De kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij huisarts en patiënt. Deel vergelijking huisarts-patiënt.

Debel Lien, UGent

Promotor: Prof. Dr. T. Christiaens, UGent

Co-promotor: Dr. V. Piessens, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

De kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij huisarts en patiënt. Deel vergelijking huisarts-patiënt.

Debel Lien, UGent

Promotor: Prof. Dr. T. Christiaens, UGent

Co-promotor: Dr. V. Piessens, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

"De auteur en de (co)promotor geven de toelating deze scriptie voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit deze scriptie."

Gent, 1/05/12

Auteur:
Lien Debel

Promotor: Prof. Dr. T. Christiaens
Co-promotor: Dr. V. Piessens

Dankwoord

Een scriptie vervolledigen is een uitdaging die het nodige enthousiasme, een kritische benadering, inzet en volharding vereist; het is een zoektocht die leidt tot zelfontwikkeling en voldoening. Hierbij is de steun en raad van anderen soms onontbeerlijk. Ik zou dan ook iedereen willen bedanken die aan deze scriptie heeft bijgedragen.

Ik denk hierbij aan mijn promotor, Prof. Dr. T. Christiaens. Bedankt voor de tijd die u aan deze scriptie hebt besteed.

Ik zou ook mijn co-promotor, Dr. V. Piessens willen bedanken. Bedankt voor alle goede adviezen, uw kritische inbreng, de enthousiaste aanmoediging en alle energie die u in onze scriptie hebt gestoken.

Verder wil ik ook mijn praktijkopleider Dr. S. Haemers bedanken voor zijn interesse en medewerking.

Mijn STACO, Dr. M. Lemiengre, wil ik bedanken voor de goeie raad en ondersteuning.

Ik zou natuurlijk ook mijn MaNaMa-collega's, Evelien en Mieke, willen bedanken. Bedankt voor alle uren die we samen achter de artikels en de computerschermen doorbrachten; lezend, denkend, zoekend, schrijvend, babbelend. Dankzij jullie ging het bij deze scriptie niet alleen om werken, maar ook om vriendschap.

Ik zou ook mijn ouders en zussen willen bedanken voor alle steun bij het tot stand komen van deze scriptie en tijdens mijn volledige studieperiode.

Lijst met afkortingen

ASA= acetylsalicylzuur
CI= betrouwbaarheidsinterval
CRC= colorectaal carcinoom
CT= computertomografie
EBM= evidence based medicine
FAP= familiale adenomateuze polyposis
FOBT= faecaal ocult bloed test
gFOBT= guaiac faecaal occult bloed test
HAIO= huisarts in opleiding
HNPCC= hereditair non-polyposis colon carcinoom
iFOBT= immunohistochemische faecaal occult bloed test
KCE= federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg
NNT= number needed to treat
NSAID= niet-steroïdaal anti-inflammatoir geneesmiddel
OR= odds ratio
PSA= prostaat-specifiek antigen
RX thorax= radiografie van de thorax

Inhoudstafel

Dankwoord……I
Lijst met afkortingen……II
Inhoudstafel……III

1 ABSTRACT 6
2 INLEIDING 7
3 METHODE 7
3.1 Selectie van studies voor de review 7
3.2 Selectie van patiënten en huisartsen voor een semi-gestructureerd interview. 8
3.3 Verzameling en verwerking van de data 8
4 RESULTATEN 9
4.1 Resultaten literatuurstudie 9
4.1.1 Inleiding 9
4.1.2 Screening 9
4.1.3 Colorectaal kanker screening 10
4.1.3.1 Toepasbaarheid van de algemene screeningsvoorwaarden op CRC-screenin 10
4.1.3.2 Screenen naar colorectaal kanker, volgens de Aanbeveling van Domus Medica 10
4.1.4 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening van patiënten 11
4.1.4.1 Kennis van patiënten over darmkanker(screening) 12
4.1.4.2 Waaraan geeft de patiënt de voorkeur? 14
4.1.4.3 Beïnvloedende factoren 15
4.1.4.3.1 Remmende factoren 15
A. Algemeen 15
B. Gebrek aan inzicht / kennis 16
C. Angst 17
D. Kankerfatalisme 17
E. Geslachtsgebonden verschillen? 18
F. Verschillen volgens leeftijd? 18
G. Verschillen volgens screeningsverleden? 18
H. Verschillen volgens screeningsonderzoek? 19
I. Patiëntgebonden factoren 20
4.1.4.3.2 Bevorderende factoren 20
4.1.5 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening van huisartsen 21
4.1.5.1 Kennis van huisartsen over darmkanker(screening) 21
4.1.5.2 Waaraan geeft de huisarts de voorkeur? 23

4.1.5.3 Beïnvloedende factoren 23
4.1.5.3.1 Inschatting van het belang van darmkankerscreening 23
4.1.5.3.2 Kenmerken van de huisarts 24
4.1.5.3.3 Andere beïnvloedende factoren 25
4.1.6 Vergelijking beïnvloedende factoren tussen patiënten en huisartsen 26
4.2 RESULTATEN EIGEN KWALITATIEF ONDERZOEK 27
4.2.1 Inleiding 28
4.2.2 Kennis darmkanker 28
4.2.2.1 Preventie 28
4.2.2.2 Prevalentie 28
4.2.2.3 Oorzaken 28
4.2.2.4 Ontstaansmechanisme 29
4.2.2.5 Risicofactoren 29
4.2.2.6 Alarmsymptomen 29
4.2.2.7 Diagnostiek 29
4.2.2.8 Behandeling en prognose 30
4.2.3 Kennis over darmkankerscreening 30
4.2.3.1 Kennis definitie screening 30
4.2.3.2 Kennis algemene kankerscreening 30
4.2.3.2.1 Soorten kankerscreening 30
4.2.3.2.2 Kennis darmkankerscreening 31
A. FOBT 31
B. Colonoscopie 31
4.2.3.2.3 Voorkeur voor onderzoek 31
4.2.3.2.4 Inschatten eigen darmkankerrisico 32
4.2.3.3 Informatiebronnen 32
4.2.3.3.1 Hoe zouden we de kennis van de patiënt kunnen vergroten? 32
4.2.3.3.2 Wat is de taak van de huisarts? 32
4.2.3.4 Visie t.o.v. screening 33
4.2.3.4.1 Persoonlijke ervaring met screening 33
4.2.3.4.2 Algemene visie t.o.v. screening 33
A. Algemeen 33
B. Voordelen 33
C. Nadelen 34
4.2.4 Remmende factoren 34
4.2.4.1 Persoonsgebonden factoren 34
4.2.4.1.1 Huisartsgerelateerd 34
4.2.4.1.2 Patiëntgerelateerd 35
A. Demografisch 35

B. Geen point of concern/Gebrek aan motivatie....35
C. Visie t.o.v. screening....36
D. Visie t.o.v. darmkanker....36
E. Ervaring met screening....37
F. Angst en bezorgdheden bij patiënten....37
G. Angst en bezorgdheden bij huisartsen....38
4.2.4.2 Ziektegebonden factoren....38
4.2.4.3 Onderzoeksgebonden factoren....38
4.2.4.3.1 Effectiviteit van de screeningstesten....38
4.2.4.3.2 Onderzoekspecifiek....39
4.2.4.3.3 Pakt het probleem niet aan de oorzaak aan....39
4.2.4.3.4 Kostprijs....40
4.2.4.4 Organisatorische factoren....40
4.2.4.4.1 Algemeen....40
4.2.4.4.2 Economische aspecten....40
4.2.5 Bevorderende factoren....41
4.2.5.1 Persoonsgebonden factoren....41
4.2.5.2 Ziektegebonden factoren....41
4.2.5.3 Onderzoeksgebonden factoren....41
4.2.5.4 Organisatorische factoren....42
4.2.5.4.1 Maatschappelijk....42
4.2.5.4.2 Patiëntgerelateerd....42
4.2.5.4.3 Huisartsgerelateerd....42
4.3 Samenvatting van de resultaten van de patiënteninterviews, en van de vergelijking tussen huisarts en patiënt....43
4.3.1 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij de patiënt (Mieke Latruwe)....43
4.3.2 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij de patiënt (Evelien Vandromme)....43
5 DISCUSSIE....45
6 CONCLUSIE....48
7 REFERENTIES....49
8 BIJLAGEN....51
8.1 Bijlage 1: Steekkaart Aanbeveling colorectale kanker-screening (Domus Medica)....51
8.2 Bijlage 2: Informed consent patiënt....53
8.3 Bijlage 3: Informed consent huisarts....55
8.4 Bijlage 4: Vragenlijst patiënten....57
8.5 Bijlage 5: Vragenlijst huisartsen....62

1 ABSTRACT

DE KENNIS, IDEEËN EN VERWACHTINGEN OVER DARMKANKER-SCREENING BIJ DE HUISARTS EN PATIËNT.

Lien DEBEL – Mieke LATRUWE - Evelien VANDROMME

Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Thierry CHRISTIAENS

Co-promotor: Dr. Veerle PIESSENS

Praktijkopleider: Dr. S. Haemers – Dr. E. Bral en Dr. A. Coenegrachts - Dr. Tom Declercq

Context: Colorectale kanker (CRC) is de tweede meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen, en de derde meest voorkomende bij mannen. Jaarlijks overlijden ongeveer 1800 Vlamingen aan darmkanker. In september 2008 publiceerde Domus Medica, de Vlaamse vereniging voor huisartsen, een richtlijn voor de eerste lijn over "Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico". Daarin worden huisartsen geadviseerd om laagrisicopatiënten vanaf de leeftijd van 50 jaar CRC-screening aan te bieden.

Onderzoeksvraag: Wat zijn op dit moment – vóór het uitbouwen van informerende en sensibiliserende campagnes door de overheid – de kennis, ideeën en verwachtingen van zwel huisartsen als patiënten over darmkanker(screening)? Deze thesis is een deel van een drieluik en maakt een vergelijkende analyse tussen huisartsen en patiënten.

Methode: Wij voerden eerst een literatuurstudie uit naar de kennis, ideeën en verwachtingen van huisartsen en patiënten over CRC-screening. We raadpleegden hiervoor de database MEDLINE (via Pubmed) en de referentielijsten van weerhouden studies, gepubliceerd vóór december 2010. Vervolgens baseerden we ons op deze studies voor het opstellen van een semi-gestructureerd interview, die we bij vijftien laagrisicopatiënten ouder dan vijftig jaar en bij vijftien huisartsen afnamen. Deze interviews werden nadien kwalitatief verwerkt.

Resultaten: Zowel arts als patiënt vinden darmkanker een belangrijk gezondheidsprobleem. Beide weten dat een positieve familiale anamnese een belangrijke risicofactor is voor darmkanker. De kennis over alarmsignalen is uiteraard beter bij arsten in vergelijking met patiënten. Toch weten de patiënten dat bloed in de stoelgang een alarmsymptoom is. De kennis over colonoscopie is bij patiënten beperkt. De kennis over de FOBT en de uitvoering ervan blijken bij beide partijen minder bekend. Screening blijkt bij de populatie geen welgekend begrip te zijn. Als ze ervan hoorden, konden ze slechts vaag beschrijven wat het concept inhoudt. De visies van de patiënt op screening blijken uiteenlopend te zijn. Er valt echter op te merken dat deze visie slechts werd gevormd na het geven van informatie over screening. Op die manier is het moeilijk om te weten welke visie over screening er echt leeft bij hen. Bij patiënten gaat de voorkeur voor darmkankerscreening naar FOBT. Artsen beslissen op basis van risico-profiel welk onderzoek ze laten uitvoeren bij de patiënt. Artsen en patiënten leggen de oorzaak van de lage participatiegraad aan screening vooral bij elkaar. De helft van de patiënten vindt dat hun huisarts hen te weinig motiveert, terwijl zij net verwachten dat de arts aangeeft of zo een onderzoek belangrijk is of niet. Huisartsen daarentegen leggen het gebrek aan motivatie bij de patiënt. Huisartsen geven ook aan dat zij het idee hebben dat patiënten niet met screening bezig zijn. Ook 11 patiënten zeggen zelf niet met screening bezig te zijn. Er zijn 2 belangrijke remmende factoren. Enerzijds is er angst op verschillende vlakken, zowel bij de arts als bij de patiënt. Anderzijds is er de afwezigheid van darmklachten, waarbij de betekenis van screening aan de patiënt voorbij gaat. Ook de noodzaak tot herhalingsonderzoek vormt bij beide groepen een remmende factor tot screening, maar hiervoor hebben ze elk een verschillende reden. Het gebrek aan kennis over de FOBT en zijn uitvoering ervan, zou een drempel kunnen vormen bij de artsen om dit onderzoek voor te stellen als screeningsonderzoek. Een belangrijk gegeven dat blijkt uit ons onderzoek, is het feit dat huisartsen niet op de hoogte zijn over het effect op de mortaliteit van de FOBT, een hard eindpunt. Als bevorderende factor wordt 'angst voor kanker' aangehaald door artsen. Patiënten verwoordden dit eerder in een positieve connotatie, namelijk ze zouden screenen ter geruststelling. Angst is voor hen op dit moment geen issue. Huisartsen gaven aan dat ze meer zouden gaan screenen indien er een duidelijke richtlijn aanwezig zouden zijn. Een aantal artsen en patiënten geven aan dat sensibilisering via de overheid zou kunnen helpen om de participatiegraad te verhogen.

Conclusie: Patiënten en artsen leggen de oorzaak bij elkaar als het aankomt op het niet deelnemen aan screening. Huisartsen screenen nog niet programmatorisch naar darmkanker. Patiënten blijken de dag vandaag nog niet honderd procent klaar te zijn om te screenen naar darmkanker. Ze zijn niet geneigd een onderzoek te laten uitvoeren indien ze geen klachten hebben.

E-mail: liendebel@hotmail.com

ICPC-code: A98, D75

2 INLEIDING

Darmkanker is de tweede meest frequent voorkomende vorm van kanker bij vrouwen, en de derde meest voorkomende kanker bij mannen. Gezien deze hoge prevalentie, gaat de aandacht van wetenschappelijke onderzoekers dan ook uit naar de vraag of de detectie van colorectale kanker (CRC) in een vroeg invasief stadium door middel van screening tot een reductie van de morbiditeit en mortaliteit leidt. Bij dit onderzoek gaat men vaak een stap te snel en is men geneigd de positieve bevindingen zonder meer in een concreet beleid om te zetten, zonder rekening te houden met bijkomende vragen: Wat is de perceptie van patiënten over darmkanker en darmkankerscreening? Wat is hun kennis hier over? Hoe schatten mensen het belang van colorectaal kanker (screening) in? Wat zijn hun verwachtingen van deze screening? Wat zijn mogelijke barrières om zich te laten screenen voor darmkanker; of wat zijn juist zaken die hen aanzetten tot deelname aan een preventief onderzoek? Op deze vragen willen wij in dit proefschrift een antwoord proberen bieden.

Bovendien zien we dat slechts een beperkt aantal Vlaamse huisartsen op dit moment systematisch gaat screenen naar colorectale kanker. Onderzoek toonde aan dat één van de belangrijkste remmende factoren voor huisartsen om te screenen naar darmkanker het ontbreken van een aanbeveling over het onderwerp was. Dit knelpunt is echter weggewerkt met de komst van de Aanbeveling "Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico" van Domus Medica. Toch leidde dit niet tot de verwachte toename van de participatiegraad voor colorectale kanker screening. (Govaerts et al., 2010) Daarom willen wij in dit proefschrift ook nagaan wat de kennis, ideeën en verwachtingen van huisartsen zijn rond darmkankerscreening. Wat denken Vlaamse huisartsen over deze screening? Hoe gaan ze hier op dit moment mee om; en wat is hun rationale? Wat zien huisartsen als stimulerende of belemmerende factoren voor colorectale kanker screening?

Tot slot wordt in een derde luik van deze gezamenlijke thesis een analyse gemaakt van verschillen en gelijkenissen in kennis, ideeën en percepties van huisartsen en patiënten.

3 METHODE

3.1 Selectie van studies voor de review

Voor de selectie van artikels voor dit proefschrift, raadpleegden we de database MEDLINE (via Pubmed). Enkel Engelstalige observationele studies, randomised controlled clinical trials (RCT's), reviews en meta-analyses die gepubliceerd werden vóór december 2010 werden weerhouden. Als zoektermen gebruikten we *'colorectal cancer, colorectal cancer screening, knowledge, attitude, expectations, barriers, participation, primary care, general practioner, patient'*. Bovendien controleerden we de referentielijsten van deze artikels op zoek naar andere studies die bij dit onderwerp leken aan te sluiten. Op deze manier selecteerden we 66 artikels.

We namen er bovendien de Aanbeveling Colorectale kanker (Govaerts et al., 2010) van Domus Medica bij, aangezien dit de aanbeveling voor Vlaamse huisartsen is.

Vervolgens verdeelden we de 66 artikels onder de drie HAIO's die aan deze scriptie meewerkten. We bestudeerden elk de abstracten van een derde van deze gevonden artikels, om zo de artikels te selecteren die representatief waren en inhoudelijk aansloten bij onze scriptie. Op deze manier weerhielden we 43 artikels. Deze overgebleven studies werden opnieuw onder de drie HAIO's verdeeld, en volledig nagelezen, bestudeerd en beschreven. We maakten een literatuurstudie aan de hand van deze bevindingen, en includeerden hierin ook de Aanbeveling Colorectale kanker van Domus Medica.

De volgende stap was het opstellen van vragenlijsten die als leidraad zouden dienen voor de semi-gestructureerde interviews van huisartsen en patiënten. We kozen voor semi-gestructureerde interviews om de interbeoordelaars-overeenstemming te verhogen. Toch bood het ons de ruimte om individueel dieper in te gaan op wat de studiepersoon antwoordde.

De vragenlijsten voor huisartsen en patiënten waren grotendeels gelijkaardig, maar lieten anderzijds toe om verschillende accenten te leggen bij de huisartsen en de patiënten, rekening houdend met hun respectievelijke uitgangspositie en achtergrond. We trachtten de vragen vanuit een neutraal perspectief te formuleren, en een open vraagstelling te hanteren. Op deze manier wilden we de patiënten en huisartsen stimuleren om antwoorden vanuit hun

persoonlijke visie te formuleren, zonder beïnvloeding vanuit de vraagstelling (sociale gewenstheidsbias).
We baseerden ons bij het opstellen van de vragenlijsten enerzijds op wetenschappelijke literatuur waarin beschreven staat op welke manier een dergelijk interview moet worden opgebouwd, en op bestaande vragenlijsten (Baarda et al., 2007; Hannon et al., 2008; Jones et al., 2010a; Jones et al., 2010c; Mortelmans, 2007; Senore et al., 2010). Anderzijds adapteerden we zelf deze gegevens aan onze specifieke onderzoeksvraag.

3.2 Selectie van patiënten en huisartsen voor een semi-gestructureerd interview.

Vervolgens stelden we inclusie- en exclusiecriteria op waaraan de patiënten moesten voldoen om aangesproken te worden over deelname aan dit onderzoek.
Een eerste voorwaarde was het hebben van een leeftijd van 50 jaar of ouder. We hanteerden geen bovengrens wat de leeftijd betreft. We baseerden ons hiervoor op de Aanbeveling Colorectale kanker waarin wordt aanbevolen dat darmkankerscreening systematisch wordt aangeboden aan patiënten van 50 tot en met 74 jaar. Bovendien adviseert de richtlijn om de screening ook na de leeftijd van 74 jaar systematisch aan te bieden, tenzij de levensverwachting van de patiënt duidelijk beperkt is.
Ten tweede dienden de patiënten tot de populatie van personen zonder verhoogd risico op darmkanker te behoren. Exclusiecriteria waren dus een erfelijke colorectale aandoening (HNPCC, FAP), een persoonlijke voorgeschiedenis van darmpolyposis of colorectale kanker, het lijden aan een inflammatoire darmaandoening (colitis ulcerosa of ziekte van Crohn) gedurende meer dan acht jaar, acromegalie of ureterosigmoïdostomie. Ook patiënten met een verhoogd familiaal risico op colorectaal carcinoom werden uitgesloten.

Nu onze doelgroep afgebakend was, konden we starten met het recruteren van patiënten en huisartsen. We stelden een dag voorop (14 september 2011) waarop we alle patiënten die tot onze doelgroep behoorden en die dag op consultatie kwamen, over ons onderzoek zouden aanspreken, en hun vragen aan onze studie mee te werken. We gaven de mensen hierbij ook een informatiebrief mee, waarin onze doelstelling, het verloop van de studie en de praktische gegevens werden uitgelegd. In totaal werden zeventien patiënten aangesproken, om tot een studiepopulatie van vijftien patiënten te komen (vijf patiënten per onderzoeker). Twee personen weigerden wegens tijdsgebrek.
De huisartsen werden at random geselecteerd uit de populatie huisartsen die tot de wachtkring van onze opleidingspraktijk behoren. We deden dit elk voor onze eigen wachtkring. We contacteerden deze huisartsen telefonisch, waarbij we ons onderzoek toelichtten en vroegen om aan onze studie mee te werken. Naar de geïnteresseerde artsen werd een informatiebrief elektronisch opgestuurd. Twintig huisartsen werden gecontacteerd om tot een studiepopulatie van vijftien artsen te komen (vijf huisartsen per onderzoeker). Ook hier werd tijdsgebrek als grootste belemmering aangegeven.

3.3 Verzameling en verwerking van de data

Onze vooraf opgestelde vragenlijsten dienden als leidraad voor het afnemen van de semi-gestructureerde interviews bij zowel huisartsen als patiënten. Bij alle interviews werden geluidsopnames gemaakt, zodat we ze na afloop woordelijk konden uittypen. Nadien werden de opnames vernietigd.
Voor de verwerking van de data, hanteerden we de 'gefundeerde-theorie-benadering'. Dit houdt in dat onderzoekers een theorie proberen te ontwikkelen door gegevens te coderen en te analyseren. Dit is meest frequent gehanteerde werkwijze in kwalitatief onderzoek. (Baarda et al., 2005; Mortelmans, 2007)
De eerste stap in de dataverwerking was dan ook het coderen van de data. Het doel hierbij is het reduceren van een grote hoeveelheid gegevens tot een verzameling labels. Dit wordt 'open coderen' genoemd. Het resultaat van dit proces is een verzameling labels, die de inhoud van de interviews representeren. De drie HAIO's codeerden elk de eigen vijf patiënteninterviews en vijf huisartseninterviews. Nadien werd elk interview ook door één van de andere onderzoekers nogmaals gecodeerd:

- Lien Debel hercodeerde 2 patienteninteviews en 3 huisartseninterviews van Evelien Vandromme, en 3 patienteninteviews en 2 huisartsen-interviews van Mieke Latruwe.
- Evelien Vandromme hercodeerde 2 patienteninteviews en 3 huisartseninterviews van Mieke Latruwe, en 3 patienteninteviews en 2 huisartseninterviews van Lien Debel.
- Mieke Latruwe hercodeerde 2 patienteninteviews en 3 huisartseninterviews van Lien Debel, en 3 patienteninteviews en 2 huisartseninterviews van Evelien Vandromme.

Bij dit proces van hercoderen, wordt de intersubjectiviteit tussen de onderzoekers nagegaan. Er wordt met andere woorden gekeken in hoeverre de onderzoeksresultaten gekleurd zijn door de persoon van de onderzoeker. Dit zou duidelijk worden doordat dezelfde data bij verschillende onderzoekers tot een verschillend resultaat zouden leiden. Wanneer we in ons onderzoek tot een verschillende codering tussen twee onderzoekers kwamen, overlegden deze hoe het fragment definitief zou gecodeerd worden. (Baarda et al., 2005; Mortelmans, 2007)
Na het voltooien van de codering, startten we met de dataverwerking. We splitsten dit op in drie delen (drie MaNaMa-scripties): verwerking van de resultaten van de huisartsen (Evelien Vandromme), van de patiënten (Mieke Latruwe), en de vergelijking tussen huisarts en patiënt (Lien Debel).
De eerste stap in de dataverwerking was het aanbrengen van een structuur of een patroon in de labels, om zo tot een zinvolle en herkenbare ordening te komen. Dit proces waarbij labels worden samengebracht tot thema's en kernthema's, wordt 'axiaal coderen' genoemd. De labels worden hierbij samengebracht en geordend op basis van hun inhoudelijke verwantschap. Deze data kunnen in de vorm van een hiërarchische boomstructuur worden weergegeven ('taxonomie'). Het ordenen van de labels in een tabel laat toe om de onderlinge verhouding tussen de labels beter te begrijpen. Door het aangeven van de frequentie van voorkomen van een label, kan het belang van de code bovendien makkelijk worden ingeschat. (Baarda et al., 2005; Mortelmans, 2007)
De resultaten van de interviews werden vervolgens beschreven, geïnterpreteerd, en vergeleken met de resultaten van de beschikbare literatuur.

4 RESULTATEN

4.1 Resultaten literatuurstudie

4.1.1 Inleiding

Vooraleer we van start konden gaan met ons eigen onderzoek, hebben we een uitgebreid literatuuronderzoek verricht om een beeld te krijgen van wat reeds onderzocht is binnen onze onderzoeksvraag en welke resultaten dit onderzoek heeft voortgebracht. We hebben ons bovendien op deze gegevens gebaseerd voor het opstellen van de semi-gestructureerde vragenlijsten.

