PARTICIPATIE AAN HET VLAAMS BEVOLKINGSONDERZOEK NAAR DIKKEDARMKANKER EN DE ROL VAN DE HUISARTS IN DE MOTIVATIE VAN DE PATIËNTEN

Daneels Valerie, Ugent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Ugent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2016

VOORWOORD

Dit korte voorwoord wil ik graag gebruiken om enkele mensen te bedanken die er op de een of andere manier mee voor hebben gezorgd dat ik dit eindwerk kan voorleggen in het kader van mijn opleiding tot huisarts.

In de eerste plaats wil ik graag mijn promotor Prof. Dr. Dirk Avonts bedanken voor de goede begeleiding. Hij gaf me de tijd en ruimte om op eigen tempo te werken aan deze thesis en stond me bij met goede raad waar nodig.

Ook mijn praktijkopleider dr. Iris Groessens en mijn collega dr. Martine Verdonck wil ik bedanken. Zowel voor de ondersteuning tijdens deze manama thesis, als voor het delen van hun kennis in de huisartsgeneeskunde tijdens de afgelopen twee jaren.

Daarnaast wil ik ook graag mijn papa en wijlen mijn mama bedanken voor de kans die zij mij hebben gegeven. Door hun steun ben ik erin geslaagd om deze lange studie tot huisarts tot een goed eind te brengen. Ook al kan mama er niet meer bij zijn bij mijn proclamatie tot huisarts, ik weet dat mijn beide ouders ongelooflijk trots zijn op wat ik heb bereikt en zonder hen was dit nooit gelukt. Ook mijn broer Dimitri en zijn vriendin Jessica zou ik graag bedanken voor hun mentale steun, alsook voor het grondig nalezen van dit schrijven.

Als laatste bedank ik ook graag mijn collega HAIO's Ilse, Anneleen, Inge en Hanna voor hun steun en toeverlaat tijdens deze twee laatste jaren van onze opleiding en het schrijven van deze thesis.

SAMENVATTING

Inleiding: Dikkedarmkanker is in Vlaanderen bij vrouwen na borstkanker de tweede meest voorkomende kanker en bij mannen is het na prostaat- en longkanker de derde meest voorkomende. Jaarlijks krijgen een 5000-tal Vlamingen de diagnose van dikkedarmkanker en sterven ongeveer 1750 mensen aan deze ziekte. Eind oktober 2013 ging in Vlaanderen het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker (BVO DDK) van start. Doel van dit bevolkingsonderzoek is om alle klachtenvrije mannen en vrouwen van 56 t.e.m. 74 jaar, zonder verhoogd risico, tweejaarlijks te screenen om dikkedarmkanker in een vroeg stadium op te sporen.

Doel: Nagaan hoe respons was van de patiënten in de bestudeerde praktijk op het bevolkingsonderzoek. Navragen waarom zij wel of niet hebben deelgenomen en kijken wat de rol van de huisarts is binnen het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker.

Methodologie: vooreerst werd een inleidende literatuurstudie gedaan rond screening, het bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker op zich en de rol van de huisarts hierin. Nadien werd een studiepopulatie bepaald binnen de opleidingspraktijk waarin alle mensen geboren in 1940, 1942, 1944, 1946, 1948, 1950, 1952, 1954, 1956 of 1958 werden geïncludeerd. Mensen die, op basis van de gekende in- en exclusiecriteria, een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek zouden moeten hebben ontvangen, werden onderverdeeld in een subpopulatie. Binnen deze subpopulatie werd d.m.v. willekeurig telefonisch opbellen gepolst naar de redenen voor al dan niet deelname aan het bevolkingsonderzoek.

Conclusie: Er is zeker wel een rol weggelegd voor de huisarts binnen het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. De introductie van het bevolkingsonderzoek zorgt dan wel voor een verhoogde screeningsdeelname van de patiënten binnen de huisartsenpraktijk, de huisarts kan dit percentage nog verhogen. De huisarts blijft verantwoordelijk voor het detecteren van hoogrisico patiënten en voor screening van patiënten zonder verhoogd risico tussen 50 en 55 jaar. De huisarts kan patiënten die deelnamen aan het bevolkingsonderzoek bekrachtigen en hen wijzen op het belang van herhaalde deelnames. De huisarts moet patiënten met een positieve screeningstest opvolgen en correct doorverwijzen voor diagnostiek d.m.v. een coloscopie. De huisarts kan niet- deelnemers bevragen naar de reden waarom men niet heeft deelgenomen en hen informeren mits hij/zij zelf voldoende is geïnformeerd. De huisarts kan hen motiveren om toch te participeren d.m.v. motivationele gespreksvoering. Eventueel kan de huisarts een andere vorm van screening aan de patiënt voorstellen. Patiënten die niet of nauwelijks door een huisarts worden gezien glippen vaak door de mazen van het screeningsnet. Mogelijks verkleint het bevolkingsonderzoek de stap richting screenen. Dit kon niet worden aangetoond met deze studie. Een integratie van de screeningsstatus van patiënten in het EMD zou naar mijn mening een handige tool zijn voor de huisarts. Een huisarts zou op die manier een handig overzicht hebben van patiënten die ooit in de praktijk werden gezien, maar nog niet hebben deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek. De huisarts zou deze patiënten kunnen contacteren per brief, telefonisch of door persoonlijk contact op huisbezoek. Al deze methodes hebben bewezen de participatie aan screening te verhogen. Al rijst de vraag of dit wel de taak is van de huisarts, dan eerder van het bevolkingsonderzoek. En of de huisarts hiervoor wel het mandaat heeft, zeker bij patiënten zonder GMD. Mensen die nooit eerder door een huisarts werden gezien, worden minder gescreend. Dit moet mijns inziens worden aangepakt op populatieniveau en niet op het niveau van de huisarts.

INHOUDSTABEL

Voorwoord 1
Samenvatting 2
Inhoudstabel 3
Inleiding: theoretisch kader - literatuuronderzoek 4
Screening naar dikkedarmkanker 4
1. Het betreft een belangrijk gezondheidsprobleem 4
2. Er bestaan aanvaardbare behandelingsmethoden voor de aandoening 5
3. De nodige voorzieningen voor diagnose en behandeling zijn voorhanden. 5
4. Dikkedarmkanker heeft een herkenbaar latent of vroeg symptomatisch stadium 6
5. Er bestaat een betrouwbare opsporingsmethode 6
6. De opsporingsmethode is aanvaardbaar voor de bevolking 8
7. Het natuurlijk verloop van de ziekte is gekend 8
8. Er bestaat een overeenstemming over wie moet worden behandeld 9
9. De kosten van opsporing, diagnostiek en behandeling staan in een acceptabele verhouding tot de kosten van de gezondheidszorg als geheel. 9
10. Het moet gaan om een continu proces en niet om een eenmalig project. 10
Vlaams Bevolkingsonderzoek 12
Rol van de huisarts 17
Screening naar dikkedarmkanker in de studiepraktijk 21
Methodologie 22
Resultaten 23
Discussie 28
Conclusie 37
Bronnen 38
Bijlagen 41
Bijlage 1: informatiefiche huisartsen 2015 41
Bijlage 2: informatiefiche huisartsen 2016 42
Bijlage 3: goedkeuring ethisch comité 43
Bijlage 4: goedgekeurd protocol 45

INLEIDING: THEORETISCH KADER - LITERATUURONDERZOEK

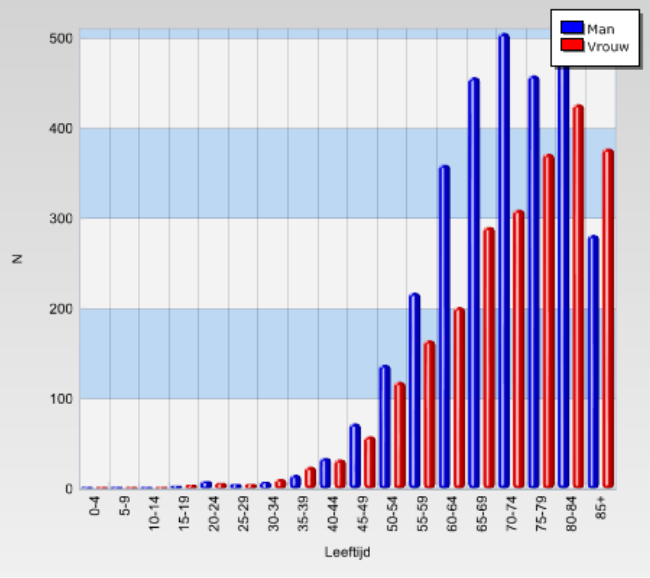
Screening naar dikkedarmkanker

De criteria van Wilson en Jungner leren ons of dikkedarmkanker zich al dan niet leent tot screening. Onder screenen verstaat men '*vroegtijdige identificatie van een nog niet herkende ziekte of gebrek door middel van testen, onderzoeken of andere procedures, die snel kunnen uitgevoerd worden; laat toe een onderscheid te maken tussen ogenschijnlijk gezonde individuen die mogelijk toch een bepaalde ziekte hebben en diegenen die de ziekte niet hebben; oogmerk is niet een diagnose te stellen; elke persoon met een positieve test of verdachte tekens moet naar zijn arts verwezen worden voor verder onderzoek, diagnose of behandeling.*' [1] Onderstaand werden de 10 criteria van Wilson en Jugner toegepast op dikkedarmkanker.

1. Het betreft een belangrijk gezondheidsprobleem.

Dikkedarmkanker is in Vlaanderen bij vrouwen na borstkanker de tweede meest voorkomende kanker en bij mannen is het na prostaat- en longkanker de derde meest voorkomende [2, 3, 4]. Jaarlijks krijgen een 5000-tal Vlamingen de diagnose van dikkedarmkanker en sterven ongeveer 1750 mensen aan deze ziekte. Om een vergelijking te geven, in 2014 kwamen in België 550 mensen om in het verkeer. [5]

De ziekte kan zich op elke leeftijd presenteren, maar komt vooral voor vanaf de leeftijd van vijftig jaar, met een piek incidentie tussen 70 en 75 jaar bij mannen en tussen 80 en 85 jaar bij vrouwen. Figuur 1 illustreert deze spreiding over de leeftijden.



Figuur 1: Absoluut aantal dikdarmtumoren in Vlaanderen voor 2013 per leeftijdscategorie. Figuur overgenomen van kankerregister.

Ook wereldwijd is dikkedarmkanker de derde meest voorkomende kanker bij mannen (746,000 gevallen, 10.0% van het totaal) en de tweede meest voorkomende (614,000 gevallen, 9.2% van het totaal) bij vrouwen. [4] Volgens het rapport van de WHO komen 55% van de colorectale kankers voor in de meer ontwikkelde landen. De incidentie is het hoogst in Australië en Nieuw-Zeeland en het laagste in West-Afrika. Echter, de mortaliteit ligt wel hoger in de minder ontwikkelde landen. [2, 3, 6]

2. Er bestaan aanvaardbare behandelingsmethoden voor de aandoening

Door de jaren heen is de behandeling van dikkedarmkanker fors verbeterd. Behandelen van de aandoening zorgt voor een betere prognostische outcome en heeft gezorgd voor een langere overleving, zelfs bij gemetastaseerde vormen van de ziekte. [7] De behandeling voor de verschillende stadia van dikkedarmkanker vallen buiten het beschrijf van dit onderzoek, maar zijn terug te vinden in het rapport van het kenniscentrum. [2]

Een behandeling voor dikkedarmkanker stadium 1 (volgens TNM classificaties) kost in totaal (deel voor ziekenfonds, deel voor patiënt) €12808, €8165 en €202 respectievelijk voor het eerste jaar, twee tot vijf jaar na diagnose en meer dan vijf jaar na de diagnose. Voor stadium 2 is dat €22716, €6167 en € 202. Voor stadium 3 €31351, €4181 en €4181. Voor stadium 4 is het €37369, €12223 en €12223. Kosten voor behandeling verdriedubbelen dus eigenlijk wanneer dikkedarmkanker in een meest vergevorderd stadium wordt ontdekt, vergeleken met wanneer de ziekte in een stadium 1 kan worden ontdekt. Ter vergelijking: een behandeling van poliepen en adenomen kost in totaal ‘slechts’ €393. [8]

Belangrijk echter is te weten dat men op basis van de histologie en andere eigenschappen van de tumor wel een schatting kan doen naar de prognose, maar dat deze helemaal niet eenduidig is. Zo kan het zijn dat een tumor wordt ontdekt, maar dat de patiënt hiervan in zijn verdere leven nooit last zou hebben gehad en dat hij wel zou zijn gestorven met de kanker, maar niet aan de kanker. Dit noemen we overdiagnose en is een belangrijk risico bij screening naar allerlei soorten kankers. Niet alleen brengt dit extra kosten met zich mee, het zorgt ook voor een zware emotionele last bij de patiënt. [9]

3. De nodige voorzieningen voor diagnose en behandeling zijn voorhanden.

Een rapport van de WHO leert dat screening en diagnose d.m.v. respectievelijk iFOBT en coloscopie in België voor iedereen beschikbaar is in de eerste lijn. Ook domus medica schrijft in zijn aanbeveling dat screenen d.m.v. FOB testen het aantal coloscopiën, welke nodig zijn na een positief resultaat op FOB, zal doen verhogen. Zij zeggen dat deze verhoging gradueel gaat gebeuren en dus geen probleem zal zijn voor de Belgische zorginfrastructuur. [2, 6, 10]

Anno 2016 heeft zo goed als elk Vlaams ziekenhuis gastro-enterologen tewerkgesteld dewelke coloscopiën kunnen uitvoeren. Uit eigen ervaring als huisarts heb ik gemerkt dat de wachttijd voor een coloscopie varieert tussen één en drie weken. Dringende coloscopiën verkrijg ik altijd binnen de week. Men kan dus wel stellen dat de nodige voorzieningen voor diagnose in Vlaanderen voorhanden zijn. Hetzelfde geldt voor de

behandeling. Bovendien beschikt elk Vlaams ziekenhuis ook over de nodige chirurgische expertise voor het uitvoeren van operaties bij dikkedarmkanker. Ofwel in het eigen ziekenhuis, ofwel in een zuster afdeling. Het is ook zo dat elk eerste lijns ziekenhuis tegenwoordig samenwerkt met een ziekenhuis in tweede lijn, naar waar men de patiënt dus ook altijd laagdrempelig kan doorsturen. Afhankelijk van het stadium van dikkedarmkanker dient nog adjuvante therapie met chemo en/of bestraling te volgen. Dit is niet in elk eerstelijnsziekenhuis mogelijk, maar kan wel in tweede lijn. Globaal gezien is de standaardbehandeling dus voor iedereen beschikbaar. Bovendien heeft België één van de betere gezondheidszorgsystemen in de wereld. Het recent gepubliceerde rapport over de Europese gezondheidszorg zet België op een globale vijfde plaats. In België kennen we een solidair systeem waarin iedereen bijdraagt aan de financiering van de gezondheidszorg. Zowel werknemers als werkgevers sluiten verplicht een ziekteverzekering af. Op die manier is de zorg voor iedereen terugbetaald en toegankelijk. Ons land scoort vooral op het deelaspect 'toegankelijkheid' erg hoog in het eerder genoemde rapport en staat daarvoor samen met Zwitserland op de eerste plaats. Dit is voornamelijk te daken aan de korte wachttijd voorafgaand aan een behandeling in ons land. [2, 11, 12]

4. Dikkedarmkanker heeft een herkenbaar latent of vroeg symptomatisch stadium

De ziekteprogressie van dikkedarmkanker kent verschillende stadia. Zo kan men evolueren van een gezonde darm, zonder afwijkend letsel, naar niet adenomateuze poliepen, laag-risico poliepen, hoog-risico poliepen en uiteindelijk dikkedarmkanker stadium 1, 2, 3 en 4. De poliepen zijn dus herkenbare voorlopers van dikkedarmkanker en kunnen voor onbepaalde tijd latent in de darmen aanwezig zijn. De progressie van een onschuldige poliep tot invasieve kanker varieert, maar kan verschillende jaren in beslag nemen. [7, 8]

Echter, hoewel poliepen kunnen uitgroeien tot dikkedarmkanker, doen deze dat niet allemaal. Het gevaar van medicalisering en overdiagnose bestaat. Bovendien kan men door het vinden van poliepen een gevoel van angst creëren bij individuen. Angst dat ze een verhoogd risico op darmkanker lopen. Hoewel niet gezegd dat een benigne poliep sowieso zou uitgroeien tot dikkedarmkanker. Die angst is echter wel iets waar mensen nog hun hele leven mee moeten leren leven. De ene persoon gaat hier gemakkelijker mee om dan de andere. [9]

5. Er bestaat een betrouwbare opsporingsmethode

Er bestaan zowel invasieve als niet-invasieve testen om dikkedarmkanker (in een vroegtijdig stadium) op te sporen. De invasieve testen, coloscopie, flexibele sigmoïdoscopie, barium contrast onderzoek en CT, worden in België niet geadviseerd als screeningstesten. Coloscopie (+ histologische bevestiging) is in België wel de aanbevolen test voor diagnosestelling. Het is bij ons dus een diagnostische test en geen screeningstest. [2, 7, 10, 13]

De niet-invasieve testen, de stoelgangstesten, zijn de fecaal DNA test, de guajaktest test (verder gFOBT) en de immunochemische test (verder iFOBT). De eerste is niet gangbaar in België, de andere twee zeker wel.

