfs 60,87%. In de hoogste leeftijdscategorie (65-74j) wordt het risico op hart- en bloedvatziekten dan weer het vaakst onderschat (35%).

Tabel 4: Inschatting risico hart- en vaatziekten volgens leeftijd

Leeftijd	Zware onderschatting	Onderschatting	Correcte inschatting	Overschatting	Zware overschatting
[45-54]	0,00%	8,70%	30,43%	56,52%	4,35%
[55-64]	3,70%	3,70%	51,85%	37,04%	3,70%
[65-74]	0,00%	35,00%	55,00%	10,00%	0,00%



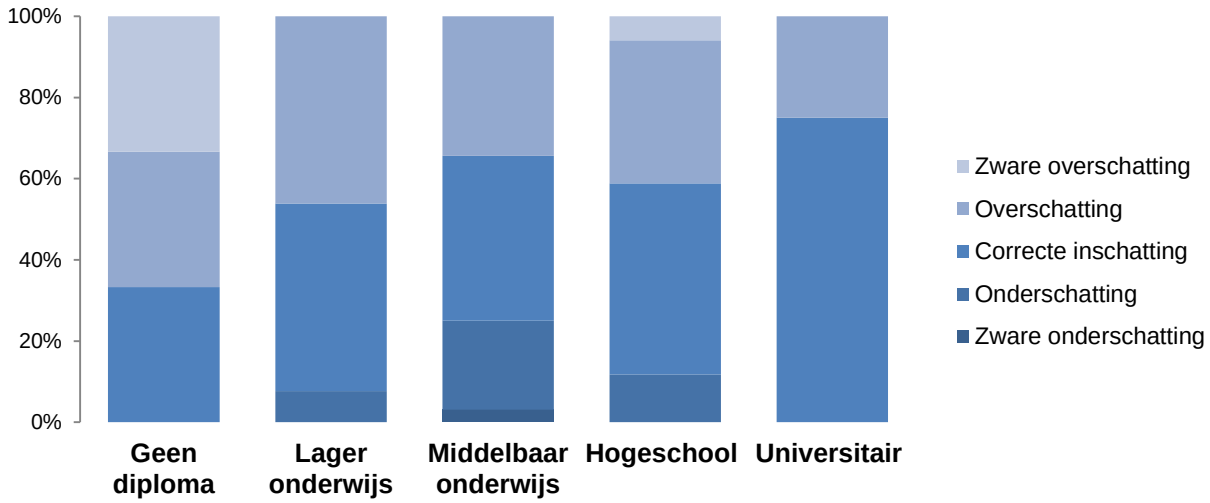
Grafiek 21: Inschatting risico hart- en vaatziekten volgens leeftijd

Volgens scholingsgraad

Bij de afzonderlijke analyse volgens scholingsgraad konden geen opvallende tendensen weerhouden worden.

Tabel 5: Inschatting risico hart- en vaatziekten volgens scholingsgraad

Scholingsgraad	Zware onder-schatting	Onderschatting	Correcte in-schatting	Overschatting	Zware over-schatting
Geen diploma	0,00%	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%
Lager onderwijs	0,00%	7,69%	46,15%	46,15%	0,00%
Middelbaar onderwijs	3,13%	21,88%	40,63%	34,38%	0,00%
Hogeschool	0,00%	11,76%	47,06%	35,29%	5,88%
Universitair	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%



Grafiek 22: Inschatting risico hart- en vaatziekten volgens scholingsgraad

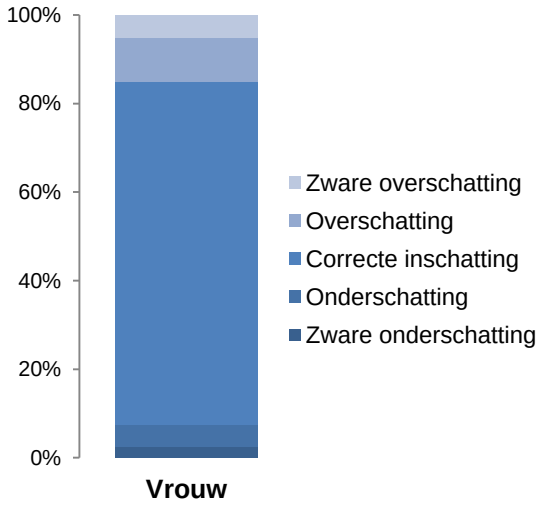
Borstkanker

Algemeen

Een hoog percentage van de patiënten schat het eigen risico op borstkanker correct in (77,50%). Daarnaast zien we dat het risico vaker overschat dan onderschat wordt (15% versus 7,5%).

Tabel 6: Risico-inschatting borstkanker

Zware onderschatting	Onderschatting	Correcte inschatting	Overschatting	Zware overschatting
2,50%	5,00%	77,50%	10,00%	5,00%



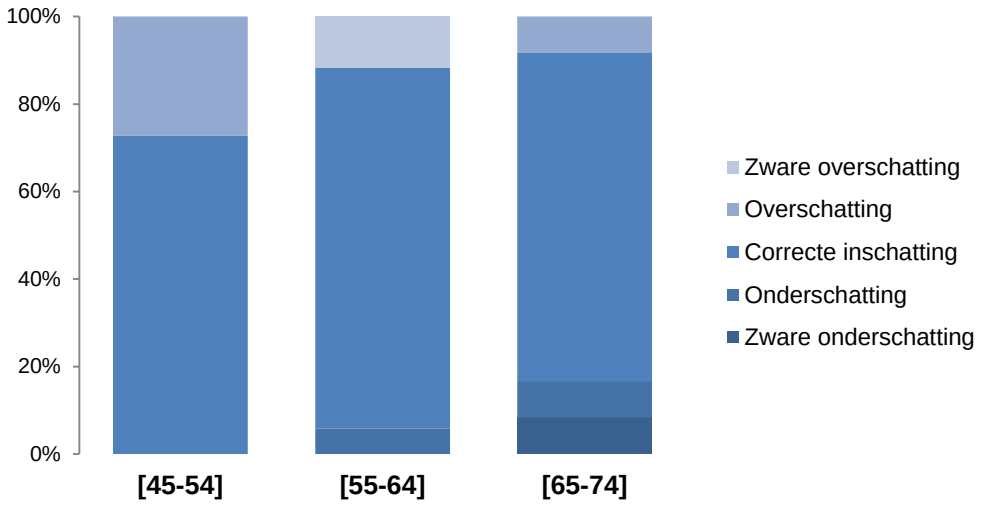
Grafiek 23: Risico-inschatting borstkanker

Volgens leeftijdsgroep

Bij de analyse van de verschillende leeftijdsgroepen zien we een daling van de overschatting en een stijging van de onderschatting naarmate de leeftijd toeneemt. Opmerkelijk is het hoge percentage zware overschatting in de leeftijdsgroep van 55-64j.

Tabel 7: Risico-inschatting borstkanker volgens leeftijd

Leeftijd	Zware onder-schatting	Onderschatting	Correcte in-schatting	Overschatting	Zware over-schatting
[45-54]	0,00%	0,00%	72,73%	27,27%	0,00%
[55-64]	0,00%	5,88%	82,35%	0,00%	11,76%
[65-74]	8,33%	8,33%	75,00%	8,33%	0,00%



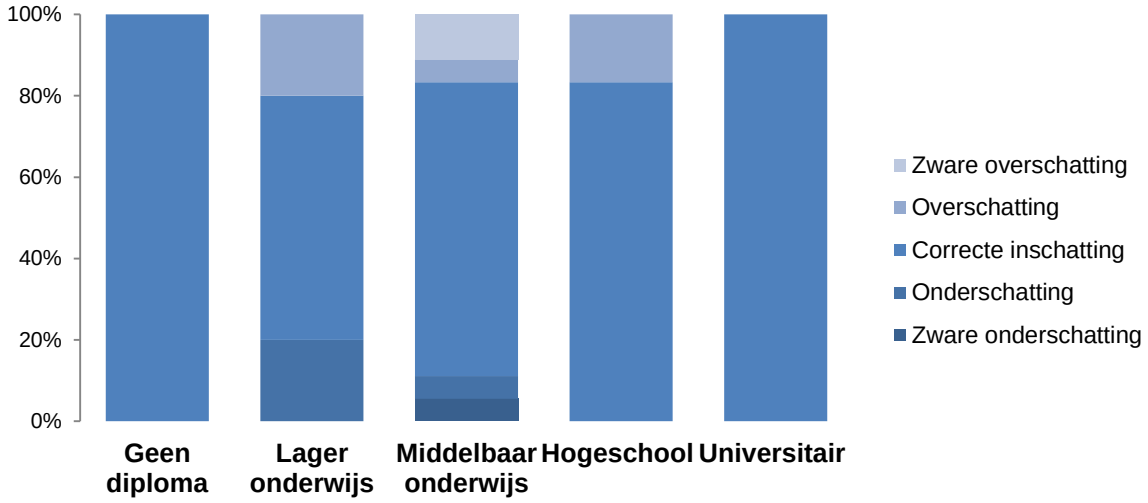
Grafiek 24: Risico-inschatting borstkanker volgens leeftijd

Volgens scholingsgraad

We zien een toename van de correcte inschatting naarmate de scholingsgraad toeneemt. Een uitzondering hierop zijn deelnemers zonder diploma die steeds een correcte inschatting maakten. Het is belangrijk hierbij te vermelden dat het aantal deelnemers zonder diploma (n=11) wel lager lag dan het aantal patiënten met een diploma lager onderwijs (n=24), middelbaar onderwijs (n=52) of hogeschool (n=28). Patiënten met een hogere scholingsgraad (middelbaar onderwijs en hogeschool) overschatten vaker het risico op borstkanker.

Tabel 8: Risico-inschatting borstkanker volgens scholingsgraad

Scholingsgraad	Zware onder-schatting	Onderschatting	Correcte in-schatting	Overschatting	Zware over-schatting
Geen diploma	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
Lager onderwijs	0,00%	20,00%	60,00%	20,00%	0,00%
Middelbaar onderwijs	5,56%	5,56%	72,22%	5,56%	11,11%
Hogeschool	0,00%	0,00%	83,33%	16,67%	0,00%
Universitair	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%



Grafiek 25: Risico-inschatting borstkanker volgens scholingsgraad

Darmkanker

Het risico op darmkanker wordt meestal correct ingeschat (91,43%).