4.1.2 Screening

Wilson en Jungner beschrijven in tien lijnen de algemene voorwaarden voor een geschikte screeningstest (**Tabel 1**) (Wilson and Jungner, WHO 1968):

Tabel 1: Algemene voorwaarden voor goede screening. (Wilson and Jungner, 1968)

Relevant	De op te sporen ziekte moet tot de belangrijke gezondheids- problemen behoren.
Behandelbaar	De ziekte moet behandelbaar zijn met een algemeen aanvaarde behandelingsmethode.
Voorzieningen	Er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn om de diagnose te stellen.
Natuurlijk verloop	Het natuurlijk verloop van de op te sporen ziekte moet bekend zijn.
Herkenbaar	Er moet een herkenbaar latent stadium bestaan wil de opsporing de moeite lonen.
Wie is ziek?	Er moet overeenstemming bestaan over wie als ziek moet worden beschouwd.
Opsporingsmethode	Er moet een bruikbare opsporingsmethode bestaan.
Aanvaardbaarheid	De opsporingstest moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking.
Kosten-baten	De kosten moeten evenredig zijn met de baten.

Continuïteit	Het proces van opsporing dient continu te zijn.

4.1.3 Colorectaal kanker screening

4.1.3.1 Toepasbaarheid van de algemene screeningsvoorwaarden op CRC-screening

Wanneer we de tien criteria voor een goed screeningsonderzoek volgens Wilson en Jungner bestuderen, en CRC-screening hieraan toetsen, merken we dat darmkankerscreening niet aan alle voorwaarden voldoet. Enerzijds wordt er wel voldaan aan de voorwaarden van relevantie en behandelbaarheid. Anderzijds is het huidige screeningsmodel echter ontoereikend op vlak van voorspelbaarheid van het verloop van de aandoening, de beschikbaarheid van de nodige voorzieningen, de aanvaardbaarheid van het screeningsonderzoek, en de verzekering van continuïteit.
In het kader van dit proefschrift, wordt dieper ingegaan op de aanvaardbaarheid van het screeningsonderzoek van belang. In onze studie willen wij namelijk nagaan wat de ideeën en verwachtingen van huisartsen en patiënten over CRC-screening zijn. Deze ideeën en verwachtingen weerspiegelen de gepercipieerde aanvaardbaarheid.
Een mogelijke indicator voor deze aanvaardbaarheid is de screenings-participatiegraad. Een review van FOBT-studies toont aan dat in Europa de screeningsdeelname varieert van 26-77%. Een Vlaams pilootonderzoek rapporteerde in ons gewest een participatiegraad voor darmkankerscreening van ongeveer 40%. De gewenste participatiegraad is echter 67%. Als we in Vlaanderen dergelijke participatiegraad zouden bereiken, dan zouden we jaarlijks maximaal 288 sterfgevallen door colorectale kanker vermijden. Dit komt overeen met een daling van 16% van de oorzaakspecifieke sterfte. (Govaerts et al., 2010)
Deze doelstelling qua participatiegraad wordt momenteel niet gehaald. Dit zou vraagtekens kunnen plaatsen bij de aanvaardbaarheid van het huidige darmkankerscreeningsmodel bij patiënten en/of huisartsen.

4.1.3.2 Screenen naar colorectaal kanker, volgens de Aanbeveling van Domus Medica

In deze scriptie willen wij de kennis, ideeën en verwachtingen van zowel huisartsen als patiënten nagaan met betrekking tot CRC-screening. Deze gegevens spiegelen we aan de gangbare vooropgestelde richtlijn voor Vlaamse huisartsen in verband met darmkankerscreening (Aanbeveling van Domus Medica “Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico”bijlage). Het is namelijk deze richtlijn die momenteel door Vlaamse huisartsen als leidraad wordt beschouwd. Bovendien beschikken de huisartsen tot op heden niet over alternatieve Belgische richtlijnen binnen de eerste lijn.

Een samenvatting van de belangrijkste elementen in de Aanbeveling van Domus Medica, vindt u in de Steekkaart van de richtlijn terug (**Bijlage 1**).

In deze richtlijn kunt u zien dat er er twee mogelijke screeningsonderzoeken voor darmkanker bestaan: de FOBT en de colonoscopie. Elk heeft zijn eigen testspecifieke eigenschappen. Deze worden beschreven in **Tabel 2**.

Tabel 2: Huisartsrelevante vergelijking tussen screenen met FOBT en colonoscopie.

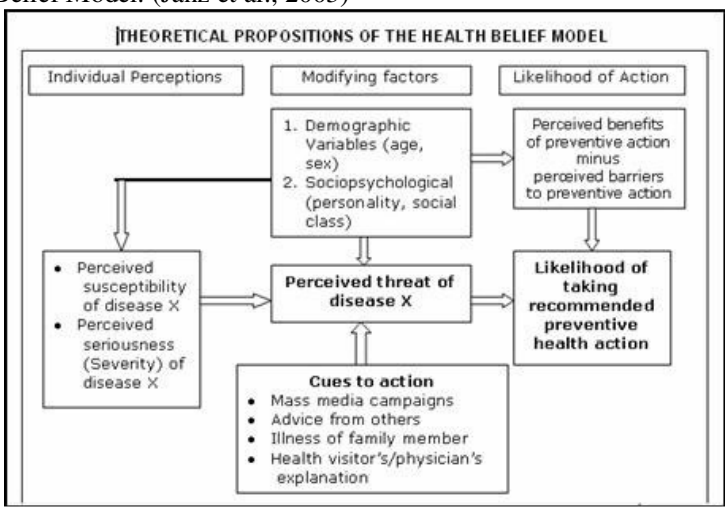
FOBT	**Colonoscopie**
Eerste keuze bij huisartsen	Tweede keuze bij huisartsen
Vooraf: stoppen inname extra vitamine C, en indien mogelijk ASA/NSAID	Vooraf: restenarme voeding, stoelgangvrij maken van colon
Drie opvolgende dagen staalafname stoelgang (gFOBT) / één staal (iFOBT)	Onderzoek op één dag
Thuis	Opname (daghospitalisatie)
Sensitiviteit: 46-92% (stijgt bij herhaling)	Sensitiviteit: 98% bij adenoom >10mm Afhankelijk

Specificiteit: 92-94%	van darmvoorbereiding en uitvoerder. 5-30% van onderzoeken bereikt caecum niet Specificiteit: 100%
Plaats van bloeding niet vast te stellen	Plaats van bloeding exact vast te stellen. Biopsie mogelijk en soms kan het letsel verwijderd worden, waardoor incidentie van CRC daalt
Bij positieve test is er een grotere a priori kans op afwijkingen bij colonoscopie. Hierdoor wordt de capaciteit aan colonoscopieën beter benut	Kleinere a priori kans op afwijkingen, er zijn meer colonoscopieën nodig om een gelijk aantal afwijkingen te vinden en te behandelen. De beschikbare capaciteit wordt minder goed benut
Effect van screening gekwantificeerd: mortaliteitsdaling tgv colonCA 16% ↓	?
Niet invasief	Invasief
Geen complicaties	Complicaties: • 1/500: ernstige bloeding • 1/1000: andere ernstige verwikkeling bv. darmperforatie
Lage kostprijs voor patiënt en samenleving	Kostprijs voor patiënt is hoger en op dit ogenblik sterk afhankelijk van het ziekenhuis en de arts. Dit verhoogt de drempel, vooral bij mensen die er financieel zwakker voor staan.
Screening om de 1-2 jaar	Screening om de 10 jaar

4.1.4 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening van patiënten

De beslissing van een persoon om al dan niet deel te nemen aan screening, hangt af van een complexe waaier aan facetten: zowel demografische (leeftijd, geslacht, ras), psychosociale (sociale klasse, persoonlijkheid, waarden en normen, opleidingsniveau en werk) als organisatorische (maatschappelijke voorzieningen, richtlijnen, terugbetaling, laagdrempeligheid eerste lijn) factoren spelen een rol. Een veel gebruikt model om dit te kaderen is het 'Health Belief Model' (**Figuur 1**). Ook tussen de verschillende mogelijke screeningsonderzoeken, bepalen de waarden, normen, attitudes en inzichten van een persoon naar welk onderzoek zijn/haar voorkeur uitgaat. (Mandelblatt et al., 1999; Senore et al., 2010)

Figuur 1: Health Belief Model. (Janz et al., 2003)



4.1.4.1 Kennis van patiënten over darmkanker(screening)

Tot op heden is slechts in zeer beperkte mate onderzoek verricht naar de kennis en ideeën van patiënten over darmkanker en/of darmkankerscreening. Er is momenteel dus slechts beperkt inzicht in deze materie.

Sessa et al. (2008) gingen de kennis over darmkanker(screening) na bij 595 patiënten uit de eerste lijn (**Tabel 3**). Algemeen kon men stellen dat de kennis over darmkanker(screening) beperkt was. Bij navraag naar de definitie van 'darmkanker', gaf 30.1% van de ondervraagden een correct antwoord. Slechts 18.5% van de geïnterviewden kenden de twee belangrijkste modifieerbare risicofactoren voor CRC, namelijk beperkte fysieke activiteit en een hoge inname van vetten. Deze kennis was significant hoger bij een hoger opleidingsniveau (OR=1.08; 95% CI 1.03-1.15), zelf uitoefenen van fysieke activiteit (OR=1.79; 95% CI 1.14-2.83), personen die de voedingswijze aanpassen uit schrik voor het krijgen van darmkanker (OR= 1.92; 95% CI 1.07-3.46), personen die het fysieke activiteitenniveau aanpassen uit schrik voor het krijgen van darmkanker (OR= 2.22; 95% CI 1.10-4.49), en bij een lagere inschatting van het persoonlijke risico op het krijgen van darmkanker (OR= 0.91; 95% CI 0.83-0.99). Deze laatste factor kan vermoedelijk verklaard worden door het feit dat de personen die een lage persoonlijke risico-inschatting op darmkanker hebben, ook degenen zijn die belang hechten aan een gezonde levensstijl en het geïnformeerd-zijn.
51.8% noemde FOBT als belangrijkste methode in het screenen naar darmkanker. De kennis over FOBT werd positief beïnvloed door een hoger opleidingsniveau (OR= 1.08; 95% CI 1.03-1.13), door het krijgen van uitleg over FOBT door de huisarts (OR=3.43; 95% CI 2.01-5.83), en bij personen met kennis over de risicofactoren voor darmkanker (OR=1.87; 95% CI 1.04-3.38).
Het onderzoek door Sessa et al. (2008) toonde bovendien aan dat 60.3% van de patiënten denken dat het mogelijk is om CRC te voorkomen. 78.5% meent dat darmkanker in een vroegtijdig stadium kan behandeld worden.
Bij het navragen van de persoonlijke mening over het nut van screening in de preventie van darmkanker (score 1-10; 1= niet belangrijk, 10= extreem belangrijk), was de gemiddelde score 8.3. 48.6% van de ondervraagden scoorden dit nut als 10. Een positieve attitude ten opzichte van screening was geassocieerd aan het krijgen van informatie door de huisarts.

Tabel 3: Kennis over risicofactoren voor darmkanker en over darmkankerscreenings- methodes. (Sessa et al., 2008)

	Correct antwoord				**Ik weet het niet**	
	Ja	**%**	**Neen**	**%**	**n**	**%**
Definitie darmkanker	179	30.1	416	69.9	-	-
Risicofactoren						
Persoonlijke voorgeschiedenis poliep	374	62.9	221	37.1	-	-
Familiale voorgeschiedenis poliep	321	53.9	274	46.1	-	-
Hoge inname van vetten	279	46.9	316	53.1	-	-
Roken	160	26.9	435	73.1	-	-
Weinig fysieke activiteit	143	24.0	452	76.0	-	-
Geen risicofactoren						
Inname van groenten en fruit	591	99.3	4	0.7	-	-
Hypertensie	585	98.3	10	1.7	-	-
Gebruik van orale contraceptive	584	98.2	11	1.8	-	-
Diabetes	570	95.8	25	4.2	-	-
Darminfecties	322	54.1	273	45.9	-	-

Screeningsmethode						
Colonoscopie	373	62.7	106	17.8	116	19.5
FOBT	308	51.8	161	27.0	126	21.2
Dubbel contrast barium enema	154	25.9	289	48.6	152	25.5
Sigmoïdoscopie	62	10.4	360	60.5	173	29.1
Geen screeningsmethode						
Bloedtest	255	42.8	226	38.0	114	19.2
Echografie abdomen	249	41.9	222	37.3	124	20.8

Opmerking: n = aantal.

Een tweede onderzoek naar de kennis van patiënten over CRC(-screening) werd door Keighley et al. (2004) gedaan. Zij bevroegen Europeanen uit 21 landen. Deze studie toonde aan dat de helft van de populatie de kans op het ontwikkelen van CRC voor elk individu even groot inschat; ze zijn zich met andere woorden niet bewust van bestaande risicofactoren. De meest genoemde risicofactoren in het onderzoek waren dieet (70%), leeftijd (50%), een positieve familiale anamnese (50%) en mannelijk geslacht (30%). Slechts 30% van de ondervraagden hecht belang aan lichaamsgewicht en fysieke activiteit. Landen in Europa waar campagnes werden gevoerd over CRC en waar een goed nationaal screeningsbeleid wordt gevoerd, scoorden beter op de vragenlijst. (Keighley et al, 2004)

Ook bij Ramos et al. (2011) werd onderzoek gedaan naar de kennis en het gedrag bij patiënten in eerste lijn omtrent darmkankerscreening (**Tabel 4**). Men ondervroeg hierbij 625 patiënten (58% vrouwen) tussen 50 en 69 jaar, zonder voorgeschiedenis van CRC of terminale ziekte.

Tabel 4: Kennis rond kanker en darmkanker. (Ramos et al., 2011)

Vraag	**Antwoord**	**Totaal % (n= 625)**	**% ♀ (n= 361)**	**% ♂ (n= 261)**	**p-waarde**
Sommige kankers kunnen genezen worden	Juist	93.2	93.8	92.3	0.617
	Fout	3.4	2.8	4.2	
	Weet het niet	3.4	3.4	3.5	
Kanker is een fatale ziekte	Juist	27.9	27	29.1	0.801
	Fout	65.4	65.9	64.7	
	Weet het niet	6.7	7.1	6.2	
Vele types van kanker kunnen vermeden worden door meer lichaamsbeweging	Juist	45.1	39.4	53.1	0.003
	Fout	17.1	18.7	15	
	Weet het niet	37.7	41.9	31.9	
Vele kankers kunnen vermeden worden door rookstop	Juist	92.2	90.2	95	0.065
	Fout	2.8	3.1	2.3	
	Weet het niet	5.0	6.7	2.7	
Vele kankers kunnen vermeden worden door veel groenten en fruit te eten	Juist	69.9	68.8	71.3	0.266
	Fout	7.5	8.9	5.4	
	Weet het niet	22.7	22.3	23.3	
Diagnose kanker vooraleer er symptomen zijn verhoogt de overleving	Juist	88.2	88.5	87.7	0.476
	Fout	1	0.6	1.5	
	Weet het niet	10.8	10.9	10.7	
Meer dan de helft van de CRC overleeft meer dan 5 jaar na de diagnose	Juist	44.7	45.3	43.8	0.759
	Fout	7.6	8.1	6.9	
	Weet het niet	47.7	46.6	49.2	

Inwendige poliepen moeten verwijderd worden omdat ze anders kwaadaardig kunnen worden	Juist Fout Weet het niet	64.2 2.6 33.2	66.8 2.8 30.4	60.6 2.3 37.1	0.224
Welke van de volgende symptomen duidt op een CRC	Bloed in de Stoelgang	72.2	76.5	66.3	0.006
	Diarree-constipatie	42.9	48.5	35.2	0.001
	Buikpijn	23.6	24.1	23.0	0.775
	Hoofdpijn	8.8	8.0	10.0	0.475
	Vermoeidheid	37.9	39.6	35.6	0.317
	Bleekheid	32	34.3	28.7	0.163
	Moeilijk slikken	13.8	13.9	13.8	1.0
	Gewichtsverlies	55.6	61.5	47.5	0.001
	Brandende maag	15.6	14.7	16.9	0.502
	Tenesmen	22.2	24.9	18.4	0.063
	Pijnlijke defecatie	36.2	37.1	34.9	0.612
	Weet ik niet	20.9	17.2	26.1	0.009

Opmerking. n= aantal; ♀ = vrouwen; ♂ = mannen.

Dit onderzoek toonde aan dat 92.2% (p=0.065) van de mensen geloven dat kanker kan vermeden worden door te stoppen met roken. 69.9% (p=0.266) van de studiepersonen meende dat vele kankers vermeden kunnen worden door gezonde voeding (fruit en groenten). Minder dan 20% van de geïnterviewden gaf aan zelf vatbaar te zijn voor CRC.
Wat de kennis over darmkanker betreft, antwoordde 88.2% (p=0.476) van de ondervraagden bevestigend op de vraag of een detectie van darmkanker vóór het optreden van symptomen kan leiden tot een langere overleving. Daarentegen wist minder dan de helft (44.7%, p=0.759) van de patiënten dat de vijfjaarsoverleving van darmkanker hoger ligt dan 50%. 64.2% meende dat poliepen dienen te worden verwijderd, omdat ze zouden kunnen evolueren naar carcinomen.
Meer vrouwen dan mannen konden symptomen van darmkanker opsommen, en waren zich bewust van de betekenis van bloed in de stoelgang (76.5% vs 66.3%; p=0.006), en onverklaard gewichtsverlies (61.5% vs 47.5%; p=0.001). 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).
De onderzoekers concludeerden dat de kennis tot op heden erg beperkt is.

4.1.4.2 Waaraan geeft de patiënt de voorkeur?

Tot op heden werden enkele studies gevoerd naar de expliciete voorkeur van de doelgroep voor één of andere vorm van screening op colorectale kanker. (Phillips et al., 2006) Bij het beperkt aantal onderzoeken waarin dit werd nagegaan, gaat de voorkeur bij ambulante patiënten in eerstelijnspraktijken steeds uit naar FOBT. De patiënten verkiezen FOBT als het type onderzoek dat hun voorkeur wegdraagt, of waarvan het het meest waarschijnlijk is dat zij het zouden willen ondergaan. Toch zien we dat de compliantie voor de test daalt in opeenvolgende screeningsrondes. Colonoscopie komt op de tweede plaats. Andere methoden (sigmoïdoscopie, bariumcontrast) of combinaties van methoden vonden veel minder bijval. Patiënten zijn gevoeliger voor wat het onderzoek hen zelf gaat kosten dan voor de kenmerken van de tests op zich. (Govaerts et al., 2010; Leard et al., 1997; Ling et al., 2001; Nelson and Schwartz, 2004; Senore et al., 2010)
Een onderzoek uit 2001 in Massachusetts concludeerde dat patiënten de voorkeur leken te geven aan FOBT alleen (47%), of in combinatie met flexibele sigmoidoscopie (50%). Colonoscopie scoorde een stuk lager (5%), ondanks de hoge effectiviteit. (Schroy et al., 2001)

Het is tevens belangrijk om op te merken dat de intentie tot screenen niet automatisch hetzelfde betekent als deelnemen aan screening. Onderzoek door Ramos et al. (2011) toonde aan dat er bij 80% van de studiepersonen wel een intentie tot screenen was, maar dat slechts 40% daadwerkelijk deelnam.

4.1.4.3 Beïnvloedende factoren

4.1.4.3.1 Remmende factoren

A. Algemeen

Een barrière wordt gedefinieerd als een factor die het uitvoeren van een bepaalde handeling of gedrag beperkt. In deze scriptie spreken we concreet over ideeën die een negatieve invloed hebben op de participatie aan darmkankerscreening (**Tabel 5**).

De vijf meest frequent geciteerde barrières die patiënten voor zichzelf aangeven, zijn (in volgorde van belang) 1) het gebrek aan aanbeveling tot screening door de huisarts, 2) zich niet bewust zijn van het belang van een sceeningsonderzoek, 3) de kostprijs, 4) de afwezigheid van darmklachten, en 5) schaamte. (Cibula and Morrow, 2003; Finney Rutten et al., 2003; Jones et al., 2010c; Lasser et al., 2008; Seeff et al., 2004)

Tabel 5: Barrières voor colorectaal kanker screening. (Cibula and Morrow, 2003; Finney Rutten et al., 2003; Gimeno-Garcia et al., 2009; Guessous et al., 2010; Hannon et al., 2008; Janz et al., 2003; Jones et al., 2010a; Jones et al., 2010b; Jones et al., 2010c ; Klabunde et al., 2005; Schroy et al., 2001 ; Senore et al., 2010 ; Subramanian et al., 2004 ; Worthley et al., 2006)

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

- Logistieke- of vervoersproblemen
- Dieetvoorwaarden
- Communicatieproblemen door een slecht begrip of spreken van het Nederlands
- Culturele invloeden
- Geslacht van de arts die het onderzoek uitvoert

Ook een kennistekort bij de patiënt, angst, pijn, negatieve familiale anamnese van CRC, uitstelgedrag en tijdsgebrek worden in de literatuur vaak als barrières aangegeven. Wanneer we kijken naar patiënten die geloven dat een screeningsonderzoek nuttig is, dan zien we dat personen die bovendien ook angst voor een onderzoek hebben drie maal minder gescreend worden dan niet-angstige personen. (Guessous et al., 2010; Hannon et al., 2008; Jones et al., 2010a; Jones et al., 2010b; Jones et al., 2010c; Senore et al., 2010; Worthley et al, 2006)
In de studie door Senore et al. (2010) werden patiënten uitgenodigd tot het laten uitvoeren van darmkankerscreening via FOBT of sigmoïdoscopie. Na vier maanden werden de personen die op deze uitnodiging ingingen in één onderzoeksgroep ingedeeld, zij die geen onderzoek hadden ondergaan in een tweede groep. De onderzoekers contacteerden daarna een random blind geselecteerde groep personen uit de twee studiegroepen met de vraag "wat voor hen de belangrijkste reden was om op dit screeningsaanbod te zijn ingegaan of niet". De resultaten van dit onderzoek staan weergegeven in **Tabel 6**. (Senore et al., 2010)

Tabel 6: Bevorderende factoren voor gescreenden,en barrières voor niet-gescreenden. (Senore et al., 2010)

Belangrijkste reden tot screening bij gescreenden		**Aantal (%)**
Het nuttig lijken van screening		51
Geruststelling bij een negatieve test		13
Advies tot screening door huisarts, familie en/of vrienden		9
Familiale voorgeschiedenis van darmkanker		8
Belangrijkste barrière bij niet-gescreenden	**FOBT (%)**	**Sigmoidoscopie (%)**
Professioneel of familiaal belet	19	17
Afwezigheid van symptomen	12	17
Angst	8	23
Angst voor de diagnose van kanker	13	8

B. Gebrek aan inzicht / kennis

Jones et al. (2010a) brachten in hun studie enkele nuances aan bij de factor 'het gebrek aan besef'. Patiënten die deze barrière noemden, bleken hier namelijk verschillende betekenissen aan te geven: een tekort aan inzicht in de prevalentie van de aandoening, een tekort aan kennis over de voordelen en nadelen van colorectaal kanker screening, niet weten welke testen beschikbaar zijn (met hun individuele voor- en nadelen), een kennistekort over de vereiste voorbereiding van een screeningsonderzoek, geen idee hebben over de kostprijs van een test, of over de behandeling van de aandoening, en kennistekort over de graad van slagen van deze therapie. De patiënten bleken dus met vele vragen te kampen. In het onderzoek door Gimeno-Garia et al. (2009) kreeg een onderzoeksgroep een educatieve video te zien, waarin patiënten geïnformeerd werden over de incidentie van CRC, risicofactoren, prognose, symptomen, beschikbare screeningsonderzoeken en de voor- en nadelen van CRC-screening. De controlegroep zag een niet-medische documentaire. Twee weken na de video, bleek het kennisniveau over CRC in de interventiegroep significant hoger te zijn dan in de controlegroep. Dit op vlak van risicoleeftijd ($p<0.001$), symptomen ($p<0.001$), risicofactoren ($p=0.007$), incidentie ($p<0.001$) en prognose ($p<0.001$). Meer kennis bij de patiënt zorgde voor een significante afname van het idee 'ik heb geen klachten, dus ik moet niet gescreend

worden' (p=0.003), en van barrières als schaamte en angst. Patiënten wilden ook significant vaker zo vroeg mogelijk de diagnose van darmkanker kennen (p=0.007). De intentie om zich te laten screenen voor darmkanker was na de video gestegen van 11.4% naar 30.4% (p=0.002). Ook in de praktijk bleken meer patiënten uit de interventiegroep nadien een FOBT te hebben ondergaan (70% vs. 54%, p=0.035). Dit komt overeen met een NNT van 6.6 personen die de informatievideo over CRC moesten bekijken om 1 persoon meer te screenen.