Domus medica adviseert om bij patiënten tussen 50 en 74 jaar zonder risicofactoren of alarmtekenen om de twaalf tot vierentwintig maanden een fecaal occult bloed (FOB) test

te laten uitvoeren. Zij adviseren FOB eerder dan coloscopie en baseren zich op de studies die toen voorhanden waren om testing met een gFOBT als voorkeur screeningsmethode naar voor te schuiven [10]. Echter, in tussentijd is heel wat onderzoek gedaan rond de sensitiviteit en specificiteit van de FOB testen en is de iFOBT op de markt gekomen. Het verschil tussen de twee wordt toegelicht in onderstaande tabel [7, 13, 14].

Tabel 1: vergelijkende tabel tussen gFOBT en iFOBT

gFOBT	iFOBT
Detecteert peroxidase activiteit van haem	Binding specifieke antilichamen op menselijk hemoglobine, albumine of andere bloedcomponenten
Beïnvloedt door rood vlees en sommige groenten/fruit zoals broccoli, radijzen en rapen. Ook door vitamine C	Geen beïnvloeding door dieet
2 of 3 stoelgangsstalen, gedurende 2 of 3 dagen	Een stoelgangsstaal, op 3 verschillende plaatsen prikken
Bloed uit rectum > colon > maag	Bloed uit colon of rectum
Sensitiviteit voor gevorderde neoplasieën is 9 tot 24% [7]	Sensitiviteit voor poliepen en laag risico adenomen is 5.7% [8]
Sensitiviteit voor dikkedarmkanker is 13 tot 50% [7]	Sensitiviteit voor dikkedarmkanker is 73% [8] of 79% [7]
Specificiteit voor dikkedarmkanker en gevorderde neoplasieën is ongeveer 90% [15]	Specificiteit voor dikkedarmkanker en gevorderde neoplasieën is 97% [8, 15]

De exacte cijfers over sensitiviteit en specificiteit van de gFOBT en iFOBT verschillen naargelang de studies, maar over het algemeen is men het erover eens dat de iFOBT's een hogere sensitiviteit en specificiteit hebben dan de gFOBT's. [7, 13, 15, 16] Voor de volledigheid ook even de vergelijking met een coloscopie. De sensitiviteit van een coloscopie voor poliepen en laag-risico adenomen is 80%, voor hoog-risico adenomen en dikkedarmkanker 95%. De specificiteit is 90%. [8] Cijfers van sensitiviteit en specificiteit slaan ook op maar één test moment. Anders dan een coloscopie dient een FOB niet na tien, maar na één of twee jaar te worden herhaald. Door de cumulatie verhoogt natuurlijk de sensitiviteit en specificiteit van screenen d.m.v. FOB. [9]

Hoewel nog geen studies voorhanden, verwacht men een sterkere daling van de mortaliteit met een iFOBT dan met een gFOBT. Een Cochrane review uit 2007 geeft aan dat tweejaarlijkse screening door middel van een gFOBT gedurende tien jaar een daling geeft van het relatief sterfterisico t.g.v. dikkedarmkanker van 15%. Vlaamse onderzoekers bekwamen een daling van 21% d.m.v. iFOBT. Dit is een voorzichtig eerste resultaat, verder onderzoek moet nog gebeuren. [8, 9]

Bovendien hebben de iFOBT's als voordeel t.o.v. de gFOBT's dat deze geautomatiseerd en gestandaardiseerd kunnen worden, en dat men zo ook aan kwaliteitscontrole kan doen. gFOBT's vereisen een individuele afleiding en zijn niet automatiseerbaar. [13, 14, 16]

Dit alles in beschouwing genomen, denk ik ook dat de iFOBT de screeningstesten van de toekomst zijn. Het is een niet-invasieve test, die de patiënten heel eenvoudig zelf thuis kunnen afnemen op een eenmalig stoelgangsstaal, zonder zich aan enige dieetrestricties te houden. Vergeleken met de iFOBT, lijkt de gFOBT echt wel voorbijgestreefd. De coloscopie is een test met een zeer hoge specificiteit (weinig vals positieven) en een zeer

hoge sensitiviteit (weinig vals negatieven), maar blijft wel een invasieve test die een lastige voorbereiding vraagt en waarvoor de patiënt zich moet verplaatsen naar een ziekenhuis. De test kost ook meer dan een iFOBT. Het blijft dus ook voor mij de test bij uitstek voor diagnosestelling.

6. De opsporingsmethode is aanvaardbaar voor de bevolking

De iFOBT heeft dus een hoge specificiteit en een behoorlijke sensitiviteit (in elk geval hoger dan de gFOBT) en is ook gemakkelijk te analyseren. Echter, een screeningstest moet daarenboven ook gebruiksvriendelijk zijn. Uit het pilootproject voor een bevolkingsonderzoek in Nederland bleek een 10% hogere participatie voor de iFOBT, vergeleken met de gFOBT. De procedure is immers veel simpeler. Zoals eerder aangegeven, is er voor de iFOBT geen dieetrestrictie en moet er maar 1 éénvoudige staalname gebeuren i.p.v. drie. Het Vlaamse pilootproject bekwam ook als resultaat dat de iFOBT als zeer gemakkelijk wordt ervaren door de deelnemers [14, 16].

Een positieve screeningstest moet echter altijd worden gevolgd door een diagnostische test, in dit geval dus een coloscopie. De participatie bij coloscopie ligt lager dan die voor een iFOBT bij eenmalige screening. Waarschijnlijk is daaruit af te leiden dat een coloscopie algemeen minder aanvaard is bij de bevolking. [16] Een coloscopie is invasief, het vergt een voorbereiding en kan niet thuis gebeuren. Allemaal zaken die niet nodig zijn bij een FOB en waardoor mensen meer geneigd zouden kunnen zijn om het niet te laten doen. [9] De eerste resultaten van het Vlaams bevolkingsonderzoek uit 2013 tonen dat een afwijkende iFOBT 'slechts' in 78% van de gevallen werd gevolgd door een coloscopie. Van 14.2% is geen opvolging gekend, de resterende 7.8% kreeg een onvolledige opvolging door herhalen van de FOB, onvolledige coloscopie, beeldvorming of ingreep. [17] Internationale studies tonen ook dat 18.5 tot 28% van de mensen een positieve iFOBT niet laat volgen door een coloscopie, ook al wordt hen dit geadviseerd. [18]

Als ongeveer 20%, één vijfde, van de mensen die een positief resultaat krijgt na zijn iFOBT, daar niets (corrects) mee doet, dan denk ik dat hier zeker nog werk aan de winkel is! Vanuit het bevolkingsonderzoek wijst men de huisarts op zijn taak om juist in te grijpen bij een positieve test. Hier ligt dus zeker een belangrijke rol voor de huisarts. Wanneer men mensen met een positieve iFOBT ook gaat opbellen, verhoogt het aantal coloscopiën significant t.o.v. wanneer men mensen enkel per brief op de hoogte stelt van het feit dat ze zich tot een arts moeten wenden voor het uitvoeren van een coloscopie. [18]

7. Het natuurlijk verloop van de ziekte is gekend

Zoals eerder aangegeven, kent dikkedarmkanker verschillende voorlopers van poliepen naar adenomen en uiteindelijk carcinomen of kanker. De tijd nodig om van een gezonde darm naar een invasieve kanker te gaan, is variabel, maar kan verschillende jaren in beslag nemen. Gemiddeld duurt het ongeveer tien tot vijftien jaar. Maar zoals eerder aangegeven, evolueert niet elke poliep tijdens het leven van het individu uit tot een carcinoom. [9]

8. Er bestaat een overeenstemming over wie moet worden behandeld

De internationale richtlijnen verschillen van land tot land, maar over het algemeen start men screening naar dikkedarmkanker op 50 of 55 jaar en stopt men op 74 of 75 jaar met screenen.

Voor de Vlaamse huisartsen is het domus medica die de richtlijnen voor goed medisch handelen opstelt. Deze adviseert om alle mensen van 50 tem 74 zonder verhoogd risico om de twaalf tot vierentwintig maanden te screenen op dikkedarmkanker. De mensen met een verhoogd risico dienen door de huisarts te worden opgespoord door iedereen tussen de 40 en 74 jaar te bevragen naar risicofactoren. Dit zijn:

- Familiale anamnese met aanwezigheid van erfelijke aandoeningen: HNPC (hereditary nonpolyposis colorectal cancer) en FAP (Familiale adenomateuze polyposis)
- Twee of meer eerstegraadsverwanten met colorectale kanker of een eerstegraadsverwant met diagnose voor de leeftijd van zestig jaar.
- Een persoonlijke voorgeschiedenis van poliepen of dikkedarmkanker.
- Patiënten met colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn vanaf de leeftijd van acht jaar.
- Een persoonlijke voorgeschiedenis van acromegalie of ureterosigmoïdostomie.

Volgens diezelfde richtlijn moeten ook mensen met klachten niet worden verwezen voor screening, maar wel voor diagnostiek. Alarmsymptomen zijn:

- Rectaal bloedverlies met lossere stoelgang en/of verhoogde stoelgangsfrequentie gedurende meer dan zes weken.
- Veranderingen in stoelgangspatroon gedurende meer dan zes weken.
- RBPA zonder anale klachten.
- RBPA bij mensen ouder dan zestig. [2, 10, 19]

De verschillende vormen van dikkedarmkanker, alsook de voorlopers behoeven allemaal een andere aanpak naar behandeling. Dit is echter werk voor de gastro-enterologen en oncologen en valt buiten het vakgebied van de huisarts.

9. De kosten van opsporing, diagnostiek en behandeling staan in een acceptabele verhouding tot de kosten van de gezondheidszorg als geheel.

Vroegtijdige opsporing resulteert in een minder ingrijpende behandeling, met een lagere morbiditeit en mortaliteit en lagere kosten voor behandeling. [7, 8] Een studie voor de Vlaamse overheid concludeert dat tweejaarlijkse iFOBT screening naar dikkedarmkanker in Vlaanderen als kosteneffectief kan worden beschouwd. Vooral als men de kosteneffectiviteit niet bekijkt per individu maar op populatieniveau (13.703 Quality-adjusted life years (QALY) winst bij mannen en 6.748 QALY's winst bij de vrouwen). De winst in QALY's staat volgens de onderzoekers in verhouding met de netto kosten. De kosten zijn volgens hen zeker aanvaardbaar en in overeenstemming met de normen van de WHO. [8, 16]

10. Het moet gaan om een continu proces en niet om een eenmalig project.

Screening naar dikkedarmkanker door middel van FOB dient om de twaalf tot vierentwintig maanden te worden herhaald. Bovendien bereikt men door herhaling een hogere sensitiviteit en specificiteit. [10, 16]

Met al het bovenstaande in het achterhoofd lijkt screening naar dikkedarmkanker dus inderdaad te voldoen aan alle criteria van Wilson en Jugner, en lijkt screening daarom aan te bevelen. 1750 Vlamingen die jaarlijks sterven aan dikkedarmkanker zijn er volgens mij nog altijd 1750 teveel. Je zou natuurlijk, o.b.v. figuur 1, kunnen zeggen dat het een ziekte is die vooral optreedt na de leeftijd van 50 jaar met pieken tussen de 70 en 80 jaar, en dat de ziekte dus hoofdzakelijk de oudere populatie treft. Maar de huidige populatie leeft alsmaar langer en een Belgische man van 60 jaar had in 2014 nog 22.06 jaren tegoed, een vrouw van die leeftijd nog 25.79. Mensen van 70 nog 17.4 en 20.67 respectievelijk voor mannen en vrouwen. [20] Het treft dus een ouderen, maar nog actieve populatie. Daarom lijkt het mij zeker zinvol om te trachten het aantal sterftes aan dikkedarmkanker naar beneden te halen en te streven naar meer QALY's. Bovendien is het doel van screening juist om de ziekte in een vroeger stadium te gaan diagnosticeren. Mensen zijn dan ook nog jonger, kunnen een behandeling waarschijnlijk beter aan, met minder complicaties en bijgevolg minder kosten.

Met de leeftijdsbegrenzing voor screening zou ik wel voorzichtig omgaan. Screening wordt 'maar' tot de leeftijd van 74 jaar aanbevolen, maar wanneer ik een actieve 75-jarige voor mij heb, die zijn screening altijd zeer punctueel volgde in de afgelopen jaren, dan denk ik dat het opportuun is om deze persoon ook nog te blijven screenen na zijn 75e. Daar tegenovergesteld, wanneer ik een 65-jarige voor mij heb, met verschillende comorbiditeiten, waarvan te verwachten valt dat hij/zij hieraan eerder zal sterven dan aan dikkedarmkanker, dan denk ik dat screening naar dikkedarmkanker hier niet als prioriteit moet worden gezien. De huisarts kan hierin een beslissende rol spelen en zijn/haar patiënten correct adviseren met afweging van de pro en contra van screening.

Screening naar dikkedarmkanker is zeer kosteneffectief gebleken en kan door middel van een eenvoudige test. Nog argumenten waarom ik het zeker aan al mijn patiënten zou aanbevelen. Kanttekening is wel dat men moet zorgen dat de screening zorgvuldig gebeurt. Dat er elke twee jaar een iFOBT wordt herhaald en dat positieve iFOBT's altijd worden gevolgd door een coloscopie. De deelnemers moeten hier al van tevoren duidelijk over worden geïnformeerd. Gezondheidswerkers die de testen aanbevelen, moeten hierover van in den beginne duidelijk communiceren en moeten zich ook ten volle bewust zijn van de continuïteit van de screening. Wanneer een huisarts zich als doel stelt om één jaar intensief rond screening naar dikkedarmkanker te gaan werken, dan lijkt mij dit ergens wat verloren moeite. Men moet zich volgens engageren om dit gedurende zijn of haar volledige carrière intensief te gaan doen, want enkel door herhaalde screening bekomt men een aanvaardbaar hoge sensitiviteit en specificiteit.

Het is ook uitermate belangrijk dat de juiste vorm van screening aan de juiste persoon wordt aangeboden. Hoewel de leeftijdsgrenzen m.i. met een korrel zout kunnen genomen worden, blijven de andere criteria wel uitermate belangrijk. Zodra een huisarts het vermoeden heeft van een dikke darmtumor op basis van klachtenpatroon, dan moet de patiënt onmiddellijk worden doorverwezen voor coloscopie en niet eerst een iFOBT

krijgen. Ook mensen die door familiale of persoonlijke voorgeschiedenis een verhoogd risico hebben op dikkedarmkanker moeten onmiddellijk een coloscopie krijgen. Hierin heeft de huisarts een uitermate belangrijke rol, al deelt hij/zij deze rol wel met de gastro-enterologen. Een goede samenwerking tussen deze twee actoren in de gezondheidszorg met duidelijke communicatie naar opvolging is belangrijk. Eigen ervaring leert dat hier nog ruimte is voor verbetering. Wanneer een patiënt een coloscopie onderging, zou de gastro-enteroloog altijd advies moeten geven naar verdere opvolging. Iets wat in de praktijk zeker niet in alle gevallen gebeurt.

Screening naar colorectale kanker d.m.v. iFOBT lijkt dus goed op weg om de sterfte aan de ziekte te gaan verminderen. Echter, wanneer we er de literatuur bijnemen is er één gegeven dat als grote contra naar voren wordt geschoven en het hele nut van screening naar dikkedarmkanker weerlegt. Er is immers nog geen enkele studie die kon aantonen dat screening naar dikkedarmkanker een effect heeft op de veralgemeende sterfte. Dus niet enkel sterfte aan de ziekte zelf. [9] Dit aantonen lijkt mij dan ook enorm moeilijk want op zich is sterfte aan dikkedarmkanker ‘maar’ een kleine schil van het aantal kankersterftes en zijn kankersterftes ook ‘maar’ een klein onderdeel van alle doodsoorzaken. Dit aantonen is dus waarschijnlijk niet eenvoudig.

Uit persoonlijke ervaring weet ik dat de diagnose ‘kanker’ krijgen, iets verschrikkelijk is. Zowel voor de patiënt als voor diens omgeving. Weten dat men daaraan zal komen te sterven, lijkt voor veel mensen iets ‘oneerlijk’. Mijn eigen moeder was ‘liever’ aan iets anders gestorven dan eerst door die lastige periode te moeten gaan, wetende dat ze kanker had. Daarom ben ik van mening dat ik screening naar kanker, hier dan in het bijzonder dikkedarmkanker, steeds zal blijven aanbieden aan mijn patiënten. Juist ook om die diagnose ‘kanker’ voor te zijn.

Vlaams Bevolkingsonderzoek

De internationale literatuur bereikte eveneens een consensus dat screening naar dikkedarmkanker op basis van de criteria van Wilson en Jugner aan te bevelen is. Zoals eerder aangegeven, is er echter geen eensgezindheid over de screeningstest bij uitstek. Evenmin is er eenduidigheid over de meest geschikte vorm om screening te gaan aanbieden aan de bevolking.