Tabel 9: Risico-inschatting dikkedarmkanker

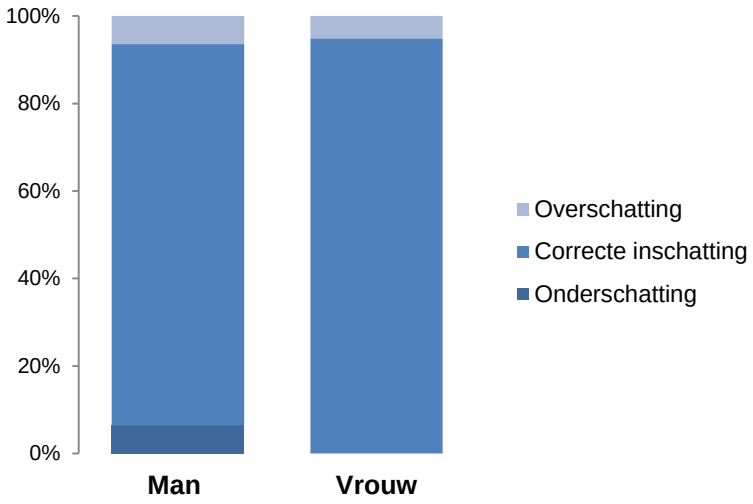
Onderschatting	Correcte in-schatting	Overschatting
2,86%	91,43%	5,71%

Volgens geslacht

Bij de vrouwelijke deelnemers onderschatte niemand het risico op dikkedarmkanker. Bij de mannelijke deelnemers waren er evenveel personen die het risico overschatten als onderschatten.

Tabel 10: Risico-inschatting dikkedarmkanker volgens geslacht

Geslacht	Onderschatting	Correcte in-schatting	Overschatting
Man	6,45%	87,10%	6,45%
Vrouw	0,00%	94,87%	5,13%



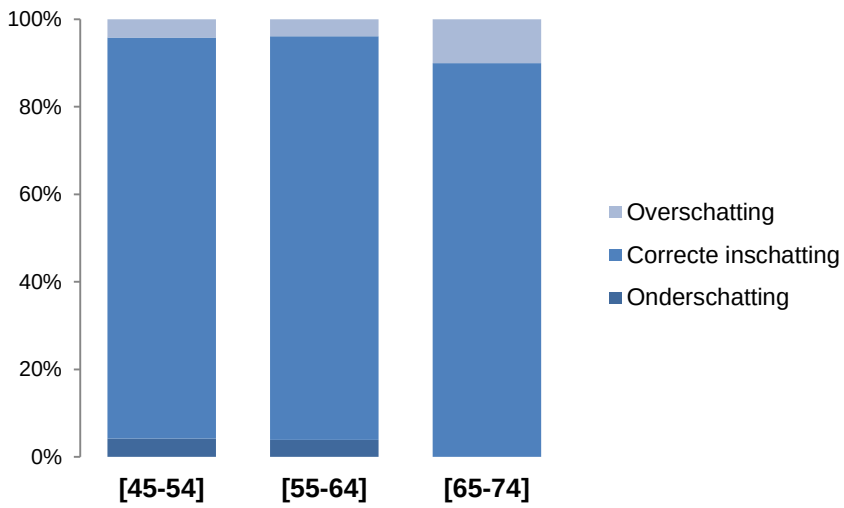
Grafiek 26: Risico-inschatting dikkedarmkanker volgens geslacht

Volgens leeftijd

Het percentage overschatting ligt iets hoger in de hoogste leeftijdscategorie (10% vs 3,85 en 4,17%). In de hoogste leeftijdscategorie onderschatte tevens niemand zijn/haar risico op dikkedarmkanker.

Tabel 11: Risico-inschatting dikkedarmkanker volgens leeftijd

Leeftijd	Onderschatting	Correcte in-schatting	Overschatting
[45-54]	4,17%	91,67%	4,17%
[55-64]	3,85%	92,31%	3,85%
[65-74]	0,00%	90,00%	10,00%



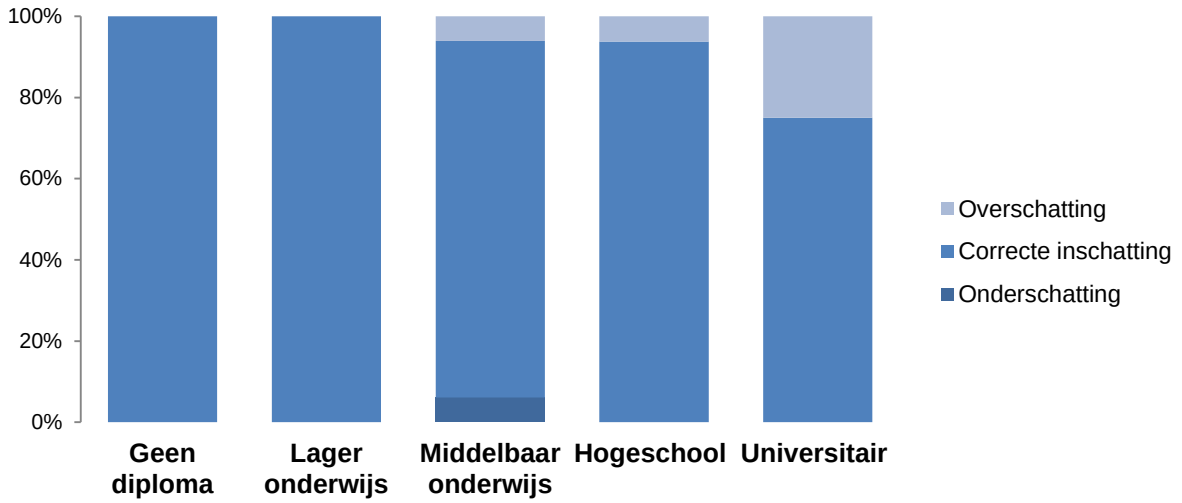
Grafiek 27: Risico-inschatting dikkedarmkanker volgens leeftijd

Volgens scholingsgraad

Bij de deelnemers met een hogere scholingsgraad wordt het risico op darmkanker iets vaker overschat. Vooral bij patiënten met een universitair diploma ligt het percentage overschatting hoog (25%), maar gezien het beperkt aantal deelnemers in deze groep (n=5) moeten deze cijfers met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Tabel 12: Risico-inschatting dikkedarmkanker volgens scholingsgraad

Scholingsgraad	Onderschatting	Correcte in-schatting	Overschatting
Geen diploma	0,00%	100,00%	0,00%
Lager onderwijs	0,00%	100,00%	0,00%
Middelbaar onderwijs	6,06%	87,88%	6,06%
Hogeschool	0,00%	93,75%	6,25%
Universitair	0,00%	75,00%	25,00%



Grafiek 28: Risico-inschatting dikkedarmkanker volgens leeftijd

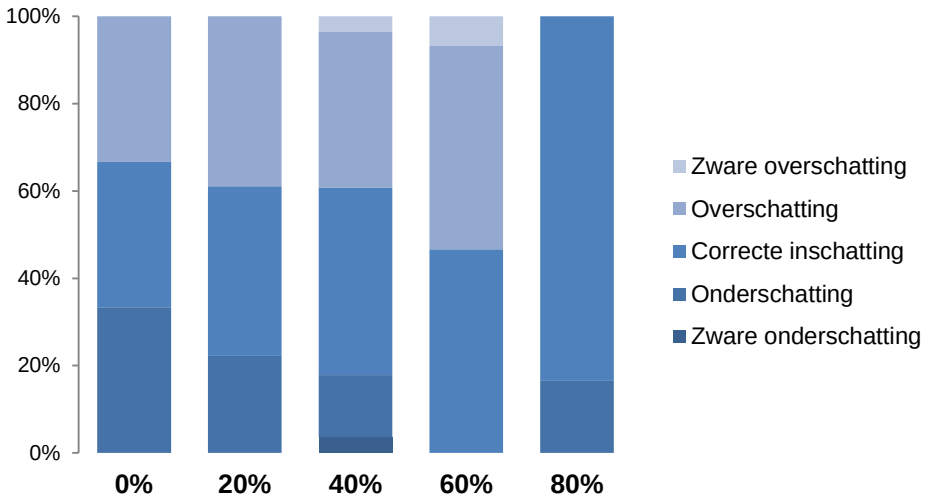
Kennis versus inschatting

Naarmate kennisniveau hoger ligt, zien we dat de patiënten hun eigen risico vaker correct inschatten. Daarnaast ligt het percentage overschatting hoger bij de deelnemers met een hoger kennisniveau. Het percentage onderschatting ligt daarentegen hoger bij de deelnemers met een laag kennisniveau.

Hart- en vaatziekten

Tabel 13: Hart- en vaatziekten, kennisniveau versus risico-inschatting

Score H&V	Zware onder-schatting	Onderschatting	Correcte in-schatting	Overschatting	Zware over-schatting	Totaal
0%	0%	33%	33%	33%	0%	100%
20%	0%	22%	39%	39%	0%	100%
40%	4%	14%	43%	36%	4%	100%
60%	0%	0%	47%	47%	7%	100%
80%	0%	17%	83%	0%	0%	100%
Totaal	**1%**	**14%**	**46%**	**36%**	**3%**	**100%**



Grafiek 29: Hart- en vaatziekten, kennisniveau versus risico-inschatting

Borstkanker

Er kan geen duidelijke correlatie weerhouden worden tussen het kennisniveau en de risico-inschatting inzake borstkanker.