Gebrek aan besef van belang, en gebrek aan kennis over darmkankerscreening, ligt hoger bij personen die tot een lage sociale klasse behoren. Hoe lager geschoold, hoe hoger de kans dat ze nog niet over darmkanker gehoord hebben (3x), hoe hoger de kans dat ze negatief staan tegenover FOBT (onder andere omdat het als een wat 'vuil' onderzoek beschouwd wordt) en hoe hoger de kans dat ze de FOBT niet uitvoeren ondanks het aanraden door de arts. Lager geschoolde patiënten hebben het moeilijker om informatie te vatten uit educatieve materialen en gesprekken. (Dolan et al., 2004)
De drie belangrijkste informatiebronnen voor CRC-screening zijn artsen en verpleegkundigen (57%), televisie (29%) en magazines en kranten (25%). (Cibula et al., 2003)

C. Angst

Jones et al. (2010a) waren van mening dat 'angst' een wel zeer algemeen begrip is, en dat dit angst voor veel verschillende zaken kan inhouden. Daarom wilden zij dit begrip in hun onderzoek verder exploreren. 'Angst' bleek zowel angst voor de diagnose van kanker te kunnen inhouden, als angst voor een behandeling voor kanker, angst voor complicaties bij een screeningsonderzoek, angst voor het tot last zijn voor familie/vrienden, als een algemene angst om een medische test te ondergaan. Patiënten vertelden wel dat de motivatie om deze angst te overwinnen, afhangt van de nadruk die de arts legt op het belang van de screening. Het onderzoek toonde bovendien aan dat artsen niet mogen verwachten dat een patiënt onmiddellijk beslist om al dan niet aan screening deel te nemen; het is eerder een proces die de nodige tijd vergt.

D. Kankerfatalisme

Kankerfatalisme wordt gedefinieerd als het geloof dat sterven onvermijdelijk is wanneer men de diagnose "kanker" krijgt. Dit fatalisme kan verreikende invloed hebben op een persoons visie op preventie en screening.
Een lagere sociale klasse zou zowel indirect als direct een invloed hebben op het voorkomen van een kankerfatalistische ingesteldheid. Slechte educatie, werkloosheid, slechte woonomstandigheden, gebrek aan kennis over de toegang tot gezondheidszorg … dragen allemaal bij tot het feit men het leven 'dag per dag' bekijkt, niet toekomstgericht durft denken, men zonder symptomen geen arts raadpleegt, en minder gebruik maakt van preventieve gezondheidszorg. Kankerfatalisme neemt bovendien zelfs toe door het feit dat de patiënt minder snel een arts consulteert, de ziekte bij het eerste consult vaak al symptomatisch is, de diagnose later wordt gesteld, de therapeutische opties nauwer zijn, de overlevingskans afgenomen is… Deze patiënten verzeilen met andere woorden in een vicieuze cirkel die het eigen fatalistische denken alleen maar versterkt ("er is toch niets meer aan te doen"). Een toename aan kennis over darmkanker en de mogelijkheid tot darmkankerscreening, zou in een lagere graad aan kankerfatalisme resulteren.
De principes van kankerfatalisme staan in schril contrast met hetgeen men wil bereiken d.m.v. screening: hierbij wordt gestreefd naar diagnostiek vooraleer symptomatologie optreedt. (Lasser et al., 2008; Powe and Finnie, 2003)
Powe and Finnie (2003) stellen bovendien dat ook wanneer iemand gelooft dat "leven is geluk hebben, alles is voorbestemd", screening minder zal aangewend worden. Er is een externe *locus of control* die men niet kan beïnvloeden. Volgens de onderzoekers kan hierin ook de spiritualiteit een rol spelen. Mensen met een groter geloof over een interne invloed op de gezondheid, zouden veel sneller geneigd zijn om screeningsprogramma's aan te wenden, in tegenstelling tot diegenen die geloven dat er aan 'het lot' niet veel te beïnvloeden valt en dit slechts God's wil is.

E. Geslachtsgebonden verschillen?

De participatiegraad voor CRC-screening ligt in de VS 7-9% lager bij vrouwen dan bij mannen. (Brawarsky et al., 2003) Verschillen in barrières tussen de geslachten zou hier aan de basis liggen. Zo wordt angst als barrière significant vaker genoemd door vrouwen dan door mannen (14% vs. 4%, $p \leq 0.01$), net als de ongemakken van darmvoorbereiding (12% vs. 1%, $p \leq 0.01$). Mannen halen daarentegen kennisgebrek vaker als reden aan dan vrouwen (12% vs. 6%, $p=0.05$). Ook het feit dat sommige vrouwen darmkanker als een 'mannelijke ziekte' beschouwen, heeft een negatieve invloed op hun participatie. (Friedemann-Sanchez et al., 2007; Jones et al., 2010a)
Voor het laten uitvoeren van een FOBT, wordt geen verschil in participatie tussen de twee geslachten geregistreerd. Het verschil is echter te zoeken bij de endoscopische onderzoeken, waarbij vrouwen minder geneigd zijn dit onderzoek te ondergaan. Enkele van de voornaamste barrières voor vrouwen (bv. darmvoorbereiding), zijn namelijk geassocieerd aan colonoscopie en sigmoïdoscopie. (Friedemann-Sanchez et al., 2007; Seeff et al., 2004)
Een opvallende vaststelling is dat mannen liefst niet uitgebreide geïnformeerd worden over de details van een screeningsonderzoek. Vrouwen prefereren daarentegen zo veel mogelijk informatie te krijgen voor en tijdens het onderzoek. Hoe meer vrouwen geïnformeerd worden, hoe groter de kans dat ze het onderzoek in de toekomst zullen herhalen. (Friedemann-Sanchez et al., 2007)

Bij ouderen zien we een duidelijk geslachtsverschil: vrouwen maken in het algemeen meer gebruik van gezondheidszorg, maar toch zien we op vlak van screening dat mannen meer participeren. (Mandelblatt et al., 1999)

F. Verschillen volgens leeftijd?

Ouderen met een goede algemene toestand blijven een belangrijke doelgroep die we voor screening niet zomaar over het hoofd mogen zien. Door de toenemende levensverwachting is er ook bij deze ouderen nog mortaliteitsreductie te verwachten. (Mandelblatt et al., 1999; Seeff et al., 2004)
Guessous et al. (2010) maakten in hun meta-analyse een kwantitatieve berekening van het aantal studies, uitgevoerd tussen januari 1995 en december 2008 bij 65-plussers, dat een bepaalde barrière of bevorderende factor als significant beoordeelde. De barrières die het meest frequent van significant belang waren, worden in **Tabel 7** weergegeven.

Tabel 7: Significante barrières en bevorderende factoren bij 65-plussers. (Guessous et al., 2010)

Significante barrières	**Aantal studies (%)**
Gebrek aan besef van het belang van darmkankerscreening	11/11 (100%)
Gebrek aan aanbeveling tot screening door de huisarts	7/7 (100%)
Een laag opleidingsniveau	19/27 (70)
Vrouwelijk geslacht	14/26 (54%)
Significante bevorderende factoren	
Recent een preventief consult bij de huisarts gehad hebben	17/18 (94%)
Een partner hebben	8/12 (67%)

G. Verschillen volgens screeningsverleden?

Jones et al. (2010c) gingen na of het (al dan niet) reeds ondergaan hebben van een darmkankerscreeningsonderzoek, een invloed heeft op gepercipieerde barrières bij patiënten. De onderzoekers stelden vast dat het belang van meespelende barrières het hoogst was onder de groep van nooit-gescreenden, en intermediair bij de ooit-gescreenden. Het minst barrières werden genoteerd bij de personen die volgens de richtlijn gescreend en opgevolgd werden met correct interval. (Jones et al., 2010c)

H. Verschillen volgens screeningsonderzoek?

In de literatuur vermelden patiënten voor de verschillende beschikbare screeningsonderzoeken andere barrières.

Zo werden in het onderzoek dor Jones et al. (2010a) als belemmerende factoren voor **FOBT** een ongemakkelijk gevoel bij het omgaan met stoelgang, en praktische problemen bij het nemen van een stoelgangsstaal genoemd. Andere barrières voor de faecaal occult bloed test waren onzekerheid over het correct uitvoeren van de test, en het feit dat een positieve test toch nog moest gevolgd worden door een colonoscopie.

Volgens Ramos et al. (2011) is de hoofdreden waarom men screenen door middel van FOBT niet ziet zitten, de angst om kanker te ontdekken (40%). Meer vrouwen dan mannen gaven deze angst aan, maar het verschil was niet significant. Ook het ontbreken van symptomen bleek een duidelijk effect te hebben (40%). Verder zien we ook in het rijtje 'als ik kanker heb, wil ik het liever niet weten' (15%), 'als de FOBT positief is, moet ik nog meer testen ondergaan' (12%), 'als ik darmkanker heb, wil ik geen uitwendig stoma' (8%), 'het is onwaarschijnlijk dat ik darmkanker heb' (5%), 'ik heb geen tijd voor deze tests' (4%) en 'ik heb andere prioriteiten' (11%). De tegenzin tov FOBT kan voornamelijk verklaard worden door: (1) het ongeloof dat vele vormen van kanker voorkomen kunnen worden (door o.a. lichaamsbeweging) en (2) noodzaak tot ondergaan van een colnoscopie als FOBT positief is. (Ramos et al., 2011)

Vernoemde voordelen van FOBT waren anderzijds het niet-invasieve karakter van de test, en het feit dat het weinig tijd in beslag neemt. (Friedemann-Sanchez et al., 2007; Worthley et al., 2006) Gebruiksgemak speelt een rol bij de keuze van de test, en bij het al of niet deelnemen aan screening. (Worthley et al., 2006)

Ook aan **colonoscopie** koppelen patiënten voor- en nadelen. Als nadelen gaven 50-plussers de sedatie of anesthesie aan, de darmvoorbereiding, de kostprijs, de pijn of het ongemak, de schaamte, alsook het risico op een complicatie (bloeding of perforatie van de darm). Vrouwen zagen de noodzaak tot gedeeltelijk uitkleden als hindernis. Mannen noemden pijn dan weer vaker als barrière bij dit onderzoek dan vrouwen. Toch waren er ook patiënten die de sedatie/verdoving eerder als voordeel beschouwden, omdat ze zo het onderzoek minder/niet bewust meemaakten. Dit was voor mannen belangrijk op vlak van pijn, bij vrouwen wat angst en schaamte betrof. (Friedemann-Sanchez et al., 2007; Jones et al., 2010a; Jones et al., 2010c; Seeff et al., 2004)

Volgens Ramos et al. (2011) was de reden om geen colonoscopie te doen vooral de angst voor pijn (70%); dit gaven voornamelijk vrouwen aan. Ook de angst om kanker te ontdekken (20%) en schaamte (8%) droegen hiertoe bij.

Volgens de studie van Menees et al. (2005) kan het geslacht van de arts die de colonoscopie uitvoert een barrière vormen voor het ondergaan van het onderzoek. 45% procent van de vrouwen hecht namelijk veel belang aan het geslacht van de arts, in tegenstelling tot 4.3% bij de mannen.

In eerder uitgevoerd onderzoek bleek reeds dat vrouwen die een vrouwelijke arts hebben, meer borstkankerscreening en cervixkankerscreening ondergaan dan zij die een mannelijke arts hebben. Dit zou te wijten zijn aan schaamte bij het lichamelijk onderzoek bij dit screeningsonderzoek. Op dezelfde manier vindt men bij colonoscopie een schaamtegevoel terug. Bij navraag stelden de meesten van hen het onderzoek zelfs liever uit om toch een vrouwelijke arts te hebben. Sommige vrouwelijke patiënten zouden bovendien meer betalen als daardoor een vrouwelijke arts het onderzoek zou uitvoeren. De hoofdredenen voor de voorkeur bleek hier eveneens schaamte te zijn; ook verwachten ze meer empathie van vrouwelijke artsen.

Menees et al. (2005) stelden vast dat jongere vrouwen en zij die nooit eerder een colonoscopie ondergingen, de grootste voorkeur bleken te hebben voor een vrouwelijke arts. Bij de patiënten die reeds een colonoscopie ondergingen, speelde het geslacht bij een volgend onderzoek slechts een beperkte rol meer. Daarom stellen Menees et al. dat bij een eerste colonoscopie moet nagevraagd worden of de patiënt een mannelijke of vrouwelijke arts verkiest.

I. Patiëntgebonden factoren

Patiëntgebonden factoren zijn belangrijke predictoren tot participatie voor screening. Zo laten bijvoorbeeld mensen die belang hechten aan een gezonde levensstijl, zich vaker screenen. Dergelijke gezondheidsmotivatie uit zich in een actieve levensstijl en gezond voedingspatroon. Ook dames die zich reeds lieten screening voor borst- en/of baarmoederhalskanker, ondergingen significant vaker ook CRC-screening. De screeningsparticipatie ligt daarentegen lager bij rokers. (Senore et al., 2010) De studie van Seeff et al. (2004) stelde vast dat ex-rokers meer deelnamen aan CRC-screening dan niet-rokers of rokers. Bewust omgaan met de gezondheid, en actief een gezonde levenswijze nastreven (sporten, consumptie van veel groenten en fruit) is een positieve predictor tot screening. Personen met een slechte gezondheid zijn minder geneigd tot screeningsdeelname dan mensen in goede gezondheid. Niet-rokers hebben een deelname aan FOBT van 16.7% (95% CI: 15.5 – 17.8), ten opzichte van rokers 14.5% (95% CI: 12.2- 16.8). Bij colonoscopie zijn deze cijfers respectievelijk 32% (95% CI: 31.3 – 34.1) en 28% (95% CI 25.4 – 30.5). (Ramos et al., 2011)

De studie door Jones et al. (2010a) bracht bovendien ook belemmerende factoren voor screening aan het licht, die geassocieerd waren met de ingesteldheid van mensen, zowel over zichzelf als over de maatschappij rondom hen. Persoonsgebonden attitudes waren bijvoorbeeld een laag zelfbeeld hebben, of het zijn van een angstige persoon. Algemene attitudes varieerden van een taboe omtrent darmkanker, tot fatalisme, cynisme over de (goede) bedoelingen van artsen, het instaan voor de zorg voor anderen, onvoldoende sociale steun hebben, of in het verleden onaangename ervaringen met de gezondheidszorg gehad hebben.

Er werd reeds aangehaald dat mensen zich meer zouden laten screenen indien de arts dit meer zou aanraden. Toch zijn er ook patiëntgebonden factoren die deze bevinding beïnvloeden. Messina et al. (2005) vroeg aan een groep mensen hoe zeer zij de betrokkenheid van een arts waarderen, in het maken van beslissingen omtrent CRC-screening. Ongeveer de helft van de mensen overlegt liever met de arts, hetgeen 'shared decision making' heet. 15% procent maakt echter liever alleen de beslissing om al dan niet tot screening over te gaan, en 15% procent laat de keuze liever helemaal over aan de arts. Van de mensen die liever alleen de beslissing maken, gaat toch slechts 25% een keuze maken na eerst de opinie van de arts te vragen. Mensen die de beslissing (tot al dan niet screenen, en bij de keuze van het screeningsonderzoek) volledig uit handen geven, hebben vaker een lager opleidingsniveau . Het verschil in capaciteiten (bij laag geschoolden/laag inkomen/ouderen) om informatie te begrijpen kan de beslissing tot screenen complexer maken. Dit onderstreept het belang van informatie op niveau van de patiënt. Degenen die liever zelf beslissen, staan meestal negatief tegenover CRC-screening. Bij de patiënten die betrokkenheid van een arts belangrijk vinden, wordt 'het niet aanprijzen van screening door de arts' meer als barrière aangehaald dan in de andere groep. De onderzoekers besluiten dat het verstrekken van informatie door de huisarts op het niveau van de patiënt de participatiegraad kan vergroten. (Messina et al., 2005)

4.1.4.3.2 Bevorderende factoren

Een bevorderende factor wordt gedefinieerd als een factor die het uitvoeren van een bepaalde handeling of gedrag stimuleert. Of in het geval van onze scriptie: factoren die mensen ertoe aanzetten zich te laten screenen voor darmkanker. (**Tabel 8**) Er is tot nu toe weinig onderzoek gedaan naar bevorderende factoren voor darmkankerscreening.

De angst voor kanker en de bezorgdheid over de gezondheid (75%) bleken de sterkste motivatoren te zijn voor het ondergaan van een FOBT**.** Een andere krachtige motivator is het geloof in het professionele advies van de huisarts (70%). (Ramos et al., 2011)

Wanneer werd gevraagd hoe men zou reageren mocht de arts hen aanbevelen een FOBT te doen, zou 88.8% de test ook ondergaan, 7.3% twijfelde en 3.9% zou weigeren. Als de FOBT positief was, zou 84.9% ook een colonoscopie ondergaan, 5.9% twijfelde en 9.2% zou weigeren. Er was geen significant verschil tussen beide geslachten. (Ramos et al., 2011)

Minder krachtige motivatoren, maar toch belangrijk, zijn 'er vroeg bij zijn' (53%), 'angst voor kanker' (46%), 'ik ken mensen met kanker en ik wil het niet zelf' (37%) en 'ik geloof dat ik risico heb op CRC' (18%).

Tabel 8: Bevorderende factoren voor colorectaal kanker screening. (Beydoun and Beydoun, 2008; Cibula and Morrow, 2003; Gimeno-Garcia et al., 2009; Guessous et al., 2010; Janz et al., 2003; Seeff et al., 2004; Senore et al., 2010; Subramanian et al., 2004; Worthley et al., 2006)

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

De motivatie om een colonoscopie te ondergaan, komt voornamelijk voort uit de nood aan geruststelling (75%) en het feit dat, als er een poliep gevonden zou worden, deze ook direct kon verwijderd worden (58%). Andere factoren die de studie van Ramos et al. (2011) aangaf, zijn: 'het is een manier om kleine poliepen of kankergezwellen te vinden' (43%), 'ik hecht geloof aan het advies van de dokter' (42%) en 'ik heb al eens een colonoscopie ondergaan' (13%).

Het valt op dat patiënten met een regelmatig contact bij de (huis)arts zich frequenter laten screenen. In de gescreende populatie ziet 89% regelmatig een arts: hiervan ziet 55% de arts drie keer of meer per jaar, en 43% ziet de arts één of twee maal per jaar. Hoe meer patiëntencontacten, hoe groter de kans dat 'screening' besproken en benadrukt wordt, en hoe hoger de participatiegraad. De resultaten benadrukken volgens de onderzoekers de belangrijke rol van de artsen in screeningsprogramma's. (Cibula and Morrow, 2003; Seeff et al., 2004)

4.1.5 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening van huisartsen

4.1.5.1 Kennis van huisartsen over darmkanker(screening)

Er zijn nog maar weinig studies gepubliceerd in verband met de kennis van de huisarts over darmkankerscreening. Ramos et al. (2010) onderzocht de kennis over en de attitude tegenover darmkankerscreening bij artsen en verpleegkundigen (**Tabel 9**). De kennis werd onderzocht aan de hand van een vragenlijst. Er werd onder andere gepeild naar de kennis over darmkanker en darmkankerscreening. Er werd ook nagevraagd hoe een FOBT praktisch in zijn werk gaat.
Wanneer men navraagt wie de artsen screenen, blijkt dat vooral mensen met familiale antecedenten van een CRC en mensen met verdachte symptomen (zoals anemie, veranderd stoelgangspatroon, rectaal bloedverlies) worden gescreend. De auteurs besluiten hieruit dat artsen vermoedelijk het begrip 'screening' niet volledig begrijpen. Volgens Ramos et al. (2010) kan dit gebrek aan kennis over het begrip 'screening', belangrijk zijn voor wat de participatie aan screeningsprogramma's betreft.

Tabel 9: Kennis van huisartsen over CRC, kankerscreening algemeen, en darmkankerscreening. (Ramos et al., 2010)

Vraag	Antwoord	Totaal % (n= 1219)	% artsen (n= 626)	% VPK (n= 593)
CRC is de meest voorkomende kanker bij beide geslachten samen	Juist	58.5	69.0	47.1
	Fout	17.9	17.8	18.1
	Weet het niet	23.6	13.2	34.8
CRC is één van de 3 meest voorkomende oorzaken van sterfte door kanker	Juist	77.6	87.5	66.9
	Fout	8.7	7.3	10.2
	Weet het niet	13.7	5.2	22.9
De 5-jaarsoverleving bedraagt 50%	Juist	69.6	80.1	58.3
	Fout	8.1	8.3	8.0
	Weet het niet	22.3	11.6	33.7
De vroege diagnose van CRC, voor het ontstaan van symptomen, is een prognostische factor	Juist	90.5	95.4	85.0
	Fout	4.0	2.5	5.7
	Weet het niet	5.5	2.1	9.3
Snelle diagnose van CRC, na ontstaan van de symptomen, is een prognostische factor	Juist	80.9	84.3	76.0
	Fout	11.5	12.5	10.4
	Weet het niet	7.6	3.2	12.8
Bevolkingsscreeningprogramma's hebben asymptomatische mensen van specifieke leeftijd als doelgroep	Juist	87.1	93.4	80.2
	Fout	5.0	3.7	6.3
	Weet het niet	8.0	2.9	13.5
Het doel van een bevolkingsscreeningsprogramma is om de de sterfte te doen dalen	Juist	85.4	86.9	83.7
	Fout	11.0	10.4	11.6
	Weet het niet	3.7	2.8	4.7
De effectiviteit van een screeningsprogramma hangt af van het procent van de populatie dat deelneemt	Juist	70.0	76.5	63.0
	Fout	14.4	13.2	15.7
	Weet het niet	15.6	10.3	21.3
Prostaatkanker screening door middel van PSA is…	Effectief	76.4	64.8	88.8
	Niet effectief	20.4	34.1	5.9
	Weet het niet	3.2	1.1	5.3
Borstkanker screening door middel van mammografie is …	Effectief	98.3	99.2	97.4
	Niet effectief	0.6	0.5	0.7
	Weet het niet	1.1	0.3	1.9
Longkanker screening door middel van CT scan is …	Effectief	78.0	67.2	89.5
	Niet effectief	15.3	27.1	2.7
	Weet het niet	6.7	5.7	7.7
CRC-screening door middel van rectaal onderzoek is …	Effectief	60.1	57.3	63.0
	Niet effectief	30.1	39.5	20.0
	Weet het niet	9.9	3.3	17.0
CRC-screening door middel van FOBT is …	Effectief	83.9	83.1	84.7
	Niet effectief	11.3	15.1	7.1
	Weet het niet	4.9	1.8	8.2
CRC-screening door middel van colonoscopie is …	Effectief	96.3	97.7	94.6
	Niet effectief	1.0	1.6	0.3
	Weet het niet	2.8	0.6	5.0
FOBT is te risicovol om een screeningstest te zijn	Juist	4.3	3.0	5.7
	Fout	83.3	92.4	72.7
	Weet het niet	12.5	4.6	21.5
Colonoscopie is te risicovol om een screeningstest te zijn	Juist	33.4	36.6	29.8
	Fout	48.9	54.2	42.9
	Weet het niet	17.6	9.2	27.4

Opmerking. n= aantal; VPK= verpleegkundigen.

83.1% van de huisartsen waren overtuigd dat CRC-screening aan de hand van FOBT effectief is, en 97.7% geloven in de effectiviteit van een colonoscopie. Anderzijds bleek uit de vragenlijst ook dat ongeveer twee derden van de eerstelijnsartsen prostaatkankerscreening aan de hand van de PSA-waarde, en longkankerscreening aan de hand van een CT-scan effectief achten. Op basis van deze gegevens, besluiten de auteurs dat de kennis bij artsen over de beschikbare evidentie in verband met de effectiviteit van screeningsprogramma's, te betwijfelen valt.
De meerderheid van de artsen is op de hoogte van hoe een FOBT moet worden uitgevoerd. Twee derde onder hen leggen ook effectief uit aan de patiënt hoe dit moet gebeuren.

4.1.5.2 Waaraan geeft de huisarts de voorkeur?

Uit een schriftelijke bevraging van Domus Medica bij een steekproef van Vlaamse huisartsen blijkt dat 36% van de respondenten om de twee jaar een FOBT zou aanbevelen aan hun patiënten zonder verhoogd risico, 22% zou een colonoscopie aanbieden en 34% vond dat deze groep niet benaderd moest worden. (Govaerts et al., 2010)
Wanneer werd gepolst naar hun voornemen om screening op colorectale kanker systematisch in de praktijk toe te passen, vermeldde 20% van de Vlaamse huisartsen dit nu al te doen, 4% plande de toepassing binnen de maand te starten, 29% nog binnen het halfjaar en 27% was het van plan maar op een langere termijn dan zes maanden en/of onder bepaalde voorwaarden. (Govaerts et al., 2010)

4.1.5.3 Beïnvloedende factoren

Factoren die in de literatuur aangegeven worden als barrières bij huisartsen voor het uitvoeren van darmkankerscreening, staan weergegeven in **Tabel 10**.

