



Screen

Staatssecretaris Blokhuis

**“Confronterend en spannend,
die dikke paarse envelop op
mijn mat”**

Ernst Kuipers, CEO Erasmus MC

**“Geïndividualiseerde screening
door monitoren FIT-waarden
met slim algoritme is de
toekomst”**

Evelien Dekker, MDL-arts Amsterdam UMC

**“Kwaliteitseisen coloscopie
waren een cultuurshock in
MDL-land”**

Huisarts Roy Beijaert

**“Angst-scenario's
bij patiënten
wegnemen door
uitleg te geven”**



Voorwoord

Met trots presenteer ik u deze Screen special, het relatie-magazine van Bevolkingsonderzoek Nederland waarin het bevolkingsonderzoek darmkanker centraal staat. In 2014 is het landelijk bevolkingsonderzoek darmkanker gestart. Inmiddels zijn alle mannen en vrouwen van 55 tot en met 75 jaar in Nederland minimaal één keer uitgenodigd. Reden om met een aantal belangrijke grondleggers van de darmkankerscreening en andere direct betrokken ketenpartners terug – en vooruit te blikken in deze speciale uitgave van de Screen. Tevens biedt dit magazine u een duidelijk overzicht van alle stappen in het proces van de darmkankerscreening en de belangrijkste resultaten in de afgelopen vijf gemonitorde jaren (2014 tot en met 2018).

Samen hebben we een megaproject opgezet. De resultaten liegen er niet om. In vijf jaar tijd hebben ca. 5.5 miljoen mensen deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek, zijn 17.800 kankers opgespoord en zijn bijna 100.000 voorstadia van darmkanker (advanced adenomen) verwijderd. Mede door uw inzet is dit bevolkingsonderzoek een groot succes geworden!

Als screeningsorganisaties hebben we de taak om zowel de logistieke kant goed op te zetten als het datamanagement zorgvuldig in te richten. We hebben ook een belangrijke taak in de kwaliteitsborging. Deze kwaliteitsborging staat als een huis mede door de toewijding en continue bijdrage van alle betrokken partijen.

Vanaf het begin hebben we de ambitie om bij de top te horen. Dat is gelukt. We voeren state of the art bevolkingsonderzoek darmkanker uit. Van de 42 landen met darmkankerscreening heeft Nederland de hoogste deelnamegraad. Daar hebben we hard voor gewerkt. Deze positie willen we behouden en in de komende jaren verder uitbouwen. We gaan ons nog meer richten op innovatie en het beschikbaar stellen van onze data aan onderzoekers en wetenschappers met één duidelijk doel: de beste darmkankerscreening nu én in de toekomst.

Evelien Bongers,
Voorzitter Raad van Bestuur Bevolkingsonderzoek Midden-West en landelijk portefeuillehouder darmkankerscreening

Drie vragen aan Paul Blokhuis staatssecretaris van VWS



1. U zit in de doelgroep van het bevolkingsonderzoek darmkanker. Doet u mee?

“Jazeker. Ik ben in november vorig jaar 56 geworden en ik heb de uitnodiging dus ook gekregen. Dat ik mee zou doen, had ik al besloten. Maar toen die dikke paarse enveloppe op de mat lag vond ik het toch wel confronterend en spannend, want dan is het ook echt. En eerlijk gezegd heeft de envelop wel eerst een tijd op de kast gelegen...”

Als deelnemer ben ik persoonlijk betrokken bij het bevolkingsonderzoek en in mijn werk als verantwoordelijk staatssecretaris. Die rollen laten zich natuurlijk niet helemaal scheiden. De cijfers zijn en blijven indrukwekkend. Per jaar worden ongeveer 24.000 personen opgespoord met kanker of vergevorderde poliepen en de verwachting is dat in 2030 één op de vijf sterfgevallen aan darmkanker door het bevolkingsonderzoek voorkomen worden.”

2. U noemt het jaar 2030. Wat ziet u als de grote uitdagingen dit decennium voor het bevolkingsonderzoek darmkanker?

“De grootste klapper is al gemaakt met de volledige invoering van het programma volgens de planning. Nu wordt elke twee jaar de hele doelgroep van 4,4 miljoen mensen uitgenodigd. Dat is een prestatie van giga-formaat. En daar kunnen alle betrokkenen met recht trots op zijn. Nu moeten we vooral

vasthouden en waar mogelijk verbeteren. Bijvoorbeeld bij het verhogen van opsporingspercentages en het verlagen van fout-positieve uitslagen.

Zaken als leeftijdsgrenzen van de doelgroep of het afkappunt van de bloedwaarde in de ontlastingstest voor doorverwijzing spelen hierbij een rol. In 2021 komt er een evaluatie waarin we dieper op deze zaken ingaan. Dan zijn voor de deelnemers uit alle betrokken leeftijdscategorieën minimaal twee volledige rondes geweest en kunnen de resultaten van herhaalde screening van alle leeftijds-cohorten worden meegenomen.”

3. Als uw buurman vraagt of hij mee moet doen aan het bevolkingsonderzoek darmkanker, wat adviseert u hem dan?

“Meedoen! En tegelijk zou ik mijn buurman adviseren even op de RIVM website te kijken. Daar kunnen mensen lezen over de voordelen en de nadelen van screening. Denk bij een nadeel bijvoorbeeld aan de risico's die kleven aan een coloscopie. Een voordeel is dat als je (een voorloper van) darmkanker hebt, deze vroeg kan worden ontdekt.

De keuze om mee te doen aan een bevolkingsonderzoek is vrijwillig en die moet je weloverwogen nemen. Dan moet je dus goed geïnformeerd zijn.”

- 3** Drie vragen aan Paul Blokhuis, staatssecretaris van VWS
- 4** “Geïndividualiseerde screening is de toekomst”
Interview met Ernst Kuipers
- 6** **Stap 1: Uitnodigen**
Bevolkingsonderzoek in vier stappen
- 8** **Stap 2: Screenen**
Bevolkingsonderzoek in vier stappen
- 9** “Door bevolkingsonderzoek brede bewustwording darmziekten”
Interview met Gerben Lochorn
- 10** **Bevolkingsonderzoek darmkanker in de tijd**
- 12** “Kwaliteitseisen bevolkingsonderzoek ‘boost’ voor hele coloscopiepraktijk”
Interview met Evelien Dekker
- 14** **Stap 3: Uitslag**
Bevolkingsonderzoek in vier stappen
- 15** “Is mijn patiënt bang voor de coloscopie? Dan neem ik extra de tijd”
Interview met Roy Beijaert
- 16** “Goede informatie cliënt staat centraal”
Interview met Iris Seriese en Patricia Otto-Terlouw
- 18** **Stap 4: Vervolgonderzoek**
Bevolkingsonderzoek in vier stappen
- 19** “Je denkt dat je wereld instort”
Interview met Hans Kaashoek



**Ernst Kuipers,
bestuursvoorzitter Erasmus MC:**

“Geïndividualiseerde screening is de toekomst”

“Met een slim algoritme kun je de waarden van de FIT in de tijd monitoren.”