Tabel 14: Borstkanker, kennisniveau verses risico-inschatting

Score Borst-kanker	Zware onder-schatting	Onderschatting	Correcte in-schatting	Overschatting	Zware over-schatting	Totaal
0%	0%	0%	100%	0%	0%	**100%**
50%	0%	15%	69%	15%	0%	**100%**
100%	4%	0%	78%	9%	9%	**100%**
Totaal	**3%**	**5%**	**78%**	**10%**	**5%**	**100%**

Dikkedarmkanker

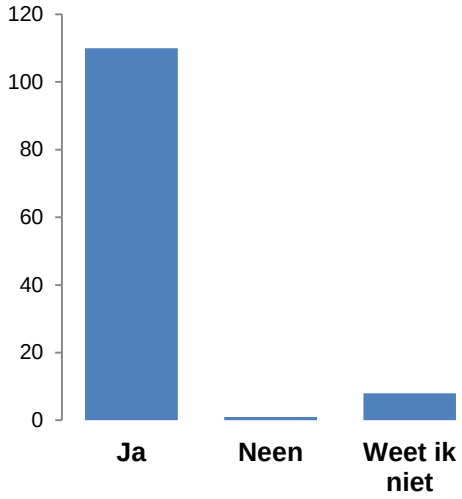
Geen duidelijke correlatie tussen correcte inschatting van risico op dikkedarmkanker en kennisniveau rond dikkedarmkanker.

Tabel 15: Dikkedarmkanker, kennisniveau verses risico-inschatting

Score Dikke-darmkanker	Onderschatting	Correcte in-schatting	Overschatting	Totaal
0%	0%	91%	9%	**100%**
50%	3%	94%	3%	**100%**
100%	4%	88%	8%	**100%**
Totaal	**3%**	**91%**	**6%**	**100%**

Belang preventie

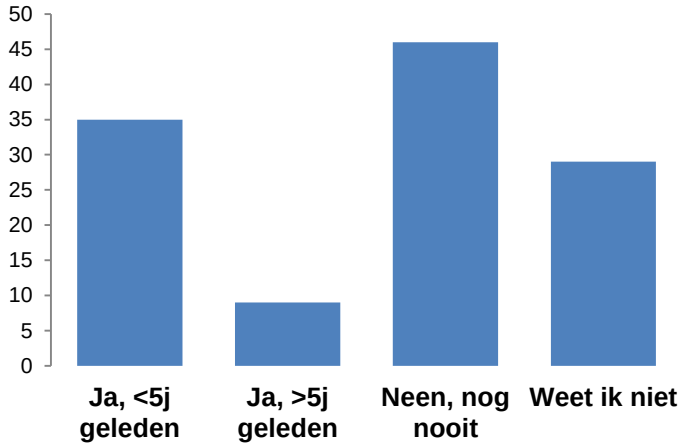
In de vragenlijst werd ook gevraagd aan de deelnemers of ze preventie belangrijk vinden. Slechts 1 persoon geeft aan preventie niet belangrijk te vinden. Deze deelnemer behoort tot de hoogste leeftijds-categorie. Acht personen antwoorden met 'Ik weet het niet'. Verondersteld wordt dat deze patiënten niet precies weten wat preventie inhoudt.



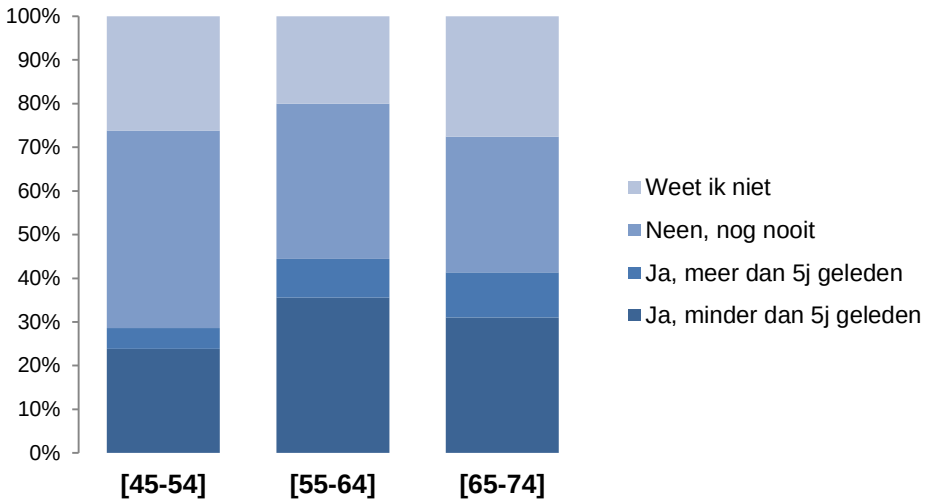
Grafiek 30: Belang van preventie volgens patiënt

Preventiebeleid huisarts

Daarnaast werd ook bevraagd of de deelnemers recent aangesproken werden door de huisarts rond preventie. 37,9% werd nog nooit aangesproken. 38,9% werd wel reeds benaderd rond preventie door de huisarts. Bij 7,8% was dit echter meer dan 5 jaar geleden. We zien wel dat het aantal patiënten die in de laatste 5 jaar aangesproken werd door de huisarts rond preventie iets lager ligt in de hoogste leeftijdscategorie t.o.v. de 55-64 jarigen. In de laagste leeftijdsgroep is dat aantal echter nog lager.



Grafiek 31: Periode waarin patiënt werd aangesproken door huisarts rond preventie



Grafiek 32: Periode waarin patiënt werd aangesproken door huisarts rond preventie; per leeftijdscategorie

Discussie

Interpretaties

Kennis

De gemiddelde score voor de kennisvragen rond preventie van hart-en vaatziekten, borstkanker en darmkanker bedraagt 49%. Deze resultaten liggen in dezelfde lijn met de gegevens uit de geïncludeerde studies uit mijn literatuuronderzoek. De kennis is dus algemeen laag onder de patiënten.
De vraag rond de definitie van preventie werd wel door 71% van de deelnemers correct beantwoord. Dit illustreert dat de meeste deelnemers wel reeds gehoord hebben van preventie. Dit komt echter niet overeen met de resultaten uit de masterproef van Mieke Latruwé [17]. In deze studie vond men een lage score op de vraag over de definitie van screening.

We zien dat de gemiddelde score voor vrouwen iets hoger is. Bovendien komt deze tendens ook terug wanneer we de gegevens per deeldomein gaan bekijken. Belangrijk is hier wel bij op te merken dat er ook een iets hoger gemiddeld opleidingsniveau kan genoteerd worden bij de vrouwen.

De algemene kennis rond preventie is iets lager in de hoogste leeftijdscategorie (65+). Deze bevinding is zeker relevant aangezien patiënten uit deze leeftijdsgroep vaak net het hoogste risico hebben. Een mogelijkse verklaring voor dit verschil kan zijn dat patiënten uit deze leeftijdscategorie minder belang hechten aan preventie of minder vaak aangesproken worden door de huisarts over preventie gezien hun hogere leeftijd. In mijn onderzoek is er echter slechts 1 deelnemer die aangeeft preventie niet belangrijk te vinden. Deze deelnemer behoort weliswaar tot de hoogste leeftijdscategorie, maar gezien het slechts 1 patiënt betreft, kan hier geen conclusie aan verbonden worden. We zien wel dat het aantal patiënten die in de laatste 5 jaar aangesproken werd door de huisarts rond preventie iets lager ligt in de hoogste leeftijdscategorie t.o.v. de 55-64 jarigen. In de laagste leeftijdsgroep is dat aantal echter nog lager. Daarnaast kunnen cognitieve beperkingen bij ouderen zeker ook een rol spelen.

Er is een duidelijke toename van de algemene kennis rond preventie naarmate het opleidingsniveau hoger is in de middenste drie opleidingsniveau's ('Lager onderwijs', 'Middelbaar onderwijs' en 'Hoger onderwijs'). Deze kennisgradiënt wordt echter niet doorgetrokken naar het universitair niveau. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat het aantal deelnemers met een universitair diploma zeer beperkt is. De resultaten uit deze subgroep moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Deze associatie tussen kennis rond preventie en opleidingsniveau werd ook in verschillende ander internationale studies teruggevonden. [19] [22] [23] [36]

Hart- en vaatziekten.

Uit de afzonderlijke analyses blijkt dat de score op de kennisvragen rond hart- en vaatziekten opmerkelijk lager is (38,7% t.o.v. 58,1% en 58,5%). Vooral de score op de vraag rond de voedingsdriehoek was gemiddeld heel laag (26%).

Een mogelijkse verklaring voor de lage score op de kennisvragen rond hart- en vaatziekten kan gevonden worden in het feit dat er zowel een bevolkingsonderzoek georganiseerd wordt voor borst- als voor darmkanker, maar niet voor hart- en vaatziekten. Deze hypothese werd reeds bevestigd in de studie van Keightley *et al.* [18]. In deze studie zag men betere scores in de Europese landen waar campagnes gevoerd worden over colorectale kanker en waar een goed nationaal screeningsbeleid is uitgebouwd.

Verschillende geïncludeerde studies in mijn literatuuronderzoek gaven een lager kennisniveau in de hoogste leeftijdscategorie aan [32] [34] [35]. Ook in dit onderzoek zien we een lichte daling van het kennisniveau in de hoogste leeftijdscategorie. (32,7% t.o.v. 40,9% in de 2 lagere leeftijdsgroepen). Een verklaring voor deze bevinding kon niet meteen gevonden worden. Er is namelijk ook geen significant verschil in opleidingsniveau te weerhouden tussen de verschillende leeftijdscategoriën.

Borstkanker

De gemiddelde score op de kennisvragen rond het screeningsonderzoek bij borstkanker bedraagt 58,1%. Vrouwen halen een duidelijk hogere score op dit onderdeel dan mannen. Deze resultaten komen overeen met de gegevens uit de Ierse studie van McMenamin et al. [25].

Bij de afzonderlijke analyse voor borstkanker zien we dat de kennis het laagst is in de jongste leeftijdscategorie (45-54j). Een verklaring hiervoor werd niet gevonden in deze Masterproef.

Darmkanker

De gemiddelde score was het hoogst voor het deel van de vragenlijst rond darmkanker (58, 5%). Wanneer we kijken naar de gegevens uit de Masterproef van Mieke Latruwé uit 2012 zien we dat de kennis bij de patiënten rond darmkanker lager was in vergelijking met onze bevindingen.

De score op de 1ste vraag (belang wegname poliepen) was duidelijk hoger dan op de 2de vraag (welke screeningstest?) (74% vs 43%). In de masterproef van Mieke Latruwé zien we dat slechts de helft van de deelnemers de vraag over de evolutie van poliepen naar maligniteit correct beantwoordden.

