Wat zijn de beweegredenen van patiënten om niet deel te nemen aan borst- en darmkankerscreening en hoe kan de huisarts hierop inspelen?

Haio: HAELVOET Ruth , U.G.
Promotor: Schrans Diego , U.G.
Praktijkopleider: DE KERPEL Filip , HANSSENS Marianne , LUYCKX Kristien , RAES Greet , SOENS Johan

Context: Colorectale kanker en borstkanker staan op de tweede en derde plaats qua kankersterfte in België. Colorectale kanker is verantwoordelijk voor 9-10% van de overlijdens aan kanker en borstkanker voor 18% van de overlijdens aan kanker bij vrouwen (cijfers van het Riziv van 2016). Veel van die kankers ontstaan bij mensen zonder verhoogd risico en daarom worden aan hen vanuit de overheid screeningsprogramma's aangeboden. Het doel hiervan is door vroegdetectie een betere behandeling en overleving te bekomen. Voor borstkankerscreening krijgen vrouwen van 50-69 jaar om de 2 jaar een uitnodiging voor een mammografie. Voor colorectale kankerscreening krijgen mannen en vrouwen van 50-74 jaar tweejaarlijks een gratis iFOBt test in de brievenbus. Ondanks de weinige stappen die een patiënt zelf nog moet nemen om deel te nemen, lijken veel mensen toch niet tot screening te komen. Ook in de praktijken waar ik mijn opleiding tot huisarts liep, lag de responsgraad nog te laag. Omdat deze mensen geen verhoogd risico en ook geen klachten hebben, is de eerstelijnszorg een van de enige plaatsen waar die screeningsprogramma's ook gepromoot kunnen worden. Hiervoor moet je als huisarts weten waaróm patiënten niet tot screening komen om hen zo de juiste informatie te kunnen aanbieden.

Onderzoeksvraag: Wat zijn de beweegredenen van patiënten om niet deel te nemen aan borst- en darmkankerscreening en hoe kan de huisarts hierop inspelen?

Methode: Alvorens de patiënten tot screening te gaan stimuleren, werden eerst de cijfers rond de resultaten van beide screeningsprogramma's opgezocht en vormden we onze visie via een korte literatuurstudie. Daarna identificeerden we in beide praktijken de non-responders: in praktijk 1 met Careconnect voor borstkankerscreening en in praktijk 2 met Daktari voor darmkankerscreening. Voor borstkankerscreening werd het praktijkproject hier abrupt beëindigd, want door de Covid-pandemie was er geen tijd en ruimte meer voor patiëntinterviews. In de tweede opleidingspraktijk namen we een steekproef van 29 personen uit de non-responderlijst, van wie 7 personen geïnterviewd werden en 12 personen een brief van de huisarts kregen om hen alsnog tot deelname aan te sporen. Via semi-gestructureerde interviews met die eerste 7 patiënten werden de redenen tot weigeren/uitstellen van darmkankerscreening achterhaald en werd ook bekeken op welke factoren de huisarts daarbij kon inspelen.

Resultaten: Zowel borst- als darmkankerscreening hebben een duidelijke ziektespecifieke mortaliteitsreductie van respectievelijk 15% en 20-24,5%. Tegenover 3-4 vrouwen die extra overleven wanneer je 1000 vrouwen 10 jaar lang screent, staat wel een overbehandeling van ongeveer evenveel vrouwen. Daarom beslisten we als praktijk dat je patiënten een geïnformeerde keuze moet kunnen laten maken, eerder dan hen werkelijk te stimuleren tot deelname. Ons initiële doel 'de screeningsgraad verhogen' moest hier dus bijgesteld worden naar 'het onderwerp op de agenda plaatsen'. Voor darmkankerscreening namen we een meer overtuigende houding aan, gezien de goede risico-baten verhouding van iFOBt en de daaropvolgende coloscopie en de bijkomende daling van de incidentie met 17-20%. Uit de interviews bleek een van de belangrijkste redenen tot niet-deelnemen angst voor het resultaat te zijn. Daarnaast schatten de meeste personen in dat zijzelf een lager risico op darmkanker lopen dan anderen omdat ze zich ze zich

gezond voelen en geen familiale risicofactoren hebben. De geïnterviewden leken ook niet te weten dat iFOBts speciaal voor hun doelgroep ontwikkeld zijn.

Conclusie: Ondanks de duidelijke boodschappen op de uitnodigingsfolder, is de huisarts dé persoon om bij non-responders zowel darm- als borstkankerscreening terug op de agenda te plaatsen. Het EMD speelt hierbij een belangrijke rol. Door juiste informatie te geven en empathisch te reageren op hun angsten en bezorgdheden, kunnen patiënten ook tot een rationelere en geïnformeerde keuze komen.