“Verzekeraars hadden er niks mee, de bevolking zat er niet op te wachten en bovendien hadden we niet genoeg MDL-artsen. Toch zijn we een proefbevolkingsonderzoek begonnen.” Dat typeert de vasthoudendheid en vooruitziende blik van Ernst Kuipers, bestuursvoorzitter Erasmus MC in Rotterdam, voorheen praktiserend MDL-arts in het Erasmus MC en mede-grondlegger van het bevolkingsonderzoek darmkanker. Je hoort de trots in zijn stem als hij vertelt “hoe goed het is om te zien dat we met de inzet van ontzettend veel mensen overal in het land zoveel bereiken, iedere dag weer.” Ondanks dit succes vindt Kuipers dat vooral de coloscopiedeelname na positieve FIT beter kan en ziet hij toekomst in een geïndividualiseerde screening.

Waarom heb je je hard gemaakt voor de opzet van juist dit landelijk bevolkingsonderzoek?

Ernst: “Ik ben opgeleid tot internist in het Deventer ziekenhuis. In die tijd waren endoscopieën net in opkomst. Het MDL-gebied vond ik interessant: een breed vakgebied, patiënten van jong tot oud. Acute ziekten, maar ook veel chronische aandoeningen. Een vakgebied met uitgebreide diagnostiek en behandelmogelijkheden. Uiteindelijk heeft darmkanker mij het meest gepakt. Mijn moeder heeft darmkanker gehad. Dat heeft zeker meegespeeld. Ze is overleden aan kanker, maar het is onduidelijk of dat door de darmkanker was. Wat de meeste mensen niet weten is dat bijna een kwart van alle kankers die bij de mens voorkomt, kankers in het maag-darmkanaal zijn. Het bijzondere van bijna al deze kankersoorten is dat ze langdurig vooraf worden gegaan door voorstadia, die je kunt volgen en vaak behandelen. Darmkanker komt veel voor, zorgt voor flinke ziektelast en geeft hoge sterfte. Omdat het zo lang duurt voordat een poliep darmkanker wordt, heb je juist bij deze ziekte een enorme kans om er met preventie wat aan te doen. Hiermee is de kans op genezing erg hoog.”

“In 2002 zijn we gestart met de voorbereidingen voor het proefbevolkingsonderzoek darmkanker. In 2006 startten twee aparte proefbevolkingsonderzoeken (Rotterdam en Amsterdam). Je moet groot onderzoek doen om resultaat te bereiken. Je kunt eindeloos variëren (afkapwaarde, interval, leeftijd), maar al die varianten kun je nooit allemaal in de praktijk testen. Onze kracht was dat we heel gericht in de praktijk iets uittestten, en daarna met simulatie alle mogelijke varianten tegen het licht hielden. Door de resultaten van het proefbevolkingsonderzoek is heel specifiek gekozen om in het landelijk bevolkingsonderzoek te starten met elke twee jaar een FIT-test en een geleidelijke opbouw van het programma in vijf jaar.”

“Toen mijn zoon vijf was moest hij voor een project uitleggen wat zijn ouders deden. Mijn respons was: Zeg maar dat ik poepdokter ben. Zijn reactie: pap, ik verzin wel wat. Dat vond ik zo geestig!”

Als voorzitter van de Raad van Bestuur van het Erasmus MC kijk je nu vanuit een andere rol en met wat meer afstand naar de darmkankerscreening in Nederland. Is uitgekomen wat je ervan had gehoopt?

“Beter dan dat! Ik zeg een negen plus. We voldoen aan alle kwaliteitsnormen en hebben alle doelstellingen gehaald. Regelmatig word ik aangesproken door mensen die zeggen: “bij mij in de familie zijn we er op tijd bij geweest.” Daar ben ik trots op. In de afgelopen jaren hebben we met elkaar duizenden mensen gered. Als je kijkt naar de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, dan kunnen we nog veel meer doen, maar lopen we nu tegen grenzen aan. Geld en betaalbaarheid, maar vooral beschikbaarheid van mensen. We moeten ons veel meer richten op preventie. Het bevolkingsonderzoek darmkanker is een prachtig voorbeeld van preventie en bewezen effectief.”

Je bent coördinator bevolkingsonderzoek darmkanker voor Europa en het Midden-Oosten voor de World Endoscopy Organization. Sinds de zomer ben je ook Member Advisory board of the Institute of Digestive Diseases van de universiteit van Hong Kong. Je zegt vaak: “Ons bevolkingsonderzoek in Nederland is een studievoorbeld voor andere landen.” Waar zit hem dat in?

“Dat komt in de eerste plaats door al ons gepolder. De kracht zit in de zeer grondige voorbereiding. Proef doen, berekenen en alles uitzoeken en becijferen. Daarnaast is er een uitstekende samenwerking tussen alle ketenpartners en aangesloten centra. Met z'n allen maken we gebruik van één ICT systeem: ScreenIT. Dit systeem ondersteunt de gebruikers op de achtergrond en monitort continu alle beschikbare capaciteit. Tenslotte 'zit de duivel in het detail'. In het proefbevolkingsonderzoek veranderden we de verzending van de ontlastingstest van envelop naar doosje. Toen ging tot onze verbazing de deelnamegraad omhoog. Een envelop gaat op de stapel. Een doosje wil je openen. We wisten: als wij dit landelijk goed willen doen, dan moet dat in hele heldere communicatie en opvallende verpakking. We waren overigens best laat met onze screening, maar we hebben – zo kun je het wel stellen – onze collega's binnen Europa rechts ingehaald. De deelnamegraad van de FIT-test in Nederland is wereldwijd zelfs het allerhoogst.”

Nu het bevolkingsonderzoek darmkanker volledig is uitgerold, de resultaten van vijf jaar goed zijn, kunnen we gaan evalueren. Wat kan er echt nog beter?

“De deelname aan de coloscopie na positieve FIT, nu 85%, kan veel beter. Dat hebben we in het proefbevolkingsonderzoek gezien. Daar gingen we nabellen bij een positieve

“In het proefbevolkingsonderzoek deden we een paar trials om er vervolgens al simulerend 100 trials aan toe te voegen.”

test en zaten we op 96 tot 98% deelname coloscopie. Met 85% mis je dus ruim 10% van het totaal, dat niet voor coloscopie komt terwijl ze er wel geschikt voor is. Daarvan heeft 40% een grote poliep of kanker. Deze groep heeft meer inspanning nodig: bellen en uitleggen. Hen moeten we met aandacht en goede voorlichting toch proberen te overtuigen van nut en noodzaak.”

Hoe ziet het bevolkingsonderzoek er – in het licht van de toekomstige ontwikkelingen – over vijf jaar uit?