Tabel 10: Barrières voor colorectaal kanker screening, vernoemd door huisartsen. (Al-Doghether et al., 2007; Feirfield et al., 2004; Govaerts et al., 2010; Greiner et al., 2004; Hannon et al., 2008; Klabunde et al., 2005; Lasser et al., 2008; Mandelblatt et al., 1999; Schroy et al., 2001; Subramanian et al., 2004)

- Lage prioriteit aan screening geven als huisarts
- Comorbiditeit bij de patiënt met een hogere prioriteit
- Idee dat de patiënt niet geïnteresseerd is in CRC-screening / de patiënt neemt zelf geen initiatief tot het bespreken van CRC-screening
- Het gevoel hebben dat patiënten vaak screening weigeren (vooral sigmoïdoscopie)
- Twijfels over de evidentie van CRC-screening
- Afwezigheid van een duidelijke richtlijn voor CRC-screening
- Kennisgebrek bij de huisarts
- Tijdsgebrek bij de huisarts
- Logistieke of organisatorische problemen
- Ontoereikende faciliteiten (bij colonoscopie)
- Kostprijs van het onderzoek (bij colonoscopie)
- Onvoldoende verloning
- Slechte arts-patiënt relatie
- Gebrekkige communicatievaardigheden bij de huisarts
- Psychosociale problemen bij de patiënt

4.1.5.3.1 Inschatting van het belang van darmkankerscreening

Lasser et al. (2008) stellen dat een belangrijke screeningsbarrière bij artsen het ziektegericht denken is, waardoor het preventieve luik vaak vergeten wordt.

Onderzoek door Hannon et al. (2008) toont daarentegen aan dat 91% van de huisartsen darmkankerscreening als zeer belangrijk beoordeelt. 80% van de huisartsen die zelf tot de screeningsdoelgroep behoren, verklaren CRC-screening te hebben ondergaan (53% FOBT, 47% colonoscopie). Ook een tweede studie onderzocht het belang dat huisartsen aan CRC-screening hechten. Hier benoemt 76% van de huisartsen darmkankerscreening als belangrijk preventief onderzoek. (Al-Doghether et al., 2007)
Onderzoek door Cornuz et al. (2000) toonde daarentegen aan dat bij het rangschikken van acht preventieve handelingen (bloeddruk controle, evaluatie cholesterolniveau, rookstop-begeleiding, screening naar alcoholmisbruik, geven van voedingsadvies, HIV preventie, borstkankerscreening en CRC-screening) de CRC-screening als minst prioritair werd bevonden door huisartsen (**Tabel 11**). 33% vond de screening erg belangrijk, 46% belangrijk, 16% minder belangrijk en 4% onbelangrijk. (Al-Doghether et al., 2007; Cornuz et al., 2000)
Ook Al-Doghether et al. (2007) gingen het relatieve belang van deze preventieve onderzoeken volgens eerstelijnsartsen na. Het resultaat (het "belang") varieerde van 76% (CRC-screening) tot 95% (bloeddruk controle).

Tabel 11: De mening van huisartsen over het belang van preventieve gezondheidsinterventies. (Cornuz et al., 2000)

Interventie	**% huisartsen die dit als erg belangrijk beoordeelt**	**% huisartsen die dit als matig belangrijk beoordeelt**
Bloeddruk controle	93	7
Bepaling van het cholesterol niveau	75	22
Rookstop	73	24
Screening naar alcohol misbruik	58	32
Voedingsadvies	50	43
HIV preventie	48	40
Borstkankerscreening	45	40
Darmkankerscreening	33	46

4.1.5.3.2 Kenmerken van de huisarts

Barrières voor huisartsen ten opzichte van CRC-screening zijn op te delen in drie categorieën: persoonlijke (**Tabel 12**), professionele (**Tabel 13**), en demografische karakteristieken van de arts. (Cornuz et al., 2000)

Wat de persoonlijke karakteristieken van huisartsen betreft, zijn drie kenmerken geassocieerd met een significant negatieve invloed op de screeningsgraad van de patiënten (**Tabel 12**). Twee hiervan betreffen eigen levensstijlfactoren: artsen die meer dan 3 eenheden alcohol per dag gebruiken, en artsen die een sedentair leven leiden. Het laatste kenmerk betreft artsen die een mindere kennis over de eigen gezondheid hebben, namelijk zij die geen notie hebben van de eigen bloeddruk en/of cholesterolwaarde.
Artsen die minder waakzaam zijn over hun eigen gezondheid, zijn ook minder alert omtrent preventieve gezondheidszorg bij hun patiënten. Persoonlijke gezondheidsgewoontes hebben dus wel degelijk ook een invloed op het al dan niet screenen. Leeftijd, geslacht en rookstatus maken geen significante verschil. (Al-Doghether et al., 2007; Cornuz et al., 2000)
Demografische karakteristieken van de huisarts die geassocieerd zijn met een lagere screeningsgraad van de patiënten, zijn een mannelijk geslacht, hogere leeftijd, grotere praktijkervaring en het blanke ras. (Cornuz et al., 2000; Mandelblatt et al., 1999

Tabel 12: Persoonlijke karakteristieken van de huisarts die geassocieerd zijn met een lagere screeningsgraad van de patiënten. (Cornuz et al., 2000)

Variabele	OR	95% CI
• Alcoholinname >3 IE per dag, vs. abstinentie	8.4	1.1-63.9
• Beweging <1 maal per maand, vs. >3 maal per maand	3.4	1.1-11.1
• Eigen bloeddruk niveau en/of cholesterol niveau niet kennen, vs. wel kennen	2.0	1.0-3.9

Opmerking: OR= Odds ratio; CI= betrouwbaarheidsinterval, IE= eenheden; vs.= versus.

Tabel 13: Professionele barrières bij de huisartsen bij CRC-screening. (Cornuz et al., 2000)

Barrière	% huisartsen
Gebrek aan interesse bij de patiënt	40
Afwezigheid van een richtlijn	39
Gebrek aan evidentie voor ziektewinst	34
Binnendringen in privacy van de patiënt	22
Gebrek aan tijd	21
Gebrek aan training	19
Onvoldoende verloning	18

4.1.5.3.3 Andere beïnvloedende factoren

Vlaamse huisartsen vernoemen bij navraag de beschikbaarheid van een duidelijke aanbeveling voor CRC-screening het vaakst als stimulans voor het uitvoeren van screening. (Govaerts et al., 2010) Ook omgekeerd blijkt dat een belangrijke barrière tot het uitvoeren van de Amerikaanse richtlijn voor CRC-screening bij de eerstelijnsartsen, de afwezigheid van een duidelijke richtlijn is. Ten tweede ondervinden huisartsen dat patiënten slechts zelden zelf initiatief nemen tot het bespreken van CRC-screening, en de artsen hebben dan ook de opvatting dat patiënten niet geïnteresseerd zijn in deze screening. Huisartsen zijn daarom vaak niet gemotiveerd om dit gesprek met patiënten aan te knopen, zeker niet indien er tijds- en werkdruk is, en indien er andere acute of chronische gezondheidsproblemen aanwezig zijn, die volgens de arts prioritair zijn. (Klabunde et al., 2005)
Ook in de studie door Cornuz et al. (2000) was de vaakst vernoemde barrière door huisartsen een gebrek aan interesse bij de patiënt (40%). Op de tweede en derde plaats werden respectievelijk de afwezigheid van een richtlijn (39%), en gebrek aan evidentie voor ziektewinst als barrières genoemd.
Verder wordt ook het ontbreken van een logistiek systeem voor de opsporing van de doelgroep en herinnering aan follow-up als hindernis beschreven. Om al deze redenen, voelen huisartsen dan ook vaak geen druk om patiënten spontaan CRC-screening aan te bieden. (Al-Doghether et al., 2007; Cornuz et al., 2000; Fairfield et al., 2004; Greiner et al., 2004; Hannon et al., 2008; Klabunde et al., 2005; Schroy et al., 2001)

Uit het onderzoek door Ramos et al. (2010) bleek dat artsen een eerder negatieve attitude hebben tegenover screening. Ze spelen nochtans een sleutelrol in het screeningsproces, aangezien mensen hun advies ter harte nemen. De hoofdredenen voor hun negatieve houding tegenover screening zouden de volgende zijn: (1) twijfels over de effectiviteit van screening, (2) moeten omgaan met vals-positieve en vals-negatieve resultaten, (3) de angst om 'meer schade dan goed' te veroorzaken, (4) twijfel of mensen zich willen laten screenen als ze

klachtenvrij zijn, (5) tijdsgebrek en (6) verhoogde werkload bij deelnemen aan screeningsprogramma.

Hannon et al. (2008) kwamen in hun studie tot de vaststelling dat huisartsen eerder patiëntenfactoren als barrières noemden dan arts- of systeemgerelateerde factoren. (**Tabel 14**)

Tabel 14: Perceptie van huisartsen in verband met bestaande barrières tot CRC-screening. (Hannon et al., 2008)

Patiëntgebonden barrières	**Grote barrière (%)**	**Kleine barrière (%)**
Schaamte of angst voor de test	61	33
Geen besef van belang van CRC-screening, of van het gezondheidsrisico dat CRC inhoudt	42	50
Angst voor de diagnose van kanker	20	69
Geloof dat screening niet effectief is	3	43
Arts- of systeemgerelateerde barrières		
Kostprijs	50	34
Geen aanbeveling door de arts gekregen	19	45
Onvoldoende beschikbaarheid van artsen die colonoscopie uitvoeren	17	42
Onvoldoende beschikbaarheid van artsen die invasieve endoscopische procedures uitvoeren als follow-up	18	37

4.1.6 Vergelijking beïnvloedende factoren tussen patiënten en huisartsen

Klabunde et al. (2005) vergeleek de barrières van de artsen met deze van de patiënten (**Tabel 15**). Deze kwamen grotendeels overeen, maar met enkele kwantitatieve verschillen.

Tabel 15: Vergelijking tussen patiëntenbarrières en huisartsenbarrières.

Barrière	**% huisartsen**	**% patiënten**
Te weinig besef van belang van screening bij patiënten / gebrek aan kennis over CRC	48%	> 60%
Geen aanbeveling krijgen van de arts	37%	20%
Schaamte / angst voor de test	56%	< 1%
Kost van de test	46%	< 1%

4.2 RESULTATEN EIGEN KWALITATIEF ONDERZOEK

4.2.1 **Inleiding**

4.2.2 **Kennis darmkanker**
- 4.2.2.1 Preventie
- 4.2.2.2 Prevalentie
- 4.2.2.3 Oorzaken
- 4.2.2.4 Ontstaansmechanisme
- 4.2.2.5 Risicofactoren
- 4.2.2.6 Alarmsymptomen
- 4.2.2.7 Diagnostiek
- 4.2.2.8 Behandeling en prognose

4.2.3 **Kennis over darmkankerscreening**
- 4.2.3.1 Kennis definitie screening
- 4.2.3.2 Kennis algemene kankerscreening
  - 4.2.3.2.1 *Soorten kankerscreening*
  - 4.2.3.2.2 *Kennis darmkankerscreening*
    - A. FOBT
    - B. Colonoscopie
  - 4.2.3.2.3 *Voorkeur voor onderzoek*
  - 4.2.3.2.4 *Inschatten eigen darmkankerrisico*
- 4.2.3.3 Informatiebronnen
  - 4.2.3.3.1 *Hoe zouden we de kennis van de patiënt kunnen vergroten*
  - 4.2.3.3.2 *Wat is de taak van de huisarts?*
- 4.2.3.4 Visie t.o.v. screening
  - 4.2.3.4.1 *Persoonlijke ervaring met screening*
  - 4.2.3.4.2 *Algemene visie t.o.v. screening*
    - A. Algemeen
    - B. Voordelen
    - C. Nadelen

4.2.4 **Remmende factoren**
- 4.2.4.1 Persoonsgebonden factoren
  - 4.2.4.1.1 *Huisartsgerelateerd*
  - 4.2.4.1.2 *Patiëntgerelateerd*
    - A. Demografisch
    - B. Kennisgebrek/gebrek aan motivatie
    - C. Visie tov screening
    - D. Visie tov darmkanker
    - E. Ervaring met screening
    - F. Angst en bezorgdheden bij patiënten
    - G. Angst en bezorgdheden bij huisartsen
- 4.2.4.2 Ziektegebonden factoren
- 4.2.4.3 Onderzoeksgebonden factoren
  - 4.2.4.3.1 *Effectiviteit van de screeningstesten*
  - 4.2.4.3.2 *Onderzoekspecifiek*
  - 4.2.4.3.3 *Pakt het probleem niet aan de oorzaak aan*
  - 4.2.4.3.4 *Kostprijs*
- 4.2.4.4 Organisatorische factoren
  - 4.2.4.4.1 *Algemeen*
  - 4.2.4.4.2 *Economische aspecten*

4.2.5 **Bevorderende factoren**
- 4.2.5.1 Persoonsgebonden factoren

4.2.5.2 Ziektegebonden factoren
4.2.5.3 Onderzoeksgebonden factoren
4.2.5.4 Organisatorische factoren
4.2.5.4.1 *Maatschappelijk*
4.2.5.4.2 *Patiëntgerelateerd*
4.2.5.4.3 *Huisartsgerelateerd*

4.2.1 Inleiding

In deze scriptie worden de resultaten van de huisartsen vergeleken met de resultaten van de patiënten. Enerzijds wordt er nagegaan welke discrepanties er zijn tussen de ideeën, kennis en verwachtingen van huisarts en patiënt en anderzijds wat overeenkomstig blijkt te zijn in beide groepen. Mogelijks zorgen deze discrepanties voor misverstanden en wordt daardoor juist minder gescreend. Toch wil ik benadrukken dat deze thesis geschreven werd vanuit een neutraal kader. De literatuur blijkt voornamelijk de nadruk te leggen op participatieverhoging voor screening. Dit is niet het doel van onze thesis. Wij onderzoeken vanuit een neutraal kader kennis, ideeën, belevingen en verwachtingen rond colonkankerscreening Wij belichten meer het menselijk aspect en vertrekken vanuit de patiënt en de huisarts: *wat weet men over darmkanker en screening ervan? Wat is hun visie over gezondheid en screening in het algemeen? Wat zijn voor hen bevorderende en belemmerende factoren voor screening?*

De resultaten van de semi-gestructureerde interviews bij de huisartsen wordt besproken door Evenlien Vandromme (UGent). Voor de analyse van de interviews van de patiënten, verwijs ik naar de scriptie van Mieke Latruwe (UGent).

4.2.2 Kennis darmkanker

4.2.2.1 Preventie

Zowel arts als patiënt zijn overtuigd van een gezonde levensstijl, waarbij men vooral belang hecht aan een gezonde voeding. Artsen geven nog meer aandacht aan beweging, beperking van alcohol en rookstop. Alle huisartsen zijn overtuigd dat aandacht voor deze zaken een groot effect zou hebben op de gezondheid van de patiënten. Ze betwijfelen echter dat gezondheidsvoorlichting hierover tot gedragsverandering (bijvoorbeeld rookstop) leidt bij de mensen. Deze opmerking blijkt niet helemaal onterecht, aangezien 2 patiënten hiervoor niet te motiveren waren. Een zestal patiënten waren wel gemakkelijk te motiveren. **(Tabel 16)**

Tabel 16 Preventie

	Huisartsen	Patiënten
Gezonde voeding	15	11
Voldoende lichaamsbeweging	14	5
Rookstop	14	0
Beperken van alcohol	5	0
Stresshantering	1	0

4.2.2.2 Prevalentie

Zowel artsen als patiënten zijn het erover eens dat darmkanker een belangrijk gezondheidsprobleem is. Het blijkt zowel voor artsen als patiënten moeilijk te zijn om in cijfers weer te geven hoe vaak darmkanker voorkomt. Beide weten wel dat darmkanker één van de belangrijkste carcinomen is naast borstkanker, longkanker en prostaatkanker. Deze laatste werd wel vaker over het hoofd gezien door huisartsen, dan door patiënten. Nochtans heeft prostaatkanker een grotere incidentie dan darmkanker.

4.2.2.3 Oorzaken

Aan de patiënten werd nagevraagd wat aan de basis ligt van kanker, wat de oorzaak is. Uit de interviews bleken de antwoorden heel uiteenlopend, gaande van ongezonde voeding, een hoog BMI, stress, angst, luchtverontreiniging, klimaat, GSM-straling en een ongezonde

levensstijl. Een zestal hadden geen idee. Een negental gaf genetische voorbeschiktheid aan als een belangrijk element in het ontstaan van kanker. ook stralingsbelasting werd tweemaal benoemd.
Bij huisartsen werd dit niet specifiek nagevraagd.

4.2.2.4 Ontstaansmechanisme

De artsen vermelden enkel de evolutie van adenoom naar carcinoom. Geen enkele huisarts sprak over het voorkomen van snel- of traaggroeiende darmtumoren. Bij de patiënten werd het ontstaansmechanisme van darmkanker niet systematisch nagevraagd. Toch vermeldde de helft onder hen tijdens het interview de ontaarding van de darmpoliep naar een maligniteit.

4.2.2.5 Risicofactoren

Uit de interviews blijkt dat zowel arts als patiënt weten dat een positieve familiale anamnese een belangrijke risicofactor is voor het ontwikkelen van darmkanker. Een voorgeschiedenis van een poliep, polyposis en chronische inflammatoire aandoeningen zijn slechts door enkele artsen aangehaald. Ook één patiënt vermeldt de ziekte van Crohn als risicofactor. Voor patiënten blijkt een ongezonde levensstijl ook een zeer belangrijke risicofactor, terwijl geen enkele huisarts dit heeft vernoemd. Ten slotte werd ook nog de leeftijd voornoemt door 2 patiënten als risicofactor. **(Tabel 17)**

Tabel 17 Risicofactoren voor darmkanker

	Huisartsen	Patiënten
Positieve familiale anamnese	15	14
Persoonlijke voorgeschiedenis van darmpoliep	3	0
Polyposis	2	0
Chronische inflammatoire darmaandoeningen	2	1
Ongezonde levensstijl	0	14
Toenemende leeftijd	0	3

4.2.2.6 Alarmsymptomen

Anaal bloedverlies of bloed in de stoelgang is door beide groepen goed gekend als alarmsymptoom. Daarnaast komt ook buikpijn vaak terug. De andere alarmsymptomen, die door de huisartsen uitgebreid worden vermeld, komen maar beperkt naar voor tijdens de interviews met de patiënten. Onder hen waren er wel 2 die spontaan vermeld hebben dat dit ook asymptomatisch kan verlopen, wat door geen enkele huisarts werd vernoemd. **(Tabel 18)**

Tabel 18 Alarmsymptomen van darmkanker

	Huisartsen	Patiënten
Bloed in de stoelgang/anaal bloedverlies	15	9
Verandering in stoelgangspatroon	10	4
Gewichtsverlies	10	2
Buikpijn	6	8
Obstructie-symptomen	1	0
Tenesmen	2	0
Vermoeidheid	1	1
Anemie	0	1
Anorexie	0	1

4.2.2.7 Diagnostiek

De diagnosestelling werd niet systematisch nagevraagd tijdens de interviews met de patiënten en huisartsen.

Slechts één patiënt vermeld terloops colonoscopie als diagnostisch middel. En één vermoedt dat darmkanker via een scanner wordt opgespoord. Uit de interviews blijkt wel dat huisartsen mensen vrijwel direct verwijzen voor een colonoscopie bij alarmsymptomen, want dus valt onder de definitie van diagnostiek.

4.2.2.8 Behandeling en prognose

Tijdens de interviews met de patiënten werd gevraagd wat de behandeling en prognose is van darmkanker. Wat betreft de behandeling, wordt vooral aan heelkunde gedacht. Minder frequent werd radio- of chemotherapie vernoemd.
Als men vraagt naar de prognose, gelooft het grootste deel dat darmkanker te genezen is, als je er maar op tijd bij bent. Als antwoord op deze vraag, zijn er 2 patiënten die denken dat de kans erg groot is om er aan te sterven. Maar tijdens de interviews met 4 andere patiënten, kwam ook terloops aan bod, dat men de kans op sterfte groot inschat eens de diagnose is gesteld. Daarentegen is ook één iemand er van overtuigd dat het zo goed als altijd te genezen valt.
Jammer genoeg is de vraag naar kennis over behandeling en prognose niet expliciet nagevraagd aan de artsen. Op die manier is het moeilijk om een juiste inschatting te maken over de kennis bij de huisartsen en dan in vergelijking met de patiënten.

4.2.3 Kennis over darmkankerscreening

4.2.3.1 Kennis definitie screening

Een zestal patiënten hebben geen idee wat screening inhoudt. Door de andere patiënten werd het eerder vaag omschreven. *"Dat is vroegtijdig kanker opsporen zeker" "Een soort controle. Onderzoeken"* Men zou dus kunnen besluiten uit de interviews dat mensen vaak een onderzoek laten uitvoeren, zonder echt goed te weten waarom ze het laten doen.
Tijdens de interviews met de artsen werd niet systematisch gevraagd een definitie van screening te geven. Alle 3 de onderzoekers blijken ervan uit te gaan dat dit geweten is bij de huisartsen. Toch zal blijken in het vervolg van de thesis dat er rond screening wat begripsverwarring heerst. Sommige huisartsen spreken over screenen bij patiënten met klachten en verwarren op die manier screening met diagnostische uitwerking van een klacht.

4.2.3.2 Kennis algemene kankerscreening

4.2.3.2.1 Soorten kankerscreening

Tijdens de interviews werd gevraagd naar welke kankers men kan screenen. Aan de huisartsen werd eerder gevraagd waarvoor ze screenen in hun praktijk. Hoewel bij de patiënten de term screening niet zo goed gekend is, weten ze onbewust toch welke onderzoeken hiervoor worden gedaan. Borstkankerscreening is het best gekend en het meest uitgevoerd in de praktijk. Op de tweede plaats komen de uitstrijkjes. Dit werd door alle artsen uitgevoerd, maar is slechts bij de helft van de patiënten gekend. Prostaatkankerscreening blijkt minder belangrijk te zijn voor beide groepen. Wat betreft darmkanker, wordt hier verder in de thesis over uitgeweid. **(Tabel 19)**
Wat wel bleek bij sommige huisartsen tijdens de interviews, is dat ze enkel gaan 'screenen' als er klachten zijn. Als er klachten zijn, valt dit uiteraard niet meer onder de definitie van 'screenen', maar wel onder 'diagnostiek'.

Tabel 19 Screeningsonderzoeken

	Huisartsen	Patiënten
Borstkankerscreening	14	12
Cervixkankerscreening	15	6
Prostaatkankerscreening	3	3
Huidkankerscreening	1	2
Longkankerscreening	1	3
Algemene bloedafname	1	3

4.2.3.2.2 Kennis darmkankerscreening

CRC-screening is bij artsen goed gekend, zowel wat betreft de beschikbare onderzoeken hiervoor als de leeftijd waarop moet gescreend worden. Een zestal patiënten hadden nog nooit gehoord over darmkankerscreening. Bij patiënten is vooral de coloscopie gekend. Maar de meeste onder hen ondergingen nog geen screeningsonderzoek voor darmkanker. Het blijkt ook dat de meeste artsen zelf nog geen darmkankerscreening ondergingen.

A. FOBT

De kennis over de FOBT test is algemeen slecht bij de patiënten. Slechts 2 van hen hebben deze test spontaan vermeld. De kennis over de test bij hen bleek beperkt.
Artsen zijn daarentegen meer bewust van het bestaan van de test. Maar kennis over hoe de test praktisch wordt uitgevoerd, blijkt ook bij hen beperkt te zijn. Ook de voorwaarden om de test zo correct mogelijk uit te voeren, zijn niet goed geweten bij de artsen (zoals medicatie stoppen, geen extra vitamine C, voedingsadviezen). Men zou kunnen stellen dat de kwaliteit van de test er op die manier op achteruit gaat. De effectiviteit van de test kon sowieso moeilijk ingeschat worden door de artsen. Ook de kennis over het geschikte screeningsinterval blijkt bij de huisartsen heel uiteenlopend te zijn. Het merendeel van de artsen volgt wel een juist beleid bij een positieve FOBT.
Ook belangrijk om te melden, is het feit dat geen enkele arts heeft vermeld dat screenen aan de hand van een tweejaarlijkse FOBT, effect heeft op een hard eindpunt. De aandacht wordt meer gevestigd op de effectiviteit van de test.

B. Colonoscopie

Enkel de patiënten die zelf reeds het onderzoek ondergingen, kunnen goed uitleggen hoe het onderzoek in zijn werk gaat. De andere onder hen die al van het onderzoek hadden gehoord, kunnen slechts vaag vertellen wat het onderzoek inhoudt. De kennis van huisartsen over de coloscopie is erg uitgebreid daarentegen.
Wat betreft de complicaties van het onderzoek worden zowel door patiënten als huisartsen vooral de perforatie aangehaald. Slechts door een tweetal artsen werden andere complicaties vernoemd zoals bloeding of elektrolytstoornis door darmvoorbereiding.