In bovenstaande bevindingen kan mogelijks de invloed van het recent opstarten van het bevolkingsonderzoek rond dikkedarmkanker gezien worden. Opnieuw kan dit dus als een bevestiging gezien worden van de bevindingen uit de studie van Keightley *et al*. [18].

Risico-inschatting

Er zijn grote verschillen inzake de inschatting van de patiënten van hun eigen risico op de verschillende domeinen. Algemeen kunnen we stellen dat patiënten vaker hun risico overschatten dan onderschatten.

Hart- en vaatziekten

Minder dan de helft van de deelnemers schat zijn eigen risico op hart- en vaatziekten correct in. Het eigen risico wordt vaak overschat. Dit komt niet overeen met de resultaten uit de studie van The American Heart Association waar het risico op beroerte vaker lager ingeschat werd dan het gemiddelde in dezelfde leeftijdsgroep [37].

Daarnaast zien we dat de overschatting relatief hoger is in de laagste leeftijdscategorie. Dit kan impliceren dat patiënten niet voldoende rekening houden met leeftijd als belangrijke risicofactor bij hart- en vaatziekten.

Borstkanker

Een hoog percentage van de patiënten schat het eigen risico op borstkanker correct in (77,5%). Uit mijn literatuuronderzoek bleek echter dat slechts weinig deelnemers in de geïncludeerde studies hun eigen risico op (overlijden binnen de 10 jaar aan) borstkanker correct konden inschatten. Dit komt dus niet overeen met de resultaten uit deze Masterproef. Er kon geen verklaring gevonden worden voor deze belangrijke discrepantie.

Daarnaast zien we dat het risico vaker overschat dan onderschat wordt (15% versus 7,5%). De deelnemers uit de geïncludeerde studies overschatten hun risico ook opmerkelijk vaker.

Opmerkelijk is het hoge percentage zware overschatting in de leeftijdsgroep van 55-64j. Ook hiervoor kon geen verklaring gevonden worden.

Darmkanker

Het risico op darmkanker wordt meestal correct ingeschat (91,4%) in deze Masterproef. Deze resultaten kunnen moeilijk vergeleken worden met de bevindingen uit mijn literatuuronderzoek gezien de grote verschillen tussen de geïncludeerde studies.

Kennis versus risico-inschatting:

De patiënten scoren zowel voor kennis als voor risico-inschatting het laagst op het onderdeel rond hart- en vaatziekten.
Daarnaast zien we dat de patiënten hun eigen risico op hart- en vaatziekten vaker correct inschatten naarmate hun kennisniveau hoger ligt. Voor borst- en darmkanker werd deze trend echter niet gevonden.

In de hypothese dat een verkeerde risico-inschatting ervoor kan zorgen dat er te weinig of net te veel aandacht besteed wordt aan preventie en dus mogelijks bijdraagt tot onder- en overscreening zijn bovenstaande bevindingen zeker relevant.

Zwakke punten

Een van de belangrijkste beperkingen van mijn onderzoek is het feit dat ik er niet in geslaagd ben patiënten uit andere culturen te includeren. De groepspraktijk waar deze studie werd uitgevoerd, heeft een multiculturele patiëntenpopulatie en door de vragenlijst ook op te stellen in het Frans, was het de bedoeling ook deze patiëntengroep te bereiken.
Uit de gegevens van mijn onderzoek blijkt echter dat ik hier helemaal niet in geslaagd ben. Daarnaast namen ook relatief minder patiënten met een lager opleidingsniveau deel aan het onderzoek. Bovendien kwam minder dan de helft van de patiënten uit de groep met het laagste opleidingsniveau terug om ook deel te nemen aan het GMD+. Dit was duidelijk lager dan in de andere opleiding-subgroepen.
Uit vorige studies is reeds gebleken dat deze patiëntengroepen moeilijk te bereiken zijn in kader van preventie. Door echter alle patiënten aan te spreken aan het secretariaat en eveneens een franstalige vragenlijst op te stellen wou ik dit probleem aanpakken.
De zeer lage participatiegraad door migranten en mensen met een laag opleidingsniveau kan naar mijn inziens zowel verklaard worden door een selectie aan het secretariaat als een hogere drempel bij de patiënt. Aangezien het uitleggen van het onderzoek in deze patiëntengroepen vaak meer tijd vraagt, werd waarschijnlijk niet steeds aangeboden om deel te nemen aan het onderzoek.

Een andere beperking van dit onderzoek is mogelijke recall bias. Dit is een vaak voorkomend probleem bij het gebruik van vragenlijsten in onderzoek. Bovendien waren de gegevens niet anoniem t.o.v. de artsen. Dit kan zorgen voor sociaal wenselijke bias. Dit kan een belangrijke invloed hebben op de validiteit van de gegevens.

De gegevens uit deze masterproef zijn afkomstig van een onderzoek uitgevoerd in 1 groepspraktijk bestaande uit 3 vaste artsen en 1 HAIO. Zodoende kan het preventief beleid van een afzonderlijk arts zwaar doorwegen op de resultaten van deze studie.

Initieel was het de bedoeling ook de kennis en risico-inschatting rond vaccinaties te bevragen. Deze gegevens waren echter niet bruikbaar door een probleem bij de registratie. Achteraf gezien was het interessanter geweest iets meer vragen te stellen waarin gepeild werd naar de kennis van de deelnemers rond hart- en vaatziekten, darmkanker en borstkanker. Deze vragen werden echter beperkt om de vragenlijst beknopt te houden en zodoende de participatie te verhogen.

Als laatste punt wens ik ook te vermelden dat mijn Masterproef een beschrijvend onderzoek betreft. Doordat de gegevens verwerkt werden met Excel en niet met een statistisch programma type SPSS kan geen oorzakelijk verband tussen de variabelen worden aangetoond. Er worden enkel een aantal trends beschreven. Deze trends kunnen echter de aanzet zijn voor verder onderzoek.

Besluit

Tot op heden is slechts in zeer beperkte mate onderzoek gedaan naar de kennis van de patiënten rond preventie. Uit deze Masterproef werd geconcludeerd dat de kennis rond preventie van hart-en vaatziekten, borstkanker en darmkanker eerder aan de lage kant is met een gemiddelde score van 49%. De meeste deelnemers weten wel wat de term 'preventie' inhoudt, maar meer gedetailleerde kennis rond de risicofactoren, screenings-onderzoeken en preventieve behandelingen is beperkt.
Er is een duidelijke positieve associatie tussen hoger kennisniveau en hogere scholingsgraad.

Wanneer we kijken naar de verschillende domeinen afzonderlijk, zien we een duidelijk lager kennisniveau inzake hart- en vaatziekten t.o.v. borst- en darmkanker. Daarnaast zien we ook een toename van de kennis rond darmkanker in vergelijking met de bevindingen uit eerdere studies [17].
Bovenstaande bevindingen kunnen verklaard worden door de invloed van nationale screeningscampagnes. Momenteel wordt er enkel een bevolkingsonderzoek georganiseerd voor borst- en darmkanker en niet voor hart- en vaatziekten. Bovendien werd het bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker slechts recent opgestart.

Het eigen risico op borst- en darmkanker wordt vaak correct ingeschat door de patiënten. Het risico op hart- en vaatziekten daarentegen wordt slechts in minder dan de helft correct ingeschat. Opnieuw zou het bestaan van een nationale screeningscampagne rond borst- en darmkanker hierin een rol kunnen spelen.
Algemeen wordt het eigen risico vaker overschat dan onderschat. Deze bevinding past in de angstcultuur die toch wel typerend is voor onze hedendaagse maatschappij.

Een belangrijke bevinding uit deze Masterproef is ongetwijfeld dat de patiënten zowel op gebied van kennis als van de risico-inschatting het laagst scoren op het onderdeel rond hart- en vaatziekten. Bovendien zien we dat dat de patiënten hun eigen risico vaker correct inschatten naarmate het kennisniveau hoger ligt.
Mogelijks kan er dus voor gezorgd worden dat de patiënt vaker zijn risico op hart- en vaatziekten correct inschat door meer te investeren in informatieverstrekking rond dit thema. Voor borst- en darmkanker kon echter geen vergelijkbare trend genoteerd worden.

Het overgrote deel van de deelnemers vindt preventie belangrijk, maar bijna 40% werd nog nooit aangesproken over preventie door de huisarts. Dit zijn onthutsende cijfers als we denken aan de inspanningen die de laatste jaren geleverd werden om preventie op de kaart te zetten. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat deze Masterproef werd uitgevoerd in een groepspraktijk waar nog niet met het GMD-plus werd gewerkt.

In deze Masterproef vinden we dus beperkte evidentie om te pleiten voor voldoende informatieverstrekking rond preventie. Belangrijk is hierbij te focussen op informatie rond hart- en vaatziekten. Bovendien

zal het vooral belangrijk zijn patiënten met een lage scholingsgraad en oudere patiënten (65+) te bereiken.

Gezien de recente evidentie dat screening op populatieniveau vaak bijdraagt aan overscreening (en overbehandeling) en vals positieve resultaten met angst en onzekerheid tot gevolg, lijkt preventie meer dan ooit het domein van de huisarts te zijn. De informatieverstrekking rond het preventief beleid kan misschien dan ook best gebeuren via de huisarts die als vertrouwenspersoon rekening houdt met alle facetten van de patiënt en zo een belangrijke beschermende rol heeft tegen overscreening.

Bibliografie

[1] M. Madadi, S. Zhang, K. Yeary and L. Henderson, “Analyzing factors associated with women's attitudes and behaviors toward screening mammography using design-based logistic regression.,” *Breast Cancer Research and Treatment,* vol. 144, no. 1, pp. 193-204, 2014.

[2] Domus Medica, “Gezondheidsgids,” 2014.

[3] S. Mennes, “GMD-plus: Een Recept Voor De Praktijk”.

[4] Agentschap Zorg & Gezondheid, “zorg-en-gezondheid.be,” [Online]. Available: www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen. [Accessed oktober 2014].

[5] Nederlands Huisartsen Genootschap, “NHG-Standaard 'Het Preventieconsult',” maart 2011.