Enerzijds bestaat de methode van de opportunistische screening. Een zeer mooie definitie is te vinden in de domus medica richtlijn rond Chlamydia opsporing. '*Het initiatief van een opportunistische screening in de huisartsenpraktijk gaat uit van de individuele hulpverlener of patiënt. Wanneer de gelegenheid zich voordoet, wordt tijdens de praktijkvoering aan individuele patiënten een screeningsonderzoek aangeboden. Er is in de regel geen externe structuur die instaat voor de kwaliteitsbevordering en epidemiologische opvolging.*' [21]

Deze vorm van screening naar dikkedarmkanker was in België aan de orde voor de invoering van het bevolkingsonderzoek in 2013.

Het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker is een vorm van georganiseerde screening en wordt georganiseerd door een bevoegde organisatie, hier het Ventrum voor Kankeropsporing (CvKO). Mensen van een welomschreven doelpopulatie worden op systematische wijze uitgenodigd om deel te nemen aan screening. Opvolging bij een positieve test wordt verzekerd. Er is een volledig geüniformeerde manier van uitnodigen, versturen van herinneringen, interpreteren van de testen, bezorgen van resultaten, instructies voor follow-up enz. Er is informatica ondersteuning en er is de mogelijkheid om de bekomen gegevens te gaan analyseren en evalueren met oog op verbetering van het proces [7].

De meerwaarde van een georganiseerde screening vs. een opportunistische screening is de verhoging van deelname en testkwaliteit bij een goede organisatie. Het beschermt tegen overscreening en onderscreening waardoor de middelen niet onnodig worden gebruikt. Streven naar kwaliteit staat voorop en een goede opvolging kan worden gegarandeerd. [7, 21] Een bemerking hierbij is wat ik eerder aangaf. Door op populatie niveau te werken en niet meer op individueel niveau, lijkt het mij dat men juist meer aan overscreening gaat doen door bijvoorbeeld geen rekening te houden met comorbiditeiten die niet zijn gelinkt aan dikkedarmproblematiek. [9]

Een studie uit 2015 die de colorectale screeningsprogramma's wereldwijd opsomt, leert ons dat Nederland in 2014 is gestart met een georganiseerd bevolkingsonderzoek d.m.v. en iFOBT voor alle mensen tussen 55 en 75 jaar waarbij men ook om de twee jaar gaat screenen. In Frankrijk is een gelijkaardig georganiseerd screeningsprogramma met iFOBT. De opstart gebeurde in 2009 en iedereen uit de doelpopulatie tussen 50 en 74 jaar werd intussen minstens één keer gescreend. In Duitsland is er geen georganiseerd programma, daar maakt men al sinds 1971 gebruik van opportunistische screening d.m.v. gFOBT voor mensen tussen 50 en 54. Vanaf 2002 werd gestart met het aanbieden van gFOBT of coloscopie aan mensen ouder dan 55. Ook in Luxemburg hanteert men een opportunistische screeningsmethode d.m.v. gFOBT of coloscopie voor iedereen ouder dan 50 en dit sinds 2005. In Wallonië is in 2009 reeds gestart met een georganiseerde screening waarbij iedereen tussen 50 en 74 jaar werd uitgenodigd om te testen d.m.v. gFOBT.

Iets verder in Europa zien we dat Groot Brittannië ook opteert voor een georganiseerde screening. In Engeland werd in 2006 gekozen voor een screening d.m.v. gFOBT, momenteel loopt de opstart van een screening d.m.v. flexibele sigmoïdoscopie en loopt een pilootproject voor screening d.m.v. iFOBT. Ook Schotland heeft dergelijk pilootproject met iFOBT lopen en screent sinds 2007 georganiseerd d.m.v. gFOBT. In Wales en Noord-Ierland loopt een georganiseerde screening d.m.v. gFOBT voor inwoners tussen 60 en 74 jaar. Ook in Kroatië, Denemarken, Finland, IJsland, Ierland, Italië, Malta, Noorwegen, Polen, Portugal, Slovenië, Spanje en Zweden koos men voor een georganiseerde screening naar colorectale kanker. Verschillende vormen van screening zitten daar in pilootproject, opstartfase of zijn reeds geroutineerd. Naast Duitsland kozen ook Oostenrijk, Tsjechië, Griekenland, Letland, Litouwen, Slovakije, Zwitserland en Turkije voor een opportunistische screening.

In de Amerikaanse landen zien we georganiseerde screeningsinitiatieven in Argentinië (piloot), Brazilië (piloot), delen van Canada, delen van Chili (piloot), Martinique en enkele staten van de USA. Opportunistische screening wordt ook her en der in Amerika aangeboden. Ook in de Aziatische landen zijn verschillende screeningsinitiatieven beschikbaar. In het geraadpleegde artikel vertelt men over de Afrikaanse landen dat hoewel screening naar dikkedarmkanker d.m.v. coloscopie op de leeftijd van 50 jaar, gecombineerd met behandeling als kosten effectief kan worden beschouwd, men de effectiviteit van screening toch in twijfel kan trekken. Er is immers een lage incidentie en er zijn beperkte middelen. Bovendien is de beschikbaarheid van coloscopie en getrainde artsen erg laag in de meeste regio's. [4, 7, 19]

Vertrekkende vanuit de internationale aanbevelingen voor screening, lanceerde de afdeling preventie, eerstelijns en thuiszorg van het Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid, in 2007 een oproep om een voorstel te doen rond het ontwikkelen van een 'pilootproject bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker'. Onder leiding van professor Guido Van Hal startte men toen aan de universiteit van Antwerpen een proefonderzoek dikkedarmkankeropsporing. Dit proefonderzoek moest verhelderen of een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in Vlaanderen haalbaar was en onder welke vorm dit dan best zou worden georganiseerd. Het succes van een bevolkingsonderzoek hangt af van een aantal factoren. Bereidheid tot deelname en efficiëntie van de opsporingstest zijn volgens de onderzoekers de belangrijkste [16].

Het onderzoek kon gebruikmaken van de voorkennis opgebouwd in studies in de ons omringende landen.

Keuze van opsporingstest

Voor het Vlaams pilootproject gebruikte men een iFOBT. De deelnemers aan het project vonden deze gebruiksvriendelijk, mede door het kleine, handige staafje en de duidelijke gebruiksaanwijzing. Het opvangpapier werd als te klein beschouwd en werd vaak niet gebruikt. Een bijkomende suggestie was om in de gebruiksaanwijzing een aantal alternatieve en correcte manieren voor de staalname te vermelden [16].

Uitnodigingsmethode

Voor het proefonderzoek deelde men de deelnemers in twee gelijkwaardige groepen die elk op een andere manier een oproep tot deelname kreeg.

De eerste groep bestond uit een random steekproef van 10.000 personen die allen beantwoorden aan de inclusiecriteria en niet aan een of meerdere van de vooropgestelde exclusiecriteria (deze criteria werden uiteindelijk ook overgenomen in het definitieve bevolkingsonderzoek, zie verder). Deze groep van mensen kreeg via de post een uitnodigingsbrief, een informatiebrochure, een antwoordformulier en een iFOBT per post toegestuurd. Deze groep kreeg de naam 'postgroep'.

Een tweede, gelijkaardige groep kreeg hetzelfde, maar dan zonder de iFOBT. Patiënten moesten de huisarts contacteren en daar een testkit ophalen. Deze groep kreeg de naam 'huisartsengroep'.

Men zag op het einde van het pilootproject dat de deelname in de postgroep significant groter was dan de deelname in de huisartsengroep. Respectievelijk 64.27% vs. 24.75%. [16] Een gelijkaardig, maar meer uitgebreid onderzoek in Italië toonde geen verschil in respons tussen mensen die de iFOBT per post kregen (30% participatie) en zij die een uitnodiging kregen om een test te halen bij de huisarts (28% participatie). [22]

Onderzoek door middel van vragenlijsten en een focusgroepdiscussie liet de onderzoekers van de pilootstudie concluderen dat bijna alle deelnemers een uitnodiging zoals die in de postgroep verkiezen. Zo schreven zij letterlijk neer in hun besluit: 'een bezoek aan de huisarts biedt volgens de ondervraagden geen meerwaarde, is tijdsintensief en niet gratis.' De ondervraagden gaven aan dat een huisarts de participatie van anderstaligen en allochtonen zou kunnen verhogen. Voor henzelf was dit niet nodig, maar ze vonden het wel goed dat zij vrijblijvend informatie konden inwinnen bij de huisarts indien gewenst. [16]

Conclusie vooronderzoek

De onderzoekers van het pilootproject concludeerden dat de gratis screening naar dikkedarmkanker als positief kon worden beschouwd en dat het zeker haalbaar is om op Vlaams niveau een bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker te organiseren. Ze adviseren om de bevolking, behorende tot de doelpopulatie, vrijblijvend met een brief via de post uit te nodigen om een stoelgangsstaaltje op te sturen via de bijgeleverde immunochemische stoelgangstest. De onderzoekers adviseren sterk om de screening kosteloos te houden. Dit is een grote meerwaarde voor een hoge participatiegraad [16]. Ook een Amerikaanse review toont dat wanneer de kosten voor preventie niet worden gedekt door de mutualiteit/ verzekering, mensen minder snel geneigd zijn om deel te nemen aan preventie. [23]

Bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker

Eind oktober 2013 ging in Vlaanderen dan het uiteindelijke bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker (BVO DDK) van start. Doel van dit bevolkingsonderzoek is om alle klachtenvrije mannen en vrouwen van 56 tem 74 jaar, zonder verhoogd risico, tweejaarlijks te screenen om dikkedarmkanker in een vroeg stadium op te sporen. Tijdens de opstartperiode t.e.m. eind december 2015 zal al wie tot de doelpopulatie behoort een eerste maal zijn gecontacteerd om vrijblijvend en gratis deel te nemen aan dit onderzoek.

Omdat personen die recentelijk reeds een stoelgangsonderzoek of coloscopie lieten uitvoeren niet behoren tot de doelpopulatie, net als personen die reeds een verwijdering hadden van de dikdarm of worden/werden behandeld voor dikkedarmkanker, wordt voor dit bevolkingsonderzoek nauw samengewerkt met de Stichting Kankerregistratie (SKR). Bovengenoemde onderzoeking/behandelingen worden door de SKR allemaal nauwgezet bijgehouden en de patiënten die een van deze reeds ondergingen, komen zo op een uitsluitingslijst voor de relevante periode. De uitsluitingslijsten worden sinds 2015 vier keer per jaar doorgegeven aan het centrum voor kankeropsporing (CvKO).

Concreet krijgt iedereen behorende tot de doelpopulatie een persoonlijke uitnodigingsbrief met antwoordformulier, en een afnametest bestaande uit een iFOB-test, opvangpapier en gebruiksaanwijzing. Bovendien ontvangen zij ook een folder met meer uitleg en een bubbelenvelop om het staal gratis terug te bezorgen aan het labo (CMA in Herentals).

Patiënten zijn vrij om niet deel te nemen en kunnen dan ook vragen om in de toekomst geen uitnodiging meer te ontvangen. Dit kan evenwel enkel elektronisch via de website van het bevolkingsonderzoek.

Indien de patiënt beslist deel te nemen, wordt het stoelgangsstaal opgestuurd naar het labo, alwaar dit wordt gecontroleerd op de aanwezigheid van bloed. De deelnemer en zijn/haar huisarts krijgen hiervan binnen de 14 dagen resultaat. Afwijkende testresultaten moeten worden gevolgd door een coloscopie. Patiënten bij wie een afwijkend resultaat wordt gevonden, worden dan ook per brief geadviseerd om hun huisarts te contacteren voor de verdere planning, of zich rechtstreeks tot een specialist te richten.

Niet-afwijkende testresultaten behoeven geen directe verdere opvolging. Patiënten met een normaal stoelgangsstaal krijgen automatisch na 2 jaar een nieuwe uitnodiging met afname set [24].

Participatie

Voor 2014 bestond de doelgroep voor het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker uit alle in Vlaanderen wonende mannen en vrouwen geboren in 1940, 1942, 1944, 1946, 1948, 1950, 1952, 1954, 1956 en 1958 zonder tijdelijke of definitieve SKR- exclusie.

Deze exclusiecriteria zijn:

- Volledige verwijdering van de dikke darm: definitieve exclusie
- Diagnose van dikkedarmkanker nu of in de afgelopen 10 jaar: uitsluiting gedurende 10 jaar, te tellen vanaf datum van diagnose
- Volledige coloscopie in de afgelopen 10 jaar: uitsluiting gedurende 10 jaar, te tellen vanaf datum van coloscopie
- Stoelgangstest in de afgelopen 24 maanden: uitsluiting gedurende 24 maanden, te tellen vanaf datum van testen
- Overlijden op moment van uitnodiging
- Ongeldig rijksregisternummer op moment van uitnodiging

Bovendien kunnen mensen ook zelf laten weten dat zij geen uitnodiging wensen te ontvangen. Zij kunnen een 'weigering' doorgeven aan het CvKO of zij kunnen doorgeven te voldoen aan een geldige exclusiecriteria.

Het bevolkingsonderzoek is verder niet aangewezen voor patiënten die:

- Dikkedarmkanker hebben of gehad hebben in de laatste 10 jaar. Voor hen is een coloscopie de meest aangewezen opvolging
- Personen met klachten: bloed in stoelgang, afwijkend stoelgangpatroon, buikpijn, vaak buikkrampen, …
- Personen met een verhoogd risico op dikkedarmkanker: erfelijke aandoeningen of familiaal risico wegens dikkedarmkanker bij 1e graad verwanten

In totaal werden in 2014 657.887 personen uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.

De respons

De responsgraad, dat wil zeggen het percentage aan personen dat binnen de 12 maanden na uitnodiging een staal opstuurde ter analyse, bedroeg voor 2014 50.3%. Dit slaat echter niet op de mensen die in 2014 werden uitgenodigd, maar wel op de mensen die in 2014 een staal lieten analyseren. Dit kunnen dus mensen zijn die in 2013 werden uitgenodigd maar pas in 2014 een staal opstuurden. Pas eind december 2015 had men dus een definitief cijfer over het deelnamepercentage van de mensen die in 2014 werden uitgenodigd. [24]

Rol van de huisarts

In de aanbeveling van domus medica staat te lezen dat het de taak is van de huisarts om aan kankerpreventie te doen. De huisarts kent de individuele risicofactoren en houdt daarmee rekening bij het opstellen van een beleid voor screening van elke individuele patiënt. De huisarts moet de patiënten met een verhoogd risico (zie eerder) identificeren en zorgen dat zij de juiste screeningsmethode krijgen aangeboden. Ook moet de huisarts bedacht blijven op klachten en alarmsymptomen bij de patiënten. [10]

Pilootproject

Hoewel het uitnodigen via de methode in de postgroep als meest wenselijk werd aanzien, wijzen de onderzoekers toch ook nog op de belangrijke rol van de huisarts in de screening naar dikkedarmkanker.

- Deze heeft een taak in het sensibiliseren en motiveren van de patiënten die (nog) niet zijn ingegaan op de uitnodiging.
- De huisarts heeft ook een taak in het begeleiden van patiënten die zich spontaan, zonder uitnodiging, aanbieden voor een test naar dikkedarmkanker. De huisarts moet die mensen dan informeren en adviseren deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.
- De huisarts blijft ook de contactpersoon bij vragen.
- De huisarts ontvangt steeds de resultaten van zijn/haar patiënten die deelnamen aan het screeningsonderzoek en heeft de taak deze correct door te verwijzen bij een positief resultaat.
- Uit vorige onderzoeken is gebleken dat mensen uit de lagere sociale groepen van de maatschappij en allochtonen minder deelnemen aan preventieve gezondheidszorg. De huisarts kan dit in het achterhoofd houden en patiënten behorend tot deze groepen extra motiveren [16].