Over de toekomst is Ernst helder: “Naast een verlaging van de startleeftijd moet je gaan werken aan geïndividualiseerde screening. Voor de FIT-test krijg je een getal dat op basis van een vooraf bepaalde afkapwaarde vertaald wordt naar positief of negatief. Die waarden zijn bij iedereen anders en kun je in de tijd monitoren. Een voorbeeld. Ben je nu negatief met bijvoorbeeld waarde 1, over 2 jaar waarde 5 en over 4 jaar 7.5, dan ben je nog steeds negatief en onder de afkapwaarde maar dan is er wel wat aan de hand. Daar kun je een algoritme op zetten. Bijvoorbeeld: ‘doe de volgende test over een jaar’ of ‘we verwijzen u toch alvast door voor coloscopie’. Gebruik de huidige data en ontwikkel een slim algoritme. Er zijn sterke aanwijzingen dat het verloop van je eigen waarden een relevante factor is. Klinkt heel bewerkelijk, maar is goed te realiseren met de uitslagen die we nu elke ronde voor elke cliënt registreren in ScreenIT.”

Nog steeds zijn er criticasters die beweren dat een bevolkingsonderzoek darmkanker over het geheel beschouwd geen gezondheidswinst oplevert. Kun je in een paar zinnen aangeven waarom jij dat onzin vindt?

Ernst gedicideerd: “Uiteindelijk gaat iedereen dood. En is het bij bijna iedereen zo dat je in de laatste twee levensjaren zorg nodig hebt die geld kost. In die zin lijkt het vrij zinloos om darmkanker te screenen op je 55ste, iemand te redden van darmkanker en die vervolgens te zien overlijden aan een hersenbloeding op zijn 75ste. De meeste gezondheidseconomen kijken er anders tegenaan. Iemand van 70 die goed in het leven staat, is belangrijk. Hij kan nog vol deelnemen aan dat leven; doet vrijwilligerswerk of levert mantelzorg. Je kunt niet voorkomen dat iemand uiteindelijk doodgaat, maar als je weet dat je darmkanker kunt bestrijden en daarmee veel lijden bespaart, dan pak je die kans anno 2020 toch!”



Bevolkingsonderzoek darmkanker in vier stappen

1. **Uitnodigen** 2. Screenen 3. Uitslag 4. Vervolgonderzoek

Wij nodigen mannen en vrouwen in de leeftijd van 55 tot en met 75 jaar elke twee jaar uit voor het bevolkingsonderzoek darmkanker. De eerste uitnodiging wordt rond de 55ste verjaardag verzonden. Voor de eerste uitnodiging sturen wij een aankondigingsbrief, drie weken later volgt de uitnodigingsset. Wie eenmaal is uitgenodigd ontvangt de volgende uitnodiging ca. 24 maanden na de vorige uitnodiging (tenzij vervolgonderzoek nodig was).

Wanneer niet meedoen?

Deelname aan het bevolkingsonderzoek darmkanker is niet altijd nodig of zinvol. Wij raden deelname af in de volgende situaties:

- bij behandeling voor darmkanker;
- wanneer er minder dan vijf jaar geleden een coloscopie is uitgevoerd;
- bij behandeling voor (een aan-doening van) de darmen in het ziekenhuis.

Cijfers & feiten

Darmkanker

is een van de drie meest voorkomende kankersoorten in Nederland

14.000

mannen en vrouwen per jaar krijgen de diagnose darmkanker

5.000

mensen per jaar overlijden aan darmkanker

9 van de 10

mensen die darmkanker krijgen zijn 55 jaar of ouder

Het bevolkingsonderzoek kan (dikke) darmkanker voorkomen of vroeg ontdekken en behandelen. Als darmkanker vroeg wordt ontdekt, is de kans op genezing groter en de behandeling vaak minder zwaar.

Door het bevolkingsonderzoek zal het aantal mensen dat overlijdt aan darmkanker na verloop van tijd dalen van **3,7 op de 100** naar **2,4 op de 100**. Dat zijn jaarlijks **2.250** voorkomen sterfgevallen.

Bron: RIVM/Erasmus MC

“Ik ben zeer tevreden over de mogelijkheid je te laten testen op darmkanker. Ik ben minder gelukkig met alle materialen die hiervoor gebruikt worden.”

Man, leeftijd onbekend

ScreenIT: bijzonder project door schaal-grootte en complexiteit

Het bevolkingsonderzoek wordt ondersteund vanuit het ICT-systeem ScreenIT. Dit systeem is ontwikkeld door IT-bedrijf Topicus. Paul Huberts, scrum master bij Topicus, vertelt: “We stonden voor een behoorlijke uitdaging bij de ontwikkeling van ScreenIT. Het systeem moest worden ingericht op het uitnodigen van een grote populatie gezonde mensen. Zij moeten na deelname de juiste uitslag krijgen. Als die uitslag ongunstig is, vindt vervolgonderzoek plaats. Afhankelijk van de uitkomst daarvan, wordt bepaald wanneer iemand weer voor screening in aanmerking komt. Dat vraagt koppelingen met verschillende andere systemen, zoals de systemen van de laboratoria waar de testen worden beoordeeld en van de ziekenhuizen waar het vervolgonderzoek plaats vindt. Die complexiteit en de schaalgrootte maakten de ontwikkeling van ScreenIT voor ons een bijzonder project.”

Aantal uitnodigingen 2014-2018

Jaar	uitnodigingen
2014	703.626
2015	1.171.550
2016	1.063.651
2017	1.941.121
2018	2.186.186

Bron: Landelijke monitoring bevolkingsonderzoek darmkanker



De paarse envelop: met oog voor duurzaamheid

Lucht- en waterdicht, zo licht mogelijk, gebruiksvriendelijk, gemakkelijk te openen en met een passende uitstraling: dat waren eisen waaraan de uitnodigingsset voor het bevolkingsonderzoek darmkanker moest voldoen. Rik Eggink, technical director van producent Daklapack Europe BV, vertelt: “Dat heeft geleid tot de paarse envelop, met daarin een stappenetui voor het informatie-materiaal, de ontlastingstest en de retourenvelop.”

Recyclebaar

“Gezien alle eisen waar aan moet worden voldaan komt het kunststof materiaal van de paarse envelop en van de retourenvelop er in de totale levenscyclusanalyse (methode voor de totale milieubelasting) als beste uit.

Maar de tijd staat niet stil. Inmiddels is de techniek zover dat we de paarse- en de retourenvelop recyclebaar kunnen maken of kunnen produceren uit bio-based grondstoffen. De stappenetui en de safetybag waarin de ontlastingstest wordt gestopt voordat deze in de retourenvelop gaat, zijn al recyclebaar.”

Sociale verantwoordelijkheid

“Daklapack wil mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt daar waar mogelijk ondersteunen. Daarom hebben we het samenstellen van de uitnodigingspakketten deels ondergebracht bij de sociale werkvoorziening in Lelystad. Ook hebben we afgelopen jaren meerdere mensen vanuit de werkvoorziening bij ons in dienst genomen.”