[6] NHS, “The NHS Health Check,” [Online]. Available: www.nhs.uk/Conditions/nhs-health-check.

[7] L. Annemans, Gezondheidseconomie voor niet-economen, 4 ed., Gent: Academia Press, 2010.

[8] L. Annemans, M. Lamotte, P. Clarys and E. Van den Abeele, “Health economic evaluation of controlled and maintained physical exercise in the prevention of cardiovascular and other prosperity diseases.,” *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation,* vol. 14, no. 6, pp. 815-24, 2007.

[9] Domus Medica, “Dossier Prostaatkanker, Stand van Zaken,” 2014.

[10] “Effect van screeningsmammografie op lange termijn,” *Minerva,* vol. 11, no. 3, pp. 30-31, 2012.

[11] “Screening naar borstkanker met mammografie.,” *Minerva Online,* 15 maart 2014.

[12] “Effect van screening en leefstijladviezen op de incidentie van ischemische hartziekten in de algemene bevolking.,” *Minerva Online,* vol. 14, februari 2015.

[13] Minerva, “Zorgen algemene preventieve gezondheidscheck-ups voor gezondheidswinst?,” *Minerva,* vol. 13, no. 2, pp. 15-16, 2014.

[14] Minerva, “Het effect van preventie: hoe denken onze patiënten daar zelf over?,” *Minerva,* vol. 13, no. 2, p. 14, 2014.

[15] U. Pöhls, S. Renner, P. Fasching, M. Lux, H. Kreis, S. Ackermann, H. Bender and M. Beckmann, “Awareness of breast cancer incidence and risk factors among healthy women.,” *European Journal of Cancer Prevention,* vol. 13, no. 4, pp. 249-56, 2004.

[16] Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, “Jaarrapport Centrum voor Kankeropsporing,” 2013.

[17] M. Latruwé, “Masterproef: De kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij huisarts en patiënt.,” 2012.

[18] M. R. B. Keighley, C. O’Morain, A. Giacosa, M. Ashorn, A. Burroughs, M. Crespi, M. Delvaux, J. Faivre, F. Hagenmuller, V. Lamy, F. Manger, H. T. Mills, C. Neumann, P. Nowak, A. Pehrsson, S. Smits and K. Spencer, “Public awareness of risk factors and screening for colorectal cancer in Europe”.

[19] A. Sessa, R. Abbate, G. D. Giuseppe, P. Marinelli and I. F. Angelillo, “Knowledge, attitudes, and preventive practices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy,” *BMC Cancer,* vol. 8, p. 171, 2008.

[20] M. Ramos, M. Llagostera, M. Esteva, E. Cabeza and X. Cantero, “Knowledge and attitudes of primary healthcare patients regarding population-based screening for colorectal cancer,” *BMC Cancer,* vol. 11, pp. 408-418, 2011.

[21] A. G. García, E. Quintero, D. N. Pérez, H. M and J. A, “Colorectal cancer screening in first-degree relatives of colorectal cancer: participation, knowledge, and barriers against screening,” *European Journal of Gastroenterology and Hepatology,* vol. 23, no. 12, pp. 1165-1171, 2011.

[22] N. Dolan, M. Ferreira, T. Davis, M. Fitzgibbon and A. Rademaker, “Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference?,” *Journal of Clinical Oncology,* vol. 22, pp. 2617-2622, 2004.

[23] A. G. Garcia, N. H. A. Buylla, D. Nicolas-Perez and E. Quintero, “Public awareness of colorectal cancer screening: knowledge, attitudes, and interventions for increasing screening uptake.”.

[24] R. Wong, M. Wong, Y. Chan, Z. Feng, C. Wai and K. Yeoh, “Gender differences in predictors of colorectal cancer screening uptake: a national cross sectional study based on the health belief model.,” *BMC Public Health 2013;13:677,* vol. 13, p. 677, 2013.

[25] M. McMenamin, H. Barry, A. Lennon, H. Purcell, M. Baum, D. Keegan, E. McDermott, D. O'Donoghue, L. Daly and H. Mulcahy, “A survey of breast cancer awareness and knowledge in a Western population: lots of light but little illumination.”.

[26] P. Subramanian, N. Oranye, A. Masri, N. Taib and N. Ahmad, “Breast cancer knowledge and screening behaviour among women with a positive family history: a cross sectional study,” *Asian Pacific journal of cancer prevention,* vol. 14, no. 11, pp. 6783-6790, 2013.

[27] U. Pöhls, P. Fasching, H. Beck, M. Kaufmann, M. Kiechle, G. v. Minckwitz, S. Paepke, B. Schultz-Zehden, U. Schwarz-Boeger and M. Beckmann, “Demographic and psychosocial factors associated with risk perception for breast cancer,” *Oncology Reports,* vol. 14, no. 6, pp. 1605-1613, 2005.

[28] E. de Jonge, J. Vlasselaer, G. Van de Putte and J. Schobbens, “The construct of breast cancer risk perception: need for a better risk communication?,” *Facts, Views & Vison in obGyn,* vol. 1, no. 2, pp. 122-129, 2009.

[29] E. Grunfeld, A. Ramirez and M. Hunter, “Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer.,” *British Journal of Cancer,* vol. 86, pp. 1373-1378, 2002.

[30] M. Alberts, “Improving public education about stroke.,” *Ann N Y Acad Sci,* vol. 1268, pp. 45-50, 2012.

[31] L. Blades, C. Oser, D. Dietrich, N. Okon, D. Rodriguez, A. Burnett, J. Russell, M. Allen, C. Fogle, S. Helgerson, D. Gohdes and T. Harwell, “Rural community knowledge of stroke warning signs and risk factors,” *Prev Chronic Dis.,* vol. 2, no. 2, 2005.

[32] A. Hickey, D. Holly, H. McGee, R. Conroy and E. Shelley, “Knowledge of stroke risk factors and warning signs in Ireland: development and application of the Stroke Awareness Questionnaire (SAQ),” *Int J Stroke,* vol. 7, no. 4, pp. 289-306, 2012.

[33] K. M.Gans, S. F. Assmann, A. Sallar and T. M. Lasater, “Knowledge of Cardiovascular Disease Prevention: An Analysis from Two New England Communities 1999,” *Preventive Med,* vol. 29, no. 4, pp. 229-237, 1999.

[34] S. Seef, A. Jeppsson and M. Stafström, “What is killing? People's knowledge about coronary heart disease, attitude towards prevention and main risk reduction barriers in Ismailia, Egypt (descriptive cross-sectional study),” *Pan Afr Med J,* vol. 16, pp. 15-137, 2013.

[35] L. Mosca, W. Jones, K. King, P. Ouyang, R. Redberg and M. Hill, “Awareness, perception, and knowledge of heart disease risk and prevention among women in the United States. American Heart Association Women's Heart Disease and Stroke Campaign Task Force.,” *Arch Fam Med,* vol. 9, no. 6, pp. 506-515, 2000.

[36] A. Ferris, R. Robertson, R. Fabunmi and L. Mosca, “American Heart Association and American Stroke Association national survey of stroke risk awareness among women.Circulation. 2005 Mar 15;111(10):1321-6.,” *American Heart Association,* vol. 111, no. 10, pp. 1321-1326, 2005.

[37] H. Wee, H. Ho and S. Li, “Public awareness of diabetes mellitus in Singa-pore.,” *Singapore Med J.,* vol. 43, no. 3, pp. 128-134, 2002.

[38] T. Pongmesa, S. Li and H. Wee, “A survey of knowledge on diabetes in the central region of Thailand.,” *Value Health,* pp. 110-113, 2009.

[39] C. Paul, A. Barratt, S. Redman, J. Cockburn and J. Lowe, “Knowledge and perceptions about breast cancer incidence, fatality and risk among Australian women,” *Australian and New Zealand Journal of Public Health,* vol. 23, no. 4, pp. 396-400, 1999.

[40] W. Black, R. Nease Jr and A. Tosteson, “Perceptions of breast cancer risk and screening effectiveness in women younger than 50 years of age.,” *Journal of the National Cancer Institute,* vol. 87, pp. 720-731, 1995.

[41] N. Dolan, A. Lee en M. McDermott, „Age-related differences in breast carcinoma knowledge, beliefs, and perceived risk among women visiting an academic general medicine practice,” *Cancer* , nr. 80, pp. 413-420, 1997.

[42] K. Glanz, B. K., R. K. and Viswanath, Health behavior and health education: theory, research and practice., 4th ed., 2008.

[43]

Bijlagen

Vragenlijst NL+FR

Gegevens patiënt

- Naam: .....
- Voornaam: .....
- Leeftijd: .....
- Geslacht
  - □ Man
  - □ Vrouw
- Scholingsgraad: Wat is het hoogste diploma dat u behaald hebt?
  - □ Universitair
  - □ Hogeschool
  - □ Middelbaar onderwijs
  - □ Lager onderwijs
  - □ Geen diploma
- Woonachtig in België sinds:
  - □ Geboorte
  - □ <10 jaar
  - □ 10 - 20 jaar
  - □ >20 jaar

Kennis

1. **Wat is de correcte definitie van preventie?**
   - □ Bij preventie wordt de patiënt aangeleerd hoe hij met zijn ziekte moet omgaan.
   - □ Bij preventie proberen we het ontstaan van ziektes te voorkomen en bestaande ziekten (of de verwikkelingen ervan) vroegtijdig op te sporen.
   - □ Bij preventie worden gegevens ingezameld over patiënten waardoor nieuwe geneesmiddelen kunnen ontwikkeld worden.
   - □ Ik weet het niet

2. Hart- en bloedvaten

Wat zijn belangrijke risicofactoren voor hart- en bloedvatziekten? (duidt alle juiste antwoorden aan)

- □ Diabetes (=suikerziekte)
- □ Weinig slapen
- □ Te weinig inname van zuivelproducten
- □ Roken
- □ Te lage bloeddruk
- □ Ik weet het niet

"Mannen hebben een groter risico op hart – en bloedvatziekten dan vrouwen." Deze stelling is:

- □ Juist
- □ Fout
- □ Ik weet het niet

We spreken van een te hoge bloeddruk wanneer de bloeddruk hoger is dan:

- □ 120/80 (= 12/8)
- □ 130/80 (= 13/8)
- □ 140/90 (= 14/9)
- □ 160/90 (= 16/9)
- □ Ik weet het niet

Beweging is belangrijk. Wat wordt aanbevolen voor personen tussen 18 en 64 jaar?