Bevolkingsonderzoek

In het huidige bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker is de rol van de huisarts tot op heden beperkt. De huisarts staat hoofdzakelijk in voor een correcte opvolging van patiënten die een positief resultaat kregen. Zoals eerder aangegeven is de huisarts verantwoordelijk voor de detectie van personen met een verhoogd risico en voor het correct doorverwijzen van deze patiënten. Daarnaast heeft de huisarts een belangrijke rol in het sensibiliseren en motiveren van personen die twijfelen om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. [25]

Wat wel opvalt, is de discrepantie in aanbeveling van Domus Medica en het huidige bevolkingsonderzoek. Domus Medica zegt immers dat iedereen tussen de 50 en 74 jaar een FOBT moet aangeboden krijgen, en het bevolkingsonderzoek screent maar vanaf de leeftijd van 56 jaar… In hun brief naar de huisartsen (zie bijlage) wijzen de organisatoren van het bevolkingsonderzoek dat patiënten eigenlijk al vanaf hun 50e moeten worden gescreend. Dit moet dan voorlopig nog door de huisarts worden georganiseerd. Wanneer de huisarts screent op de leeftijd van 50, 52 en 54, dan kan die in principe de screening vanaf de leeftijd van 56 gratis via het bevolkingsonderzoek laten verlopen. Eens de leeftijd van 74 gepasseerd worden patiënten ook niet meer uitgenodigd via het bevolkingsonderzoek, maar in diezelfde brief aan de huisartsen staat dat een huisarts dit eventueel wel nog kan doen in eigen initiatief, maar dan ook niet meer kosteloos. Een telefoontje naar het eigen labo (Labo ASZ) leert mij dat zij voor een iFOBT 50 B-waarden mogen aanrekenen, aangezien 1 B waarde op 01/04/2016 0.02896

euro bedraagt, kost een iFOBT dus 1.448 euro. Voor laboratoriumkosten werkt men echter altijd met een forfait en voor een aanvraag met minder dan 700 B- waarden, krijgt het laboratorium 21.79 euro, dit volledig bekostigd door het RIZIV, de patiënt zelf moet geen remgeld betalen. Ons labo biedt aan de patiënten een afnamekit aan, welk een iFOBT bevat, alsook een opvangpapier en een document met instructies voor een correcte afname. Voor een doos van 25 testkits betaalt het labo zelf 16.12 euro (excl. BTW). Wanneer we als huisarts dus een iFOBT aanbieden aan onze patiënten, en deze laten analyseren zonder ander testen, dan kost dit niets voor de patiënt, maar wel €21.79 aan de maatschappij.

Op de website van het bevolkingsonderzoek, https://www.bevolkingsonderzoek.be/dikkedarmkanker, is zeer goede informatie te vinden voor de huisartsen onder het tabblad professionelen. Er is een basistekst beschikbaar en een algemene informatiefiche. Huisartsen vinden er ook de informatieve folder, het antwoordformulier en de gebruiksaanwijzing terug die ook de patiënten krijgen bij de oproepingsbrief. Er valt ook meer te leren over de iFOBT en over de kosteneffectiviteit. Ook Domus Medica verwijst in de richtlijn op zijn website naar bovengenoemde informatiebron.

Bovendien werd zowel in 2015 als in 2016 een informatiefiche voor de huisarts opgemaakt en verzonden.(zie bijlage) In 2015 was die vrij attractief opgesteld en bevatte die vooral de relevante informatie: wat is de incidentie van dikkedarmkanker? Wie wordt wel/niet uitgenodigd en wanneer? Wat is de kans op een positieve test? Wat te doen bij een positieve FOB test? In 2016 was de fiche formeler en werden ook al de eerste resultaten vermeld, met verwijzing naar een link waarop men de resultaten per gemeente kan bekijken. Tegelijk doet men op die fiche een oproep naar de huisartsen om er mee voor te zorgen dat de respons nog verhoogt. Tegen 2020 hoopt men een respons van 60% te bereiken. Op de fiche wordt ook nogmaals gezegd dat het geen zin heeft om een positieve test te herhalen, maar dat die altijd moet worden gevolgd door een coloscopie, waarmee men de huisarts nogmaals wijst op zijn belangrijke rol bij het correct doorsturen na een positief testresultaat. Er is ook een link naar de webpagina.

Vanuit het bevolkingsonderzoek wil men dus vooral de huisartsen goed informeren rond het hoe en wat van dit bevolkingsonderzoek en ervoor zorgen dat de huisartsen weten wat te doen bij positieve resultaten. Op die manier kunnen de huisartsen de patiënten correct informeren en motiveren.

Echter, wat opvalt, is dat men in de brief van 2016 toch ook de huisartsen oproept om er mee voor te zorgen dat het deelname-percentage naar omhoog gaat. Bij sommige minderheden en kansengroepen wordt het gemiddelde van 50% immers nog niet gehaald. Men informeert de huisartsen dat het responscijfer bij mensen uit Oost-Europa, Afrika, Turkije en de Magreblanden een stuk lager ligt dan het gemiddelde. Uit de brief blijkt ook dat mensen met een verhoogde tegemoetkoming, mensen met een leefloon en mensen met tegemoetkomingen voor een handicap lager scoren op vlak van deelname dan de gemiddelde bevolking. Het CvKO beroept zich op de huisartsen om deze mensen mee te helpen motiveren.

Zaken om in het achterhoofd te houden dus, maar nergens in de informatie uitgaande van het bevolkingsonderzoek is informatie te vinden over hoe de huisarts dit concreet kan aanpakken.

De rol van de huisarts in screening naar dikkedarmkanker is dus enigszins verminderd door de komst van het bevolkingsonderzoek. Daar waar de huisarts bij een opportunistische screening instond voor het screenen van zowel patiënten met als zonder verhoogd risico, moet hij/zij nu enkel nog de hoog-risicopatiënten detecteren. Hij/zij mag er vanuit gaan dat de niet- hoog risico patiënten behorende tot de doelgroep vanaf hun 56e tweejaarlijks zullen worden aangeschreven voor deelname aan het bevolkingsonderzoek en dat deze ook reminders krijgen toegestuurd wanneer zij niet hebben deelgenomen. Voor de leeftijd van 56 jaar is het wel nog steeds de huisarts die verantwoordelijk is voor de screening van patiënten zonder verhoogd risico. Huisartsen die het, zoals eerder gesuggereerd, dus niet zagen zitten om in te staan voor de continue opvolging van hun patiënten inzake screening naar dikkedarmkanker, worden dus geholpen door de komst van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker.

Echter, huisartsen dreigen volgens mij door de komst van het bevolkingsonderzoek het overzicht te verliezen over de screeningsdeelname van hun patiënten. Al was dat in de steeds groter wordende groepspraktijken misschien sowieso al wel het geval. Wanneer screening volledig wordt overgelaten aan een overkoepelende organisatie dreigt het aspect screening mogelijks te verdwijnen uit de arts-patiënt communicatie tijdens een consultatie. Een gevaarlijke valkuil! Het is belangrijk dat huisartsen over screening blijven praten met hun patiënten. Zodat zij op de hoogte blijven van de visie van hun patiënten op screening en dat zij daarop kunnen anticiperen. Het is ook belangrijk om zeker niet uit het oog te verliezen dat huisartsen de hoog-risico patiënten moeten uitselecteren en hen de juiste screening moeten aanbevelen. Het wordt de huisarts dus wat gemakkelijker gemaakt, maar daaruit mag de huisarts volgens mij absoluut niet concluderen dat hij/zij de screening naar dikkedarmkanker volledig aan het bevolkingsonderzoek mag overlaten. Immers, zoals reeds eerder aangegeven, staat de huisarts, voorlopig, ook nog steeds in voor screening van patiënten tussen 50 en 56 jaar aangezien het bevolkingsonderzoek pas start met screening op de leeftijd van 56 jaar.

Literatuur

Een review uit de VS uit 2004 bestudeerde het verband tussen aanbeveling voor screening door een arts en het daaruitvolgende gedrag van de patiënten. Vooreerst duiden zij dat het geweten is dat het al dan niet aanbevolen krijgen van een screeningstest door een arts een goede voorspeller is voor de deelname aan kankerscreening. Echter, voor de artsen geldt dan weer dat de lage positieve respons van de patiënten op hun aanbeveling naar screening één van de voornaamste redenen is waarom zij geen screeningstesten gaan aanbevelen. Wanneer screening door een arts wordt aangeboden, zorgt dit in alle gevonden onderzoeken voor een significant hogere deelname aan de screening. [23] Dit zijn echter cijfers in een opportunistische screening en gaan dus over aanbeveling door arts of geen aanbeveling. Mogelijks is de hogere deelname enkel en alleen te linken aan ‘de aanbeveling’ op zich, en niet zozeer aan het feit of die al dan niet van een arts komt.

In Australië onderzoekt men sinds 2002 de rol van motivatie door de huisarts in het bevolkingsonderzoek. In een eerste onderzoek concludeerde men al dat wanneer een brief ondertekend door de eigen huisarts wordt toegevoegd aan de oproepingsbrief van de screeningsorganisatie, er een duidelijke verhoging van het aantal deelnemers is. Voor elf ondertekende brieven werd er één extra stoelgangstest opgestuurd. [26]

Bij continueren van deze studie over vier screeningsronden, concludeerde men dat wanneer screening door de huisarts wordt aanbevolen, hier dus door middel van een ondertekende brief door de vaste huisarts bij te voegen aan de oproepingsbrief, niet alleen de participatie per screening verhoogt, maar ook het herhaaldelijk deelnemen aan screening over de verschillende screeningsronden. Daarenboven vond men ook dat een verwijzing naar de vaste praktijk van de patiënt, en dus niet zozeer de handtekening van één arts, even efficiënt is. Wanneer mensen zien dat hun vaste huisarts(praktijk) achter deze vorm van screening staat, zijn zij meer geneigd om deel te nemen. De onderzoekers duiden wel op het feit dat het moeilijk is om bij een eerste screeningsuitnodiging al direct het advies van de eigen huisarts toe te voegen, zeker in regio's waar, zoals bij ons in België, een vrije keuze van huisarts bestaat. Toch voegen zij eraan toe dat deelnemers bij de eerste screeningsronde een huisarts kunnen opgeven. [27]

Een gelijkaardige, meer recente, Franse studie kon echter geen significant verschil aantonen in deelname aan colorectale kankerscreening tussen een groep die enkel een standaard oproepingsbrief kreeg en een groep die daarnaast ook een brief kreeg die was ondertekend door de eigen huisarts. [28]

Een andere zeer recente Franse studie concludeerde dat een communicatietraining bij artsen kan zorgen voor een betere arts-patiënt communicatie en ervoor kan zorgen dat meer patiënten effectief gaan deelnemen. Zelfs al kwamen zij voor een heel ander probleem op consultatie. Zij suggereren immers dat je voor een verhoging van het aantal deelnemers aan colorectale kankerscreening niet alleen moet focussen op de mogelijke deelnemers, maar ook moet gaan werken op de andere niveaus: de artsen, de media, de organisaties die instaan voor de screening,… [29]

Screening naar dikkedarmkanker in de studiepraktijk

In de praktijk werd bij de start van het onderzoek nog gewerkt met het medisch programma Accrimed, in de loop van 2015 werd overgeschakeld op CareConnect.

In Accrimed werd de screeningsmodule voor mijn komst in de praktijk nooit gebruikt, de collega's wisten niet van het bestaan. Wanneer patiënten een FOB hadden gehad of een coloscopie dan werd dit meestal in de voorgeschiedenis en als notitie genoteerd. De resultaten van die FOB of coloscopie waren dan respectievelijk bij de laboresultaten of bij de brieven te vinden.

Nu wordt dus gewerkt met CareConnect en wanneer in de praktijk een FOB wordt uitgevoerd, dan wordt dit vaak niet duidelijk genoteerd in het EMD. De resultaten zijn dan terug te vinden bij de laboresultaten maar worden niet stelselmatig ingegeven onder preventie 'screening colorectale kanker'. Het programma geeft ons nochtans wel een melding op het 'dashboard' wanneer een patiënt in aanmerking komt voor screening. Volgens de collega's is het ganse systeem niet gebruiksvriendelijk genoeg en vergt het teveel stappen om een FOB in te geven. Waardoor het dus vaker niet dan wel gebeurt.

Wanneer een patiënt een coloscopie krijgt, dan wordt dit genoteerd in de voorgeschiedenis van de patiënt, en niet stelselmatig onder preventie 'screening naar colorectale kanker'. Aangezien de brieven van de specialisten niet altijd duidelijk zijn over de opvolging is het vaak moeilijk om een correcte planning voor de toekomst in te geven.

Resultaten van het bevolkingsonderzoek komen enkel op papier binnen en niet elektronisch. De brieven worden door 1 collega gelezen en dan doorgegeven aan de secretaresse. Deze geeft dan wel altijd op de juiste manier in het EMD in dat de patiënt gescreend werd. Ze noteert het onder screening en geeft in de planning aan dat het resultaat na 2 jaar moet worden herhaald. Bovendien noteert ze het besluit van de brief ook bij de brieven, zodat wij weten of het om een deelname uit praktijksinitiatief dan wel uit bevolkingsonderzoek is.

Afwijkende resultaten van een FOB, zowel uit bevolkingsonerzoek als uit praktijkscreening, worden tijdens het dagelijkse praktijkoverleg aan alle collegae doorgegeven. Zo is elke collega op de hoogte indien zij de patiënt aan de lijn zou krijgen. De arts die de screenings FOBT liet uitvoeren of de arts die de brief van het bevokingsonderzoek opende is verantwoordelijk voor de opvolging. Patiënten moeten ons bellen, maar wanneer wij te lang niets van hen horen, dan bellen we de patiënten zelf op.

Er is dus zeker nog werk aan de winkel binnen deze praktijk om screening naar dikkedarmkanker op een uniforme, eenvoudige en duidelijke manier te noteren in het EMD.

METHODOLOGIE

Voor het literatuuronderzoek werd vooreerst gestart met het lezen van de domus medica richtlijn i.v.m. screening naar dikkedarmkanker. Vervolgens werd op aanraden van mijn promotor gezocht naar het vooronderzoek voor het bevolkingsonderzoek. Als men 'pilootproject dikkedarmkanker' ingeeft in de standaard zoekmachines dan krijgt men de resultaten van dit onderzoek als eerste zoekresultaat na de advertenties. Nadien werd alle informatie verzameld over het huidige bevolkingsonderzoek, dit is eenvoudit te vinden op de website https://www.bevolkingsonderzoek.be/dikkedarmkanker. Via het tabblad publicaties is o.a. het jaarrapport te vinden, via het tabblad professionelen is alle info m.b.t. het onderzoek, de iFOBT, de kosteneffectiviteitsstudie en wat relevante literatuur te vinden.

Via pubmed werd gezocht in de wetenschappelijke literatuur. Via athenax van de universiteit van Gent kon d.m.v. SFX gezocht worden naar de full tekst articles. De meest gebruikte zoektermen waren 'colorectal cancer', 'screening', 'screeningtest', 'fob', 'general practitioner', 'motivation', 'participation', 'innitiatives', 'primary care', 'guidelines', en 'mailing'.

Na het afsluiten van het literatuuronderzoek werd de doelpopulatie van mijn onderzoek geselecteerd. De geïncludeerde patiënten in mijn studie zijn allen geboren in het jaar 1940, 1942, 1944, 1946, 1948, 1950, 1952, 1954, 1956 of 1958. Een lijst van al deze patiënten werd met behulp van het computerprogramma Accrimed eenvoudig bekomen. Dit leverde een lijst van 274 individuen op. Deze lijst werd één voor één overlopen. Patiënten die geen geregistreerd contact hadden in de 5 jaar voorafgaand aan de start van de studie, werden geëxcludeerd. Registratie van een iFOBT wordt ook aanzien als een patiëntencontact. Patiënten die de afgelopen 5 jaar dus niet fysiek op consultatie kwamen, maar wel één van de artsen van de praktijk opgaven als vaste huisarts, zullen dus ook worden opgenomen in de studiepopulatie. Op dezelfde manier worden ook de patiënten zonder contact in de 5 jaar voorafgaand aan de studie, maar met registratie van een coloscopie in diezelfde periode, ook meegenomen in de studiepopulatie. Dit leverde de uiteindelijke studiepopulatie van 157 deelnemers op. 69 mannen en 88 vrouwen. Vervolgens werd in het EMD bij voorgeschiedenis, in de brieven en bij de laboresultaten gekeken wie van de deelnemers reeds eenFOB had in de twee jaar voorafgaand aan de uitnodiging (2012 en 2013), dit waren 24 mensen. 14 mannen en 10 vrouwen. Tevens werd op dezelfde manier gezocht naar wie reeds een coloscopie onderging in de tien jaar voorafgaand aan de uitnodiging, dit ging over 25 mensen, 10 mannen en 15 vrouwen. Er werd een subpopulatie gemaakt van mensen die nog niet waren gescreend d.m.v. coloscopie of FOB in de praktijk. Nadien werd in deze subpopulatie gekeken van welke patiënten wij bericht kregen dat ze hadden deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek. Eens al deze gegevens verzameld werd een willekeurige lijst opgesteld van deelnemers en van niet- deelnemers aan het bevolkingsonderzoek. Elke vijfde naam op de lijst werd opgebeld, tot voldoende informatie werd verkregen. Wanneer patiënten niet opnamen, werd willekeurig een ander individu gekozen. De gesprekken werden opgenomen en bewaard. Vervolgens werden al deze gesprekken herbeluisterd en werden de kernboodschappen per gesprek uitgetypt.

RESULTATEN

Onderstaande tabel lijst de resultaten van het praktijkonderzoek op. De resultaten zijn gerangschikt volgens geboortejaar en volgens geslacht. FOB staat voor de personen die in de 2 jaar voorafgaand aan de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek reeds een FOB onderzoek lieten uitvoeren in de praktijk. Colo staat voor de personen dat in de 10 jaar voorafgaand aan de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek reeds een coloscopie hebben gehad. Of toch in elk geval de personen van wie dit in de praktijk gekend is.

Uitnodiging staat voor het aantal personen dat dan volgens exclusie van de reeds uitgevoerde coloscopie of FOB test in de praktijk, een uitnodiging zou moeten hebben ontvangen voor deelname aan het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker.