4.2.3.2.3 Voorkeur voor onderzoek

Wat betreft de patiënten, geeft het grootste deel de voorkeur aan een FOBT wegens zijn veilige en makkelijke profiel. Slechts 2 kiezen voor een colonoscopie wegens zijn hogere sensitiviteit. Één van deze 2 patiënten heeft reeds een colonoscopie ondergaan.
Bij de huisartsen is de voorkeur voor een bepaald onderzoek niet zo zwart wit. Zij laten zich meer leiden door het risico-profiel van de patiënt. Patiënten maken geen onderscheid tussen hoog risico of laag risico op darmkanker. Huisartsen wel. Mensen met een hoog risico op darmkanker, zoals bijvoorbeeld personen met een positieve familiale anamnese, worden direct doorgestuurd voor een colonoscopie. Artsen rekenen ook mensen 'met klachten' tot de hoog-risicogroep tijdens de interviews. Als 'screeningsonderzoek' zouden ze hier ook voor een colonoscopie kiezen. Hierbij moeten we echter de opmerking maken dat een colonoscopie bij klachten niet meer als screening kan worden beschouwd, maar wel als diagnostisch middel. Voor 8 huisartsen zijn klachten en een positieve familiale anamnese de enige redenen om patiënten te laten screenen. Zeven onder hen laten een FOBT uitvoeren bij patiënten met een laag risico, enkel als ze er om vragen. Één van deze 8 laat de klachtenvrije patiënt de keuze tussen FOBT of colonoscopie. Er zijn verschillende redenen waarom huisartsen laagrisicopatiënten zo aanpakken: gebrek aan betrouwbaarheid van FOBT, darmkankerscreening is geen prioriteit bij laagrisico patiënten, geen kennis hebben van het nut van screening in deze doelgroep, gebrek aan ondersteuning in het computerprogramma en ten laatste zijn ze nog niet overtuigd van het effect op de harde eindpunten in deze doelgroep *"ik moet toegeven dat ik het enkel dan [bij positieve FA] wat meer plichtsbewust doe. In andere gevallen nog niet, maar dat zal wel komen als ik zie dat er een betere overleving is"*.
Vijf van de 15 artsen baseren hun keuze op de richtlijn van domus medica. Één huisarts verwijst zowel de hoog- als de laagrisicopatiënten voor een colonoscopie. Ten slotte is er één

huisarts die mensen met een positieve familiale anamnese verwijst voor een colonoscopie, en bij patiënten met alarmsymptomen en een laag risico een FOBT laat uitvoeren.

4.2.3.2.4 Inschatten eigen darmkankerrisico

Een negental patiënten gaven aan te weten dat iemand in de familie met darmkanker hun risico zou verhogen. De anderen geven dit niet aan.
Er zijn 9 personen die geloven dat ze geen verhoogd risico lopen omdat er geen erfelijke factoren aanwezig zijn. Andere redenen waren dat ze 'te oud' zijn, en 'geen klachten' hebben.
Aan de huisartsen werd tijdens de interviews niet systematisch nagevraagd hoe zij hun eigen risico op darmkanker inschatten. Één arts gaf aan zelf een familiale voorgeschiedenis te hebben, waardoor hij toch meer alert zou zijn wat betreft het screenen naar darmkanker.

4.2.3.3 Informatiebronnen

4.2.3.3.1 Hoe zouden we de kennis van de patiënt kunnen vergroten?

Er wordt door de patiënten frequent het voorbeeld van de borstkankerscreening aangehaald. Uit de interviews blijkt dat zij campagnes door de overheid of de provincie nuttig zouden vinden. En dit vooral via de media (radio, TV). Ze denken dat gesproken boodschappen beter blijven hangen dan geschreven boodschappen. Men geeft trouwens aan dat momenteel weinig te lezen of te vinden is over CRC. Sommigen onder hen lazen er iets over in de krant of in tijdschriften. Één patiënt zocht informatie op het internet. Over folders blijken de meningen te verschillen. Een aantal patiënten vinden het papierverspilling, andere zouden dit toch interessant vinden. De meningen van de huisartsen over deze manier van sensibiliseren zijn verdeeld. De meeste onder hen denken dat boodschappen via TV meer effect hebben dan folders. Sommige huisartsen zien deze externe informatiebronnen eerder als een ondersteuning, bij hun eigen centrale rol als informatiebron. "*Via de media denk ik. De stem van de huisarts via de media laten doorklinken om zo mensen te motiveren. Ze ook meer bewust maken van de symptomen, zodat ze er toch meer op letten. Dan gaan ze misschien ook rapper de stap zetten om verder te laten naar kijken."* Één huisarts vind het echter de taak van de overheid, en minder van de huisarts, om de mensen te informeren.
Anderzijds halen de patiënten ook de rol van huisarts aan als cruciale bron van informatie, hoewel zij zelden werden aangehaald als effectieve informatiebron tijdens de interviews. Het blijkt dat de patiënten hun informatie over darmkanker vooral halen uit wat ze horen van familie, vrienden of kennissen uit de omgeving. Ook een aantal huisartsen vernoemden deze groep als informatiebron voor hun patiënt.

4.2.3.3.2 Wat is de taak van de huisarts?

Allen zijn het erover eens dat de huisarts een kernrol heeft in het screeningsproces. De huisartsen beschrijven het meer algemeen. Ze vinden dat preventie een belangrijke taak is van de huisarts. *" één van onze kerntaken als huisarts is de preventieve geneeskunde. Vroeger was het louter curatief en achterna hollen. Maar onze belangrijkste taak wordt preventie, en meer en meer naar de toekomst"* Toch zijn er nuances. De huisartsen geven informatie en maken de patiënten bewust over screening. Maar de uiteindelijke keuze laten ze toch over aan de patiënt. Hiertegenover staat echter dat de patiënt de mening van de huisarts juist zeer belangrijk vindt in het al dan niet laten uitvoeren van een onderzoek. Indien de arts dit uiterst nuttig vindt, zouden weinig patiënten weigeren. *"Je moet wel een beetje vertrouwen hebben in je arts. Het is tenslotte zijn/haar job."*
Hoewel artsen vinden dat preventie één van hun belangrijkste taken is, screenen toch slechts 2 van de ondervraagde huisartspraktijken op programmatorische wijze. In de overige 13 praktijken screent men opportunistisch naar darmkanker of op vraag van de patiënt. Dit staat echter in contrast met wat de patiënten verwachten.
Er blijkt ook een lichte discrepantie tussen de informatie die artsen geven en de informatie die de patiënt eigenlijk wenst te horen. Artsen hebben vooral de neiging om het over de theoretische voor- en de nadelen van een onderzoek te hebben, of over de beperkingen en de bijwerkingen. De patiënten willen meestal gewoon weten wat het onderzoek inhoudt, in hoever ze kunnen gerustgesteld worden na het ondergaan van zo'n onderzoek en welke

belasting het met zich meebrengt. Slechts één patiënt haalde aan, graag van de gevaren op de hoogte gebracht te worden.

4.2.3.4 Visie t.o.v. screening

4.2.3.4.1 Persoonlijke ervaring met screening

Het blijkt uit de interviews, dat de 3 patiënten die reeds een colonoscopie ondergingen, dit onderzoek zelf niet als vervelend beschouwen. Wat zij vooral lastig vonden, was het drinken van de laxerende vloeistof. Twee van de drie zouden het onderzoek zeker herhalen. De andere persoon niet, omdat hij door het vele drinken moest braken tijdens het onderzoek. Één arts onderging ook reeds een colonoscopie: *"Het is toch wel een zwaar onderzoek. Dat drinken vond ik toch wel lastig. Ik moet wel zeggen dat ik het in een kortere tijdsspanne heb gedaan in vergelijking met andere mensen omdat ik weg moest. Maar dat is echt lastig. Het is niet te onderschatten."*
Ervaringen met FOBT zijn niet aan bod gekomen tijdens de interviews. Een drietal artsen denken dat mensen dit niet graag zullen doen, omdat met stoelgangsstaaltjes moet verzamelen. Drie artsen vermelden ook zelf niet graag de FOBT uit te voeren, wegens het omgaan met stoelgang.

4.2.3.4.2 Algemene visie t.o.v. screening

A. <u>Algemeen</u>

Vijf patiënten beschouwen screening als zeer nuttig. Één andere patiënt relativeert het geheel, en vindt dat er nog een betere selectie van de risicogroepen moet komen zodat screening nog efficiënter wordt. Drie andere patiënten laten de keuze over aan de huisarts. Voor een aantal personen (3) wegen de voordelen op tegenover de nadelen. Tenslotte zijn er 2 patiënten die denken dat screening niet zo veel verschil maakt *("aangezien je op ziek worden toch geen vat hebt en alles nu toch goed te genezen valt").* Wat hier echter moet opgemerkt worden, is dat de meeste van deze antwoorden verkregen zijn na het stellen van de vraag '*vindt u screening nuttig?*' of '*wat vindt u van screening?*'. Deze vragen werden in het begin van het interview gesteld. Het was toen niet voor elke patiënt gemakkelijk om hierop een antwoord te formuleren, aangezien het concept 'screening' niet altijd goed gekend was bij iedereen. De vragen werden opnieuw gesteld na uitleg over 'screening'. Op die manier valt het moeilijk in te schatten voor de onderzoekers hoe screening echt leeft bij de mensen.
Er werd gevraagd aan de huisartsen wat volgens hen het idee is over screening bij de patiënten. Enerzijds zijn er mensen die zich voor alles zouden laten screenen. Een opmerking dat een drietal huisartsen hierbij hebben gemaakt, is dat ze het gevoel hebben vooral de 'worried-well' te bereiken. Dit zijn volgens de artsen de mensen met het minste risico wegens een betere levensstijl en minder slechte leefomstandigheden, de patiënten die volgens de huisartsen 'het minst screening nodig hebben'. Anderzijds zijn er ook een deel mensen moeilijk te motiveren. Het zou afhankelijk zijn van persoon tot persoon. Één arts vermeldde ook nog eens dat de lagere sociale klasse hier waarschijnlijk minder mee bezig is. Één andere huisarts merkte ook op dat mensen een vals gevoel van veiligheid krijgen na het ondergaan van een screeningsonderzoek.

B. <u>Voordelen</u>

Als voordeel van screening werd vooral vermeld dat men op die manier de kanker vroegtijdig detecteert en zo op tijd kan behandelen. Twee patiënten zouden het doen ter geruststelling. Één arts vond dat screening mensen meer bewust maken van hun lichaam en gezondheid. Een andere arts zegt dat door screening een betere overleving wordt bekomen. Er werd eveneens opgemerkt door een arts, dat screening enkel zin heeft bij vaak voorkomende kankers. **(Tabel 20)**

Tabel 20 voordelen screening

	Huisartsen	Patiënten
Patiënten op tijd behandeld/vroegtijdige detectie	5	12

Betere overleving	1	0
Mensen bewust maken van hun lichaam	1	0
Geruststelling	0	2

C. Nadelen

Heel wat nadelen van screening zijn naar voor gekomen tijdens de interviews. Er werden er meer vernoemd door huisartsen dan door de patiënten. Beide hebben volgende nadelen vernoemd: vals-positief resultaat, onnodige behandelingen en onderzoeken als gevolg van screening, onrust na een positief resultaat. Er was slechts één patiënt die dacht aan de bijwerkingen van een screeningstest als nadeel.
Twee artsen haalden ook de vals-negatieve resultaten aan als nadeel. Één arts vond de voorbereidingen voor een FOBT vervelend en één huisarts sprak in dat kader ook van een daling van de kwaliteit van de test. Dit omdat deze voorbereidingen ervoor kunnen zorgen dat de test minder strikt wordt uitgevoerd. Ook de kostprijs werd eens aangehaald. Er werd ook de bedenking gemaakt, dat soms een positief resultaat word gevonden en dat terwijl de patiënt niet meer wordt behandeld. Tot slot vindt één arts dat er geen nadelen zijn aan screening. **(Tabel 21)**

Tabel 21 Nadelen screening

	Huisartsen	Patiënten
Vals negatief resultaat	2	0
Vals positief resultaat	2	1
Onnodige behandelingen en onderzoeken tot gevolg	1	1
Onrust na positief resultaat met nadien negatieve diagnose	1	2
Daling kwaliteit test	1	0
Kostprijs	1	0
Geen nadelen	1	0
Voorbereiding test FOBT (medicatie stoppen…)	1	0
Iets vinden na screening en dan toch niet meer behandelen	1	0
Bijwerkingen van screeningsonderzoek	0	1

4.2.4 Remmende factoren

Er werd reeds voor de artsen en patiënten afzonderlijk bekeken welke volgens hen de belemmerende factoren zijn tot screening naar darmkanker. Tijdens de interviews werd gevraagd wat voor de patiënten en huisartsen zelf de redenen zijn om zich niet te laten screenen. Er werd ook gepeild wat volgens hen voor anderen een reden is om zich niet te laten screenen. Sommige van de remmende factoren kwamen tijdens de interviews terloops naar boven. In dit hoofdstuk proberen we na te gaan welke remmende factoren gelijklopend zijn bij zowel arts als patiënt, en welke verschillend zijn. De resultaten worden ook weergegeven in een tabel per hoofdstuk.

4.2.4.1 Persoonsgebonden factoren

4.2.4.1.1 Huisartsgerelateerd

Bij zeker de helft van de patiënten kwam aan bod tijdens de interviews, dat hun huisartsen hen te weinig motiveren *("Hij heeft hier nog nooit over gepraat tegen mij)*. Als artsen dan toch uitleg geven over de onderzoeken, willen ze de keuze nog steeds aan de patiënt overlaten. Ze willen geen keuze opdringen. Mensen krijgen daarentegen de indruk dat de arts

dit minder belangrijk vindt, of toch niet belangrijk genoeg om hen te overtuigen: *Hij heeft niet aangedrongen. Als ik hem had gezegd 'doe dat maar' dan had hij dat ook zeker gedaan, maar hij heeft mij vrijgelaten, en ik ben er niet op ingegaan."*
Deze barrières worden door de huisartsen zelf niet aangehaald. Zij leggen de oorzaak eerder bij de patiënt, dan bij zichzelf. Het gebrek aan motivatie wordt door hen eveneens bij de patiënt gelegd.
Toch zijn er een beperkt aantal artsen die enkele factoren bij zichzelf plaatsen. Twee huisartsen hebben angst om ongerustheid te veroorzaken bij de patiënten. Artsen denken ook dat patiënten het nog niet gewoon zijn om preventief consult te doen bij de huisarts. Dit vormt voor de huisarts een drempel om over screening, en in het bijzonder over darmkankerscreening, te spreken met de patiënt. Twee artsen gaven zelf toe onvoldoende op de hoogte te zijn van de aanbevelingen. Voor één arts was darmkanker zelfs geen point of concern. En uit de interviews met de artsen blijken ook 3 artsen te vinden dat darmkankerscreening niet de grootste prioriteit vormt in het kader van preventie. **(Tabel 22)**

Tabel 22: huisartsgerelateerde remmende factoren

	Huisartsen	Patiënten
Gebrek aan patiëntenmotivering door de arts	0	7
De arts laat de patiënt een geïnformeerde keuze maken	4	2
Schroom om apart preventief consult uit te voeren	2	0
Angst induceren bij patiënt	2	0
Huisarts is onvoldoende op de hoogte van de richtlijn	2	0
No point of concern voor de huisarts	1	0
Andere gezondheidsproblemen zijn prioritair	3	5

4.2.4.1.2 Patiëntgerelateerd

Dit zijn de remmende factoren die gelinkt zijn aan de patiënt. Het gaat over hoe de patiënt staat tegenover gezondheid, hoe ze omgaan met ziekte, hun houding tegenover screening.

A. Demografisch

Er wordt enkel gesproken over het opleidingsniveau en de leeftijd die een rol kunnen spelen in het al dan niet screenen. Andere demografische factoren kwamen tijdens de interviews niet aan bod. Één patiënt haalde zelf aan dat lager opgeleide mensen vaak andere prioriteiten stellen, waardoor screening naar de achtergrond verdwijnt. Huisartsen voelen dit ook zo aan, niettegenstaande dit volgens hen de groep is die het meest kwetsbaar is.
Bij de patiënten vormde ook de leeftijd een barrière. Hierbij vonden mensen zich zowel te oud als te jong om zich te laten screenen. Bij de artsen is dit niet naar voor gekomen. **(Tabel 23)**

Tabel 23: Patiëntgerelateerde remmende factoren: Demografisch.

	Huisartsen	Patiënten
Lagere sociale klassen	5	1
Jongere leeftijd	0	1
Oudere leeftijd	0	4

B. Kennisgebrek/Gebrek aan motivatie

Uit de interviews met de patiënten blijkt dat 6 van de 15 patiënten nog nooit van darmkankerscreening heeft gehoord. De artsen stellen niet kennisgebrek voorop als remmende factor. Zij verwoorden het eerder als 'niet mee bezig zijn' (*En je hebt dan ook een groep mensen die daar nooit mee bezig is. Dat is eigenlijk de grootste groep*) of 'gebrek aan

motivatie'. Dus we zouden kunnen stellen dat artsen de kennis over darmkanker en de screening ervan, verkeerd inschatten bij de populatie. Mogelijks wordt de kennis hieromtrent overschat en wordt er bij de artsen te veel vanuit gegaan dat mensen alles weten. Het lijkt dan ook logisch dat artsen met dit idee, sneller denken dat patiënten niet gemotiveerd zijn.
Tijdens de interviews bleek ook dat 11 patiënten aanhaalden niet met darmkankerscreening bezig te zijn. Het blijkt dat darmkankerscreening geen point of concern is bij het gros van de patiënten. **(Tabel 24)**

Tabel 24 Kennisgebrek/gebrek aan motivatie

	Huisartsen	Patiënten
Patiënten zijn niet bezig met darmkanker screening	7	11
Patiënten zijn onvoldoende gemotiveerd	5	2
Gebrek aan kennis bij de patiënten/onwetendheid	0	6 (*hadden er nog nooit van gehoord)*

C. Visie t.o.v. screening

De mate waarin mensen zich laten screenen, hangt ook af van hun visie tegenover screening. Dit bleek uit de interviews met de patiënten. Vaak zijn ze bezig met andere zaken, of geven ze andere gezondheidsproblemen prioriteit. Het bezig zijn met andere zaken en niet met darmkanker was zelfs de meest vernoemde barrière tot screening door de huisartsen. En uit de interviews met de artsen blijken ook 3 artsen te vinden dat darmkankerscreening niet de grootste prioriteit vormt.
Een tweetal patiënten vreesden dat ze door screening een behandeling zouden krijgen die ze anders niet zouden krijgen. Dit werd nergens vermeld in de interviews met de artsen. Maar volgens de huisartsen zou angst voor een positief onderzoeksresultaat bij patiënten daarentegen wel een remmende factor zijn om zich te laten screenen. Dit onderwerp komt later in deze scriptie nog terug aan bod.
Tenslotte zijn er ook een viertal patiënten die twijfelen over het nut van het onderzoek. Ze bekijken het screeningsproces met een kritisch oog en vragen zich af in hoeverre deze onderzoeken betrouwbaar zijn. "*ik blijf er eigenlijk mijn twijfels over hebben. Wel ik denk dat er toch meer voor- dan nadelen zijn als je het bekijkt, maar dat is toch niet voldoende om mij te overtuigen." "De vraag is of dat dit echt zo is?"* Als we dit nagaan bij de artsen, zien we dat bij evenveel onder hen twijfel bestaat over het nut van darmkankerscreening (3). **(Tabel 25)**

Tabel 25 Visie t.o.v. screening

	Huisartsen	Patiënten
Patiënten zijn niet bezig met darmkanker	7	11
Andere gezondheidsproblemen zijn prioritair	3	5
Twijfel over het nut van het onderzoek	3	4
Diagnose of behandeling krijgen die men anders niet zou krijgen	0	2

D. Visie t.o.v. darmkanker

Het blijkt uit de interviews dat de visie tegenover darmkanker belangrijke barrières vormt. Eerst en vooral heerst er het idee bij sommige patiënten dat er een niet te beïnvloeden voorbeschiktheid bestaat om darmkanker te krijgen (*"als je dat moet krijgen, dat je dat krijgt")*. Een tweetal huisartsen schatten dit ook zo in. Hierbij sluit ook het kankerfatalisme aan. Een zestal personen is ervan overtuigd dat sterfte onvermijdelijk is, eens ze de diagnose krijgen.

Geen enkele huisarts heeft dit vermeld als potentiële barrière tot screening, hoewel dit toch bij een aanzienlijk deel van de patiënten naar voor kwam.
Een zestal personen lieten vallen dat ze niet deelnemen aan screening omdat ze denken geen darmkanker te kunnen krijgen. Ook dit werd door huisartsen niet aangehaald.
De belangrijkste reden om zich niet te laten screenen, blijkt de afwezigheid van darmklachten. Twaalf personen brachten dit aan als belangrijkste remmende factor om zich te laten screenen. Dit terwijl onderzoek na het optreden van darmklachten theoretisch gezien niet meer onder de naam 'screening' valt. Het blijkt dat de term 'screening' bij mensen nog niet goed gekend is. Dit weerspiegelt hoe mensen tegenover gezondheid staan: men gaat geen onderzoeken laten doen, als men zich goed voelt. Huisartsen onderschatten deze factor, want slechts vier van hen gaf dit aan als belemmerende factor.
Een andere reden dat patiënten zich niet laten screenen, is dat ze niet willen weten dat ze kanker hebben. Uit de interviews bleek dat deze reden verschillende achtergronden kan hebben. Ze zijn bijvoorbeeld bang om geconfronteerd te worden met de realiteit. Één patiënt beschreef het als volgt: *"Ik weet het dan liever niet. En als het zover is, weet ik niet in hoeverre ik mij zou laten behandelen, dat zou afhangen van de pijn en de lijdensweg die ik zou moeten doormaken. Ik zou niet graag lijden. Ik heb dat gezien bij andere mensen, en dat is toch wel zwaar."* Ook vier artsen benoemden dit als belemmerende factor, maar er werd niet verder nagevraagd wat de reden is van de patiënt voor 'het niet willen weten'. **(Tabel 26)**

Tabel 26 Visie t.o.v. darmkanker

	Huisartsen	Patiënten
Geloof dat 'niet te beïnvloeden voorbeschiktheid bestaat'	2	3
Kankerfatalisme	0	6
Denken geen darmkanker te kunnen krijgen (patiënt)	0	6
Geen darmklachten hebben	4	12
Niet willen weten dat je kanker hebt	4	4

E. Ervaring met screening

Er was slechts één patiënt die een slechte ervaring met coloscopie aangaf als reden om zich niet te laten screenen. Dit werd door geen enkele arts benoemd.

F. Angst en bezorgdheden bij patiënten

Angst neemt zowel bij de artsen als de patiënten een belangrijk plaats in als remmende factor. De angst kan gaan over angst voor het resultaat, maar eveneens over angst in verband met verschillende facetten van het onderzoek.
Maar liefst 13 patiënten hebben tijdens de interviews algemeen angst geuit voor een colonoscopie. Niemand heeft dit vermeld voor een FOBT. Artsen schatten dit ook hoog in. Patiënten vertelden vaak gehoord te hebben via personen uit de omgeving hoe dit onderzoek gaat, waardoor ze meer geremd zijn om het te laten doen. Ook artsen weten dat er verhalen rondgaan onder de mensen (*Sommigen hebben al opgevangen dat dat geen aangenaam onderzoek is, van vrienden of zo*).
Verder is er angst voor verdoving, pijn en de complicaties van het onderzoek. Vooral deze laatste 2 zaken werden door de helft van de patiënten vernoemd. Door de artsen werden dezelfde angsten beschreven, maar in mindere mate. Als complicatie werd door beide groepen vooral gedacht aan een perforatie.
Een andere belangrijke factor is angst voor een positief onderzoeksresultaat. Tien personen hebben dit tijdens het interview vermeld. Dit werd door slechts half zo veel artsen vermeld, waardoor deze factor vermoedelijk wordt onderschat door hen. Deze vijf artsen waren er wel steevast van overtuigd dat dit tot vermijdingsgedrag kan leiden. *De angst dat dat [screening] met zich meebrengt. Iedere evaluatie dat je doet, brengt angst bij. Angst voor het resultaat, dat is heel duidelijk.*

Naast de angst voor een positief onderzoeksresultaat, wordt ook angst aangegeven voor het gevolg hiervan. Vier patiënten spraken over schrik voor de lijdensweg die volgt, of over verdere onderzoeken en behandelingen die dan moeten gebeuren. Hierbij heeft geen enkele arts stilgestaan. **(Tabel 27)**

Tabel 27 Angst bij patiënten

	Huisartsen	Patiënten
Angst voor een positief onderzoeksresultaat	5	10
Angst voor de consequenties (behandeling, verder onderzoek)	(1) *(noodzaak tot colo na positieve FOBT)*	4
Angst voor het onderzoek (colonoscopie)	5	13
Angst voor pijn	2	7
Angst voor verdoving	1	2
Angst voor de complicaties van het onderzoek (colonoscopie)	8	7

G. Angst en bezorgdheden bij huisartsen

Zowel arts als patiënt zijn het er over eens dat screening angstinducerend kan werken, hoewel slechts in beperkte mate vernoemd werd. Bij artsen was de schrik voor angstinductie een reden om niet over screening te spreken. Bij patiënten was dit een reden om zich niet te laten screenen.

Een kleine groep patiënten zou ook niet deelnemen aan screening wegens gêne voor het onderzoek. Één arts vond dit voor zichzelf ook een barrière om het onderzoek niet te laten uitvoeren.