Bevolkingsonderzoek darmkanker in vier stappen

1. Uitnodigen **2. Screenen** 3. Uitslag 4. Vervolgonderzoek

In de uitnodigingsset zit de ontlastingstest. Deze is voorzien van een persoonlijke barcode en kan alleen gebruikt worden door degene die de uitnodiging heeft ontvangen.

De ontlastingstest kan thuis gedaan worden, door met het staafje van de test op vier plekken in de ontlasting te prikken en daarna het staafje terug te doen in het buisje. Daarna gaat de test in een zakje in de retourenvelop op de post.

FIT

Screening vindt plaats via een FIT, fecale immunochemische test. De test is gericht op het aantonen van menselijke hemoglobine in de ont-

lasting. Bij de beoordeling wordt een afkapwaarde van 47 µ Hb/g (275 ng/ml) gehanteerd.

Binnen het bevolkingsonderzoek gebruiken we de FOB Gold-test. Deze wordt geproduceerd door de firma Sysmex.

De analyse van de ontlastingstesten is uitbesteed aan vier laboratoria: Star-SHL in Rotterdam, Zuyderland Medisch Centrum in Sittard, IJsselland ziekenhuis in Capelle a/d IJssel en ETZ TweeSteden ziekenhuis in Tilburg. In vijf jaar darmkanker-screening (2014 - 2018) zijn bijna 5,5 miljoen buisjes ontlasting geanalyseerd.

Cijfers & feiten

Jaar	Deelname	Deelname (%)
2014	529.056	71,3%
2015	848.761	72,6%
2016	1.063.651	73,0%
2017	1.411.998	72,2%
2018	1.589.322	73,0%

Bron: Landelijke monitoring bevolkingsonderzoek darmkanker

“De ontlastingstest was goed te gebruiken, alleen het opvangen van de ontlasting vond ik wat lastig.”

Man, 72 jaar

Huisarts Gerben Lochorn: “Door bevolkingsonderzoek brede bewustwording darmziekten”



Tien jaar geleden zorgde huisarts Gerben Lochorn voor commotie door in zijn praktijk in Hoogezand een eigen klein bevolkingsonderzoek darmkanker uit te voeren. Hij werd al snel teruggefloten door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, maar had met zijn actie wel de aandacht gevestigd op de discussie rond invoering van een landelijk bevolkingsonderzoek. Nu dit een aantal jaren loopt, ziet hij – naast de vroege opsporing van poliepen en darmkanker – de toegenomen bewustwording met betrekking tot darmziekten als belangrijke verdienste van het onderzoek.

“Het lichaam is meer dan een hart; dat zijn mensen zich steeds meer bewust. Door het bevolkingsonderzoek darmkanker is de bewustwording rondom darmziekten ook vergroot. Niet alleen in de leeftijdsgroep van het bevolkingsonderzoek, maar ook in de leeftijdsgroepen daaronder. Als zij merken dat hun ontlastingspatroon anders dan anders is, lopen ze er niet mee door, maar laten ze zich onderzoeken. Ik heb het idee dat we – hierdoor en door het bevolkingsonderzoek – in de praktijk sinds de invoering van het bevolkingsonderzoek minder plotse gevallen van ernstige darmkanker zien”, zegt Gerben Lochorn, huisarts in Hoogezand, Siddeburen en Groningen.

Eigen verantwoordelijkheid patiënt

Over de rol van de huisarts in het bevolkingsonderzoek is hij duidelijk: “Als patiënten vragen hebben, dan kunnen ze bij ons terecht. We zorgen ervoor dat bij doorverwijzing de juiste informatie beschikbaar is voor de intake voor het vervolgonderzoek. En bij behandeling voor darmkanker kunnen we in de nazorg een rol spelen.” Dat de huisarts niet meer standaard bericht krijgt wanneer bij een patiënt bloed in de

ontlasting is gevonden, vindt hij geen probleem. “Ik zie daarin voor mezelf geen actieve rol; de patiënt doet in dat geval naar eigen behoefte eventueel een beroep op ons. Dat is in lijn met de uitgangspunten van onze praktijk, waar we de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt belangrijk vinden.”

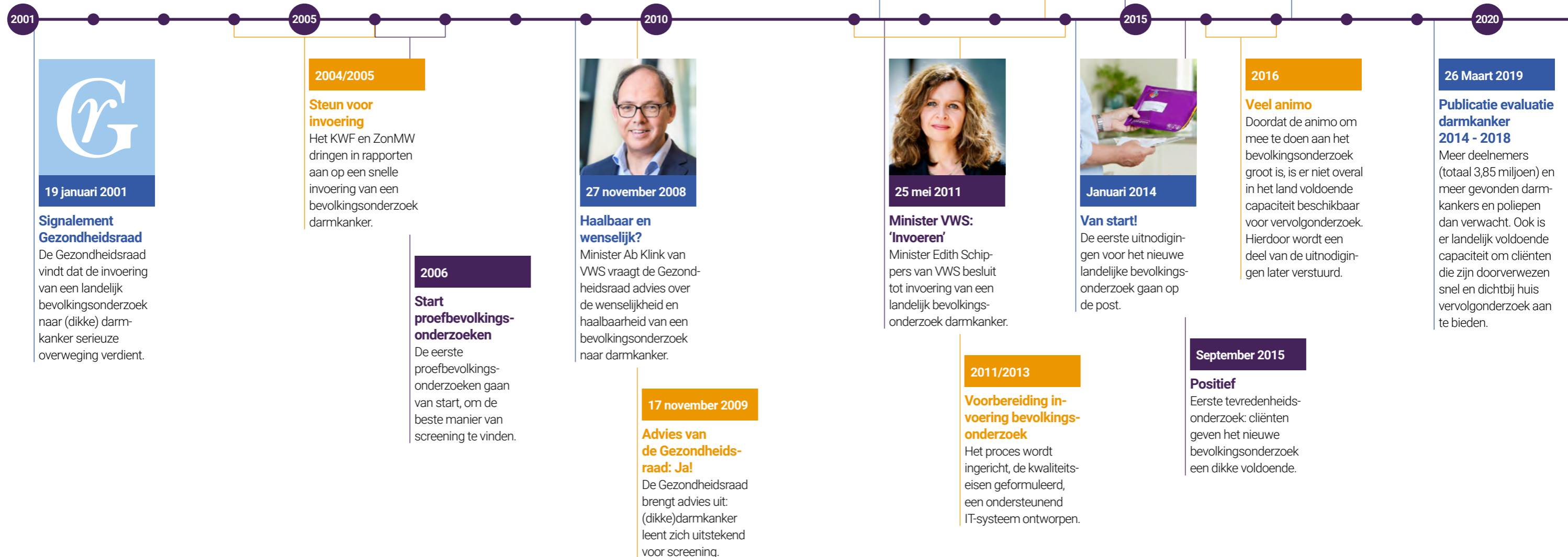
“Je zou veel gerichter kunnen screenen, waarbij je veel meer kijkt naar risicofactoren en je je richt op bepaalde leeftijdscategorieën.”