Deelname staat voor het aantal personen waarvan de praktijk een resultaat van de iFOBT kreeg vanuit het bevolkingsonderzoek.

Tabel 2: oplijsting resultaten bestudeerde praktijk

jaartal	man	FOB	colo	uitnodiging	deelname	Vrouw	FOB	Colo	uitnodiging	deelname
1940	4	1	1	2	2*	4	1	2	1	0
1942	7	3	3**	2	3*	6	0	2	4	2
1944	5	2	1	2	2	7	0	1	6	5
1946	8	2	1**	6	4	9	1	3	5	3
1948	5	1	0	4	4	10	1	3	6	5
1950	7	1	0	6	5	9	0	0	9	4
1952	7	0	2	5	5	8	1	1	6	2
1954	6	1	0	5	1	13	1	0	12	8
1956	9	3	1	5	3	10	3	2	5	3
1958	11	0	1	10	8	12	2	1	9	5
	69	**14**	**10**	**47**	**32**	**88**	**10**	**15**	**63**	**37**

* sommige deelnemers hadden reeds een colo of een FOB in de praktijk en hadden eigenlijk geen uitnodiging mogen krijgen

** soms volgde een coloscopie op een positieve FOB test, uitgevoerd in de praktijk

Colo: reeds coloscopie in 10j voorafgaand aan de uitnodiging, FOB reeds colo in 2 jaar voorafgaand aan de uitnodiging

De bestudeerde praktijk, mijn opleidingspraktijk, bevindt zich in het landelijke Oosterzele. Het is een duo-praktijk met HAIO. De patiëntenpopulatie is zeer autochtoon, zowel in deze praktijk als in de rest van de gemeente. Van de geïncludeerde patiënten is slechts één iemand van niet-Belgische afkomst, het gaat om een vrouwelijke patiënte van Marokkaanse afkomst.

In totaal bestond de bestudeerde populatie uit 69 mannen en 88 vrouwen. 47 van 69 mannen kreeg normaliter in 2014 een uitnodiging om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. 63 van de 88 vrouwen kreeg normaal gezien een uitnodiging. In totaal kregen we van 32 mannen en van 37 vrouwen een resultaat van hun deelname aan het bevolkingsonderzoek, dit komt neer op een deelnamepercentage van 62.7% voor de bestudeerde praktijk. Of 68% voor de uitgenodigde mannen en 58.7% voor de uitgenodigde vrouwen. Dit totale cijfer is merkelijk hoger dan het Vlaams gemiddelde, beschreven in het jaarrapport van 2015.

Wat direct opvalt, is dat er meer mannen dan vrouwen deelnamen aan het bevolkingsonderzoek. Respectievelijk 68% vs. 58.7%. Bij de mannen valt het op dat het deelnamepercentage erg laag ligt bij de patiënten geboren in 1954, voor de vrouwen is dit zo voor het geboortejaar 1952.

Resultaten kwalitatieve telefonische bevraging: deelnemers

Zes mensen die deelnamen aan het bevolkingsonderzoek werden telefonisch gecontacteerd. Vijf van hen waren vrouwen, één van hen was een man.

De meeste deelnemers (n=5) gaven aan dat je tegenwoordig veel over kanker hoort. Men wordt er alsmaar vaker mee geconfronteerd in de omgeving, in de media. Eén van de geïnterviewde personen kreeg zelf reeds de diagnose van borstkanker, maar is nu al jaren in remissie. Een andere ondervraagde verloor een broer aan longkanker. Geen enkele van de deelnemers heeft dus getwijfeld om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek (n=6). Sommigen zaten zelfs al te wachten tot ook zij een oproepingsbrief in de bus zouden ontvangen (n=3). Zij hadden er al over gelezen (n=1) of hadden erover gehoord via collega's (n=1) of op radio en televisie (n=1). Velen namen deel omdat ze dan zeker zijn dat er niets mis is met hun darmen (n=4). Je kan het toch niet tegenhouden, en dan weet ik het liever (n=1). Je kan er maar beter vroeg genoeg bij zijn (n=1). De persoon die zelf reeds werd geconfronteerd met kanker vertelde dat dit wel haar angsten vergroot, en dat ze daardoor sneller geneigd is om deel te nemen aan alle mogelijke preventie. De dame die een broer verloor aan longkanker, gaf niet te kennen dat dit haar schrik vergroot en dat ze daardoor niet sneller zou meedoen aan preventieve onderzoeken. Als argument daarvoor gaf ze aan dat de kanker van haar broer niet 'familiaal' was.

De manier van oproepen, op bevolkingsniveau, vinden alle ondervraagden best wel goed (n=6). Uit de gesprekken valt af te leiden dat het voor hen minder uitmaakt hoe ze worden gevraagd om deel te nemen (bevolkingsonderzoek of via de huisarts), zolang het maar gebeurt. Iemand maakte de opmerking dat je met de huidige manier van oproepen echt wel iedereen bereikt, dus ook zij die niet of weinig naar de huisarts gaan. Drie van de ondervraagde vrouwen verwezen onmiddellijk zelf naar de bevolkingsonderzoeken voor borstkanker, één van hen ook naar het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker. Zij zijn dus vertrouwd met deze manier van uitnodigen. Eén ondervraagde dame vertelde dat ze voorheen ook al door de huisarts was gevraagd om een stoelgangsstaal te laten onderzoeken op occult bloed, ook dat had ze zonder problemen gedaan.

Twee van de geïnterviewden suggereerden bij verder doorvragen dat het eigenlijk misschien wel beter is dat de screening niet via de huisarts gebeurt, omdat deze manier veel discreter is. Je hoeft niet (met je stoelgangsstaal) naar de huisarts. Dit verkleint de stap om deel te nemen omdat sommige mensen er misschien tegen opzien om naar de huisarts te gaan. Nog een andere dame vertelde dat ze uit zichzelf nooit naar de huisarts zou stappen met een vraag naar preventie, juist omdat het over preventie gaat en dus over zaken waarvan je niets merkt of voelt. Daarbij aansluitend kreeg ik van iemand de reactie dat het goed is dat de patiënten worden uitgenodigd (om de 2 jaar), zo moeten ze er zelf niet aan denken.

Ook de manier van testen bleek voor de meerderheid geen problemen in te houden. Ze vertelden mij dat het maar een kleine moeite is en je er zelf niet veel moet voor doen (n=4), het is bovendien gratis (n=2). Alles was duidelijk uitgelegd (n=2). Iemand verwees

spontaan zelf naar de bijgevoegde informatie, een ander vertelde dan juist dat ze zich niets meer herinnert van deze informatie. Iemand vertelde dat haar partner initieel niet stond te springen om deel te nemen, maar dat de bijgevoegde informatie hem heeft overtuigd om dat toch te doen.

Eén van de ondervraagden gaf wel aan dat ze het wat vervelend vond om een stoelgangsstaaltje te nemen, het was wat geklungel met het papiertje in de toiletpot. Toch was het ook juist zij die aangaf dat ze in tegenstelling tot het bevolkingsonderzoek naar borstkanker en baarmoederhalskanker, hier voor het eerst wel had deelgenomen aan een bevolkingsonderzoek, juist omdat het zo weinig moeite vergde. Ze zou nooit deelnemen aan onderzoeken die haar pijn berokkenen (bv. een mammografie), die mogelijk schadelijk zouden zijn (bv. pillen testen), of onderzoeken naar ziektes waarover ze niet veel kent/hoort (vb. baarmoederhalskanker, nog nooit een uitstrijkje gehad). Ook uit de literatuur blijkt dat pijn of ongemakken een barrière kunnen zijn om deel te nemen aan een bepaald onderzoek. [23]

Aangezien vier mensen argumenteerden voor het feit dat ze hebben deelgenomen met 'dan weet ik het zeker', lijken deze zich geen vragen te stellen bij de accuraatheid van de test (al hebben ze dit niet letterlijk vermeld). Eén dame deed dit echter wel zeer expliciet, omdat ze nog wist van vroeger dat de huisarts bloed in de stoelgang controleerde op drie afzonderlijke stalen en dat het via het bevolkingsonderzoek maar op één staaltje gebeurt. Daarom stelde ze zich de vraag of ze er misschien toch niet te licht overgaan bij het bevolkingsonderzoek. Al maakte ze direct de kanttekening dat ze zelf in een labo heeft gewerkt en weet dat dit eigenlijk niet het geval is.

Ik vroeg aan de deelnemers ook of ze kunnen begrijpen dat sommige mensen beslissen om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. Drie antwoordden onmiddellijk dat ze dit niet kunnen begrijpen, want het is maar zo'n klein onderzoekje (n=1) en preventie is erg belangrijk (n=1). De andere ondervraagden antwoordden dan weer iets genuanceerder dat dit misschien komt doordat mensen schrik hebben van het resultaat (n=3) of omdat ze het gewoon niet willen weten (n=1). Iemand verwees daarin specifiek naar een familielid dat nooit preventieve onderzoeken liet uitvoeren omdat ze schrik heeft dat die ooit positief zouden zijn. Een andere dame verwees naar haar echtgenoot die initieel twijfelde om deel te nemen. Hij was van mening dat hij het wel zou gewaarworden als er iets mis was en de ondervraagde dame dacht dat er misschien nog wel mensen waren die er zo over dachten. De bijgeleverde informatie bij de oproepingsbrief kon deze man dan uiteindelijk toch overtuigen.

Zoals reeds eerder vermeld, waren alle ondervraagden tevreden over deze manier van preventie. De rol die de huisarts hierin speelde, was goed (n=4). De huisarts is een eerste aanspreekpunt wanneer er een positief testresultaat is (n=2), de huisarts kan dan de nodige verduidelijkende informatie geven over wat verder dient te gebeuren. Bij de ondervraagden had één iemand een positieve test en werd ervoor gekozen om een drietal keer te hertesten, alle volgende testen waren negatief en dus werd er op vraag van de patiënt niet aangedrongen op een coloscopie. De huisarts zou misschien wat meer informatie kunnen geven als de patiënten twijfelen (n=1), zo zouden mensen misschien nog sneller overtuigd zijn om deel te nemen.

Resultaten kwalitatieve telefonische bevraging: niet-deelnemers

Het ondervragen van de mensen die niet hadden deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek ging heel wat moeilijker. Uiteindelijk kon ik 7 personen interviewen, 2 mannen en 5 vrouwen. De antwoorden hier waren veel minder eenduidig.

Van de ondervraagden kunnen sommigen (n=2) zich niet meer met zekerheid herinneren of ze wel een oproepingsbrief hebben gekregen, één iemand is er zeer zeker van dat ze nooit een brief heeft gekregen, zij heeft naar eigen zeggen haar stoelgang in het verleden laten controleren door de collega huisarts (echter niets van terug te vinden in het dossier of bij het labo). Nog een andere dame is zeer direct en zegt: "ik loopt daar allemaal niet achter". Drie mensen weten zich te herinneren dat ze een brief kregen en vertellen mij dat ze er zich van bewust zijn dat ze niet hebben deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek. Geen enkele van de ondervraagden heeft ervoor gekozen om een weigering terug te sturen, allen zullen zij dus na twee jaar opnieuw worden uitgenodigd.

De twee mensen die zich niet herinneren of ze een brief kregen, hebben bij verder navragen nog nooit hun stoelgang laten onderzoeken en kregen nog nooit een coloscopie, zij hebben ook geen darmkanker en behoren niet tot een groep met een verhoogd risico. Zij zouden normaliter dus een oproepingsbrief moeten gekregen hebben. Eén van hen vertelt dat hij wel al heeft gehoord van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker, maar dat hij er zich nog geen verdere vragen bij had gesteld. Hij had er eigenlijk ook nog niet over nagedacht of hij zou willen deelnemen aan het bevolkingsonderzoek, maar hij staat zeker open voor preventieve geneeskunde.

Op het einde van het telefoongesprek vertelden beiden mij dat ze, nu ze weten waarover het precies gaat, zeker niet weigerachtig staan t.o.v. een deelname. Ze weten nu dat ze normaliter in 2016 een nieuwe oproepingsbrief zullen ontvangen en zijn zeker bereid om dan mee te doen.

De vrouw die zeer direct antwoordde dat ze bewust niet heeft deelgenomen, is een patiënte die we niet op regelmatige basis zien in de praktijk. Ze komt enkel bij klachten. Het is een dame die over het algemeen zeer weigerachtig staat t.o.v. preventieve geneeskunde. Zo gaf ze in het verleden al zeer duidelijk aan dat ze geen griepvaccinaties wil (i.t.t. haar echtgenoot), laat ze maar af en toe een bloedafname toe (ook i.t.t. haar echtgenoot), had ze nog nooit eerder een mammografie en vermoed ik dat ze nog nooit een uitstrijkje liet doen. Toen ik bij het telefoongesprek eerst de echtgenoot aan de lijn had en vertelde waarover mijn onderzoek ging, vertelde die me al onmiddellijk dat ik een zeer kort en duidelijk antwoord kon verwachten. Zijn vrouw is nu eenmaal, helemaal anders dan hem, niet te motiveren voor preventieve geneeskunde.

Ik had ook gesprekken met mensen (n=3) die zich wel herinnerden dat ze een oproepingsbrief kregen, maar daar om één of andere reden niet aan hebben beantwoord. Eén van hen is een wat vereenzaamde man die alleen woont met de nodige hulp van zijn dochter en thuishulp. Hij herinnerde zich de oproepingsbrief, maar heeft niet meegedaan omdat hij eigenlijk niet goed wist wat de bedoeling ervan was. De post interesseerde hem niet echt, hij heeft de informatie niet gelezen en heeft het gewoon weggegooid. Hij liet nog nooit eerder zijn stoelgang onderzoeken en is bij doorvragen eigenlijk wel te motiveren voor preventief onderzoek naar dikkedarmkanker. Zeker indien de vraag van de eigen huisarts zou komen, zou hij er wel willen aan meedoen.

De andere twee ondervraagden die zich ervan bewust zijn dat ze niet hebben deelgenomen, zijn actieve oma's. Eéntje geeft toe niet te hebben deelgenomen uit gemakzucht. Ze heeft de informatie diagonaal doorgenomen, beseft dat preventie misschien geen slecht idee is, maar heeft dan uiteindelijk toch niet deelgenomen. Haar echtgenoot die in 2015 een oproepingsbrief kreeg, heeft om dezelfde reden niet deelgenomen. 'de envelop heeft lang op de kast gestaan, maar is uiteindelijk toch ook in de vuilbak beland.' Als belangrijkste argument daarvoor geeft ze dat het vrijblijvend en niet verplicht is om deel te nemen. Schrik voor het resultaat was zeker niet haar motivatie om niet deel te nemen. Moest de vraag om de stoelgang te controleren op occult bloed door de huisarts gesteld worden, dan zou dat voor haar direct al een pak minder vrijblijvend zijn en dat zou de stap om deel te nemen verkleinen. Ze weet van zichzelf dat ze af en toe een duwtje in de rug nodig heeft, iemand die zegt: "doe dit nu eens."

Leuk om te weten: de volgende keer dat deze dame op de praktijk was, vroeg ze zelf naar een iFOBT afnamesetje en kwam ze dat nog diezelfde week binnensteken. Mijn telefoontje was voor haar (en haar echtgenoot) dat duwtje in de rug die ze nodig hadden.

De andere vrouw nam in 2014 niet deel omdat ze het te druk had ten tijde van de uitnodiging. Ze vertrok toen net op reis en ook bij de oproepingsbrief was ze niet thuis geweest. Bijgevolg zijn beide brieven onbeantwoord gebleven. In tussentijd werd bij twee kennissen van deze vrouw dikkedarmkanker gediagnosticeerd door een positieve iFOBT in het bevolkingsonderzoek en kreeg ze spijt dat ze niet had deelgenomen. Ze wist dat ze om de twee jaar zou worden opgeroepen en zat al ongeduldig te wachten op de oproepingsbrief van 2016. Het feit dat die twee kennissen de diagnose kregen in een vroeg stadium, was voor haar een extra motivatie om zeker mee te doen. Zodra deze tweede oproepingsbrief in haar bus belandde, heeft ze zo snel mogelijk een staaltje afgenomen en opgestuurd, ook al was ze ook deze keer met vakantie toen de brief in de bus viel. Toen ik vroeg waarom ze dan in tussentijd niet eens bij ons op de praktijk had geïnformeerd, zei ze: "vroeger had ik daar ook nog nooit iets over gevraagd, dus nu ook niet." Door mijn telefoon weet ze nu dat wij als huisartsen ook achter het bevolkingsonderzoek staan en dat is voor haar zeker ook een extra motivatie om aan preventie te blijven doen. Ze voelt zich geruggensteund als ze weet dat de huisarts preventie aanmoedigt en scheen dit blijkbaar niet te weten voor mijn telefoon. Een FOB test was haar in het verleden nog nooit voorgesteld. Als opmerking over de test zelf, zei ze, net zoals een dame uit de groep die wel deelnam, dat het wel een heel geklungel was met het papiertje in toilet. Een extra opvangpapier in de enveloppe steken, zou volgens deze vrouw geen slecht idee zijn.