Zoals hierboven reeds vermeld, is er angst voor de bijwerkingen van een colonoscopie. Dit wordt hier nog eens benadrukt, omdat dit voor artsen zelf een belangrijke drempel vormt tot screening *("Ook gevaarlijke testen of onderzoeken raad ik niet zo rap aan").* **(Tabel 28)**

Tabel 28 Angst bij huisartsen

	Huisartsen	Patiënten
Schaamte bij colonoscopie	1	3
Angst voor de complicaties van het onderzoek (colonoscopie)	8	7
Screening is angstinducerend	2	3

4.2.4.2 Ziektegebonden factoren

Deze barrière werd reeds eerder vermeld in het hoofdstuk 4.6.1.2.4 **(Tabel 29)**

Tabel 29 Ziektegebonden factoren

	Huisartsen	Patiënten
Andere gezondheidsproblemen zijn prioritair	3	2

4.2.4.3 Onderzoeksgebonden factoren

4.2.4.3.1 Effectiviteit van de screeningstesten

Het blijkt uit de interviews dat patiënten de kans op een vals negatief resultaat belangrijker inschatten dan een vals positief resultaat. Dit geldt vooral voor de FOBT. Deze resultaten werden echter bekomen na het geven van uitleg over de verschillende testen, elk met hun voor- en nadelen. De patiënten baseerden hierop hun mening. De onderzoekers brachten de patiënten met in contact met deze informatie, maar de vraag blijft of dit voor de patiënten echt

een issue is. De vraag is of ze echt met dit aspect van een screeningstest bezig zijn en daarop ook hun keuze van screeningstest baseren.
Het blijkt dat huisartsen veel belang hechten aan de effectiviteit van de onderzoeken, meer dan de patiënten De huisartsen schatten het belang van het aantal vals positieve resultaten hoger in dan het aantal vals-negatieven. De effectiviteit van de onderzoeken zou volgens de resultaten van de interviews de grootste barrière vormen bij de artsen.
Toch vermelden artsen dat kankers missen ernstiger is voor hen, dan het nodeloos uitvoeren van verder onderzoek na een positieve FOBT. *"Het vervelende van al die testen zijn zowel de vals-positieven als de vals-negatieven. De vals-negatieven zijn natuurlijk nog ambetanter.*" 'Het nodeloos uitvoeren van een colonoscopie na een positieve FOBT' werd ook niet als dusdanig vermeld als remmende factor bij de patiënten. Zij stonden enkel stil bij het nut van een FOBT bij aandoeningen zoals hemorroïden bijvoorbeeld. **(Tabel 30)**
De sensitiviteit en de specificiteit werden tijdens de interviews niet verder geëxploreerd.

Tabel 30 Onderzoeksgebonden factoren: uitkomsten

	Huisartsen	Patiënten
Vals-negatieve resultaten bij FOBT	7	5
Vals-positieve resultaten bij FOBT	8	2
Noodzaak tot colonoscopie na positieve FOBT	2	0

4.2.4.3.2 Onderzoekspecifiek

Er zijn een aantal zaken, gebonden aan de onderzoeken zelf, die voor zowel artsen als patiënten een remming tot screening betekenen. Voor de FOBT was dit vooral de omgang met stoelgang. De artsen die dit vernoemden vonden dit een barrière voor zichzelf én de patiënt.
Wat betreft de colonoscopie, was het vooral de darmvoorbereiding die een belemmering met zich meebrengt. Uit de interviews blijkt dat artsen dit voor hun patiënten als belangrijke remmende factor zien, hoewel slechts een derde van de patiënten dit heeft vernoemd.
Een laatste factor is de noodzaak tot herhalingsonderzoek. Een drietal patiënten vinden het vervelend dat ze gebonden blijven aan een onderzoek eens ze er mee zijn begonnen. Dit zou te maken hebben met stress omtrent deze onderzoeken. Zo blijkt uit de interviews met de patiënten. Ook evenveel artsen vermeldden dit als barrière, maar gaven beperkt uitleg waarom dit zo zou kunnen zijn.
Door een klein aantal artsen werden ook een 2 zaken vernoemd die niet door de patiënten werden aangehaald als remmende factor. Het heeft vooral betrekking tot de voorbereiding voor een FOBT, namelijk de aanpassing van de voeding en het stoppen van bloedverdunnende medicatie. Mogelijks zijn deze zaken niet aangehaald door de patiënten, omdat zij niet op de hoogte zijn van deze voorbereiding. **(Tabel 31)**

Tabel 31 Onderzoeksgebonden factoren: onderzoekspecifiek

	Huisartsen	Patiënten
Noodzaak tot herhalingsonderzoek	3	3
Omgaan met stoelgang	3	2
Darmvoorbereiding bij colonoscopie	13	5
Aanpassing van voeding voor het uitvoeren van een FOBT	2	0
Stoppen van bloedverdunnende medicatie voor het uitvoeren van FOBT	2	0

4.2.4.3.3 Pakt het probleem niet aan de oorzaak aan

Één patiënt vindt dat men eerder de oorzaak van kanker moet aanpakken in plaats van te screenen. Geen enkele arts heeft dit vermeld. **(Tabel 32)**

Tabel 32 Onderzoeksgebonden factoren: pakt het probleem niet aan de oorzaak aan

	Huisartsen	Patiënten

Neemt niet de oorzaak aan	0	1

4.2.4.3.4 Kostprijs

Drie patiënten hebben het over de kostprijs van de test. Slechts één arts heeft het over de kostprijs voor de patiënt.*"Kostprijs speelt altijd mee"*
Er waren 3 patiënten die hun twijfels hadden over de oprechtheid van screening. Het ging vooral om colonoscopieën omdat deze in het ziekenhuis gebeuren. Ze vermoeden dat dit onderzoek eerder zou gebeuren wegens commerciële redenen. Dit kwam tijdens de interviews van de huisartsen echter niet aan bod. **(Tabel 33)**

Tabel 33 Onderzoeksgebonden factoren: Kostprijs

	Huisartsen	Patiënten
Kostprijs voor de patiënt	1	3
Screening gebeurt om commerciële redenen	0	3

4.2.4.4 Organisatorische factoren

4.2.4.4.1 Algemeen

Beide groepen halen organisatorische redenen aan als reden om zich niet te laten screenen, maar deze zijn voor beide groepen verschillend. De patiënten spreken meer voor zichzelf. Ze vinden de FOBT belastend of over de dagopname bij colonoscopie waardoor bijvoorbeeld werkverlet ontstaat.
Artsen hebben het meer over organisatorische problemen in de infrastructuur van de praktijk. Ze klagen van tijdsgebrek of gebrek aan computerondersteuning in het EMD. Ook het feit dat de toename aan colonoscopieën niet kan opgevangen worden in de maatschappij werd tweemaal vernoemd. Deze laatste factoren werden nooit aangehaald door de patiënten. Vermoedelijk is dit omdat patiënten geen notie hebben van hoe organisatie van screening in elkaar kan zitten.
Er zijn toch al 4 artsen die ook het tijdsgebrek bij de patiënt als barrière benoemen tot screening. **(Tabel 34)**

Tabel 34 Organisatorisch: Algemeen

	Huisartsen	Patiënten
Afwezigheid van een duidelijke richtlijn	4	0
Gebrek aan computerondersteuning in het EMD	3	0
Tijdsgebrek van de huisarts	2	0
Tijdsgebrek bij de patiënt	4	6
Maatschappij niet in staat om toename aan coloscopieën op te vangen	2	0
Niet gewoon zijn om op preventie-consult te gaan	3	0

4.2.4.4.2 Economische aspecten

Er zijn 6 artsen die dit benoemen als barrière. Bij de patiënten is dit minder, maar toch zijn er twee die dit vermeld hebben. Ze vragen zich af of de kosten van screening verantwoord is. **(Tabel 35)**

Tabel 35 Organisatorisch: Economisch

	Huisartsen	Patiënten
Kostenplaatje voor de maatschappij	6	2

4.2.5 Bevorderende factoren

4.2.5.1 Persoonsgebonden factoren

Een hoge leeftijd werd hiervoor reeds aangegeven als belemmerende factor, maar dit kan ook een bevorderende factor zijn. Voor 2 personen heeft screening dan juist meer nut omdat men zich meer vatbaar acht voor de ziekte. Evenveel artsen halen dit aan als stimulerende factor. Anderzijds wordt door hen meer stilgestaan bij de gezondheidswinst in de jongere doelpopulatie.
Patiënten schatten 'bezig zijn met een goede gezondheid' meer bevorderend dan artsen. Maar wat vooral doorslaggevend blijkt te zijn volgens de artsen is iemand hebben in de kenniskring of familie met de ziekte. Ook denken ze dat angst om kanker te hebben vrij stimulerend werkt om zich te laten screenen. Patiënten vinden dit minder belangrijk. Patiënten benoemen het meer vanuit een positief perspectief. Ze spreken niet over angst, maar wel over een wens tot geruststelling.
Tenslotte zijn er een aantal zaken waarvan de artsen denken dat het bevorderend werkt, terwijl ze niet werden vermeld door de patiënten. Het gaat dan vooral om een punctuele persoonlijkheid hebben, in contact komen met gezondheidszorg, of behoren tot een hogere sociale klasse. **(Tabel 36)**

Tabel 36 Persoonsgebonden: patiëntgerelateerd

	Huisartsen	Patiënten
Leeftijd	2	2
Met gezondheid bezig zijn	1	4
Familiaal risico	9	4
Mensen kennen met darmkanker	8	4
Angst om kanker te hebben	8	5
Gerustgesteld worden	4	8
Tot een hogere sociale klasse behoren	3	0
Het belangrijk vinden zich te laten screenen	2	0
In contact komen met gezondheidszorg	1	0
Punctuele persoonlijkheid hebben	1	0

4.2.5.2 Ziektegebonden factoren

Één patiënt vermeldde dat het veel voorkomen van darmkanker een reden was om zich te laten screenen. Geen enkele arts heeft dit zo aangegeven. Waar ze het wel beiden over eens zijn, is dat screenen nuttig is om de kanker in een vroegtijdig stadium te diagnosticeren om de prognose te verbeteren en minder ingrijpende behandelingen te moeten toepassen. "*Ik denk dat dat [darmkanker] een aandoening is die staat of valt bij vroegtijdige detectie. En als je ze er op een eenvoudige manier kunt uithalen, via staaltjes, dan is dat een goeie zaak denk ik. Mensenlevens redden door vroegtijdige detectie.*" **(Tabel 37)**

Tabel 37 Ziektegebonden factoren

	Huisartsen	Patiënten
Hoge incidentie van darmkanker	0	1
Kanker in een vroegtijdig stadium diagnosticeren	10	7

4.2.5.3 Onderzoeksgebonden factoren

De onderzoeksgebonden stimulerende factoren tot screening liggen vooral in het voordeel van de FOBT als het op de patiënten aankomt. Ze hebben het over een pijnloos, eenvoudig, veilig en niet lastig onderzoek. En het heeft geen complicaties.

De artsen haalden ongeveer dezelfde zaken aan die in een voordeel van een onderzoek kunnen spelen. Maar ze hebben het niet enkel over de FOBT. De lage kostprijs, veiligheid en eenvoud van de test speelt in het voordeel van FOBT. Maar wat betreft de betrouwbaarheid, haalt de colonoscopie toch de bovenhand. Een FOBT is een minder lastig onderzoek dan een colonoscopie volgens de artsen, hoewel één arts heeft vermeld dat patiënten niet klagen over de last van een colonoscopie. **(Tabel 38)**

Tabel 38 Onderzoeksgebonden factoren

	Huisartsen	Patiënten
Eenvoudig	7	6
Niet ingrijpend	3	0
Niet lastig	0	5
Pijnloos	0	4
Veilig	4	3
Financieel voordelig	1	1
Betrouwbaar	7	0

4.2.5.4 Organisatorische factoren

4.2.5.4.1 Maatschappelijk

Twee patiënten laten zich screenen omdat het bijdraagt tot de wetenschappelijke vooruitgang. Dit was voor geen enkele arts een bevorderlijke factor. **(Tabel 39)**

Tabel 39 Organisatorisch: Maatschappelijk

	Huisartsen	Patiënten
Meewerken aan wetenschappelijke vooruitgang	0	2

4.2.5.4.2 Patiëntgerelateerd

Bij de patiënten speelt een uitnodiging om zich te laten screenen een belangrijke rol. Ze vinden de rol van de huisarts hierin zeer belangrijk en vinden een vertrouwensrelatie met hun huisarts hiervoor ideaal*"als jullie (artsen) zeggen dat we iets moeten doen, zal het ook wel belangrijk zijn"* . De patiënten verwachten wel dat er genoeg informatie wordt gegeven omtrent voordelen en nadelen van het onderzoek en over het onderzoek zelf.
Huisartsen zijn hier van overtuigd. Ze zijn er zich van bewust dat hun advies een impact kan hebben op het screeningsgedrag van mensen "*ik denk dat een stuk het zou doen uit vertrouwen in mij. Ze denken dan: als hij het vraagt, zal het wel zijn dat het nodig is"*.
Verder geven enkele patiënten aan dat sensibilisering via de overheid ook een positieve invloed zou kunnen hebben op screening. Hoe mensen kunnen aangespoord worden om zich te laten screenen, werd echter minder expliciet nagevraagd tijdens de interviews met de huisartsen. Toch hebben een vijftal artsen vermeld dat sensibiliseren via de overheid een hulp kan betekenen, om mensen bewust te maken van darmkankerscreening. **(Tabel 40)**

Tabel 40 Organisatorisch: Patiëntgerelateerd

	Huisartsen	Patiënten
Uitgenodigd worden om zich te laten screenen	7	8
Patiënten sensibiliseren	5	3

4.2.5.4.3 Huisartsgerelateerd

Bij de huisartsen werden nog een aantal zaken vernoemd die bevorderend zijn voor hen om te screenen. Dit vinden we uiteraard niet terug bij de patiënten omdat dit enkel op de praktijkvoering van de arts slaat.
Voor een zevental artsen zou het bestaan van een duidelijke richtlijn hen tot een beter screeningsbeleid kunnen leiden. Ook het GMD+ zou volgens 2 artsen kunnen stimuleren om naar darmkanker te screenen.

Tot slot zijn er 3 artsen die door hun eigen familiale voorgeschiedenis, bewuster zijn als het aankomt tot darmkankerscreening.

4.3 Samenvatting van de resultaten van de patiënteninterviews, en van de vergelijking tussen huisarts en patiënt

Hieronder wordt kort de essentie van de thesissen van mijn collega's Mieke Latruwe (patiënten) en Evelien Vandromme (huisartsen) samengevat. De volledige thesis kan u opvragen via mieke.latruwe@ugent.be en evelien.vandromme@ugent.be.

4.3.1 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij de patiënt (Mieke Latruwe)

Uit de interviews bij vijftien patiënten naar hun kennis, ideeën en verwachtingen omtrent darmkankerscreening blijkt dat de kennis over CRC bij patiënten onvolledig maar voldoende is. CRC-screening zelf is bij 9/15 personen gekend, maar slechts 3/15 personen zijn reeds zelf gescreend (allen via colonoscopie). Deze drie personen werden door de huisarts aangesproken, in tegenstelling tot de overige 12 personen. De patiënt verklaart het kennistekort enerzijds door een gebrek aan informatie en anderzijds door een tekort aan interesse in deze thematiek. Wat opvalt is dat geen enkele patiënt zou weigeren om aan screening deel te nemen, mocht de huisarts hier sterk op aansturen. Men vindt het de taak van de huisarts om informatie op maat te bieden binnen het preventieve kader.
De belangrijkste remmende factoren tot screening zijn volgens de patiënten dan ook (i) hun kennisgebrek (niet weten dat het bestaat) (ii) het gebrek aan patiëntenmotivering door de arts, en (iii) niet bezig zijn met CRC (andere prioriteiten hebben). Als belangrijkste bevorderende factoren geven patiënten aan (i) motivatie tot screening door de huisarts (ii) familie/kennissen met darmkanker en (iii) darmklachten hebben.
Wanneer patiënten ervoor zouden kiezen om aan CRC-screening deel te nemen, zou het merendeel (13/15) voor FOBT kiezen vanwege het makkelijke en veilige profiel, en de rest (2/15) voor colonoscopie. We bemerken een algemene hoge terughoudendheid t.o.v. colonoscopie vanwege (i) angst voor de pijn/verdoving (ii) angst voor complicaties en (iii) angst voor darmvoorbereiding

4.3.2 Kennis, ideeën en verwachtingen over darmkankerscreening bij de patiënt (Evelien Vandromme)

In deze scriptie vindt u de resultaten van de verwerking van de huisartseninterviews terug. Deze tonen aan dat Vlaamse huisartsen darmkanker als een belangrijk gezondheidsprobleem beschouwen. Bovendien zien ze preventie duidelijk als taak voor de eerste lijn. Daarentegen leggen Vlaamse huisartsen voor darmkankerscreening sterk de nadruk op darmonderzoek bij de (beperkte) hoogrisicopopulatie. 8/15 huisartsen vertelt bijna uitsluitend te screenen bij deze hoogrisicopopulatie, en enkel in de laagrisicogroep te screenen indien de patiënt hierom vraagt. 5/15 artsen volgen de Aanbeveling van Domus Medica, waarbij ook laagrisicopatiënten om de één à twee jaar gescreend worden. Deze huisartsen nemen zelf het initiatief om patiënten over CRC-screening aan te spreken. CRC-screening gebeurt meestal opportunistisch (13/15).
Remmende factoren voor CRC-screening zijn volgens huisartsen voornamelijk dat patiënten niet bezig zijn met dit preventief onderzoek (7/15), een gebrek aan motivatie bij de patiënt (5/15), en de angst voor een positief onderzoeksresultaat (5/15). Onderzoeksgebonden barrières zijn voor FOBT de vals-positieve (8/15) en vals-negatieve (7/15) resultaten. Voor colonoscopie worden de darmvoorbereiding (13/15) en angst voor complicaties (8/15) als belangrijkste remmende factoren vernoemd. Als voornaamste bevorderende factoren zien huisartsen het hebben van een familielid (9/15) of iemand uit de omgeving (8/15) met darmkanker, en angst om kanker te hebben (8/15). Het doel van huisartsen bij CRC-screening is het vroegtijdig diagnosticeren van darmkanker, om zo prognose van de patiënt te vergroten. De kennis van huisartsen over CRC en CRC-screening is wisselend.
Momenteel wordt in de huisartspraktijk slechts vrij beperkt naar darmkanker gescreend. Huisartsen focussen zich hierbij bovendien eerder op de hoogrisicopopulatie dan op de laagrisicopopulatie. Deze laatste patiëntengroep wordt door slechts 5/15 huisartsen actief over

CRC-screening aangesproken. De meeste huisartsen lijken nog niet klaar om in een bevolkingsonderzoek voor CRC-screening mee te stappen. Huisartsen schrijven het niet-screenen echter vooral aan patiëntenfactoren toe; slechts in mindere mate leggen ze de belemmering tot screening bij zichzelf.

5 DISCUSSIE

Als we de kennis tussen arts en patiënt willen vergelijken, moeten we eerst en vooral een belangrijke opmerking maken. Er bleek bij alle 3 de onderzoekers enige schroom te bestaan om goed door te vragen naar kennis over darmkanker tijdens de interviews bij de huisartsen. Er werd systematisch vanuit gegaan dat darmkanker door de huisartsen goed gekend is. Dit bleek toch niet steeds zo te zijn. En dit geeft ook een vertekend beeld in het vergelijken van de resultaten tussen arts en patiënt. Darmkanker wordt door beide groepen als een belangrijk gezondheidsprobleem beschouwd. Maar in cijfers kunnen ze dit moeilijk uitdrukken. Zowel arts als patiënt weten dat de belangrijkste risicofactor een positieve familiale anamnese is. Patiënten schatten hun risico op het krijgen van darmkanker hoger in, als ze iemand in de familie hebben met deze ziekte. Een ongezonde levensstijl werd door de patiënten ook vernoemd als risicofactor op darmkanker, maar niet door de artsen. Nochtans zeggen de meeste huisartsen een gezonde levensstijl belangrijk te vinden, waarbij ze denken dat dit een belangrijk effect kan hebben op de gezondheid. De patiënten zijn op de hoogte dat bloed in de stoelgang een alarmsignaal is. De kennis over alarmsymptomen is uiteraard beter bij huisartsen in vergelijking met de patiënten.

Screening blijkt bij de patiënten geen welgekend begrip te zijn. Sommigen hoorden ervan, maar kunnen slechts een vage uitleg geven over wat het betekent. Er werd niet specifiek gevraagd aan de arts een definitie van screening te geven, in de veronderstelling dat dit bij hen gekend is. Er werd gevraagd aan patiënten wat hun idee over screening is. De meeste onder hen hadden het moeilijk om hier een antwoord op te formuleren. Na uitleg over screening, werd de vraag opnieuw gesteld. Toen kregen we verscheidene reacties. Een aantal vonden screening nuttig, een aantal lieten het toch liever over aan de arts. Nog andere denken dat screening geen verschil maakt. Op die manier is het moeilijk in te schatten welke visie over screening er echt leeft bij de patiënten. Toch waren sommige patiënten in staat een aantal voordelen op te noemen van screening zoals vroegtijdige detectie van de kanker en tijdige behandeling. Volgens de artsen is er een deel die screening nuttig vindt en zich voor alles zou laten screenen. Een drietal artsen verwoordden dit als de worried-well.
Het werd duidelijk tijdens de interviews met de huisartsen, dat vooral borstkankerscreening en cervixkankerscreening het meest wordt uitgevoerd. Deze onderzoeken blijken ook bij de patiënt het best gekend. Wat betreft darmkankerscreening zijn de meeste huisartsen wel op de hoogte van de leeftijd waarop men moet beginnen screenen, en de beschikbare onderzoeken.
Bij de patiënten gaat de voorkeur naar een FOBT. Zij maken hun keuze op basis van het gemak van de test en de veiligheid. Bij de artsen ligt dit anders. Voor hoog risico patiënten (ie. Patiënten met positieve familiale anamnese of patiënten met darmklachten) kiezen zij resoluut voor een colonoscopie. Bij hen primeert de effectiviteit van het onderzoek. Hierbij maken we nogmaals de opmerking dat een colonoscopie bij darmklachten diagnostisch is, maar geen screening. Bij laag risico patiënten wordt dan toch geopteerd voor een FOBT.
Het blijkt dat bijna de helft van de patiënten nog nooit over darmkankerscreening heeft gehoord. Dat zegt iets over het huidige screeningsbeleid van darmkanker. Hoewel mensen vaak via hun omgeving of familie horen over darmkanker, blijkt dit toch niet hun belangrijkste zorg te zijn. Dit blijkt ook zo te zijn bij huisartsen. Waarschijnlijk vinden huisartsen andere zaken belangrijker, of vinden ze het moeilijk om dit onderwerp aan te brengen tijdens de consultatie. Een aantal huisartsen vinden het moeilijk om een preventie-consult te doen, omdat ze denken dat mensen hiervoor nog niet klaar zijn. Dit is mogelijks afhankelijk van praktijk tot praktijk en vergt inderdaad enige aanpassing van de patiënt én van de arts. Het is een andere facet van de geneeskunde, een facet dat veel mensen in bepaalde regio's nog moeten aan wennen.