Gerichte screening

Gerben vindt het knap dat het bevolkingsonderzoek darmkanker zo snel zo goed georganiseerd is. Hij ziet nog wel verbetermogelijkheden: “Nu wordt een hele grote groep gescreend, puur gebaseerd op leeftijd. Je zou veel gerichter kunnen screenen, waarbij je veel meer kijkt naar risicofactoren en je je richt op bepaalde leeftijdscategorieën.” Lachend: “Misschien wordt het weer eens tijd voor een volgende actie.”

Bevolkingsonderzoek darmkanker in de tijd

Het begint met het voorzichtig opgooien van een balletje. Met steun vanuit verschillende kanten en met de resultaten van eerste proeven, wordt het steeds serieuzer. Zo serieus, dat er een advies van de Gezondheidsraad en een uitvoeringstoets komen. Die leiden tot een 'ja' van de minister: er komt een bevolkingsonderzoek darmkanker. In deze tijdlijn zijn de ijk-momenten van het bevolkingsonderzoek darmkanker weergegeven: van eerste gedachte tot een geworteld onderzoek met resultaat.





Evelien Dekker,
MDL-arts Amsterdam UMC:

“Kwaliteitseisen bevolkingsonderzoek ‘boost’ voor hele coloscopiepraktijk”

Ze heeft er snoeihard voor gewerkt en haar hoofd op het hakblok gelegd, maar met resultaat: door vol in te zetten op de kwaliteit van de coloscopie voor het bevolkingsonderzoek darmkanker heeft de hele coloscopiepraktijk een kwaliteitsimpuls gekregen. Evelien Dekker, MDL-arts in het Amsterdam UMC en vanaf het eerste uur betrokken bij het bevolkingsonderzoek darmkanker, kijkt met trots terug. Ook ziet zij nog volop mogelijkheden voor verbetering van de screening en van het vervolgonderzoek.

Evelien, jij bent als MDL-arts in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam vanaf het eerste uur betrokken bij het bevolkingsonderzoek darmkanker. De MDL-artsen maakten zich toen op voor een enorme groei van de diagnostiek en vervolgbehandelingen als gevolg van het bevolkingsonderzoek. Is het gelukt om die verwachte groei op te vangen?

“Ja, dat denk ik wel. Daar is wel het een en ander voor gedaan. Zo zijn de opleidingen voor MDL-arts en verpleegkundig endoscopist uitgebreid. Veel ziekenhuizen hebben de logistiek aangepast voor het bevolkingsonderzoek, met een aparte ruimte voor screeningscoloscopieën, een andere planning en nieuwe collega’s. Toch kwamen we een half jaar na de start van het bevolkingsonderzoek al in de knel. Omdat er meer mensen meededen en ook meer werden doorverwezen dan verwacht. Dat vroeg om actie, omdat we met de beschikbare capaciteit de vastgestelde normen niet konden halen en we ook niet wilden dat het ten koste

zou gaan van de reguliere zorg. Er is toen gekozen voor verhoging van de afkapwaarde. Daarmee accepteerden we dat de gevoeligheid van de test iets naar beneden zou gaan. Uiteindelijk blijkt dat de gevoeligheid van de test in de herhaling hartstikke hoog is. Dat zie je terug in het aantal intervalekankers, dat is minder hoog dan verwacht.”

“Het was een cultuurshock dat er vanuit het bevolkingsonderzoek kwaliteitseisen werden gesteld aan de coloscopie.”

Als je terugkijkt op vijf jaar bevolkingsonderzoek, waar ben je dan het meest trots op?

“Dat het bevolkingsonderzoek een kwaliteitsboost heeft gegeven aan de hele coloscopiepraktijk. Het was wel een cultuurshock dat er vanuit het bevolkingsonderzoek

kwaliteitseisen werden gesteld aan de coloscopie. Dat werd ons niet in dank afgenomen. Ik heb zeker in het begin het gevoel gehad dat mijn hoofd op een hakblok lag. Collega’s waren boos en verdrietig dat zij zich moesten laten toetsen voor ze screeningscoloscopieën mochten doen. Maar het leuke is dat die toetsingen – met een goed gevalideerd systeem – dan eigenlijk altijd plezierig en met veel interactie verliepen. En we zagen daarna dat MDL-artsen zich bewust werden van deze kwaliteitseisen en dit ook zijn weerslag had in hun reguliere praktijk. Niet dat de MDL-praktijk in Nederland slecht was, zeker niet, maar er was geen zicht op de exacte kwaliteit. Dat is eigenlijk best raar. Inmiddels wordt er op verzoek van de NVMDL (Nederlandse Vereniging van MDL-artsen) nu ook gewerkt aan een kwaliteitssysteem voor alle coloscopieën in Nederland.”

“We zijn een voorbeeld voor andere landen. Dat is mooi. Maar willen we ‘in the lead blijven’, dan moeten we niet stilstaan, maar ook verder blijven kijken.”

Uit de meerjarenevaluatie 2014-2017 van het bevolkingsonderzoek blijkt dat er meer mensen meedoen en er meer wordt gevonden dan verwacht. Een succes dus. Niets meer aan doen of kan het nog beter?

“We werken binnen het bevolkingsonderzoek met de best mogelijke screeningsmethode, maar die is niet 100% specifiek en sensitief. Je kunt dus altijd kijken naar mogelijke verbeteringen, ook om zo min mogelijk fout te diagnosticeren. Dat kan door de ontlastingstest specifieker aan te bieden op basis van risicofactoren (leeftijd, geslacht, vorige uitslag), maar kan ook door de inzet van andere screeningsmethoden zoals een bloedtest, ademtest of urinetest. Dat zijn allemaal te onderzoeken ontwikkelingen. Dat zal niet tussen nu en vijf jaar tot een aanpassing van het bevolkingsonderzoek leiden verwacht ik, maar wel in de vijf jaar daarna. Maar misschien ben ik optimistisch.”

“Als ik dan kijk naar de endoscopiepraktijk, verwacht ik een verdere verrijking in de endoscopische, niet-operatieve behandeling van vroegcarcinomen. Ook zullen we steeds beter weten met wat voor poliepen we te maken hebben. Ik denk dat de rol van de computer ook toe zal nemen. Dat we met door computergesteunde beslissingstechnieken kunnen bepalen of we een poliep wel moeten verwijderen, of dat een vroegcarcinoom toch al te ver de darmwand ingegroeid is. En dat we van een verwijderde poliep al weten wat het is, en daar geen pathologische beoordeling meer voor nodig is. Ook zal

de computer kunnen meekijken en aangeven als er wat gemist wordt. En – helemaal mooi – als de computer al weet wat voor soort poliep het is, kan dat ook meteen worden vastgelegd, dat scheelt in de enorme registratielast die we hebben.”

Nogmaals terugkijkend: zijn er – met de kennis van nu – dingen die je anders zou hebben gedaan?