DISCUSSIE

De in 2008 gepubliceerde richtlijn van domus medica adviseert om bij patiënten zonder verhoogd risico om de twaalf tot vierentwintig maanden te screenen naar dikkedarmkanker door middel van een FOB test [10]. Het valt dan ook direct op dat slechts een klein percentage van de studiepopulatie in de praktijk reeds gescreend werd in de twee jaar voorafgaand aan de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek. Slechts 14.5% van de mannen en 11.5% van de vrouwen werd in de periode januari 2012 – december 2013 door middel van een stoelgangsonderzoek gescreend op dikkedarmkanker. Dit vind ik vrij teleurstellende cijfers. Voor deze praktijk komt het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker dus misschien wel op het juiste moment.

Met een deelnamepercentage van 62.7% mag mijn opleidingspraktijk best tevreden zijn. De praktijk scoort ook net iets beter dan Oosterzele als gemeente. 46.6% van de uitgenodigde mannelijke inwoners liet zich binnen het bevolkingsonderzoek screenen in 2014, de vrouwen scoorden met 53.7% nog beter. De overgrote meerderheid van de patiënten in de bestudeerde praktijk is dus ondertussen, hetzij uit praktijkinitiatief, hetzij via het bevolkingsonderzoek, gescreend voor dikkedarmkanker. Uiteindelijk is dit waar het om draait. Bij nabeschouwing met de collega's in de praktijk, waren ook zij blij verrast over het resultaat. Al hadden ze inderdaad wel de indruk dat veel mensen spontaan deelnamen aan het bevolkingsonderzoek. Toen ik tijdens een wacht in de wachtpost met een collega uit een andere praktijk, uit een ander dorp, sprak over het onderwerp van deze manamathesis, gaf ook hij aan dat hij de indruk had dat de meeste van zijn patiënten positief respondeerden op het bevolkingsonderzoek. Ook hij was van mening dat er in zijn praktijk nu veel meer mensen gescreend zijn dan voor het bestaan van het bevolkingsonderzoek. Georganiseerde screening blijkt dus inderdaad te zorgen voor een grotere deelname vergeleken met opportunistische screening.

Het is opmerkelijk dat vijf van de zes geïnterviewde deelnemers aan het bevolkingsonderzoek onmiddellijk uit zichzelf vertellen dat men alsmaar vaker over kanker hoort. Iedereen kent wel iemand in zijn of haar (directe) omgeving die geconfronteerd werd met deze ziekte. Het zijn dus niet alleen de werkelijke cijfers [3] die ons aantonen dat kanker vaak voorkomend is, de patiënten merken dit zelf ook. Wat nog maar eens bevestigt dat we dikkedarmkanker als een belangrijk gezondheidsprobleem kunnen zien. Als we zien dat 62.7% van de patiënten uit de praktijk deelnam aan het bevolkingsonderzoek, en dat van de geïnterviewde niet-deelnemers iedereen, op één iemand na, te motiveren was om alsnog deel te nemen, kunnen we ook wel concluderen dat de meeste mensen er zich bewust van zijn dat de ziekte iedereen kan treffen. De overgrote meerderheid lijkt bereid om zich preventief te laten onderzoeken op dikkedarmkanker.

De huisarts heeft volgens mij dus zeker de ruimte om met patiënten over screening te gaan praten en om bij patiënten tussen 50 en 56 jaar de screening naar dikkedarmkanker concreet voor te stellen. Hoogrisico patiënten moet de huisarts tijdig uitselecteren en hen de juiste vorm van screening aanbevelen. Zij zijn geen kandidaten voor het bevolkingsonderzoek.

Vanaf het jaar dat patiënten 56 worden, zullen zij stelselmatig om de twee jaar worden uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek, en de meerderheid van de Vlaamse bevolking lijkt hier dus op in te gaan.

De mensen zijn blij dat ze worden uitgenodigd en er zelf niet aan moeten denken. De test is gemakkelijk en discreet. Het kan van thuis uit, men moet er niet voor op consultatie naar een arts. Het is bovendien gratis. Men is ervan overtuigd dat de test te betrouwen is en men is gerustgesteld als de test goed is.

Maar toch zijn er dus mensen die niet spontaan hebben deelgenomen, en misschien kunnen de huisartsen er wel voor zorgen dat het aantal deelnemers nog verhoogt.

Als we even checken bij de mensen die niet deelnamen aan het bevolkingsonderzoek, zien we toch dat één iemand al onmiddellijk na het telefoontje een iFOBT liet uitvoeren en vier anderen waren naar eigen zeggen gemotiveerd om het zeker ook te doen. Sommigen onder hen namen intussen al deel aan het bevolkingsonderzoek van 2016.

Hieruit kunnen we concluderen dat de huisarts, zoals hiervoor reeds besproken, zeker een rol heeft in het motiveren van patiënten en dat een kleine reminder van de huisarts ervoor kan zorgen dat de participatie aan het bevolkingsonderzoek nog vergroot. Eén van de ondervraagden zei zeer expliciet dat ze vaker een duwtje in de rug nodig heeft, en dat de huisarts die rol perfect op zich zou mogen nemen. Hoewel het uitnodigen voor screenen naar dikkedarmkanker vanaf 56 jaar op zich dan wel kan worden overgelaten aan de Vlaamse overheid, kunnen wij als huisarts ook aan onze patiënten aangeven dat wij achter het bevolkingsonderzoek staan. In de literatuur is bewijs te vinden dat het deelnamepercentage alleen maar kan verhogen als de patiënt weet dat de huisarts achter deze vorm van screening staat. [26, 27, 28]

Maar hoe kunnen we dit dan concreet aanpakken als huisarts? Ik legde deze vraag ook voor aan mijn collega's en dit werd ook bevraagd tijdens de dag van de huisarts in 2013 [30].

Bij elk patiëntencontact de persoon bevragen naar deelname aan het bevolkingsonderzoek zou waarschijnlijk nuttig zijn, maar is enorm tijdrovend. Het is immers niet zo eenvoudig om de screeningsstatus van de patiënt te achterhalen. Huisartsen krijgen wel een bericht wanneer een patiënt heeft deelgenomen aan de screening, maar krijgen geen bericht wanneer patiënt werd uitgenodigd voor screening.

Uit het eerder vermelde rapport [30] kwam naarvoor dat hier misschien een plaats is voor het EMD (elektronisch medisch dossier), dit zou informatie moeten kunnen geven of een patiënt geselecteerd en/of gescreend werd. Ook de collega's in de praktijk en de collega in de wachtpost vermeldden dit. We kunnen via eHealth al zoveel te weten komen over onze patiënt, waarom is het dan niet mogelijk om ook de screeningsgegevens van de patiënten (toch via rijksregisternummer en via therapeutische relaties en dus veilig en discreet) op die manier door te geven aan de huisartsen. De huisarts kan dan zelf nog beslissen wat hij/zij met deze informatie doet, maar zou dit dan eventueel naar eigen voorkeur kunnen koppelen aan de preventiemodule in het GMD. Mijn collega's zouden het ideaal vinden indien bij elke patiënt die een uitnodiging voor een bevolkingsonderzoek kreeg een pop- up zou verschijnen met het al dan niet reeds binnengekomen resultaat. Dergelijke, zogenoemde kattebelletjes, aanbrengen in de dossiers verhoogt FOBt participatie tot 25% vergeleken met 1% in de praktijken zonder herinneringssysteem, resultaten weliswaar uit een opportunistische screening. [31]

Als de arts eenvoudig kan zien dat een patiënt heeft deelgenomen, zou hij dit kunnen bekrachtigen. Zeker met het oog op herhaalde deelname, want een eenmalige screening d.m.v. FOBt is niet voldoende. De literatuur toont ons dat de huisarts hier zeker ook een rol heeft. Wanneer deze ondersteuning biedt, zorgt dit voor een grotere deelname bij volgende screeningsrondes. [23] Het is immers geweten dat bij een 2e en 3e ronde screeningronde het aantal deelnemers alsmaar daalt. Slechts 85-90% van mensen die een 1e keer deelnamen, doen ook de 2e keer mee en dit aantal zakt elke keer verder. Iets om als huisarts in het oog te houden [22].

Als een patiënt heeft deelgenomen en een positief testresultaat terugkreeg, is het de taak van de huisarts om ervoor te zorgen dat de patiënt de correcte opvolging krijgt. In dit geval dus een diagnostische coloscopie. Herhalen van de FOB is zinloos en kan enkel een vals gevoel van veiligheid geven wanneer die deze keer negatief zou blijken. De huisarts dient de patiënt te informeren over het verschil tussen screening en diagnosestelling, alsook de patiënt correcte informatie te verschaffen rond een coloscopie en patiënt overtuigen van het nut van deze coloscopie. De arts moet hiervoor uiteraard zelf de richtlijnen kennen en weten wij hij/zij moet doen met een positief resultaat. [32]

De eerste resultaten van het bevolkingsonderzoek tonen aan dat nog te weinig patiënten (78%, zie eerder) een coloscopie ondergaan na een positieve screeningstest. In de laatste brief aan de huisartsen, wijst men vanuit het bevolkingsonderzoek op de rol van de huisarts hierin. Patiënt en arts hebben hierin een gedeelde verantwoordelijkheid maar de huisarts kan zeker van meerwaarde zijn wanneer hij/zij ook goed opvolgt of een patiënt al dan niet een coloscopie laat doen. [18]

Een eerste opmerking hierbij is dat de communicatie naar de huisarts via brieven per post verloopt. In tijden waar men artsen financieel vergoedt voor het gebruik van EMD en eHealth lijkt dit een voorbijgestreefde manier van communiceren. Zeker in groepspraktijken met verschillende artsen. Een brief moet daar aan elke arts afzonderlijk worden getoond, wat voor een vertraging zorgt en bovendien kan een brief gemakkelijk verkeerd worden gelegd. Artsen kunnen deze brief wel manueel ingeven in hun EMD maar dit zorgt voor meer werk. De automatische implementatie van het bevolkingsonderzoek in het EMD zou dus zoals eerder aangegeven voor een verbetering kunnen zorgen met minder werk voor de huisarts. [30, 32]

Het bevolkingsonderzoek geeft dan wel aan dat artsen mee moeten instaan voor de opvolging van een positief resultaat, maar geeft hiervoor geen concrete tips. De arts zou een positief resultaat als 'kattenbelletje' kunnen ingeven in zijn EMD, maar niet elk systeem kan dit. Bovendien verschijnt zo'n kattenbelletje enkel bij het openen van het dossier van de patiënt en heeft dit geen nut als de patiënt niet meer op consultatie komt bijvoorbeeld. EMD's zouden ook met een soort van 'checklist' kunnen werken, waarin een arts zaken kan afvinken wanneer het is uitgevoerd. [32] Een arts kan de patiënt zelf actief contacteren. Aangezien de patiënt zelf opgeeft naar welke arts het resultaat moet worden gestuurd, kan men besluiten dat de arts inderdaad een mandaat heeft om de patiënt te contacteren. Dit kan bijvoorbeeld door de patiënt op te bellen. Patiënten opbellen zorgt voor een verhoging van het aantal effectieve coloscopiën. [18] Maar de arts heeft niet van elke patiënt een telefoonnummer, de arts belt misschien niet op het goede moment, de patiënt neemt mogelijk niet op,… De patiënt contacteren via brief of via een huisbezoek zijn ook mogelijk.

Een Amerikaans onderzoek koppelde een soort van feed back loop aan een positieve FOB. Indien een positieve FOB niet binnen afzienbare tijd werd gevolgd door een

coloscopie, dan kreeg de huisarts een reminder. [32] Dit zou men eventueel ook in Vlaanderen kunnen implementeren via het bevolkingsonderzoek. Wanneer een brief dan bijvoorbeeld verkeerd wordt gelegd of het positieve resultaat aan de arts ontglipt, dan zou er toch nog dat 'vangnet' zijn vanuit het bevolkingsonderzoek.

Wanneer de huisarts ziet dat de patiënt (nog) niet heeft deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek, zou hij kunnen informeren waarom niet en daarop kunnen inspelen om de patiënt alsnog te laten deelnemen.

Waarom laten mensen zich niet screenen?

Misschien helpt enige theoretische achtergrond hier wel. Een Zwitserse studie uit 2009 peilde naar de mening van mensen over niet-gespecifieerde kankerscreening en concludeert dat de meerderheid van de deelnemers positief stonden t.o.v. het gegeven 'kankerscreening'. Een negatieve kijk op screening was meer frequent bij mannen, bij deelnemers uit een lagere socio-economische klasse, bij mensen zonder doktersbezoek in de laatste 6 maanden en bij mensen die zelf geen voorgeschiedenis van kanker hadden. Vrouwen zouden volgens de onderzoekers meer bekend zijn met screenen, want velen van hen zouden reeds een cervixuitstrijkje hebben gehad op regelmatige basis. Waaruit zij afleiden dat het vertrouwd zijn met screening, onder welke vorm dan ook, ervoor kan zorgen dat angst en behoedzaamheid t.a.v. screening verminderen. Iets wat ook wordt beaamd in een Amerikaanse review. [23, 33]

Voor het gegeven dat mensen uit een hogere sociale klasse positiever staan tegenover screening suggereren de auteurs dat dit mogelijk komt doordat deze mensen gemakkelijker naar de toekomst kijken. Iets wat nodig is om de voordelen van screening ten volle te begrijpen. Ook hier wordt de sociale ongelijkheid nog eens extra aangestipt als iets wat in het achterhoofd moet worden gehouden bij screeningprogramma's. Iets wat eerder ook al aan bod kwam. [33] Wat betreft de manvrouwverhouding aangaande screening zijn er ook studies die geen verschil aantonen. [23]

Uit de eerste resultaten van het Vlaams bevolkingsonderzoek ligt het responscijfer bij mensen uit Oost-Europa, Afrika, Turkije en de Magreblanden een stuk lager ligt dan het gemiddelde. Ook blijkt dat mensen met een verhoogde tegemoetkoming, mensen met een leefloon en mensen met tegemoetkomingen voor een handicap lager scoren op vlak van deelname dan de gemiddelde bevolking. (zie bijlage 2)

Als we dit spiegelen aan het hier gevoerde onderzoek dan zien we inderdaad dat één van de niet deelnemers uit een lagere sociale klasse komt. Hij heeft de brief wel gezien, maar wist niet waarover het ging en heeft het dan maar weggegooid. Door één simpel telefoontje met wat uitleg is deze man wel gemotiveerd om deel te nemen. Het bewijs dat wanneer de huisarts zich hiervan bewust is, en de mensen uit lagere sociale klassen iets meer informatie geeft, het deelnamepercentage in deze groep gemakkelijk te verhogen is. Als de arts weet welke groepen van mensen minder geneigd zijn om deel te nemen, kan hij/zij dit in het achterhoofd houden en deze patiënten hierover ten gepaste tijden aanspreken. Ook hier kan het EMD helpen. Tegenwoordig kan de arts al heel snel zien of een patiënt een verhoogde tegemoetkoming heeft. Bij deze patiënten zou de arts dus extra informatie kunnen aanbieden.

Maar zijn er dan ook specifieke redenen waarom mensen besluiten om niet deel te nemen aan dit bevolkingsonderzoek, los van hun achtergrond? Het Vlaamse pilootproject vroeg ook aan de 691 mensen die geen stoelgangsstaal opstuurden (maar

wel een vragenlijst) waarom zij dit niet hadden gedaan. De belangrijkste reden (24%) die daar naar voor kwam was 'ik voel me gezond en heb geen klachten'. De andere meest voorkomende argumenten (mensen konden meer dan 1 argument opgeven) waren:

- Er is niemand in mijn omgeving met dikkedarmkanker (8.7%)
- Ik verkies een privé-onderzoek (8.1%)
- Ik vind het vervelend om een stoelgangsstaal te nemen (4.6%)
- De huisarts vindt het niet nodig (4.3%)
- Ik heb schrik voor het resultaat (2.5%)
- De test uitvoeren is onpraktisch (1.3%)

Wanneer we deze bevindingen koppelen aan de bevindingen uit de telefoongesprekken die ik had, dan zijn er een aantal zaken die mij zijn opgevallen.

Drie van de zes ondervraagde deelnemers uit de praktijkstudie dachten dat mensen niet deelnemen uit schrik voor de resultaten, iets wat door geen enkele niet-deelnemer als argument werd gegeven en door sommigen zelf specifiek werd ontkracht. Ook het pilootproject kon dit niet als hoofdreden naarvoor schuiven. Bij de nabeschouwing met de collega's waren ook zij van mening dat 'schrik voor het resultaat' de grootste reden was om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek. In de internationale literatuur wordt wel vermeld dat angst voor kanker en pessimisme (slecht resultaat) gekend zijn als barrières voor screening. [23]

De hoofdreden voor niet-deelname aan het pilootproject, nl. ik voel me gezond en heb geen klachten, kwam niet expliciet naar boven bij de mensen die niet deelnamen in de praktijk. Het is iets dat wel aan bod kwam bij de twijfelaars die uiteindelijk toch hebben deelgenomen. Hiervoor moeten mensen de definitie van 'screening' zeer goed begrijpen. Door te screenen tracht men bij ogenschijnlijk gezonde personen een onderscheid te maken tussen zij die de ziekte wel en niet hebben. Het komt een aantal keer terug dat de arts een taak heeft bij het 'informeren' van de patiënten. Uitleggen wat screening is, en daarbij het verschil met diagnostiek illustreren, hoort daar volgens mij zeker bij.