- □ 5x per week een matige fysieke inspanning gedurende 30 min zoals fietsen, stevig wandelen, tuinieren, ... Deze inspanning moet ononderbroken worden uitgevoerd (dus 30 min. aan een stuk).
- □ 5x per week een matige fysieke inspanning gedurende 30 min zoals fietsen, stevig wandelen, tuinieren, ... Deze inspanning mag opgedeeld worden in blokken van minimaal 10 minuten.
- □ Minstens 5x per week stevig gaan sporten waarbij je stevig zweet en een gesprek blijven voeren moeilijk is.
- □ Ik weet het niet

Gezonde voeding is belangrijk. Welk dagmenu wordt aanbevolen voor personen vanaf 18 jaar?



	Water	Groenten	Fruit	Halfvolle Melk	Vlees, vis of vervangproducten
□	1.5 liter	200 gram	2-3 stukken	1 glas	100 gram
□	1.5 liter	300 gram	1 stuk	3 glazen	200 gram
□	1.5 liter	300 gram	2-3 stukken	3-4 glazen	100 gram
□	Ik weet het niet				

3. Vaccinaties

Personen ouder dan 50 jaar moeten geen vaccinaties (=inentingen) meer krijgen.

- □ Juist
- □ Fout
- □ Ik weet het niet

Tegen welke infectieziekte wordt je best om de 10jaar opnieuw gevaccineerd (ingeënt)?

- □ Bof
- □ Tetanus (=de klem)
- □ Griep
- □ Ik weet het niet

Welke mensen kunnen zich best laten vaccineren (inenten) tegen de seizoensgriep?

- □ Personen ouder dan 65jaar.
- □ Ouders van kinderen uit de lagere school.
- □ Personen die op reis gaan naar landen buiten Europa.
- □ Ik weet het niet

Wat is correct? Een pneumokokkenvaccinatie wordt:

- □ Alleen toegediend bij kinderen
- □ Aanbevolen bij mensen zonder milt
- □ Aanbevolen bij mensen die op reis gaan naar landen buiten Europa.
- □ Ik weet het niet

4. Borstkanker

Vanaf welke leeftijd wordt in België het bevolkingsonderzoek voor borstkanker georganiseerd?

Bevolkingsonderzoek= onderzoek waarbij vrouwen op regelmatige tijdstippen een oproepingsbrief krijgen door de overheid om gratis een borstonderzoek te laten uitvoeren

- □ Vanaf 45 jaar
- □ Vanaf 50 jaar
- □ Vanaf 55 jaar
- □ Vanaf 60 jaar
- □ Ik weet het niet

Om de hoeveel jaar wordt een screeningsmammografie voorzien in het bevolkingsonderzoek?

Screeningsmammografie = borstonderzoek waarbij aan de hand van radiologie gekeken wordt of de vrouw borstkanker heeft zonder dat zij daarvan klachten ondervindt.

- □ Jaarlijks
- □ Om de twee jaar
- □ Om de drie jaar
- □ Om de vijf jaar
- □ Ik weet het niet

5. Dikkedarmkanker

"Poliepen ter hoogte van de darmen kunnen evolueren tot darmkanker en worden daarom het best verwijderd." Deze stelling is:

- □ Juist
- □ Fout
- □ Ik weet het niet

Personen vanaf 50 jaar kunnen best om de 2 jaar volgend onderzoek laten uitvoeren ter preventie van dikkedarmkanker.

- □ Coloscopie (= onderzoek waarbij de binnenkant van de dikkedarm onderzocht wordt met een camera)
- □ Stoelgangstest of FOBT (= een staaltje stoelgang wordt onderzocht op de aanwezigheid van bloed)
- □ Radiologie (= door een foto te nemen met röntgenstralen kan de binnenkant van de darm gezien worden)
- □ Bloedafname
- □ Ik weet het niet

Risico-inschatting

Hoe schat u zelf uw risico in?

Mijn risico om te overlijden aan een hart- en bloedvatziekte is

- □ Hoog
- □ Matig
- □ Laag

Het is belangrijk dat ik mij laat vaccineren (inenten) voor tetanus (de klem)

- □ Ja
- □ Neen, voor mij is dat niet belangrijk.

Het is belangrijk dat ik mij laat vaccineren (inenten) voor het griepvirus

- □ Ja
- □ Neen, voor mij is dat niet belangrijk.

Het is belangrijk dat ik mij laat vaccineren (inenten) met het pneumokokkenvaccin

- □ Ja
- □ Neen, voor mij is dat niet belangrijk.

Mijn risico om borstkanker te ontwikkelen is:

- □ Hoog
- □ Iets verhoogd
- □ Normaal

Mijn risico om dikkedarmkanker te ontwikkelen is:

- □ Verhoogd
- □ Normaal

Algemeen

Heeft uw huisarts u al ooit aangesproken over preventie?

- □ Neen, nog nooit
- □ Ja, maar meer dan 5 jaar geleden
- □ Ja, in de laatste 5 jaar.
- □ Ik weet het niet

Vindt u preventie belangrijk?

- □ Ja
- □ Neen
- □ Ik weet het niet

Open vraag

Hoe zou jij zelf, samen met jouw huisarts, willen werken rond preventie?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Données

- Nom: .....
- Prénom: .....
- Age: .....
- Sexe
  - □ Masculin
  - □ Féminin
- Niveau de scolarité: Quel est votre diplôme le plus élevé obtenu?
  - □ Universitaire
  - □ École supérieure (non universitaire)
  - □ École secondaire (humanité)
  - □ École primaire
  - □ Sans diplôme/non diplômé
- Vous habitez en Belgique depuis
  - □ Votre naissance
  - □ < 10 ans
  - □ 10-20 ans
  - □ >20 ans

Connaissances

1. **Quel est la définition exacte de "prévention"?**
   - □ Prévention = on apprend au patient comment vivre avec sa maladie.
   - □ Prévention = d'un côté on essaie d'empêcher le début d'une maladie et d'un autre côté de dépister des maladies (ou des complications de celles-ci) à temps.
   - □ Prévention = on rassemble des données de patients, ce qui aboutit au développement de nouveaux médicaments.
   - □ Je ne sais pas.

2. **Quels sont les risques les plus importants pour les maladies cardio-vasculaires? (indiquer toutes les bonnes réponses)**
   - □ Le diabète
   - □ Le manque de sommeil
   - □ L'insuffisance de prise de produits laitier
   - □ Fumer
   - □ Une tension qui est trop basse
   - □ Je ne sais pas

3. **Les hommes ont plus de risques de développer des maladies cardio-vasculaires. Cette hypothèse est:**
   - □ Exacte
   - □ Fautive
   - □ Je ne sais pas

4. **On parle d'hypertension lorsque la tension est plus élevée que :**
   - □ 120/80 (= 12/8)
   - □ 130/80 (= 13/8)
   - □ 140/90 (= 14/9)
   - □ 160/90 (= 16/9)
   - □ Je ne sais pas

5. **Bouger est important. Que peut-on recommander aux personnes entre 18 et 64 ans?**
   - □ Faire des efforts physiques modérés 5x/semaine pendant 30 min, p.ex. rouler à vélo, marcher d'un bon pas ou jardiner. Ces efforts doivent être ininterrompus (= 30 min sans arrêt).
   - □ Faire des efforts physiques modérés 5x/semaine pendant 30 min, p.ex. rouler à vélo, marcher d'un bon pas ou jardiner. Ces efforts peuvent-être divisés en bloc de minimum 10 min.
   - □ Faire énergiquement du sport, au moins 5x/semaine : vous transpirez fortement et tenir une conversation devient difficile.
   - □ Je ne sais pas

6. **Une nourriture saine est importante. Quel menu journalier est recommandé à partir de 18 ans?**

	 L'eau	 Légumes	 Fruits	 Lait demi-écrémé	 Viande, poisson ou substitut
□	1.5 l	200 g	2-3 morceaux	1 verre	100 g
□	1.5 l	300 g	1 morceau	3 verres	200 g
□	1.5 l	300 g	2-3 morceaux	3-4 verres	100 g
□	Je ne sais pas				

7. **Les personnes âgées de plus de 50 ans ne doivent plus être vaccinées.**
   - □ Exacte
   - □ Faux
   - □ Je ne sais pas

8. Contre quelle maladie devez-vous de préférence être vacciné tous les 10 ans?
   - □ Les oreillons
   - □ Le tétanos
   - □ La grippe
   - □ Je ne sais pas

9. Quel groupe de personnes doit, de préférence, se faire vacciner contre la grippe saisonnière?
   - □ Les personnes âgées de plus de 65 ans
   - □ Les parents dont les enfants suivent les classes primaires
   - □ Les personnes qui voyagent en dehors de l'Europe
   - □ Je ne sais pas

10. Juste ou faux : un vaccin contre les pneumocoques …
    - □ Est seulement donné aux enfants
    - □ Est conseillé chez les personnes sans rate
    - □ Est conseillé aux personnes qui voyagent en dehors de l'Europe
    - □ Je ne sais pas

11. A partir de quel âge organise-t-on en Belgique, dans le cadre du « dépistage de population », un examen contre le cancer du sein ?

    (Dépistage de population = recherche chez les femmes qui reçoivent à des moments réguliers une lettre du gouvernement pour un examen des seins gratuit)
    - □ A partir de 45 ans
    - □ A partir de 50 ans
    - □ A partir de 55 ans
    - □ A partir de 60 ans
    - □ Je ne sais pas

12. A quel intervalle, les mammographies de dépistages sont-elles organisées ?

    (= examen des seins en radiologie pour voir si une femme ne développe pas un cancer, sans que la femme n'aie des plaintes)
    - □ Tous les ans
    - □ Tous les deux ans
    - □ Tous les trois ans
    - □ Tous les cinq ans
    - □ Je ne sais pas

13. Des polypes situés dans le côlon peuvent évoluer en cancer et sont donc de préférence enlevés. Cette affirmation est :
    - □ Exacte
    - □ Fautive

- □ Je ne sais pas

14. Les personnes âgées de 50 ans ou plus, doivent de préférence passer tous les 2 ans un examen en prévention du cancer du côlon.