“Nee, ik denk het niet. We hebben er natuurlijk ook erg lang over gedaan om het in te voeren. Voordeel daarvan is dat je alles goed kunt doordenken en voorbereiden. En daar plukken we nu de vruchten van. Met ons bevolkingsonderzoek zijn we ook wel een voorbeeld voor andere landen in de wereld. En dat is mooi. Maar willen we ‘in the lead’ blijven, dan moeten we niet stilstaan, maar ook verder blijven kijken. Daarom is het jammer dat het zo lastig is om binnen het huidige bevolkingsonderzoek wetenschappelijk onderzoek van de grond te krijgen. Dat vraagt ingewikkelde toetsingen, dat snap ik ook en dat is ook goed. Maar we hebben als Nederland een standaard gezet met al het wetenschappelijke vooronderzoek voor ons bevolkingsonderzoek, met ook zijn uitwerking op het internationale veld. Uiteraard willen we het bevolkingsonderzoek graag blijven optimaliseren en daar is nou eenmaal onderzoek voor nodig.”

“Iets anders wat aandacht nodig heeft, is de surveillance. De richtlijnen die we daarvoor hanteren, zijn er al jaren en moeten nodig geactualiseerd worden want we doen veel te veel onnodige controle-scopieën. Hiervoor lopen momenteel diverse onderzoeken in Nederland en in Europees verband.”

Van huisartsen horen we dat zij meer betrokken zouden willen worden en in ieder geval bericht zouden willen ontvangen wanneer hun patiënt wordt doorverwezen voor vervolgonderzoek. Hoe kijk jij hier tegenaan?

“De huisartsen vormen een heterogene groep, dat maakt het lastig. Vanaf het begin werd er wisselend gedacht over de rol van de huisarts. Uiteindelijk werd als compromis besloten dat de huisarts de ongunstige uitslag twee dagen eerder zou krijgen dan de cliënt, zodat de huisarts contact kon zoeken. Maar dat bleek niet iedereen te doen, en dat bleek ook arbeidsintensief. Nu wordt de huisarts alleen geïnformeerd als de cliënt dat zelf heeft aangegeven. Ik denk dat bij twijfel over deelname het advies van de huisarts heel waardevol is voor de cliënt. En ook bij een eventueel vervolgtraject kan de huisarts heel goed adviseren en ondersteunen.”

Tot slot: als de buurvrouw je vraagt: “Ik heb een paarse envelop gekregen, zal ik meedoen?”, wat zeg je dan?

Lachend: “Wat denk je zelf?”



Bevolkingsonderzoek darmkanker in vier stappen

1. Uitnodigen 2. Screenen **3. Uitslag** 4. Vervolgonderzoek

Het screeningslaboratorium beoordeelt de ontlastingstest en bepaalt de uitslag. De uitslag kan zijn:

- **Er is geen vervolgonderzoek nodig**
Wij hebben geen bloed in de ontlasting gevonden. Er is geen aanleiding voor vervolgonderzoek.
- **Er is vervolgonderzoek nodig**
Wij hebben bloed in de ontlasting gevonden. Er is vervolgonderzoek nodig om de oorzaak vast te kunnen stellen.

Als de test niet te beoordelen is, sturen wij een nieuwe uitnodiging met ontlastingstest.

“Door dit onderzoek is mijns op tijd geholpen!”

Man, 57 jaar

Cijfers & feiten

Geen volledige zekerheid

92%

is naar verwachting de kans dat de ontlastingstest terecht aangeeft dat er **geen** bloed is gevonden.

85%

is de kans dat de test, bij de eerste keer meedoen, terecht aangeeft dat er **wel** bloed is gevonden. Dit percentage stijgt als er vaker wordt meegedaan.

Bron: RIVM/Gezondheidsraad

Jaar	Verwijscijfer	Man	Vrouw
2014	7,8%	9,5%	6,2%
2015	6,4%	7,9%	4,9%
2016	5,5%	6,9%	3,8%
2017	5,1%	6,2%	4,1%
2018	4,5%	5,5%	3,6%

Bron: Landelijke monitoring bevolkingsonderzoek darmkanker

“Heldere en begrijpelijke informatie. Een functioneel pakket. En een goed leesbare brief met een positieve uitslag. Ben blij en trots dat ik in een land woon waar dit onderzoek op een dergelijke grote schaal en met zoveel deskundigheid wordt uitgevoerd.”

Man, 68 jaar



Huisarts Roy Beijaert:

“Is mijn patiënt bang voor de coloscopie? Dan neem ik extra de tijd!”

Zes jaar na de invoering van het bevolkingsonderzoek darmkanker spreken we met Roy Beijaert, huisarts bij Gezondheidscentra Maarssebroek. Roy is vanaf de start betrokken geweest bij het bevolkingsonderzoek darmkanker.

“Ik ben erg tevreden over hoe het bevolkingsonderzoek nu loopt. In het begin hadden we te maken met beperkte capaciteit bij de coloscopiecentra, waardoor de wachttijd voor vervolgonderzoek te lang kon zijn. Dat loopt nu veel beter. Wat mij betreft is het een succes! Wel blijft de periode tussen een ongunstige uitslag en de coloscopie een spannende tijd voor de patiënt. Daar moeten we aandacht aan blijven besteden.”

Angst en twijfel

Is een patiënt bang voor het vervolgonderzoek? Dan neemt Roy hier extra de tijd voor: “Het is belangrijk dat je patiënt voelt dat je je realiseert dat hij of zij het spannend vindt. Ik vraag dan welke angst er leeft en leg duidelijk uit wat iemand van een coloscopie kan verwachten. Ik had een patiënt die van de paniek na de uitslag een coloscopie niet aandurfde. De patiënt was op leeftijd en er was bloed in de ontlasting gevonden. Als huisarts leg je dan natuurlijk uit dat het zinvol is om vervolgonderzoek te doen. Patiënten die bang zijn hebben vaak de meest gruwelijke scenario's in hun hoofd. Die probeer je weg te nemen door uit te leggen hoe klein de kans is dat er sprake is van darmkanker, en dat zelfs het, in zijn gedachten, ergste scenario vaak nog meevalt omdat we er juist door het onderzoek op tijd bij zijn.”

Ongunstige uitslag

Sinds twee jaar moet een patiënt zelf aangeven dat hij wil dat de huisarts bericht krijgt bij een ongunstige uitslag. Roy merkt geen verschil in het gedrag van zijn patiënten: “Ik werk in ons gezondheidscentrum in Maarsse met een

relatief kleine patiëntengroep en ken daardoor de meeste patiënten goed. Bij een ongunstige uitslag komen ze naar de praktijk. Omdat ik nu niet bij alle patiënten met een ongunstige uitslag zelf eerst bericht ontvang, wordt mij het initiatief ontgenomen om deze patiënt te bellen of te bezoeken. Bij sommige oudere patiënten die alleen zijn, vind ik de mogelijkheid van ‘voorkennis’ belangrijk. Dan hadden we samen de uitslag kunnen bespreken. Vooral bij patiënten waarvan ik weet dat ze angstig zijn was dit beter geweest.”