Als we vergelijken wat voor patiënten en artsen de belemmerende factoren zijn tot screening, zien we toch een aantal verschillen. Artsen leggen de oorzaak van de lage participatiegraad eerder bij de patiënten en omgekeerd. De helft van de patiënten vindt dat hun huisarts hen te weinig motiveert, terwijl ze verwachten van de arts dat deze juist aangeeft of zo een onderzoek belangrijk is al dan niet. Huisartsen daarentegen leggen het gebrek aan motivatie bij de patiënt. Misschien komt het gebrek aan motivatie bij de artsen doordat zij vooraf

denken dat hun patiënten niet gemotiveerd zijn. En stellen ze daardoor minder screening voor aan de patiënt. Huisartsen gaven ook aan dat zij het idee hebben dat patiënten niet met screening bezig zijn. Kennisgebrek haalden zij echter niet aan als remmende factor. Mogelijks wordt de kennis bij de patiënt door de huisarts verkeerd ingeschat en gaan ze ervan uit dat de patiënt toch iets weet. Zelf zeggen 11 patiënten ook niet met screening bezig te zijn. De vraag is of kennisgebrek hier aan de basis ligt. Of zijn het vooral sommige visies tegenover gezondheid en screening die ervoor zorgen dat patiënten automatisch minder met screening bezig zijn. Het gaat bijvoorbeeld over het idee dat mensen een niet te beïnvloeden voorbeschiktheid hebben om kanker te hebben. Ook kankerfatalisme, niet willen weten dat je kanker hebt, of het idee geen kanker te kunnen krijgen zijn hiervan een voorbeeld.
Een belangrijke remmende factor tot screening bij patiënten, bleek de afwezigheid van darmklachten. Dit weerspiegelt alweer het standpunt van de patiënt tegenover gezondheid. Men laat zich niet onderzoeken, als men zich goed voelt. Hierbij gaat de betekenis van 'screening' aan de patiënt voorbij. Huisartsen onderschatten dit of gaan er misschien te veel van uit dat patiënten de inhoud van screening goed kennen.
Angst is een andere belangrijke remmende factor bij beide partijen, al heeft dit voor elke groep een andere betekenis. Bij patiënten bestaat er vooral angst voor de colonoscopie. Er is angst voor de verdoving, voor pijn en voor complicaties. Soms horen ze ook via de omgeving hoe zo een onderzoek tewerk gaat, waardoor de angst versterkt wordt. Er heerst ook angst voor een positief onderzoeksresultaat. Sommige artsen kunnen dit zich dit ook zo voorstellen bij de patiënten. Maar zelf geven ze aan meer schrik te hebben om angst te induceren bij de patiënt wanneer ze over screening spreken. De huisartsen doen liever een onderzoek extra na een positieve FOBT, dan een kanker te missen. Angst blijft dus wel een sterke emotie, die ervoor zou kunnen zorgen dat minder wordt gescreend.
De noodzaak tot herhalingsonderzoek vormt ook een remmende factor tot screening. De huisartsen vinden het moeilijk per patiënt op te volgen wanneer ze moeten gescreend worden. Gebrek aan infrastructuur kan hiervan aan de basis liggen. Een goed medisch programma, waar gemakkelijk kan opgevolgd worden wanneer de patiënt moet gescreend worden, zou eventueel een oplossing kunnen bieden. Er zijn ook artsen die een FOBT tijdrovend vinden. Hiervoor bestaat mijns inziens een gemakkelijke oplossing, namelijk de staaltjes opsturen naar het labo. Op die manier wordt screenen aan de hand van FOBT minder tijdrovend. Voor de patiënt kan stress bij ieder herhalingsonderzoek een rol spelen. Ook tijdsgebrek is voor de patiënt een reden om zich niet te laten screenen.
Als patiënten toch gehoord hadden over darmkankerscreening, dan kenden ze vooral de colonoscopie. Maar slechts de 2 patiënten die het onderzoek ondergingen, wisten goed uit te leggen hoe het onderzoek in elkaar zit. Huisartsen kennen de procedure zeer uitgebreid, maar geven vaak te weinig informatie door aan de patiënt.
Het valt op dat de kennis over de FOBT algemeen beperkt is bij zowel artsen als patiënten. Artsen zijn uiteraard meer bekend met de test dan patiënten, maar als het aankomt op de praktische uitvoering en voorbereiding ervan, scoren ook de huisartsen niet goed. Gebrek aan kennis over de uitvoering van de test zou een probleem kunnen vormen bij het geven van instructies aan de patiënt, waardoor de kwaliteit van de test zou kunnen dalen door achteruitgang van de effectiviteit. Belangrijker is wel nog, dat dit waarschijnlijk in eerste instantie een drempel vormt tot het voorstellen van de test als screeningsmedium. Dit is een relevant gegeven, aangezien patiënten juist verwachten dat de arts hen die test zelf voorstellen. Hierbij komt ook dat artsen denken dat patiënten minder graag een FOBT zouden uitvoeren, wegens de omgang met stoelgang. Dit werd slecht zeer beperkt door de patiënten aangehaald als remmende factor.
Wat ook frappant is, is het feit dat huisartsen algemeen niet op de hoogte zijn over het effect op de mortaliteit van de FOBT, een hard eindpunt. Indien men meer overtuigd zou zijn over het nut van de test, zou dit een verhoging van screening kunnen betekenen. Nu kiest men vooral voor zekerheid, wat volgens de meeste artsen kan geleverd worden door een colonoscopie, vooral bij hoogrisico patiënten en patiënten met klachten. Hierbij sluit aan dat artsen geen duidelijk idee hebben over het aantal vals positieven en het aantal vals negatieven van de onderzoeken. Dit vormt een contradictie met het feit dat ze anderzijds aangeven dat dit belangrijke factoren zijn, die de kwaliteit van de screeningstest mee bepaalt.

Als bevorderende factor om te screenen werd ‘angst voor kanker’ aangehaald door de artsen. Patiënten verwoordden dit eerder in een positieve connotatie, namelijk ze zouden screenen ter geruststelling. Angst is voor de patiënt op dit moment dan geen issue. De vraag is echter of we door het sensibiliseren van mensen voor darmkankerscreening, deze wens tot geruststelling niet transformeren naar angst voor kanker?
Huisartsen gaven aan dat ze meer zouden screenen indien er een richtlijn aanwezig zou zijn. Ook het GMD+ zouden een aantal artsen graag in gebruik nemen. Er bestaat echter al een richtlijn voor darmkankerscreening. Is de aanwezigheid van een richtlijn dan echt een bevorderende factor tot screening? Een aantal patiënten en huisartsen geven aan dat sensibilisatie via de overheid zou kunnen helpen. Ze halen dan het voorbeeld van borstkankerscreening aan. De vraag is of dit voor darmkankerscreening hetzelfde effect zou hebben. Misschien zullen mensen na het krijgen van een uitnodiging van het bevolkingsonderzoek wel sneller hun huisarts raadplegen voor meer informatie. Want patiënten geven tijdens de interviews toch aan dat een uitnodiging voor hen een belangrijke bevorderende factor. Het is dan aan de huisarts om informatie te geven op maat van de patiënt. Het al dan niet de keuze laten aan de patiënt blijft een punt ter discussie. Zijn patiënten in staat om deze keuze zelf te maken, op basis van onze uitleg? Hoeveel en wat onthouden zij wanneer wij meer uitleg geven omtrent de onderzoeken en het screeningsproces? Dit is een moeilijk in te schatten gegeven als huisarts en zal mogelijks ook afhangen van het opleidingsniveau van de patiënt. Misschien moeten huisartsen daarom de patiënt individueel bekijken en selecteren bij wie ze de keuze kunnen laten bij de patiënt zelf en bij wie ze een handje kunnen helpen. Dit laatste is mijns inziens vooral belangrijk voor de laag geschoolden, die vaak een grotere risicogroep vormen voor darmkanker.

6 CONCLUSIE

We zien dat huisartsen en patiënten vaak de oorzaak bij elkaar leggen als het aankomt op remmende factoren tot screening. Patiënten vinden het belangrijk dat de arts aangeeft of het onderzoek belangrijk is. Ze verwachten dat hun arts hen voldoende uitleg geeft omtrent het onderzoek en de voor en- nadelen ervan. De huisartsen krijgen vaak het gevoel dat patiënten niet gemotiveerd zijn tot screenen. Een gebrek aan kennis over darmkanker en de reden van screening kan hierin een rol spelen. Het is echter aan de huisarts om zijn rol in preventie uit te voeren en de patiënt te informeren. De vraag blijft hier echter of we hierdoor de wens tot geruststelling bij de patiënt niet transformeren naar angst. Nu blijken patiënten helemaal niet bezorgd te zijn over darmkanker. Als wij als arts hen stimuleren tot screening, kunnen we bij hen angst induceren. Mensen gaan zich zo misschien toch laten screenen door de artsen ter geruststelling met het gevolg dat zij na het ondergaan van het onderzoek weer even geen angst meer kennen. Vanuit dit perspectief bekeken hebben patiënten dus niets gewonnen.

Sowieso blijken de mensen van vandaag nog niet honderd procent klaar te zijn voor het concept screening. Als ze niets voelen, zijn ze minder geneigd om een onderzoek te laten uitvoeren. De afwezigheid van klachten samen met angst vormen de grootste barrières tot screening.

Het blijkt ook dat huisartsen nog niet standvastig gaan screenen naar darmkanker. Zij voelen zelf aan dat patiënten het nog niet gewoon zijn preventief te consulteren.

7 REFERENTIES

AL-DOGHETHER M, AL-TUWIJRI A, KHAN A. Obstacles to preventive intervention. Do physicians' health habits and mind-set towards preventive care play any role? Saudi Med J 2007: 28: 1269-1274.

AL-SOHAILY S, DUGGAN A. Gender preference may be a barrier to colorectal screening. Intern Med J 2007: 37: 142-143.

BAARDA DB, DE GOEDE MPM, TEUNISSEN J. Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Groningen: Wolters-Noordhoff; 2005. p. 369.

BAARDA DB, DE GOEDE MPM, VAN DER MEER-MIDDELBURG J. Basisboek interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews. Groningen: Wolters-Noordhoff; 2007. p. 128.

BASTANI R, GALLARDO N, MAXWELL A. Barriers to colorectal cancer screening among ethnically diverse high- and average-risk individuals. J Psychosoc Oncol 2001: 19: 65-84.

BEYDOUN HA, BEYDOUN MA. Predictors of colorectal cancer screening behaviors among average-risk older adults in the United States. Cancer Causes Control 2008: 19: 339-359.

BROUSE CH, BASCH CE, WOLF RL, SHMUKLER C. Barriers to colorectal cancer screening: an educational diagnosis. J Cancer Educ 2004: 19: 170-173.

CIBULA DA, MORROW CB. Determining local colorectal cancer screening utilization patterns. J Public Health Manag Pract 2003: 9: 315-321.

COKKINIDES VE, CHAO A, SMITH RA, VERNON SW, THUN MJ. Correlates of underutilization of colorectal cancer screening amon U.S. adults, age 50 years and older. Prev Med 2003: 36: 85-91.

CORNUZ J, GHALI WA, DI CARLANTONIO D, PECOUD A, PACCAUD F. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. Fam Pract 2000: 17: 535-540.

DOLAN NC, FERREIRA MR, DAVIS TC, FITZGIBBON ML, RADEMAKER A, et al. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference? J Clin Oncol 2004: 22: 2617-2622.

FAIRFIELD KM, CHEN WY, COLDITZ GA, EMMONS KM, FLETCHER SW. Colorectal cancer risk counseling by health-care providers: perceived barriers and response to an internet-based cancer risk appraisal instrument. J Cancer Educ 2004: 19: 95-97.

FENTON JJ, REID RJ, BALDWIN L, ELMORE JG, BUIST DSM, et al. Influence of primary care use on population delivery of colorectal cancer screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2009: 18: 640-645.

FINNEY RUTTEN LJ, NELSON DE, MEISSNER HI. Examination of population-wide trends in barriers to cancer screening from a diffusion of innovation perspective (1987 – 2000). Prev Med 2004: 38: 258-268.

FREDA A, WELLER D. Evaluation of the UK Colorectal Cancer Screening Pilot: Final Report. 2003. Beschikbaar via: http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/finalreport.pdf. Geraadpleegd 18 november 2010.

FRIEDMAN-SANCHEZ G, GRIFFIN JM, PARTIN MR. Gender differences in colorectal cancer screening barriers and information needs. Health Expect 2007: 10: 148-160.

GENNARELLI M, JANDORF L, CROMWELL C, VALDIMARSDOTTIR H, REDD W, et al. Barriers to colorectal cancer screening: inadequate knowledge by physicians. Mt Sinai J Med 2005: 72: 36-44.

GIMENO-GARCIA AZ, QUINTERO E, NICOLAS-PEREZ D, PARRA-BLANCO A, JIMENEZ-SOSA A. Impact of an educational video-based strategy on the behavior process associated with colorectal cancer screening: a randomized controlled study. Cancer Epid 2009: 33: 216-222.

GOODMAN MJ, OGDIE A, KANAMORI MJ, CANAR J, O'MALLEY AS. Barriers and facilitators of colorectal cancer screening among Mid-Atlantic Latinos: focus group findings. Ethn Dis 2006: 16: 255-261.

GOVAERTS F, DETURCK L, WYFFELS P. Screenen op colorectale kanker bij personen zonder verhoogd risico. Aanbeveling Domus Medica. Nov 2010.

GREINER KA, ENGELMAN KK, HALL MA, ELLERBEK EF. Barriers to colorectal cancer screening in rural primary care. Prev Med 2004: 38: 269-275.

GUESSOUS I, DASH C, LAPIN P, DOROSHENK M, SMITH RA, et al. Colorectal cancer screening barriers and facilitators in older persons. Prev Med 2010: 50: 3-10.

HANNON PA, MARTIN DP, HARRIS JR, BOWEN DJ. Colorectal cancer screening practices of primary care physicians in Washington State. Cancer Control 2008: 15: 174-181.

JANZ NK, WREN PA, SCHOTTENFELD D, GUIRE KE. Colorectal cancer screening attitudes and behavior: a population-based study. Prev Med 2003: 37: 627-634.

JONES RM, DEVERS KJ, KUZEL AJ, WOOLF SH. Patient-reported barriers to colorectal cancer screening, a mixed-methods analysis. Am J Prev Med 2010: 38: 508-516.

JONES RM, VERNON SW, WOOLF SH. Is discussion of colorectal cancer screening options associated with heightened patient confusion? Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2010: 19: 2821-2825.

JONES RM, WOOLF SH, CUNNINGHAM TD, JOHNSON RE, KRIST AH, et al. The relative importance of patient-reported barriers to colorectal cancer screening. Am J Prev Med 2010: 38: 499-507.

KEIGHLEY MR, O'MORAIN C, GIACOSA A, ASHORN M, BURROUGHS A, et al. Public awareness of risk factors and screening for colorectal cancer in Europe. Eur J Cancer Prev 2004: 13: 257-262.

KLABUNDE CN, VERNON SW, NADEL MR, BREEN N, SEEFF LC, et al. Barriers to colorectal cancer screening: a comparison of reports from primary care physicians and average-risk adults. Med Care 2005: 43: 939-944.

LASSER KE, AYANIAN JZ, FLETCHER RH, DELVECCHIO GOOD M. Barriers to colorectal cancer screening in community health centers: a qualitative study. BMC Fam Pract 2008: 9: 15-22.

MANDEL JS, BOND JH, BRADLEY M, SNOVER DC. Sensitivity, specificity, and positive predictivity of the hemoccult test in screening for colorectal cancers. Gastroenterology 1989: 97: 597-600.

MANDEL JS, CHURCH TR, BOND JH, EDERER F, GEISSER MS, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. N Engl J Med 2000: 343: 1603-1607.

MANDELBLATT JS, YABROFF KR, KERNER JF. Equitable acces to cancer services: a review of barriers to quality care. Cancer 1999: 86: 2378-2390.

MENEES SB, INADOMI JM, KORSNES S, ELTA GH. Women patients' preferences for women physicians is a barrier to colon cancer screening. GI endoscopy 2005: 62: 219-224.

MESSINA CR, LANE DS, COLSON RC. Colorectal cancer screening among users of county health centers and users of private physician practices. Public Health Rep 2009: 124: 568-578.

MESSINA CR, LANE DS, GRIMSON R. Colorectal cancer screening attitudes and practices preferences for decision making. Am J Prev Med 2005: 28: 439-446.

MORTELMANS D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Uitgeverij Acco; 2007. p. 534.

NAVKIRAN K, SHOKAR MD, VERNON SW, WELLER SC. Cancer and colorectal cancer: Knowledge, Beliefs, and Screening preferences of a diverse patient population. Fam Med 2005: 37 (5): 341-347.

NG EST, TAN CH, TEO DCT, SEAH CYE, PHUA KH. Knowledge and perceptions regarding colorectal cancer screening among Chinese – A community-based survey in Singapore. Prev Med 2007: 45: 332-335.

POWE BD, FINNIE R. Cancer fatalism: the state of the science. Cancer Nurs 2003: 26: 454-465.

RAMOS M, ESTEVA M, ALMEDA J, CABEZA E, PUENTE D, et al. Knowledge and attitudes of primary health care physicians and nurses with regard to population screening for colorectal cancer in Balearic Islands and Barcelona. BMC Cancer 2010: 10: 500-508.

RAMOS M, LLAGOSTERA M, ESTEVA M, CABEZA E, CANTERO X, et al. Knowledge and attitudes of primary healthcare patients regarding population-based screening for colorectal cancer. BMC Cancer 2011: 11: 408-418.

SCHROY PC, GELLER AC, CROSIER WOOD M, PAGE M, SUTHERLAND L, et al. Utilization of colorectal cancer screening tests: a 1997 survey of Massachusetts internists. Prev Med 2001: 33: 381-391.

SEEFF LC, NADEL MR, KLABUNDE CN, THOMPSON T, SHAPIRO JA, et al. Patterns and predictors of colorectal cancer test use in the adult U.S. population. Cancer 2004: 100: 2093-2103.

SENORE C, ARMAROLI P, SILVANI M, ANDREONI B, BISANTI L, et al. Comparing different strategies for colorectal cancer screening in Italy: predictors of patients' participation. Am J Gastroenterol 2010: 105: 188-198.

SESSA A, ABBATE R, DI GIUSEPPE G, MARINELLI P, ANGELILLO IF. Knowledge, attitudes, and preventive pratices about colorectal cancer among adults in an area of Southern Italy. BMC Cancer 2008: 8: 171-177.

SHOKAR NK, VERNON SW, WELLER SC. Cancer and colorectal cancer: Knowledge, beliefs, and screening preferences of a diverse patient population. Fam Med 2005: 37: 341-347.

STECKELBERG A, KASPER J, REDEGELD M, MUHLHAUSER I. Risk information-barrier to informed choise? A focus group study. Soz Praventivmed 2004: 49: 375-380.

SUBRAMANIAN S, KLOSTERMAN M, AMONKAR MM, HUNT TL. Adherence with colorectal cancer screening guidelines: a review. Prev Med 2004: 38: 536-550.

VARADARAJULU S, PETRUFF C, RAMSEY WH. Patient preferences for gender of endoscopists. Gastrointest Endosc 2002: 56: 170-173.

WILSON JMG, JUNGNER G. Principles and practice of screening for disease. WHO. Publ Health Papers 1968: 34.

WORTHLEY DL, COLE SR, MEHAFFEY S, ROOSA NM, SMITH A, et al. Screening for colorectal cancer by faecal occult blood test: why people choose to refuse. Intern Med J 2006: 36: 607-610.

8 BIJLAGEN

8.1 Bijlage 1: Steekkaart Aanbeveling colorectale kanker-screening (Domus Medica)

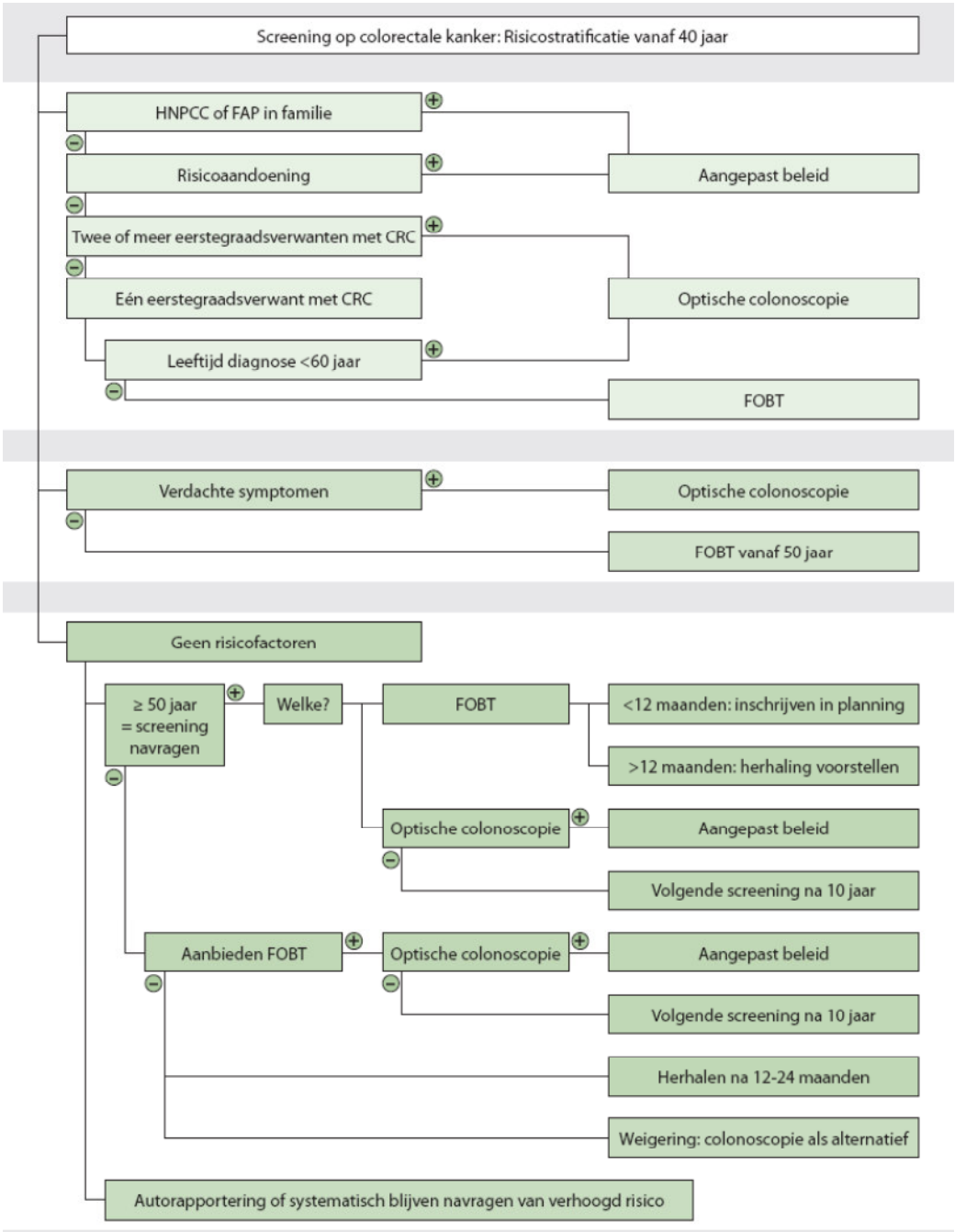
- **Identificeer personen met verhoogd risico**
  - Ga bij iedereen vanaf 40 jaar t/m 74 jaar na of er risicofactoren aanwezig zijn:
    - erfelijke aandoeningen: HNPCC (Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer), FAP (Familiale Adenomateuze Polyposis);
    - ≥ twee eerstegraadsverwanten met colorectale kanker (CRC) of één eerstegraadsverwant bij wie de diagnose werd gesteld voor 60 jaar;
    - persoonlijke voorgeschiedenis van adenomateuze poliepen of van CRC;
    - patiënten met colitis ulcerosa of ziekte van Crohn >8 jaar;
    - patiënten met acromegalie of ureterosigmoïdostomie.
  - Zodra één risicofactor aanwezig => aangepast beleid
  - **Bij alarmsymptomen**, altijd dringend verwijzen voor optische colonoscopie. Dit zijn:
    - rectaal bloedverlies met lossere stoelgang en/of verhoogde stoelgangfrequentie gedurende > 6 weken;
    - veranderingen in stoelgangpatroon gedurende > 6 weken;
    - rectaal bloedverlies zonder anale symptomen;
    - anaal bloedverlies bij mensen ouder dan 60 jaar.
  - **Geen risicofactoren of alarmtekenen => vanaf 50 t/m 74 jaar om de 12-24 maanden Hemoccult II®-test (FOBT) laten uitvoeren.**

- **Bespreek met patiënt belang en doel van vroegtijdige opsporing**
  - Eén persoon op 40 zal CRC krijgen. De kans dat iemand de komende 2 jaar CRC zal krijgen is 4 per 1000; iets minder dan de helft zal hieraan overlijden.
  - Zich regelmatig laten screenen vermindert de kans aan CRC te sterven met één vierde.
  - Bij 2 patiënten op 100 zal de test positief zijn; 1 op 6 positieve tests zal blijken kanker te zijn. Ongeveer de helft van de mensen met CRC heeft een negatieve test.
  - Iedere positieve test moet opgevolgd worden door een optische colonoscopie.

- **Uitvoering**
  - Drie dagen na elkaar op 2 plaatsen in de stoelgang een teststrook Hemoccult II®-test (FOBT) inbrengen. Bij zelf ontwikkelen van de FOBT: wachttijd van 3 dagen mag. Niet rehydrateren. Positief vanaf één blauw verkleurd vakje. Met patiënt erbij bij positieve test: onmiddellijk colonoscopie afspreken.

- **Dieet en medicatie**
  - Geen dieet volgen. Indien verantwoord, NSAID's en ASA stoppen 7 dagen voor en tijdens de Hemoccult II®-test (ook automedicatie). Geen inname van vitamine C.

- **Staalname**
  - Contact met toiletwater en daarin opgeloste chemicaliën vermijden.


Screening op colorectale kanker: Risicostratificatie vanaf 40 jaar
HNPCC of FAP in familie
Risicoaandoening
Aangepast beleid
Twee of meer eerstegraadsverwanten met CRC
Eén eerstegraadsverwant met CRC
Optische colonoscopie
Leeftijd diagnose <60 jaar
FOBT
Verdachte symptomen
Optische colonoscopie
FOBT vanaf 50 jaar
Geen risicofactoren
≥ 50 jaar = screening navragen
Welke?
FOBT
<12 maanden: inschrijven in planning
>12 maanden: herhaling voorstellen
Optische colonoscopie
Aangepast beleid
Volgende screening na 10 jaar
Aanbieden FOBT
Optische colonoscopie
Aangepast beleid
Volgende screening na 10 jaar
Herhalen na 12-24 maanden
Weigering: colonoscopie als alternatief
Autorapportering of systematisch blijven navragen van verhoogd risico

8.2 Bijlage 2: Informed consent patiënt

Geachte Meneer/Mevrouw,

In het kader van hun Master na Master opleiding huisartsgeneeskunde doen Lien Debel, Mieke Latruwe en Evelien Vandromme een onderzoek naar 'De kennis, ideeën en verwachtingen van colorectaal carcinoom screening bij de huisarts en patiënt'. Dit onderzoek gebeurt in de periode van 1 september 2010 tot en met 31 juni 2012, en onder toezicht van de Universiteit Gent.

Een ander woord voor colorectale kanker is darmkanker. Dit is een veelvoorkomende tumor in de bevolking. Mammografie en baarmoederhalsuitstrijkje zijn onderzoeken die door veel mensen gekend zijn. Ook voor darmkanker bestaan testen die deze kanker in een vroeger stadium kunnen opsporen. Dit proces noemt men screening. Dit wil zeggen dat men aan de hand van deze onderzoeken een tumor kan opsporen vooraleer deze klachten veroorzaakt.