- □ Coloscopie (examen où la paroisse intérieure du côlon est examiné à l'aide d'une caméra)
- □ Recherche de sang dans les selles (laboratoire)
- □ Radiologie (examen ou l'intérieur du côlon est visualisé par la prise d'une photo par RX)
- □ Prise de sang
- □ Je ne sais pas

Évaluation de mes risques: Comment évaluez-vous vos risques?

1. **Mes risques de mortalité dû a un problème cardio-vasculaire est**
   - □ Grand
   - □ Moyen
   - □ Petit

2. **Il est important de me faire vacciner contre le tétanos.**
   - □ Oui
   - □ Non, pour moi, ceci n'est pas important

3. **Il est important de me faire vacciner contre la grippe saisonnière**
   - □ Oui
   - □ Non, pour moi, ceci n'est pas important

4. **Il est important de me faire vacciner contre le pneumocoque**
   - □ Oui
   - □ Non, pour moi, ceci n'est pas important.

5. ***Pour les femmes*: Mon risque de développer un cancer du sein est**
   - □ Élevé
   - □ Un peu élevé
   - □ Normal

6. **Mon risque de développer un cancer du côlon est**
   - □ Augmenté
   - □ Normal

Général

1. **Votre médecin généraliste, vous a-t-il déjà parlé de prévention?**
   - □ Non, jamais
   - □ Oui, mais ça remonte à plus de 5 ans

- □ Oui, au courant des 5 dernières années
- □ Je ne sais pas

2. **Trouvez-vous la prévention importante?**
   - □ Oui
   - □ Non
   - □ Je ne sais pas

3. **Comment voudriez-vous, en collaboration avec votre médecin traitant, aborder le thème de prévention?**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Toestemmingsformulier om uw gegevens te gebruiken voor een onderzoek.

INFORMED CONSENT

Kennis, visie en risico-inschatting van de patiënt rond preventie.

Doel van het onderzoek

Met dit onderzoek wil ik enerzijds uw kennis en visie rond preventie bevragen. Daarnaast wil ik ook kijken hoe u uw eigen risico op verschillende aandoeningen inschat (hart-en vaatziekten, diabetes, borstkanker, dikkedarmkanker en depressie). Een verkeerde risico-inschatting kan er namelijk voor zorgen dat er te weinig of net te veel aandacht besteed wordt aan preventie.

Wat betekent dit voor u

Wij zullen u vragen een korte vragenlijst in te vullen. Deze gegevens worden onherkenbaar gemaakt en zullen volledig anoniem verwerkt worden. Uw privacy komt dus niet in het gedrang.

Wij hopen dat u uw medewerking aan dit onderzoek wilt verlenen. Door dit document te ondertekenen geeft u aan dat u akkoord gaat dat uw gegevens zullen ingezameld en gebruikt worden voor het onderzoek.

Ook na ondertekening hebt u het recht om, zonder daarvoor een reden op te geven, tijdens het onderzoek alsnog af te zien van uw medewerking.

De normale zorg door uw huisarts zal daardoor absoluut niet in het gedrang komen.

Ik, ... (naam en voornaam)

Verklaar dat ik de inhoud van het onderzoek begrijp en de toestemming aan mijn arts geef om mijn gegevens anoniem te verwerken en te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek.

Opgemaakt te ..... (datum)

Handtekening

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Dr. Marlies Vermeulen

Dr. Pieter De Meulder Dr. Kris Lamon Dr. Daphné Comyn

Goedkeuring Ethische Commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

Att: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandevoorde

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0243	10-apr-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Kennis, visie en risico-inschatting van de patiënt rond preventie - MAnaMA Marlies Vermeulen

Belgisch Registratienummer: B670201420617

* Adviesaanvraagformulier dd. 27/02/2014 (volledig ontvangen dd. 10/03/2014)
* Antwoord onderzoeker via mail dd. 16/03/2014 (ontv. 17/03/2014) en dd. 08/04/2014 (ontv. 09/04/2014) op opmerkingen EC dd. 13/03/2014
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie cfr. Mail onderzoeker dd. 16/03/2014)
* Vragenlijst

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 9/04/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 9/04/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 9/04/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 9/04/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/04/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/04/2014

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité bekommert dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0243	10-apr-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0243

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
P.O.v. **Prof. dr. D. MATTHYS**
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. S. WILLEMS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

centrum.artsen

MASTERPROEF

DR. MARLIES VERMEULEN

Enkele vragen over uw kennis & risico-inschatting rond preventie

↘ WAAROM DIT ONDERZOEK?

Om goede geneeskunde te beoefenen is het belangrijk om ook voldoende aandacht te besteden aan preventie. Bij preventie proberen we niet om ziekten te genezen, maar wel om ze te voorkomen.

↘ HEEFT U INTERESSE OM MEE TE WERKEN?

Om in de toekomst beter preventief te kunnen werken, is het belangrijk om een goed beeld te krijgen van uw kennis en visie rond preventie.

Dr. Marlies Vermeulen doet onderzoek hieromtrent in het kader van haar Masterproef. Daarom zouden wij u willen vragen de vragenlijst die meegegeven werd aan het secretariaat in te vullen. De informatie die we daaruit zullen verzamelen zal ervoor zorgen dat we in de toekomst nog beter voor uw gezondheid kunnen instaan.

Het spreekt voor zich dat deze gegevens onherkenbaar worden gemaakt en volledig anoniem verwerkt worden.

↘ VERVOLG: EEN PREVENTIECONSULT

Tijdens een gewone consultatie is er echter vaak geen tijd genoeg om goed aan preventie te doen. Daarom nodigen wij u uit voor een preventieconsult. Tijdens een preventieconsult worden uw persoonlijke en familiale risicofactoren besproken. Op het einde maken we een persoonlijk preventieplan op waarin genoteerd staat welke preventieve onderzoeken in de toekomst voor u aangewezen zijn.

↘ PRAKTISCH

Een preventieconsult duurt gemiddeld 30 minuten en kost evenveel als een gewone consultatie.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

De centrumartsen,

Dr. De Meulder Dr. Lamon

Dr. Comyn Dr. Vermeulen

Formulier GMD+

Naam: Datum: … / … / ……

Man / Vrouw

Geboortedatu … / … / ……

centrumartsen

Gelieve de linkerkolom in te vullen en dit formulier bij de volgende afspraak terug te bezorgen aan uw huisarts.
De recherkolom zal u huisarts vervolledigen

Patiëntenluik

1. Hart- en vaatziekten

Hoe oud bent u? …… jaar

Hebt u diabetes (suikerziekte)? ☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Hebt u een hart- of vaatziekte gehad? ☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Hebt u een te hoge bloeddruk? ☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk? ☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte gehad voor zijn 55 jaar?
☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Heeft uw moeder of zus een hart- en vaatziekte gehad voor haar 65 jaar?
☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Rookt u? ☐ neen ☐ ja → sinds … / … / ……
…… sigaretten / dag

2. Levensstijl

Gewicht …… kg

Lengte …… cm

Eet u dagelijks groenten en fruit? ☐ neen ☐ ja

Komt u aan dertig minuten lichaamsbeweging per dag? ☐ neen ☐ ja

Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname?
☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes? ☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Voor vrouwen: Bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?
☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Drinkt u alcohol? ☐ neen ☐ ja

3. Vaccinaties

Bent u ooit ingeënt tegen tetanus? ☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden? ☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Bent u hart- of longpatiënt? ☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?
☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Bent u ooit ingeënt tegen de griep? ☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

4. Borstkanker

Komt borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie? ☐ neen ☐ ja

Voor vrouwen vanaf 50 jaar:
Is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden? ☐ neen ☐ ja → datum … / … / ……

5. Baarmoederhalskanker

Voor vrouwen van 25 t.e.m. 64 jaar:
Is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden? ☐ neen ☐ ja → datum … / … / ……

6. Darmkanker

Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?
☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

Hebt u ooit een darmonderzoek ondergaan? ☐ neen ☐ ja ☐ onbekend

7. Osteoporose

Voor personen vanaf 50 jaar:
Hebt u sinds uw 50ste verjaardag fracturen gehad? ☐ neen ☐ ja → datum … / … / ……

Bent u in het laatste jaar meer dan één keer gevallen? ☐ neen ☐ ja

Hebt u het voorbije jaar cortisone ingenomen? ☐ neen ☐ ja

8. Depressie

Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?
☐ neen ☐ ja

Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?
☐ neen ☐ ja

Huisartsenluik

1. Hart- en vaatziekten

HbA1C ☐

Bloeddruk ☐

Totaalchol./HDL ☐

SCORE ☐

2. Levensstijl

Buikomtrek ☐

BMI ☐

Nuchtere glycemie ☐

AUDIT-score ☐

3. Vaccinaties

Datum laatste vaccinatie … / … / ……

Datum volgende vaccina … / … / ……

4. Borstkanker

5. Baarmoederhalskanker

6. Darmkanker

Datum colonoscopie … / … / ……

Datum FOBT … / … / ……

7. Osteoporose

Fractuur: …

Duur cortisonebehandeling ☐

Risicoscore ☐

8. Depressie

Wens tot hulp? Ja ☐ Neen ☐

CV Risico:

Hoog ☐
Matig ☐
Enkel verbonden met sigaret ☐
Laag ☐

Bloeddrukverlagende medicatie ☐
Statine ☐
Acetylsalicylzuur ☐

Rookstop ☐

Voedingsadvies ☐
Bewegingsadvies ☐

Controle:

Jaarlijks ☐
Driejaarlijks ☐

Problematisch ☐
Afhankelijkheid ☐

Booster dT/10 jaar ☐
dT 0-6 ☐
dT 0-1-12 ☐
Pneumokokkenvaccinatie 1x / 5 jaar ☐

Griepvaccinatie 1x / jaar ☐

Risico:

Hoog risico ☐
Bescheiden risico ☐
Normaal risico ☐

Screeningsmammografie 1x / 2 jaar ☐

Uitstrijkje 1x / 3 jaar ☐

Colonoscopie ☐
FOBT 1x / 1 à 2 jaar ☐

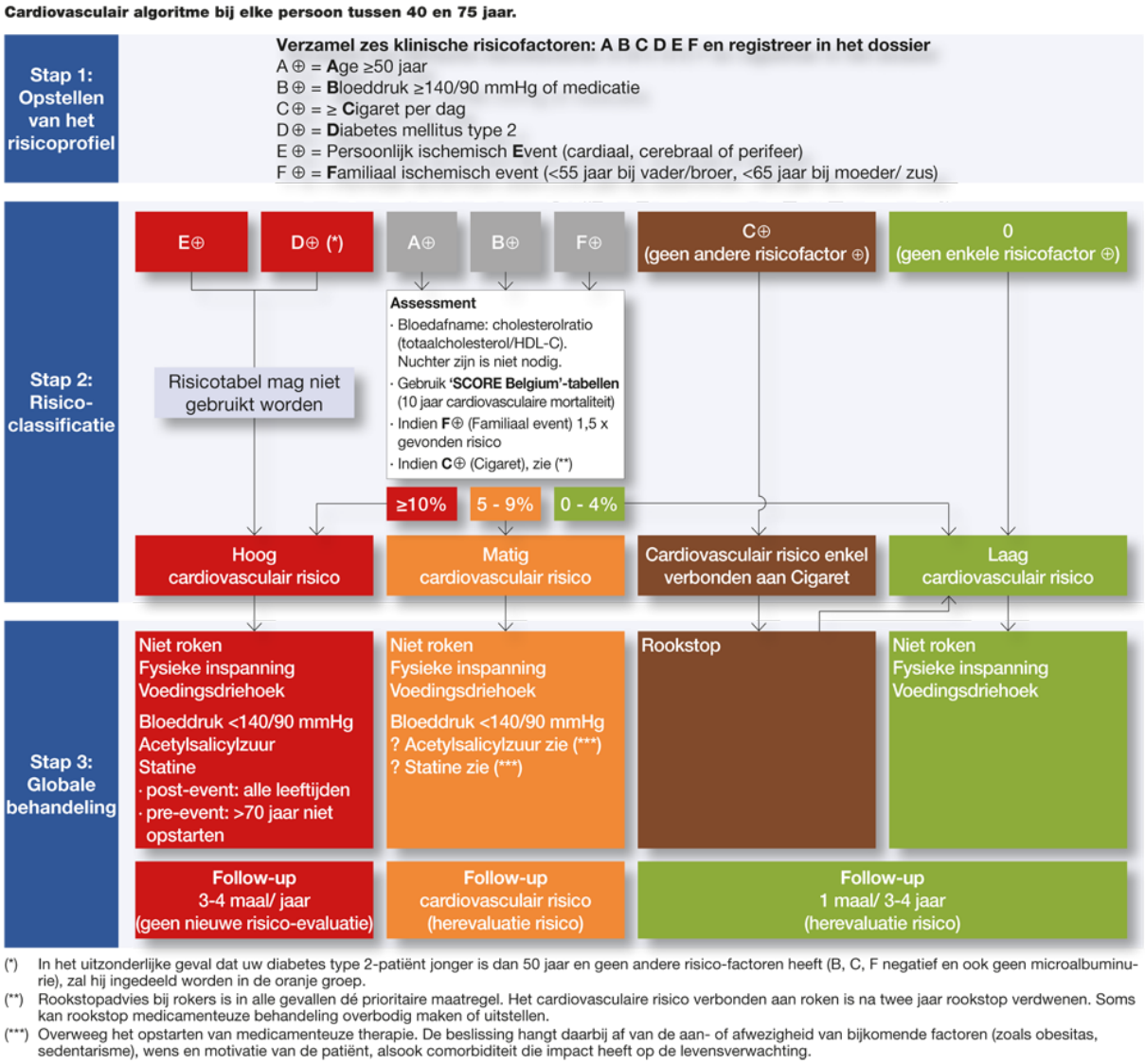
DEXA ☐
Behandeling ☐

Risico:

Licht ☐
Matig ☐
Ernstig ☐
Medicatie ☐
Opvolging ☐

Gezondheidsgids Domus Medica: algoritme voor inschatting risico

Hart- en vaatziekten



(*) In het uitzonderlijke geval dat uw diabetes type 2-patiënt jonger is dan 50 jaar en geen andere risico-factoren heeft (B, C, F negatief en ook geen microalbuminurie), zal hij ingedeeld worden in de oranje groep.

(**) Rookstopadvies bij rokers is in alle gevallen dé prioritaire maatregel. Het cardiovasculaire risico verbonden aan roken is na twee jaar rookstop verdwenen. Soms kan rookstop medicamenteuze behandeling overbodig maken of uitstellen.

(***) Overweeg het opstarten van medicamenteuze therapie. De beslissing hangt daarbij af van de aan- of afwezigheid van bijkomende factoren (zoals obesitas, sedentarisme), wens en motivatie van de patiënt, alsook comorbiditeit die impact heeft op de levensverwachting.

[2]

Risico-inschatting bij vrouwen met een verhoogd risico op borstkanker.

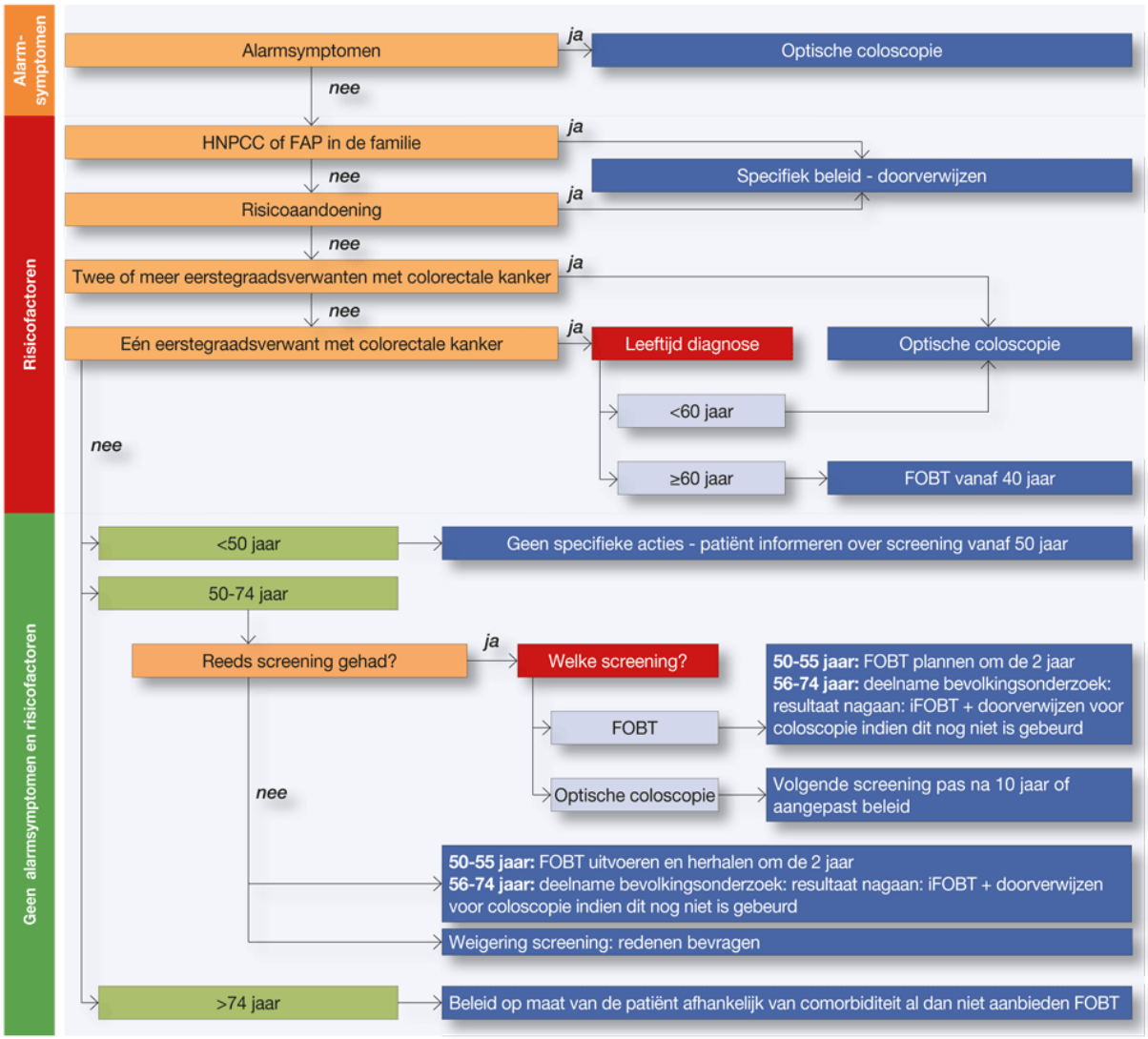
Aantal vrouwelijke verwanten met borstkanker	Leeftijd van de vrouwelijke verwanten met borstkanker: <40 jaar	40-50 jaar	≥50 jaar
1 eerstegraads	Bescheiden risico	Unilateraal: Normaal risico Bilateraal: Bescheiden risico	Normaal risico
2 eerstegraads	Hoog risico	Bescheiden risico	Bescheiden risico
3 eerstegraads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico
1 tweedegraads	Normaal risico	Unilateraal: Normaal risico Bilateraal: Bescheiden risico	Normaal risico
2 tweedegraads	Bescheiden risico	Bescheiden risico	Normaal risico
3 tweedegraads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico
1 eerstegraads 1 tweedegraads	Bescheiden risico	Bescheiden risico	Bescheiden risico
1 eerstegraads 2 tweedegraads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico

Aantal verwanten met ovariumkanker	Ovariumkanker ongeacht de leeftijd	Ovarium- en borstkanker bij 1 vrouw ongeacht leeftijd
1 familielid met ovariumkanker (eerste- of tweedegraads)	Bescheiden risico	Hoog risico
2 familieleden met ovariumkanker (eerste- of tweedegraads)	Hoog risico	

[2]

Darmkanker

Risicoinschatting en beleid ter preventie van colorectale kanker.



[2]