“Als huisarts probeer je de gruwelijke scenario's die patiënten soms in hun hoofd hebben weg te nemen door uit te leggen hoe klein de kans op darmkanker is.”

Thuisarts.nl

Roy is een van de grondleggers van de website www.thuisarts.nl. Op Thuisarts.nl staat uitgebreide informatie over darmkanker en het bevolkingsonderzoek. De informatie is nauw afgestemd met het RIVM. Roy merkt dat patiënten voordat zij naar de praktijk komen vaak al goed geïnformeerd zijn: “Thuisarts.nl bevat veel informatie en antwoord op vragen. Zo kunnen patiënten voorafgaand aan een gesprek maar ook na afloop alles rustig thuis doorlezen. Het komt steeds vaker voor dat Thuisarts.nl 200.000 bezoekers per dag haalt. Het valt, anders dan je misschien zou verwachten, op dat juist de oudere doelgroep via Thuisarts.nl op de hoogte blijft.”

Links Iris Serieese, rechts Patricia Otto-Terlouw



Iris Serieese (RIVM) en Patricia Otto-Terlouw (Screeningsorganisaties):

“Goede informatie cliënt staat centraal”

Ze werken allebei ruim een jaar voor het bevolkingsonderzoek darmkanker. Elk in een eigen rol, maar met een gezamenlijk doel. Iris Serieese is sinds mei 2019 programmacoördinator darmkankerscreening bij het RIVM Centrum voor Bevolkingsonderzoek. Patricia Otto-Terlouw is sinds januari 2019 manager darmkankerscreening in de regio Zuid-West en voorzitter van het landelijk overleg van de managers darmkankerscreening van de screeningsorganisaties. We spreken hen na afloop van hun overleg in Utrecht.

Jullie zijn relatief nieuw binnen het bevolkingsonderzoek darmkanker; wat was jullie eerste indruk van de organisatie?

Iris: “Het eerste wat me opviel is de grote organisatie rondom de bevolkingsonderzoeken. Er zijn zoveel experts en partijen betrokken in allerlei verschillende gremia, dat was niet direct te overzien. Het tweede wat me opviel is de betrokkenheid, gedrevenheid en professionaliteit van deze betrokkenen. Van financiën tot ICT, kwaliteit, monitoring en communicatie; aan elk detail wordt gedacht en het niveau ligt hoog. Logisch, want het is een serieuze zaak om elk jaar 2,2 miljoen gezonde mensen op te roepen om iets te doen wat van grote impact op hun leven kan zijn. Het geeft me een goed gevoel te weten dat we zo’n mooi programma hebben in Nederland.”

Patricia herkent zich in de ervaringen van Iris. “Mijn eerste indruk was dat het bevolkingsonderzoek darmkanker een

robuust opgezet screeningsprogramma is. Het programma is vanaf de start in een fiks tempo opgezet. De basis van toen is de basis van vandaag. Dat zegt veel over de kwaliteit van het programma. Ik zie de intrinsieke motivatie en de maatschappelijke betrokkenheid van de mensen die binnen de screeningsorganisaties werken. Ze gaan er allemaal vol voor en voelen een grote betrokkenheid met onze cliënten. Er heerst veel trots in de organisatie en dat is mooi om te ervaren.”

Hoe trekken RIVM en screeningsorganisaties samen op?

Iris: “In de korte tijd dat ik hier werk is mijn band met de screeningsorganisaties goed gevormd en dat is ook nodig, we zijn samen verantwoordelijk voor het goed functioneren van het bevolkingsonderzoek. Patricia: “We spreken elkaar om de week over uitdagingen in de alledaagse praktijk, het optimaliseren van de processen en om ideeën voor de

(nabije) toekomst verder vorm te geven. We blijven kritisch naar elkaar of we ons focussen op de goede dingen.” Iris: “Dat we door de buitenwereld door elkaar worden gehaald (RIVM en de screeningsorganisaties, niet Patricia en ik) vind ik op zich niet heel gek.”

“Heel zwart-wit gezegd zijn de screeningsorganisaties verantwoordelijk voor het primaire proces van het bevolkingsonderzoek, waar het RIVM de regie voert op de hele keten en de grote lijnen afstemt met het ministerie van VWS. Dat daar een grijs gebied tussen zit is onvermijdelijk. Zelfs Patricia en ik vragen onszelf weleens af: Is dit actiepoint nu jullie- of onze verantwoordelijkheid? Gelukkig komen we er tot nu toe altijd uit.” Patricia: “Ik pak tussen de bedrijven door ook de telefoon om Iris te contacten. Het is prettig om zo laagdrempelig te kunnen schakelen en de focus direct helder te hebben.”

Welke ontwikkelingen zien jullie in de komende jaren op organisatorisch vlak?

Patricia: “Wij moeten zorgen dat we anticiperen op ontwikkelingen in het veld en in de landen om ons heen. Er komen nieuwe inzichten vanuit de wetenschap en nieuwe testen op de markt. Ook zie ik veel gebeuren op de thema’s duurzaamheid en artificial intelligence. Binnen de snelheid van al die ontwikkelingen is het zaak om de robuustheid van de uitvoering van het bevolkingsonderzoek te blijven bewaken. De zorg voor goede informatie aan de cliënt staat ook in de komende jaren centraal. De huisarts is en blijft een belangrijke en betrouwbare vraagbaak voor onze cliënten. Daarom zoeken we naar nieuwe mogelijkheden om deze groep beter en efficiënter te informeren.”

Iris: “Nu de screeningsorganisaties gaan fuseren gaat daar nog wel het een en ander veranderen, ook in de samenwerking met het RIVM. Of de buitenwereld daar veel van gaat merken vraag ik me af. Uit de integrale evaluatie van VWS en de Gezondheidsraad in 2021 kan ook nog komen dat het programma aangepast moet worden, bijvoorbeeld een uitbreiding van de doelgroep. Op kleinere schaal proberen we bijvoorbeeld kritisch te blijven naar de kwaliteitseisen, doen we geen dingen dubbel? Er is nog genoeg te doen!”

Wie doet wat?

Het bevolkingsonderzoek darmkanker is een onderdeel van het Nationaal Programma Bevolkingsonderzoek (NPB), dat met landelijk geregisseerde kwaliteitsborging plaatsvindt. Welke partijen zijn bij de uitvoering betrokken en wat is hun rol?