De ene dame die resoluut weigerde om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek is iemand die enkel naar de dokter komt bij problemen. Hoewel niet met die woorden gezegd, geldt dit argument 'ik voel me gezond en heb geen klachten' dus misschien wel voor haar. De dame stond erg weigerachtig t.o.v. het telefoongesprek dus dit aspect kon jammer genoeg niet worden nagevraagd en is enkel giswerk.

Het tweede meest voorkomende argument uit het pilootproject, nl. 'ik ken niemand uit mijn omgeving met dikkedarmkanker', kwam ook niet naar voren als reden bij mijn ondervraagde niet-deelnemers. Echter, daar waar vijf van de zes deelnemers aan het bevolkingsonderzoek spontaan op de proppen kwamen met het gegeven 'je hoort alsmaar meer van kankers', kreeg ik dit slechts bij één van de zeven ondervraagde niet-deelnemers te horen. En dat dan nog wel bij iemand die juist door confrontatie uit de directe omgeving overtuigd was om bij de tweede uitnodigingsronde zeker wel deel te nemen. We kunnen dus waarschijnlijk wel zeggen dat voor de bestudeerde praktijk geldt dat wie in zijn omgeving werd geconfronteerd met kanker, sneller geneigd is om deel te nemen. En dat wie nog niet vaak werd geconfronteerd met de ziekte minder gemotiveerd is. Mensen die zich samen met andere mensen laten screenen, voelen zich daardoor meer geruggensteund en we zien bij hen meer continuïteit op het vlak van screening. Dit komt ook terug in de geraadpleegde literatuur.

En dan?

Eens de huisarts weet waarom de patiënt niet heeft deelgenomen, kan hij/zij proberen om daarop in te spelen. Veelal komt dit neer op informeren en motiveren. Informeren dat de huisarts achter de screening staat en het belang van screening schetsen aan de patiënt. Polsen naar foute opvattingen en deze corrigeren. Luisteren naar de angsten van de patiënt en geruststellen. Patiënten die overtuigd zijn maar uit gemak niet deelnemen, dat extra duwtje in de rug geven. Wanneer mensen voldoende geïnformeerd zijn over de ziekte, de behandeling en de preventie, zijn ze sneller geneigd om deel te nemen aan preventie. [23, 29] De huisarts moet hiervoor wel beschikken over goede communicatievaardigheden en meer bepaald de motivationele gespreksvoering onder de knie hebben.

Belangrijke kanttekening daar is dat de huisarts zelf ook correct geïnformeerd moet zijn. Een goed geïnformeerde huisarts verhoogt inderdaad de participatiegraad van screening bij zijn/haar patiënten [23]. De info betreffende het bevolkingsonderzoek kunnen zij vrij eenvoudig bekomen op de reeds vermelde website van het bevolkingsonderzoek. Informatie over de aanbevelingen i.v.m. screening kan een huisarts vinden op de site van domus medica. In de richtlijn verwijst men ook naar de informatie over het bevolkingsonderzoek. Vanuit het bevolkingsonderzoek krijgt de huisarts regelmatig een informatiefiche opgestuurd met de aanbevelingen en resultaten.

Wanneer een patiënt om een bepaalde reden niet wenst deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek d.m.v. FOB, wil dit niet noodzakelijk zeggen dat hij/zij weigerachtig staat t.o.v. screenen naar dikkedarmkanker. Wanneer de patiënt wel te motiveren is tot screening naar dikkedarmkanker, maar niet naar screening d.m.v. een FOB, kan de huisarts mee zoeken naar oplossingen. Er bestaan verschillende vormen van screening naar colorectale kanker. In België werd ervoor gekozen om te screenen via een niet ingrijpende FOB. De mensen uit de praktijk die hebben deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek gaven aan dat de iFOBT een gemakkelijke test is. Het aspect dat het ook nog eens gratis is, was ook voor veel deelnemers aan mijn onderzoek een pluspunt. Dit zijn allen zaken die ook meermaals naarvoor komen in de literatuur. Maar naast de FOBt, bestaan er zoals eerder aangegeven ook andere, invasieve onderzoeken. Verschillende artikels wijzen op het feit dat elke patiënt een voorkeur voor testing kan hebben. Niet alleen het soort onderzoek maar ook de frequentie van herhalen kan voor de patiënt een belangrijke factor zijn om al dan niet voor een bepaalde test te kiezen. Zo moet een FOB tweejaarlijks worden herhaald en volstaat het een coloscopie om de tien jaar te herhalen tenzij afwijkende bevindingen. De huisarts kan de verschillende opties met de patiënt overlopen en kijken of de beide samen een opsporingsmethode kunnen vinden waar beide partijen vrede mee kunnen nemen. Niet alleen motivationele gespreksvoering, maar ook een goede shared decisionmaking behoren dus tot de capaciteiten van een goede huisarts. Communicatie behoort tegenwoordig tot het lessenpakket in de basisopleiding van artsen. Wanneer artsen een communicatietraining krijgen, verhoogt dit de screening naar dikkedarmkanker. [29]

Patiënten zonder huisarts?

Tot nu toe ging het over patiënten die om welke reden dan ook door de huisarts werden gezien. Maar wat met de mensen die niet (regelmatig) op consultatie komen? Het is geweten dat mensen die regelmatig door een arts worden gezien, significant beter scoren op vlak van screening dan mensen die zelden door een arts worden gezien. Mensen die

niet deelnemen aan screening zijn ook vaker mensen die geen vaste huisarts hebben. [23]

Misschien kunnen we erop vertrouwen dat het bevolkingsonderzoek voor deze mensen juist ideaal is? Het is iets dat los staat van een bezoek aan de huisarts, dus misschien verkleint het de stap. Iets wat werd gesuggereerd tijdens mijn bevragingen bij de praktijkpatiënten.

Maar wat als dat niet zo is? Ook hier kan het EMD mogelijk ter hulp schieten. Wanneer artsen een patiënt éénmaal zien, hebben de meesten de gewoonte om een dossier aan te maken in het EMD en daarvoor eventueel ook de identiteitskaart in te lezen. Artsen die op die manier werken zouden, indien zij dit zelf willen, zo op het einde van het jaar via hun EMD een lijst kunnen maken van al hun patiënten, ook deze die niet regelmatig komen. Ook hier weer zou een koppeling via eHealth nuttig kunnen zijn om sneller te zien wie van deze mensen al dan niet deelnam aan het bevolkingsonderzoek.

Desgewenst zouden huisartsen deze patiënten kunnen contacteren. Contacteren kan op verschillende manieren. Artsen zouden op huisbezoek kunnen gaan en zo zeer direct kunnen polsen naar de redenen voor niet deelname, patiënten informeren, en zelfs een nieuw afnamestaal bezorgen. Een review uit 2013 concludeert dat dit inderdaad voor een significante verhoging van de screening zorgt. [34] Al vraag ik mij af of dit wel ethisch verantwoord is. Patiënten 'moeten' zich in Vlaanderen niet verplicht 'inschrijven' bij een huisarts, dus eigenlijk heeft de huisarts geen mandaat om dit te doen. Men kan de patiënt ook niet verplichten om hiervoor het bedrag voor een, ongevraagd, huisbezoek te betalen. En van huisartsen kan men volgens mij niet verwachten dat ze dit gratis doen.

Iets minder direct, zou men deze mensen kunnen opbellen. Echter, ook stel ik mij opnieuw vragen bij het mandaat van de huisarts. Mag een arts een patiënt zomaar opbellen als de patiënt geen globaal medisch dossier (GMD) heeft bij deze huisarts? En is het wel de taak van de huisarts om alle mensen te gaan opbellen? Dit lijkt op het eerste zicht immens tijdrovend, en vergt een grote administratie om bij te houden wie men wel of niet al aan de lijn kreeg. Men zou het opbellen en de administratie op zich kunnen overlaten aan een praktijkassistente/secretaresse. Maar deze moet dan wel voldoende medische achtergrond hebben, en dit verandert ook niets aan de hoeveelheid werk in z'n geheel. De assistent/secretaresse moet bovendien ook betaald worden… Daarenboven heeft men soms geen (correct) telefoonnummer van de patiënt, dit kan men ook niet via eHealth bekomen.

Men zou de patiënten ook kunnen aanschrijven. Maar wat dan met patiënten die niet kunnen lezen of het Nederlands onvoldoende machtig zijn? Deze kregen immers al een brief in het Nederlands van het bevolkingsonderzoek zelf, en misschien verstonden ze deze ook al niet… En ook hier weer geldt het argument over het mandaat van de huisarts. Voor de bestudeerde praktijk zou dit nog goed meevallen, slechts één patiënte spreekt Frans, alle anderen zijn het Nederlands voldoende machtig. Iedereen behorende tot de gescreende leeftijdscategorie kan lezen. Maar praktijken in een meer stedelijk en/of multicultureel gebied zouden dan al moeten weten welke patiënt welke taal spreekt, er zouden brieven in verschillende talen moeten worden opgesteld, en de juiste brief zou bij de juiste patiënt in de brievenbus moeten komen. Dit is niet alleen veel werk, al deze brieven laten printen en opsturen kost bovendien ook nog eens behoorlijk wat geld. De literatuur toont niet eenduidig een meerwaarde van telefonisch contact of contact per brief. Zowel de patiënt herinneren per brief als per telefoon zorgt voor een

verhoging van het aantal screeningen, maar is geen eenduidigheid over het voordeel van het ene t.o.v. het andere. Sommige studies tonen een voordeel voor reminders per brief, anderen voor reminders per telefoon. [34] Telefoneren blijkt inderdaad meer arbeidsintensief dan een brief schrijven. [31]

Echter, is dit dan allemaal wel weer de taak van de huisarts? Of eerder van het bevolkingsonderzoek? Want uiteindelijk is het bevolkingsonderzoek een georganiseerde screening en ligt de verantwoordelijkheid dus niet meer bij de artsen. Of zouden de twee misschien voor enkele van deze patiënten kunnen samenwerken? Bijvoorbeeld door middel van een door de huisarts gehandtekende brief bij te voegen aan de uitnodiging? Dit kan natuurlijk enkel wanneer de persoon reeds door een huisarts werd gezien.

En wat dan met mensen die illegaal in het land verblijven of in afwachting zijn van hun regularisatie procedure. Mensen die nog niet door een huisarts werden gezien… Moeten deze mensen ook bij het bevolkingsonderzoek betrokken worden? En hoe kan men dit verder praktisch organiseren? Dit lijkt me echter niet de taak van de huisarts, maar valt onder public health en moet dus eerder op beleidsniveau worden uitgewerkt dan op huisartsenniveau.

Implementatie in de praktijk

In afwachting van de implementatie van het bevolkingsonderzoek in eHealth en het EMD werd in mijn opleidingspraktijk beslist om wat vaker naar de leeftijd van de patiënt te kijken. Als een patiënt in het huidige jaar een even leeftijd tussen 56 en 74 bereikt, dan krijgt deze normaal gezien, bij afwezigheid van exclusiecriteria, een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Op die manier gaan we trachten iets vaker te bevragen of patiënten een oproepingsbrief hebben gekregen en of zij hebben deelgenomen, om dan bovenstaande adviezen toe te passen. In tussentijd hopen we ook dat de overheid zeker blijft investeren in voldoende propaganda. Het is alweer even geleden dat wij in de praktijk nog een nieuwe poster of flyers kregen rond het bevolkingsonderzoek. Mochten deze nog eens worden rondgedeeld en mocht daarop ook nog duidelijk staan vermeld ‘vraag meer advies aan uw huisarts’, dan zou dit volgens mij en mijn collegae een goede zaak zijn. De nieuwe campagne die, zoals elk jaar in maart, werd gestart in de media lijkt ons goed om het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker meer bekendheid te geven onder de bevolking. Daarin vermelden dat de huisartsen hier ook achter staan, zou volgens ons voor een nog grotere participatie kunnen zorgen. En zou ook de mensen kunnen motiveren om er hun huisarts over aan te spreken en zo de rollen dus eens om te draaien.

Bovendien zijn we in de praktijk nu extra gemotiveerd om patiënten van 50 tem 55 jaar meer aan te spreken over dikkedarmkanker en hen de juiste vorm van screening aan te bieden. Vanaf 50 jaar gaan we de patiënten zonder verhoogd risico om de twee jaar een FOB testkit aanbieden. Wij kunnen de patiënt zo drie keer zelf screenen en deze informeren dat de screening vanaf de leeftijd van 56 jaar zal worden overgenomen door het bevolkingsonderzoek. Wij zijn er van overtuigd dat dit zal helpen om de patiënten bekend te maken met de principes van screening en dat zij op deze manier ook zullen weten dat wij als huisarts positief staan t.o.v. screening naar dikkedarmkanker. Wanneer we een screeningskit meegeven aan de patiënt dan zetten we zijn screeningsstatus op ‘in uitvoering’. Als we de resultaten van het staal hebben binnengekregen dan veranderen we de status naar ‘uitgevoerd’ en zetten in de planning dat dit na 2 jaar moet worden herhaald, tenzij afwijkend.

Wij zijn ons nu ook bewust van het belang van een correcte opvolging bij een positieve FOB test. Door de gebreken van ons medisch programma zien we nog geen mogelijkheid om een systeem met kattenbelletjes of checklist in het programma te integreren. Er zal vanaf nu door de secretaresse een lijst worden bijgehouden van de positieve FOB testen uit het bevolkingsonderzoek. Op het laatste praktijkoverleg van de maand zal worden gekeken of deze mensen allen de correcte opvolging kregen, en indien niet zullen deze nogmaals worden opgebeld. Wanneer mensen een coloscopie kregen, dan zal dit nog steeds in de voorgeschiedenis worden genoteerd als passief relevant zorgelement, maar zal dit door de arts die de brieven leest ook op de juiste plaats in de preventiemodule worden genoteerd, met vermelding van de planning wanneer opnieuw moet worden gescreend.

CONCLUSIE

Op basis van dit onderzoek kan men dus concluderen dat er zeker wel een rol is weggelegd voor de huisarts binnen het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Hoewel de introductie van het bevolkingsonderzoek zorgt voor een verhoogde screeningsdeelname van de patiënten binnen de huisartsenpraktijk, kan de huisarts ervoor zorgen dat dit percentage nog verhoogt. De huisarts blijft allereerst verantwoordelijk voor het detecteren van hoog-risico patiënten en voor de screening van niet hoog-risico patiënten tussen 50 en 55 jaar. De patiënten zonder verhoogd risico worden uitgenodigd door het bevolkingsonderzoek vanaf de leeftijd van 56 jaar. Voor deze laatste patiënten kan de huisarts nuttig zijn in het bekrachtigen van hun deelname en hen wijzen op het belang van herhaalde deelnames. De huisarts staat in voor een correct opvolging van de patiënten met een positieve screeningstest. Hij/zij moet deze patiënten doorverwijzen voor diagnostiek d.m.v. een coloscopie. De huisarts kan niet-deelnemers bevragen naar de reden waarom men niet heeft deelgenomen. De huisarts kan patiënten informeren mits hij/zij zelf voldoende is geïnformeerd en kan deelnemers motiveren om toch deel te nemen d.m.v. motivationele gespreksvoering. Eventueel kan de huisarts een andere vorm van screening aan de patiënt voorstellen. Patiënten die niet of nauwelijks door een huisarts worden gezien glippen vaak door de mazen van het screeningsnet. Mogelijks verkleint het bevolkingsonderzoek de stap richting screenen. Dit kon echter niet worden aangetoond met deze studie. Een integratie van de screeningsstatus van patiënten in het EMD zou volgens mij een handige tool zijn voor de huisarts. Een huisarts zou op die manier een duidelijk overzicht hebben van patiënten die ooit in de praktijk werden gezien, maar nog niet hebben deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek. De huisarts zou deze patiënten kunnen contacteren per brief, telefonisch of door persoonlijk contact op huisbezoek. Allen zorgen deze methoden voor een verhoogde deelname. Al rijst de vraag of dit wel de taak is van de huisarts, dan eerder van het bevolkingsonderzoek en of de huisarts hiervoor wel het mandaat heeft, zeker bij patiënten zonder GMD. Mensen die nooit eerder door een huisarts werden gezien, worden minder gescreend. Dit moet mijns inziens worden bestudeerd op populatieniveau en niet op het niveau van de huisarts.

BRONNEN

[1] Bohn, Stafleu, Van Loghnum. Geneeskundig woordenboek. Pinkhof : Houtem; 2006. p 1303.

[2] KCE. Dikkedarmkanker: diagnose, behandeling en follow up. 2014.

[3] Cijfers dikkedarmkanker. [Online]. Beschikbaar via: www.kankerregister.org. Geraadpleegd 2016 januari 15.

[4] WHO. Globocan 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. 2012.