Voor hun eindwerk willen zij onderzoeken wat patiënten en huisartsen op dit moment weten en denken over darmkanker en (darm)kankerscreening. Voor u beslist al dan niet aan het onderzoek deel te nemen, volgt hieronder eerst nog wat meer informatie over hun studie. Indien u vragen hebt bij deze informatie, mag u hen altijd contacteren voor verduidelijking.

Aan de hand van een interview wordt nagegaan wat u weet over darmkanker en de mogelijke onderzoeken om deze op te sporen. Daarna wordt u hierover wat meer uitleg gegeven. Na deze uitleg worden u nog een aantal vragen gesteld over darmkanker en de mogelijke onderzoeken voor de vroegopsporing. Het is zeker niet de bedoeling dat u zich voorbereidt op dit interview. Deze huisartsen-in-opleiding nemen hetzelfde interview af bij huisartsen.

In dit onderzoek worden mannen en vrouwen ouder dan 50 jaar geïnterviewd. Elke huisarts-in-opleiding zal bij de patiënten uit haar eigen praktijk dit interview afnemen. Zij zal ook uw dossier inkijken. Na het interview worden deze gegevens anoniem verwerkt, en daarna samengevoegd met de gegevens van de andere 2 HAIO's die samen dit eindwerk maken. Dit betekent dus dat de anonieme verwerking van de gegevens gebeurt door de 3 huisartsen-in-opleiding, en dit uit wetenschappelijke doeleinden. De gegevens zullen bij de verwerking ingedeeld worden in 3 studiegroepen: de patiënten tussen 50 en 69 jaar, de patiënten die 70 jaar of ouder zijn, en de huisartsen.

Het gesprek duurt ongeveer 1 uur en gebeurt in de praktijk of bij u thuis.

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt zich op elk moment uit deze studie terugtrekken, zonder dat dit een invloed zal hebben op uw behandeling en relatie met uw behandelende arts.

Deze studie is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Universiteit Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Dr. L. Debel - HAIO Dr. M. Latruwe - HAIO Dr. E. Vandromme – HAIO

Deelnemer:

Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

Ik heb de bovenstaande informatie gelezen. Ik kreeg de mogelijkheid om vragen te stellen over deze studie en deze werden ook voldoende beantwoord. Hierbij verklaar ik vrijwillig aan dit onderzoek deel te nemen aan het onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening deelnemer:

Datum:

Afnemer:

Ik heb voldoende informatie gegeven aan de deelnemende patiënt en hem/haar daarbij de mogelijkheid gegeven vragen te stellen. Deze zijn correct en volledig beantwoord. De patiënt stemde vrijwillig in met het deelnemen aan de studie en werd niet gedwongen.

Naam afnemer:

Handtekening afnemer:

Datum:

8.3 Bijlage 3: Informed consent huisarts

Geachte dokter/collega,

Onze namen zijn Lien Debel, Mieke Latruwe en Evelien Vandromme. Wij zijn huisartsen in opleiding aan de Universiteit van Gent. In het kader van onze Master na Master opleiding huisartsgeneeskunde doen wij een onderzoek naar 'De kennis, ideeën en verwachtingen van colorectaal carcinoom screening bij de huisarts en patiënt'. Dit onderzoek gebeurt in de periode van 1 september 2010 tot en met 31 juni 2012, en onder toezicht van de Universiteit Gent.

Colorectale kanker is een veelvoorkomende tumor in de bevolking en op heden bestaan hiervoor verschillende screeningsmethoden die bewezen hebben de mortaliteit te doen dalen. Er bestaan reeds Belgische richtlijnen hierover voor huisartsen, maar deze worden in het algemeen nog weinig toegepast. Voor ons eindwerk willen wij onderzoeken wat patiënten en huisartsen op dit moment weten en denken over darmkanker en (darm)kankerscreening.

Aan de hand van een interview wordt nagegaan wat u weet over darmkanker en de mogelijke onderzoeken om deze op te sporen. Daarna wordt u hierover wat meer uitleg gegeven. Na deze uitleg worden u nog een aantal vragen gesteld over darmkanker en de mogelijke onderzoeken voor de vroegopsporing. Het is zeker niet de bedoeling dat u zich voorbereidt op dit interview. Wij nemen hetzelfde interview af bij patiënten.

Wij streven een gevarieerde huisartsenpopulatie na. Het interview duurt ongeveer 1 uur. U wordt geïnterviewd door de HAIO die u contacteerde. Na het interview worden deze gegevens anoniem verwerkt, en daarna samengevoegd met de gegevens van de andere 2 HAIO's die samen dit eindwerk maken. Dit betekent dus dat de anonieme verwerking van de gegevens gebeurt door de 3 huisartsen-in-opleiding, en dit uit wetenschappelijke doeleinden. De gegevens zullen bij de verwerking ingedeeld worden in 3 studiegroepen: de patiënten tussen 50 en 69 jaar, de patiënten die 70 jaar of ouder zijn, en de huisartsen..

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig.

Deze studie is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de Universiteit Gent.

Dr. L. Debel - HAIO

Dr. M. Latruwe - HAIO

Dr. E. Vandromme – HAIO

Deelnemer:

Ik heb de bovenstaande informatie gelezen. Ik kreeg de mogelijkheid om vragen te stellen over deze studie en deze werden ook voldoende beantwoord. Hierbij verklaar ik vrijwillig aan dit onderzoek deel te nemen aan het onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening deelnemer:

Datum:

Afnemer:

Ik heb voldoende informatie gegeven aan de deelnemende huisarts en hem/haar daarbij de mogelijkheid gegeven vragen te stellen. Deze zijn correct en volledig beantwoord. De huisarts stemde vrijwillig in met het deelnemen aan de studie en werd niet gedwongen.

Naam afnemer:

Handtekening afnemer:

Datum:

8.4 Bijlage 4: Vragenlijst patiënten

Om te beginnen, zou ik u graag wat gegevens over uzelf willen vragen.

Om te beginnen, zou ik u graag wat gegevens over uzelf willen vragen.

Geslacht	M / V
Leeftijd	jaar
Beroep	
Hoogst behaalde diploma	Geen diploma Lager onderwijs Lager middelbaar onderwijs Hoger middelbaar onderwijs Hoger onderwijs van het korte type – lange type Universiteit Bachelor – Master Andere:
Contacten met de gezondheidszorg	Vaste huisarts: ja – neen GMD bij de huisarts: ja - neen Aantal consultaties bij de huisarts per jaar: 0 – 1 – 2 - >2 Aantal consultaties bij een specialist per jaar: 0 – 1 – 2 - >2

Interview

- Heeft u ooit gehoord over **darmkanker**? Wat weet u erover? Is dit iets waar u mee bezig bent? Is dit iets waar u zich zorgen over maakt? Denkt u dat u zelf 'vatbaar' bent voor deze ziekte? Hoe schat u uw eigen gezondheid in? Wanneer zou u zich hierover zorgen beginnen maken?
    - *Als 'neen' of onduidelijk antwoord*:
      "Dit is het type kanker waarin ik geïnteresseerd ben voor ons onderzoek. Veel mensen hebben eerder gehoord over andere kankers zoals borstkanker of prostaatkanker. Darmkanker is een type kanker die voornamelijk in het laagste gedeelte van de darm groeit, namelijk in de dikke darm."
    - *Als 'ja':*
      Waar heb je erover gehoord?

- Kent u iemand in uw dichte omgeving die **kanker** heeft, of heeft gehad?
  Hoe werd de diagnose gesteld?

- Zijn er in uw familie mensen waarvan u weet dat ze darmkanker of poliepen in de darmen hebben gehad?

- Denkt u dat er mogelijkheden/methoden bestaan om kanker te kunnen vermijden of tegenhouden?
    - *Als 'ja':*

Wat is dat volgens u? Welk mechanisme zit hier achter? Past u dat bij uzelf toe? Waarom wel/niet? Hoe groot schat u dat effect in? Voelt u zich dan 'veilig/beschermd'?

- *Als 'neen' of onduidelijk antwoord*:
  Waardoor denkt u dat kanker ontstaat? Op welke manier denkt u dat kanker ontstaat?

- Zijn er volgens u bepaalde methoden om een kanker vroegtijdig op te sporen?
  - *Als 'ja':*

  Wat weet u hierover? Hoe werkt dit volgens u? Wat verwacht u hiervan? Zijn er ook bepaalde nadelen?
  Bij welke kankers kan men dit al?

- Weet u wat '**screening'** of 'vroegopsporing' is?
  - *Als het antwoord onjuist is*: geef uitleg over de algemene principes van screening:
    "Screening is een manier om bij mensen iets op te sporen, nog vóórdat er klachten zijn. Als er bij dit onderzoek een afwijking gevonden wordt, dan wordt er verder onderzoek verricht om de diagnose met meer zekerheid te kunnen stellen. Blijkt dat nodig, dan kan een behandeling gestart worden. De methode wordt frequent gebruikt voor het opsporen van een kanker. Men probeert zo dus kanker in een vroeger stadium van de ziekte te ontdekken, zodat er eventueel een minder ingrijpende behandeling nodig is dan bij verdergevorderde kanker. Voorbeelden hiervan zijn mammografie bij borstkanker, of een uitstrijkje bij baarmoederhalskanker."

- Wat vindt u van screening? Heeft screening volgens u zin? Helpt het volgens u om kanker vroegtijdig op te sporen? Waarom wel? Waarom niet?

- Heeft u al eens een kankerscreeningstest laten doen? Welke? Wat was uw ervaring hiermee? Bent u van plan hier in de toekomst (verder) aan deel te nemen? Waarom zou u dat doen/niet doen?

- Hoe staat uw arts volgens u tegenover screening? Heeft hij/zij al voorgesteld u te laten screenen in het algemeen? Hoe frequent wijst hij/zij u hierop?
  Hoe zou uw arts reageren mocht u er zelf naar vragen, denkt u?
  En wat darmkanker betreft?

- Bestaat er volgens u een screening naar darmkanker? Heeft u ooit gehoord over **darmkankerscreening**?
  - *Als 'ja':*
    - Waar heeft u hierover gehoord of gelezen?
    - Kan u er wat meer over vertellen? Wat weet u hierover?
    - Hoe werkt dit volgens u?

    geef hier ook de uitleg die hieronder bij "Als 'neen' " staat.

  - *Als 'neen':*
    - "Bij darmkankerscreening wordt er een onderzoek gedaan om poliepen (= goedaardige gezwellen in de darm, waaruit later kanker zou kunnen ontstaan) of darmkanker op te sporen, nog vóórdat er

- klachten zijn. “
- Voordelen van darmkankerscreening zijn:
  - dat de kanker vroeger gedetecteerd wordt, en
  - dat er daardoor een minder invasieve behandeling nodig is
  - dat er door sommige testen te doen een kleinere kans is om te sterven aan darmkanker (Info voor onderzoekers: mortaliteit 16% gedaald door FOBT; effect van colonoscopie op mortaliteit werd nog niet onderzocht; sigmoidoscopie zou volgens 1studie na 7jaar wel effect hebben. Het barium enema is nog niet verder onderzocht in het kader van CRC-screening).
- Toch heeft kankerscreening ook nadelen:
  - Het is mogelijk dat er bij het onderzoek geen afwijking gevonden wordt, maar dat er toch kanker aanwezig is (Info voor de onderzoekers: In 98% van de gevallen is FOBT negatief. Bij 0,33% van de negatieve FOBT's is er toch darmkanker aanwezig). Het onderzoek heeft de kanker dus niet ontdekt.
  - Ook het omgekeerde is mogelijk: het onderzoek toont een afwijking, waarna deze afwijking met een andere test verder onderzocht wordt (nl. colonoscopie). Bij deze 2de test blijkt dan dat het toch geen kanker is. (bij 2% van de uitgevoerde FOBT's is het resultaat positief. Hiervan is 16,5% inderdaad darmkanker, 83,5% blijkt bij verder onderzoek ahv colonoscopie geen darmkanker te zijn).
  - Het is mogelijk dat je door een afwijkende screeningstest een (ingrijpende) behandeling moet krijgen, terwijl de darmkanker later niet de oorzaak van je overlijden zou geweest zijn.

- Darmkankerscreening kan op verschillende manieren gebeuren (zie uitleg hieronder over de verschillende mogelijke onderzoeken).

- Welke indruk geeft deze informatie u, die ik u nu juist gegeven heb? Verandert dit uw visie over screening?

- Hebt u zich ooit laten onderzoeken ivm darmkanker?
  - *Als 'ja':*
    - Op welke manier is dit gebeurd?
      - FOBT
      - Sigmoidoscopie
      - colonoscopie
      - barium enema
    - Hoe was dat voor u?
    - Hoe vaak heeft u dit onderzoek gehad?
    - Hoe lang is dit geleden?
    - Zou u dit in de toekomst nog laten doen?
  - *Als 'neen':*
    “Er zijn een aantal testen die men kan laten doen als preventie voor darmkanker, of ten minste om de darmkanker te ontdekken voordat het uitgezaaid is”:

- *Leg FOBT uit.*
  "Dit is een onderzoek waarbij men vraagt om zelf op 3 opeenvolgende dagen een stoelgangsstaal te verzamelen. Deze stalen onderzoekt men op de aanwezigheid van bloed, aangezien men weet dat darmkanker de neiging heeft om af en toe te bloeden, maar dat het bloed vaak onzichtbaar is voor het blote oog. Indien er bloed gevonden wordt, dient men een colonoscopie te plannen. Het onderzoek dient elke 2 jaar herhaald te worden, en kent geen complicaties. "

    - Heeft u nog vragen over dit onderzoek? Ziet u zichzelf ooit dit onderzoek laten doen? Waarom wel? Waarom niet?

- *Leg sigmoidoscopie uit.*
  "Dit is een onderzoek dat een lichte voorbereiding van de darm vergt via een lavement/klysma, om zo het laatste deel van de darm vrij te maken van stoelgang. Nadien gaat men met een flexibele slang in het laatste deel van de dikke darm kijken of er verdachte letsels zichtbaar zijn. Men weet dat in dat deel van de darm de meeste kankers zitten. De procedure gebeurt onder een roesverdoving en dient elke 5 jaar te gebeuren."

    - Heeft u nog vragen over dit onderzoek? Ziet u zichzelf ooit dit onderzoek laten doen? Waarom wel? Waarom niet?

- *Leg colonoscopie uit.*
  "Dit onderzoek is vergelijkbaar met het voorgaande, maar toch iets ingrijpender. Er is een betere voorbereiding van de darm noodzakelijk en het vergt meestal een dagopname in het ziekenhuis. Eerst dient u een sterk laxerende vloeistof te drinken om de darmen stoelgangvrij te krijgen. Nadien bekijkt de arts met een flexibele slang via de anus de gehele dikke darm op verdachte letsels. Van eventueel aanwezige letsels kan een stukje weefsel worden weggenomen om in het labo te onderzoeken. De procedure gebeurt onder een roesverdoving (of algemene verdoving)._Bij dit onderzoek bestaat er een risico op perforatie van de darm. Dit onderzoek voert men in het kader van kankerscreening elke 10 jaar uit."

    - Heeft u nog vragen over dit onderzoek? Ziet u zichzelf ooit dit onderzoek laten doen? Waarom wel? Waarom niet?

- Mocht uw huisarts u voorstellen om een onderzoek te doen in de preventie van darmkanker, zou u dat zien zitten? Waarom wel? Waarom niet?

- Als u nu zou moeten kiezen tussen de verschillende mogelijke screenings-onderzoeken voor darmkanker, welk onderzoek zou u kiezen? Waarom?

    - FOBT
    - Sigmoidoscopie
    - Colonoscopie

    - Wat mijn huisarts mij aanraadt
    - Ik weet het niet
    - Ik zou me niet laten screenen

- Welk onderzoek zou u iemand anders, die tussen deze verschillende onderzoeken moet kiezen, aanraden om te doen? Waarom?

- Wat zou volgens u de reden kunnen zijn dat sommige mensen zich wel laten screenen, en anderen niet?

- Hoe denkt u dat mensen zouden kunnen aangespoord worden om zich te laten screenen voor darmkanker?

- Zijn er nog dingen die u nog zou willen zeggen?

8.5 Bijlage 5: Vragenlijst huisartsen

Om te beginnen, zou ik u graag wat gegevens over uzelf willen vragen.

Geslacht	M / V
Leeftijd	jaar
Type huisartsenpraktijk	Solopraktijk – duopraktijk - groepspraktijk Stedelijk – randstedelijk - landelijk

Interview

- Wat weet u over **darmkanker**? Wat denkt u erover? Is dit volgens u een belangrijk gezondheidsprobleem? In hoeverre schat u in dat uw patiënten hiervoor 'vatbaar' zijn? Hoe schat u uw eigen risico op het krijgen van darmkanker in?

- Gelooft u dat er bepaalde dingen/methoden bestaan die **kanker kunnen voorkomen**? Wat is dat volgens u? Welk mechanisme zit hier achter? Hoe groot schat u dat effect in?
    - *Als 'ja':*
      Wat raadt u uw patiënten aan?

- Zijn er volgens u bepaalde methoden om een **kanker vroegtijdig op te sporen**? Kunt u hier voorbeelden van geven? Hoe werkt dit volgens u?

- Wat is uw ervaring met **screening** in het algemeen? Heeft screening volgens u zin? Helpt het volgens u om kanker vroegtijdig op te sporen? Waarom wel? Waarom niet?

- Welke methodes raadt u uw patiënten reeds aan? Bij welke kankers? Waarom? Welke resultaten heeft u hier reeds mee bereikt?

- Wat denken de <u>patiënten</u> volgens u over screening? Zijn ze hier volgens u mee bezig? Hebben patiënten u op eigen initiatief al aangesproken om zich te laten screenen in het algemeen? En wat betreft darmkanker?

- Bent u van plan uw houding ivm screening in de toekomst te veranderen? Wat zijn hierbij de doorslaggevende factoren? Waarom zou u dat doen/niet doen? Wat verwacht u van een screeningsonderzoek (voordelen)? Zijn er volgens u nadelen?

- Heeft u ooit gehoord over **darmkankerscreening**?
    - *Als 'ja':*
        - Waar heeft u hierover gehoord of gelezen? Kan u er iets meer over vertellen?
        - Wat weet u hierover?
        - Hoe werkt dit volgens u?
        - Op welke manier(en) kan men screenen naar darmkanker? Wat verwacht u van darmkankerscreening?
        - Wat zijn er de voordelen en nadelen van?
        - Raadt u darmkankerscreening actief aan uw patiënten aan? Doet u dit vaak? Aan welke patiënten raadt u het aan?

Waarom wel? Waarom niet?
Verwacht u van patiënten dat ze u zelf naar screening vragen?

- Bent u van plan uw houding in de toekomst te veranderen? Wat zijn hierbij de doorslaggevende factoren? Waarom zou u dat doen/niet doen?

- Nu zou ik u graag wat informatie geven over de voor- en nadelen van darmkankerscreening.
  - "Bij darmkankerscreening wordt er een onderzoek gedaan om poliepen (= goedaardige gezwellen in de darm, waaruit later kanker zou kunnen ontstaan) of darmkanker op te sporen, nog vóórdat er klachten zijn. "
  - Voordelen van darmkankerscreening zijn:
    - dat de kanker vroeger gedetecteerd wordt, en
    - dat er daardoor een minder invasieve behandeling nodig is
    - dat er door sommige testen te doen een kleinere kans is om te sterven aan darmkanker (Info voor onderzoekers: mortaliteit 16% gedaald door FOBT; effect van colonoscopie op mortaliteit werd nog niet onderzocht; sigmoidoscopie zou volgens 1studie na 7jaar wel effect hebben. Het barium enema is nog niet verder onderzocht in het kader van CRC-screening).
  - Toch heeft kankerscreening ook nadelen:
    - Het is mogelijk dat er bij het onderzoek geen afwijking gevonden wordt, maar dat er toch kanker aanwezig is. Het onderzoek is dus vals negatief. Concreet is een FOBT in 98% van de gevallen negatief. Bij 0,33% van de negatieve FOBT's is er toch darmkanker aanwezig.
    - Ook het omgekeerde is mogelijk: het onderzoek toont een afwijking, waarna deze afwijking met een andere test verder onderzocht wordt (nl. colonoscopie). Bij deze 2de test blijkt dan dat het toch geen kanker is. Het resultaat van de FOBT was dus vals positief. Concreet geeft 2% van de FOBT's een positief resultaat. Hiervan is 16,5% inderdaad darmkanker, 83,5% blijkt bij verder onderzoek ahv colonoscopie geen darmkanker te zijn).
    - Algemeen bedragen voor FOBT de sensitiviteit en de specificiteit beiden ongeveer 92%. Voor colonoscopie is de sensitiviteit +- 98%, de specificiteit bij een correct uitgevoerd onderzoek 100%.
    - Het is mogelijk dat je door een afwijkende screeningstest een (ingrijpende) behandeling moet krijgen, terwijl de darmkanker later niet de oorzaak van je overlijden zou geweest zijn.

- Welke indruk geeft deze informatie u, die ik u nu juist gegeven heb? Verandert dit uw visie?

- *Als de huisarts hierboven vertelde dat hij/zij patiënten reeds heeft laten screenen tegen darmkanker:*

  U vertelde daarnet dat u reeds patiënten heeft gescreend op darmkanker.

- Op welke manier is dit gebeurd?
- Hoe was dat voor u?
- Heeft u dit onderzoek na een bepaalde tijd herhaald? Na hoeveel tijd was dit?
- Hoe verzekert u de follow-up?
- Hoe gaat u daar mee om in het EMD?

Nu zou ik u graag wat informatie geven over de verschillende screeningsmogelijkheden ivm darmkanker.

"Er zijn een aantal testen die men kan laten doen als preventie voor darmkanker, of ten minste om de darmkanker te ontdekken voordat het uitgezaaid is":

- *Leg FOBT uit.*
  "Dit is een onderzoek waarbij men vraagt om zelf op 3 opeenvolgende dagen een stoelgangsstaal te verzamelen. Deze stalen onderzoekt men op de aanwezigheid van bloed, aangezien men weet dat darmkanker de neiging heeft om af en toe te bloeden, maar dat het bloed vaak onzichtbaar is voor het blote oog. Indien er bloed gevonden wordt, dient men een colonoscopie te plannen. Het onderzoek dient elke 1 à 2 jaar herhaald te worden, en kent geen complicaties. "

  - Heeft u nog vragen over dit onderzoek? Ziet u zichzelf ooit dit onderzoek laten doen? Waarom wel? Waarom niet?
  - Zou u zelf de resultaten aflezen? Of via het labo? Wat is volgens u het verschil? Waarop zou u uw keuze baseren? Wat zijn belangrijke argumenten voor u?
- *Leg sigmoidoscopie uit.*
  "Dit is een onderzoek dat een lichte voorbereiding van de darm vergt via een lavement/klysma, om zo het laatste deel van de darm vrij van stoelgang te maken. Nadien gaat men met een flexibele slang in het laatste deel van de dikke darm kijken of er verdachte letsels zichtbaar zijn. Men weet dat in dat deel van de darm de meeste kankers zitten. De procedure gebeurt onder een roesverdoving en dient elke 5jaar te gebeuren."

  - Heeft u nog vragen over dit onderzoek? Ziet u zichzelf ooit dit onderzoek laten doen? Waarom wel? Waarom niet?
- *Leg colonoscopie uit.*
  "Dit onderzoek is vergelijkbaar met het voorgaande, maar toch iets ingrijpender. Er is een betere voorbereiding van de darm noodzakelijk en het vergt meestal een dagopname in het ziekenhuis. Eerst dien je een sterk laxerende vloeistof te drinken om de darmen stoelgangvrij te krijgen. Nadien bekijkt de arts met een flexibele slang via de anus de gehele dikke darm op verdachte letsels. Van eventueel aanwezige letsels kan een stukje weefsel worden weggenomen om in het labo te onderzoeken. De procedure gebeurt onder een roesverdoving (of algemene verdoving). Bij dit onderzoek bestaat er een risico van bloeding of van perforatie van de darm. Dit onderzoek voert men in het kader van kankerscreening elke 10 jaar uit."

- Heeft u nog vragen over dit onderzoek? Ziet u zichzelf ooit dit onderzoek laten doen? Waarom wel? Waarom niet?

- Mocht uw patient u vragen om een onderzoek te laten doen in de preventie van darmkanker, zou u dat zien zitten/daarin meegaan? Waarom wel? Waarom niet?

- Als u nu zou moeten kiezen tussen de verschillende mogelijke screenings-onderzoeken voor darmkanker, welk onderzoek zou u uw patiënt aanraden? Waarom?
    - FOBT
    - Sigmoidoscopie
    - Colonoscopie
    - Wat mijn huisarts mij aanraadt
    - Ik weet het niet
    - Ik zou me niet laten screenen

- Welk onderzoek zou u voor uzelf kiezen om te ondergaan? Waarom?

- Wat zou volgens u de reden kunnen zijn dat sommige mensen zich wel laten screenen, en anderen niet?

- Hoe denkt u dat mensen zouden kunnen aangespoord worden om zich te laten screenen voor darmkanker?

- Zijn er nog dingen die u nu zou willen zeggen?