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Oprachtgever, financier en vergunningverstrekker

RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu- CvB Centrum voor Bevolkingsonderzoek
Landelijke regie, namens het ministerie van VWS

Screeningsorganisaties
(Regionale) coördinatie van de uitvoering en kwaliteitsborging van bevolkingsonderzoek en aansluitende diagnostiek

Vier klinisch-chemische FIT-laboratoria
Analyse fecesmonsters

Huisartsen
Informatieverstrekking en advisering patiënten, begeleiding patiënten met positieve FIT-uitslag

Coloscopiecentra
Intake, coloscopie en coördinatie van diagnostiek, surveillance en overdracht naar behandeling

Pathologielaboratoria
Beoordeling histologisch materiaal van coloscopieën na verwijzing vanuit het bevolkingsonderzoek of vervolgbehandeling

Radiologie
CT-colografieën, op verzoek van coloscopiecentra



Bevolkingsonderzoek darmkanker in vier stappen

1. Uitnodigen 2. Screenen 3. Uitslag **4. Vervolgonderzoek**

Het vervolgonderzoek bestaat uit twee delen: een intakegesprek en een coloscopie. De MDL-arts van de screeningsorganisatie verzorgt de verwijzing. Er wordt alleen verwezen naar coloscopiecentra die voldoen aan de landelijke kwaliteitseisen.

“De coloscopie heb ik niet als hinderlijk ervaren. Op de monitoren kon ik meekijken en direct na afloop kreeg ik in een gesprek de uitslag.”

Man, 72 jaar

Ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum?

Wij nodigen cliënten op basis van wachttijd en reistijd uit voor een intakegesprek in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. ASA III-patiënten kunnen het vervolgonderzoek niet in een zelfstandig behandelcentrum ondergaan, maar moeten hiervoor naar een ziekenhuis.

Heeft u een ASA III-patiënt die is doorverwezen naar een zelfstandig behandelcentrum? Adviseer uw patiënt dan de intakeafpraak te verzetten naar het ziekenhuis waar uw patiënt onder behandeling is of waar de medische gegevens van uw patiënt bekend zijn.

Wat vinden we bij het vervolgonderzoek?

	Darmkanker	Advanced adenomen	Non-advanced adenomen	Serrated poliepen	Geen poliepen of tumoren
2014	7,8%	37,9%	20,8%	4,6%	28,8%
2015	8,7%	48,5%	20,2%	4,7%	17,8%
2016	7,9%	42,9%	22,5%	5,4%	21,2%
2017	7,1%	39,3%	24,6%	5,4%	23,6%
2018	6,0%	36,0%	25,8%	6,2%	26,1%

Bron: RIVM

Cijfers & feiten

Stadium I of II

Twee op drie

bij het bevolkingsonderzoek gevonden darmkankers is een stadium I of II (geen uitzaaiingen). De kans op genezing is groter bij deze vroege stadia.

Geen vervolgonderzoek

Als mensen besluiten geen vervolgonderzoek te laten doen, is dit veelal om medische redenen of op advies van de huisarts. Ook is er een groep die zonder bericht verstek laat gaan bij het intakegesprek (no show).

Welke gegevens zijn van belang voor de intake?

- Medische voorgeschiedenis:
 - hart- en vaatziekten
 - longziekten
 - diabetes
 - (eerdere)darmklachten/ behandeling hiervan

- Familiaire belasting

- Medicijngebruik

Welke medicijnen worden gebruikt? Worden bloedverduunners gebruikt?

Bij twijfel over coloscopie?

Raadpleeg de exclusiecriteria op bevolkingsonderzoekdarmkanker.nl/huisarts



Hans kreeg de diagnose darmkanker: “Je denkt dat je wereld instort”

In het voorjaar van 2017 verandert het leven van Hans Kaashoek (60) ingrijpend. Zijn deelname aan het bevolkingsonderzoek leidt tot de vaststelling dat hij darmkanker heeft.

“De uitslag van het bevolkingsonderzoek was een verrassing. Ik kreeg het signaal dat verder onderzoek noodzakelijk was. In het voorjaar van 2017 is de tumor geconstateerd.”

“De tumorfoto hing ik naast de spiegel”

“Eigenlijk is dan de volgende stap: zo snel mogelijk opereren. Maar het is ook goed om je mentaal en fysiek voor te bereiden op zo’n ingreep. We hebben toen besloten twee maanden te wachten. In die tijd heb ik met voeding, sport en mentale ondersteuning een optimale conditie opgebouwd om de operatie aan te gaan.”

Nuchter blijven

“Ik ben er nuchter mee omgegaan. Je denkt dat je wereld instort, maar dat is niet zo. De specht komt nog steeds nootjes halen in je tuin, de bloemen blijven bloeien. Na de endoscopie zei ik onmiddellijk dat ik een foto wilde van de tumor. Die heb ik naast de spiegel in de badkamer gehangen, en elke ochtend zei ik: jij bent de oorzaak van dit alles, en daar gaan we wat aan doen. Ik heb geaccepteerd

dat de kanker er was, en ik heb geprobeerd er een positieve draai aan te geven in de vervolgstappen.”

“Een heel positief bij-effect van de darmkanker was dat ik het zag als een signaal om toch weer even mijn zaken goed op orde te krijgen. Zuivere voeding is voor mij heel belangrijk geworden. Ik maak nu bijvoorbeeld zelf jam van aardbeien en peren en bak mijn eigen brood.”

“Vooral meedoen aan het bevolkingsonderzoek dus, als het voorbijkomt!”

“Vooral meedoen aan het bevolkingsonderzoek dus, als het voorbijkomt! En niet zeggen: o, dat is eng, dat wil ik niet weten. Je kunt het maar beter op tijd weten, want dan is er medisch-technisch van alles aan te doen. De kans dat je er overheen komt en weer netjes verder kan leven, is vele malen groter. In augustus 2018 ben ik volledig genezen verklaard.”

Bron: Maag Lever Darm stichting

bevolkingsonderzoek



Meer weten?

Wilt u meer weten over het bevolkingsonderzoek darmkanker? Kijk dan op:

www.bevolkingsonderzoeknederland.nl

www.bevolkingsonderzoekdarmkanker.nl

Screen - Digitale nieuwsbrief voor huisartsen en doktersassistenten

Zes keer per jaar praten wij u in de Screen bij over actuele ontwikkelingen rondom de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Wilt u voortaan de Screen ontvangen? Aanmelden kan via onze website:

www.bevolkingsonderzoeknederland.nl/professionals

Coloscoop - Digitale nieuwsbrief voor coloscopiecentra en pathologielaboratoria

De Coloscoop bevat nieuws en praktische informatie over het bevolkingsonderzoek voor coloscopiecentra en pathologielaboratoria. De Coloscoop verschijnt zeven keer per jaar. Wilt u de Coloscoop ontvangen?

Aanmelden kan via uw contactpersoon van de regionale screeningsorganisatie.

Colofon

De Screen is een uitgave van de gezamenlijke screeningsorganisaties voor huisartsen(praktijken), coloscopiecentra, pathologielaboratoria en andere bij het bevolkingsonderzoek darmkanker betrokken ketenpartners.

Redactie en coördinatie:

Team Communicatie bevolkingsonderzoek darmkanker

Opmaak en druk:

Bureau Circuit, Zwolle

Maart 2020