[5] Belgian Federal Government. Cijfers verkeersongevallen. [Online]. Beschikbaar via: http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/verkeer_vervoer/verkeer/ongevallen_slachtoffers. Geraadpleegd 2016 april 16.

[6] WHO. Belgium. [Online]. 2014. Beschikbaar via: www.who.int/cancer/country-profiles/en/. Geraadpleegd 2016 april 11.

[7] Schreuders E., Ruco A., Rabeneck L., et. al. Colorectal Cancer Screening: A Global Overview of Existing Programmes. Gut 2015; 64: 1637-1649.

[8] Fobelets M., Pil L. De kosteneffectiviteit van het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker in Vlaanderen: gezondheidseconomische evaluatie. mei 2015.

[9] Dam B. van. Ethical issues in colorectal cancer screening. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2014; 28: 315-26.

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

[11] Belgische Federale Overheidsdiensten. [Online]. 2016. Beschikbaar via: www.belgium.be/nl/gezondheid/gezondheidszorg/medische_diensten/organisatie_van_de_gezondheidszorg. Geraadpleegd 2016 april 17.

[12] Björnberg A. Euro Health Consumer Index 2015. Health Consumer Powerhouse Ltd, 2016.

[13] Allison J.E., Potter M.B. New screening guidelines for colorectal cancer: a practical guide for the primary care physician. Prim Care Clin Office Pract 2009; 36: 575-602.

[14] Motivatie keuze van de iFOB test. [Online]. Beschikbaar via: www.bevolkingsonderzoek.be/dikkedarmkanker/professionelen-motivatie-keuze-van-de-iFOB-test. Geraadpleegd 2016 april 12.

[15] Allison J.E., Sakoda L.C., et al. Screening for Colorectal Neoplasms With New Fecal Occult Blood Tests: Update on Performance Characteristics. J Natl Cancer Inst 2007; p1462 -1470.

[16] Hoeck S., Van Roosbroeck S., Van Hal G. Pilootproject bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. 2011.

[17] Screeningsresultaten. [Online]. Beschikbaar via: www.bevolkingsonderzoek.be/dikkedarmkanker/screeningsresultaten. Geraadpleegd 2016 april 17.

[18] Jae Myung C., Joung Il L., Kwang Ro J., et. al. Telephone Reminder Call in Addition to Mailing Notification Improved the Acceptance Rate of Colonoscopy in Patients with a Positive Fecal Immunochemical Test. Dig Dis Sci 2011; 56:3137–3142.

[19] WHO. Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes ; module 3. 2007.

[20] Belgian Federal Government . Statiestieken sterftes. [Online] 2013. Beschikbaar via: http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/sterfte_leven/tafels/," Belgian Federal Government. Geraadpleegd 2016 april 17.

[21] Verhoeven V., Avonts D., Peremans L., et al. Actieve opsporing van Chlamydia trachomatis in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu 2004; 33:182-198.

[22] Nereo Segnan, Carlo Senore , Bruno Andreoni, et. al. Randomized Trial of Different Screening Strategies for Colorectal Cancer: Patient Response and Detection Rates. Journal of the National Cancer Institute 2005; 97:347-357, 2005.

[23] Subramanian S., Klosterman M., Amonkar M.M., Hunt T.L. Adherence with colorectal cancer screening guidelines: a review. Preventive Medicine 2004; 38:536-550.

[24] Centrum voor Kankeropsporing. Jaarrapport van het Centrum voor Kankeropsporing 2015: gegevens tot en met 2014. 2015.

[25] Rapportering van de werkgroep ter voorbereiding van de Gezondheidsconferentie. 2013.

[26] Cole S.R., Young G.P., Byrne D, et. al. Participation in screening for colorectal cancer based on a faecal occult blood test is improved by endorsement by the primary care practitioner. J Med Screen 2002; 4:147-152.

[27] Zajac I.T., Whibley A.H., Cole S.R., et. al. Endorsement by the primary care practitioner consistently improves participation in screening for colorectal cancer a longitudinal analysis. J Med Screen 2010; 17:19–24.

[28] Barthe J, Perrodeau E, Gilberg S, et al. Impact of a Doctor's Invitation on Participation in Colorectal Cancer Screening: A Cluster Randomized Trial. *A*m J Med. 2015; 128(9):1024.e1-7.

[29] Aubin-Auger I., Laouénan C., Le Bel J., et. al. Efficacy of communication skills training on colorectal cancer screening by GPs: a cluster randomised controlled trial. European Journal of Cancer Care 2016; 25: 18–26.

[30] HERA. Rapportering Workshop op 'Dag van de huisarts'. 2013.

[31] Vinker S., Nakar S., Rosenberg E. The Role of Family Physcians in Increasing Annual Fecal Occult Blood Test Screening Coverage: A Prospective Intervention Study. IMAJ 2002; 4:424-425.

[32] Singh H., Kadiyala H., Bhagwath G., et al. Using a multifaceted approach to improve the follow-up of positive fecal occult blood test results. Am J Gastroenterol. 2009; 104(4): 942–952.

[33] Cullati S., Charvet-Bérard A., Perneger T.V. Cancer screening in a middle- aged general population: factors associated with practices and attitudes. *B*MC Public Health 2009; 9:1-18.

[34] Camilloni et. al. Methods to increase participation in organised screening programs a systematic review. BMC Public Health 2013; 13.

[35] Vinker S., Nakar S., Rosenberg E. The role of family physicians in increasing annual fecal occult blood test screening coverage: a prospective intervention study. IMAJ 2002; 4:424-425.

BIJLAGEN

Bijlage 1: informatiefiche huisartsen 2015

BEVOLKINGS ONDERZOEK DIKKEDARM KANKER

INFOSHEET VOOR DE HUISARTS

Samen met u pakken wij het aan!

De Vlaamse overheid organiseert het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Elk jaar krijgen in Vlaanderen meer dan 5.000 mannen en vrouwen dikkedarmkanker. Toch kunnen we die kanker vroeg opsporen met meer kans op genezing. Elke twee jaar krijgen alle mannen en vrouwen van 56 tot en met 74 jaar een uitnodiging met afnameset van het Centrum voor Kankeropsporing.

HET BEVOLKINGSONDERZOEK NAAR DIKKEDARMKANKER STARTTE GOED IN VLAANDEREN: IN 2013 DEED 48,7% VAN DE UITGENODIGDE MANNEN EN VROUWEN MEE. HET CIJFER VOOR 2014 WIJST IN DEZELFDE RICHTING: 48%.



PAK HET AAN VOOR HET JOU AANPAKT



Kans op dikkedarmkanker.

Het gewoon risico is **1 op 20**. **19 op 20** personen krijgen dus geen dikkedarmkanker.

Wie krijgt een uitnodiging?



Om de 2 jaar krijgt iedereen van **56 t.e.m. 74 jaar** een uitnodiging met afnameset. Iedereen tegelijk uitnodigen kan niet. Daarom nodigen we altijd de **pare leeftijden** uit. Wordt uw pati nt dit jaar 57? Dan krijgt hij of zij pas volgend jaar een uitnodiging in de maand van zijn verjaardag of de maand daarop.

Wie wordt (nog) niet uitgenodigd?

DE LAATSTE 2 JAAR EEN STOELGANGTEST LATEN DOEN?
Dan krijgt uw pati nt pas **2 jaar na** die test een uitnodiging. Eventueel dus wel op een onpare leeftijd.

LAATSTE 10 JAAR EEN VOLLEDIGE COLOSCOPIE GEHAD?
Dan krijgt uw pati nt pas **10 jaar na** die coloscopie een uitnodiging. Eventueel dus wel op een onpare leeftijd.

50 TOT EN MET 55 JAAR ?
Dan is screening naar dikkedarmkanker aangewezen volgens de Europese richtlijnen. Momenteel is dit nog geen doelgroep van het bevolkingsonderzoek.

OUDER DAN 74 JAAR ? Het is niet wetenschappelijk aangetoond dat de voordelen van screening dan opwegen tegen de nadelen. Wel kan – als uw pati nt gezond is – een stoelgangtest om de twee jaar toch aangewezen zijn. Die valt dan buiten het gratis bevolkingsonderzoek.

Resultaat iFobt?

NIET AFWIJKEND: Bij ongeveer **95 op 100**. Er is geen vervolgonderzoek nodig. Twee jaar later volgt een nieuwe uitnodiging.
AFWIJKEND: Bij **5 op 100** deelnemers is er te veel bloed in de stoelgang (≥ 75 ng/ml) en is een volledige coloscopie nodig.

LET OP: de stoelgangtest herhalen heeft geen zin.
Het correcte beleid na elk afwijkend resultaat (ook bij aambeien en zichtbaar rood bloedverlies) is een volledige coloscopie. Poliepen bloeden niet altijd. Als een tweede stoelgangtest niet afwijkend is, geeft dat een vals gevoel van gerustheid. Het bevolkingsonderzoek is maar effici nt als er op afwijkende resultaten een kijkonderzoek volgt.

Resultaat coloscopie na afwijkende iFobt?

Als er bloed in de stoelgang zit, gaat het in ongeveer **9/10** van de gevallen niet om dikkedarmkanker. Van die 9/10 gaat het bij ongeveer **6/10** om poliepen en bij ongeveer **3/10** is er niets.

Bekijk de nieuwe animatiefilm www.bevolkingsonderzoek.be
Gebruikt u die film graag?
Geef ons gerust een seintje.

Heeft u vragen over het bevolkingsonderzoek? Weet u niet of uw pati nt(e) zal uitgenodigd worden?

Mail naar **kanker@bevolkingsonderzoek.be**
Ga naar **www.bevolkingsonderzoek.be**
Of bel gratis naar **0800 60 160**.

BEVOLKINGS ONDERZOEK.BE

Vlaanderen

CvKO CENTRUM VOOR KANKEROPSPORING
ANTWERPEN . BRUGGE . BRUSSEL . GENT . LEUVEN

Bijlage 2: informatiefiche huisartsen 2016

BEVOLKINGS ONDERZOEK DIKKEDARM KANKER

INFOSHEET VOOR DE HUISARTS

IN 2014 DEED 50,3% VAN DE UITGENODIGDE MANNEN EN VROUWEN MEE.

De Vlaamse overheid organiseert het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker. Elk jaar krijgen in Vlaanderen meer dan 5.000 mannen en vrouwen dikkedarmkanker. Toch kunnen we die kanker vroeg opsporen met meer kans op genezing.



1. Een respons van 60% tegen 2020

Gemiddeld halen we een respons van 50% maar in bepaalde gemeenten ligt de deelnamegraad nog te laag. Ook bij sommige minderheden en kansengroepen halen we dit cijfer niet. Zo is bij Oost-Europeanen, Afrikanen, Turken en personen afkomstig uit Magreb-landen de respons een stuk lager dan gemiddeld. Daarnaast is ook de deelname van mensen die een verhoogde tegemoetkoming krijgen, mensen met een leefloon en personen met een tegemoetkoming voor een handicap een stuk lager. We moeten als CvKO extra maatregelen nemen om de deelname bij deze bevolkingsgroepen verder te verhogen. Hierbij doen we ook beroep op u – als huisarts – om deze mensen mee te motiveren tot deelname! Tegen 2020 willen we een gemiddelde respons halen van minimum 60%.

Wilt u weten hoe uw gemeente scoort?
Ga naar **http://bevolkingsonderzoek.incijfers.be**

2. LET OP: de stoelgangtest herhalen heeft geen zin.

Na elk afwijkend resultaat (ook bij aambeien en zichtbaar rood bloedverlies) moet een volledige coloscopie uitgevoerd worden. Poliepen bloeden niet altijd. Als een tweede stoelgangtest niet afwijkend is, geeft dat een vals gevoel van gerustheid. Het bevolkingsonderzoek is maar effici nt als er op afwijkende resultaten een coloscopie volgt. Een stoelgangtest na een afwijkend resultaat herhalen heeft dus geen zin.

3. Wie krijgt een uitnodiging?

Om de 2 jaar krijgt iedereen van 56 t.e.m. 74 jaar een uitnodiging met afnameset. Iedereen tegelijk uitnodigen kan niet. Daarom nodigen we altijd de pare leeftijden uit. Wordt uw pati nt dit jaar bijvoorbeeld 57 of 61? Dan krijgt hij of zij pas volgend jaar een uitnodiging in de maand van zijn verjaardag of de maand daarop.

4. Wie wordt (nog) niet uitgenodigd?

Een aantal personen binnen de doelgroep wordt niet uitgenodigd voor het onderzoek. Pati nten die de laatste 2 jaar een stoelgangtest hebben laten uitvoeren krijgen pas 2 jaar erna opnieuw een uitnodiging. Pati nten die een volledige coloscopie hebben laten uitvoeren krijgen pas 10 jaar nadien een uitnodiging (ook op onpare leeftijd).

5. Jonger dan 55?

Volgens de Europese richtlijn is screening naar dikkedarmkanker aangewezen vanaf 50 jaar. Momenteel is dit echter nog geen doelgroep van het Vlaamse Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker.

6. Heeft u vragen over het bevolkingsonderzoek?

Weet u niet of uw pati nt(e) zal uitgenodigd worden?
Mail naar **kanker@bevolkingsonderzoek.be**. Ga naar **www.bevolkingsonderzoek.be**, Of bel gratis naar **0800 60 160**.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Patrick Martens
vzw Centrum voor Kankeropsporing

SAMEN MET U PAKKEN WIJ HET AAN!

BEVOLKINGS ONDERZOEK.BE

Vlaanderen is zorg

CvKO CENTRUM VOOR KANKEROPSPORING
ANTWERPEN . BRUGGE . BRUSSEL . GENT . LEUVEN

Bijlage 3: goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0512	11-mei-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Participatie aan het Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker en de rol van de huisarts in de motivatie van de patiënten
(Manama Valerie Daneels)

Belgisch Registratienummer: B670201524697

* Informatiefiche onderzoek
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 08/05/2015 op opmerkingen EC dd. 08/05/2015
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie cfr. mail dd. 08/05/2015)
* Toestemmingsformulier (aangepaste versie cfr. mail dd. 08/05/2015)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 8/05/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 7/05/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 8/05/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 7/05/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/05/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/05/2015

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

J.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0512	11-mei-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0512

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

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

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

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

Bijlage 4: goedgekeurd protocol

Het doel van deze studie is om te kijken hoe de patiënten in mijn opleidingspraktijk hebben deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker dat sinds oktober 2013 loopt, en welke rol wij als huisarts spelen of kunnen spelen in de motivatie van de patiënten om al dan niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.

In eerste instantie zal met behulp van het EMD een lijst worden getrokken van alle patiënten die in 2014 een oproepingsbrief hebben gekregen, gezien zij geboren zijn in 1940, 1942, 1944, 1946, 1948, 1950, 1952, 1954, 1956 of 1958. Patiënten die de laatste 5 jaar niet meer op consultatie werden gezien, worden als niet actief beschouwd en geschrapt uit de lijst.

Dan zal worden gekeken van wie van de resterende patiënten een resultaat van het bevolkingsonderzoek werd ontvangen. Bij de patiënten van wie wij geen resultaat kregen, zal worden gekeken of zij voldoen aan een van de exclusiecriteria van het bevolkingsonderzoek, waardoor zij dus geen uitnodiging hebben gekregen en ook niet werden geacht om deel te nemen. Deze patiënten zullen ook worden geschrapt uit de studiepopulatie.

Vervolgens zal de overgebleven studiepopulatie worden verdeeld in een groep die deelnam aan het bevolkingsonderzoek en een groep die niet deelnam. Deze beide groepen zullen een willekeurige volgorde worden toebedeeld.

Nadien is het de bedoeling om van de beide lijsten per reeks van 5 personen mensen op te bellen om uit te nodigen om deel te nemen aan dit onderzoeksproject mbt deelname aan het bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. Als zij wensen deel te nemen, krijgen zij en formulier toegestuurd waarin ze hun toestemming geven en wordt hen gevraagd of zij een telefonisch interview, dan wel een interview op de praktijk verkiezen.

Wanneer de deelnemer opteert voor een telefonisch interview, dan zal dit gesprek worden opgenomen. Iets waarvan de patiënt vooraf wordt op de hoogte gebracht. Deze gesprekken zullen na afloop van het onderzoek worden gewist.

Het interview zal op een gemoedelijke manier verlopen zonder vooraf opgestelde vragenlijsten. Het is de bedoeling dat de onderzoeker vanaf 0 vertrekt en de patiënten zelf argumenten aanbrengen waarom zij juist wel of juist niet hebben deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek. Het gaat om een kwalitatief onderzoek, dus zullen telkens nieuwe reeksen van 5 personen worden opgebeld tot zolang er geen nieuwe argumenten meer bijkomen. Eens de interviews afgelopen, zal een samenvatting worden gemaakt van de bekomen argumenten via de analyse- methode van kwalitatief onderzoek en zullen deze worden afgetoetst op de motivationele cirkel van prochaska en diclemente.

Tot slot heeft deze studie tot doel om aan de hand van de resultaten op deze cirkel een concreet voorstel te formuleren om de participatie (indien nodig) te verhogen en op die manier de rol van de huisarts in dit bevolkingsonderzoek te optimaliseren.