Een consultatie met een geurtje aan

Haio: VAN NUFFEL Marie Astrid , U.G.
Promotor: CHRISTIAENS Thierry , U.G.
Praktijkopleider: DE MUYNCK Luc

Context: In België is colorectale kanker de tweede meest voorkomende kanker bij vrouwen en de derde bij mannen. Domus Medica raadt aan om bij alle patiënten zonder verhoogd risico vanaf 50 jaar FOBT (faeces occult blood test) aan te bieden. Colorectale carcinomen en grote poliepen bloeden frequent en deze test spoort bloed op in de stoelgang. Patiënten met een positieve test en hoogrisicopatiënten moeten doorverwezen worden voor een coloscopie.

Onderzoeksvraag: 1/ Is er een verschil te merken in karakteristieken tussen de groep patiënten die wel en die niet participeerde aan de FOBT? 2/ Welke zijn de redenen om al dan niet deel te nemen? 3/ Hoe wordt de follow-up van de hoogrisicopatiënten georganiseerd in de praktijk?

Methode: De huidige richtlijn voor dikkedarmkankerscreening en epidemiologische gegevens werden teruggevonden op de site van Domus Medica en websites van de overheid. In Pubmed werd, via de gekozen keywords, zowel de literatuur over drempels en motiverende factoren voor FOBT, als de literatuur over follow-up van hoogrisicopatiënten gevonden. Aan de hand van de FOCUS-PDCA methode werd het praktijkproject tot stand gebracht. 54 laagrisicopatiënten kregen informatie over FOBT, deze werden na een maand onderverdeeld in een groep die uiteindelijk wel en een groep die niet participeerde aan de opsporingstest. Beide groepen werden geanalyseerd om een verschil op te sporen in karakteristieken. Daarna werden 5 personen uit elke groep ge?nterviewd om duidelijker inzicht te krijgen in enerzijds de redenen van (niet-)deelname en anderzijds in hun gezondheidsprofiel. Door een studie van het elektronisch medisch dossier (EMD) werd de follow-up van de hoogrisicopatiënten in de praktijk nagegaan; krijgen zij op het juiste moment een coloscopie, hoe wordt hun risicoklasse en de planning voor follow-up genoteerd in het EMD?

Resultaten: De participatie was groter bij de groep die zich bereid toonde tijdens de consultatie, bij de 70-74-jarigen, bij patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming, bij de samenwonenden en gehuwden, de hoger opgeleiden en de patiënten die vroeger al deelnamen aan andere screeningsonderzoeken. Alle bevraagden vinden het de taak van de huisarts om hen hierover aan te spreken en 80% verkiest de consultatie om ge?nformeerd te worden. Patiënten met een belaste voorgeschiedenis, polymedicatie en minder dan 5 of meer dan 10 raadplegingen per jaar participeren minder. Angst voor het resultaat is aanwezig bij 4 van de 5 niet-deelnemers, maar een negatieve familiale anamnese geeft hen een geruststellend gevoel. Voor ??n patiënte was het nemen van een faecesstaal de drempel. Opvallend was dat bijna niemand hiervoor al nagedacht had over dikkedarmkanker. Momenteel zijn er 18 hoogrisicopatiënten gekend in de praktijk, bij 15 gebeurde reeds een coloscopie waarvan er drie de aanbevolen follow-up periode niet respecteerden. De risicoklasse en de planning voor de volgende coloscopie worden op verschillende manieren genoteerd.

Conclusie: De karakteristieken van beide groepen zijn belangrijk voor de huisarts om meer aandacht te kunnen besteden aan de populatie die minder geneigd zou zijn om deel te nemen. De studiepopulatie was in dit project jammer genoeg te klein om algemene conclusies te kunnen trekken. Het voordeel van dikkedarmkankerscreening tijdens een consultatie aanhalen, is het arts-patiëntcontact. Het vertrouwen dat patiënten hebben in hun huisarts en de vele informatie die hij

over de patiënten bezit, zorgt ervoor dat de huisarts de ideale persoon is om screening te bespreken en op te volgen. Tijdsgebrek is soms de oorzaak om dit onderwerp niet ter sprake te brengen, het eventueel plannen van een raadpleging met de focus op preventie, zou dit obstakel misschien kunnen verhelpen. Om een goede follow-up te realiseren van de hoogrisicopatiënten moeten er duidelijke afspraken gemaakt worden omtrent de manier van noteren in het EMD.