Aanpak prikkelbaredarmsyndroom in de huisartsenpraktijk.

Haio: VAN HOORICK Katrien , U.A.
Promotor: PEREMANS Lieve , U.A.
Praktijkopleider:

Context: Het prikkelbaredarmsyndroom (IBS) is een vaak voorkomende functionele aandoening in de huisartsenpraktijk. Hoewel er rond het prikkelbaredarmsyndroom meerdere richtlijnen zijn opgesteld, blijken deze in onze praktijk weinig gekend te zijn. De artsen ondervinden besliskundige moeilijkheden gezien de diagnosestelling verloopt via onzekerheid en onduidelijkheid over het al of niet aanvragen van verdere onderzoeken. De behandeling is vaak moeilijk en weinig effectief, wat twijfels bij de arts maar ook angst bij de patiënt teweeg kan brengen.

Onderzoeksvraag: Hoe kunnen we de aanpak van het prikkelbaredarmsyndroom (IBS) in onze praktijk optimaliseren? Hoe verliep deze aanpak tot op heden in onze praktijk? In hoeverre verschilt deze van de aanbevelingen in literatuur? Welke drempels ervaren de artsen in dit proces? Hoe ervaren de patiënten de communicatie hier rond? Hoe kunnen we onze praktijkvoering kwalitatief verbeteren?

Methode: In het retrospectief gedeelte wordt informatie verzameld uit de elektronisch medische dossiers van de patiënten. De verkregen informatie wordt vergeleken met de voorgeschreven richtlijnen in de literatuur. In het prospectieve gedeelte wordt er gevraagd naar de mening van de patiënten over het afgelegde proces aan de hand van een schriftelijke vragenlijst. Tenslotte worden ook de artsen van de praktijk ge?nterviewd om na te gaan welke problemen zij ondervinden in het beleid van IBS.

Resultaten: Er werden alarmsignalen geformuleerd die nagevraagd dienen te worden in de anamnese, gezien dit tot op heden te beperkt gebeurde. Bovendien werden diagnostische criteria vooropgesteld met een duidelijke tijdstermijn. Ook bij het klinisch onderzoek werden duidelijke alarmsignalen opgesteld vermits hier voorheen te weinig aandacht aan besteed werd. Er werd gesteld een rectaal en/of vaginaal toucher uit te voeren zo nodig. Een grote beleidsverandering is het advies van een bloedname, inclusief coeliakietesten, bij elke patiënt die voldoet aan de diagnostische criteria. Deze leerpunten geven een oplossing betreffende het grootste struikelblok voor onze artsen, nl. onzekerheid in het aanvragen van aanvullend onderzoek. Bij afwezigheid van de geformuleerde alarmsignalen, zonder afwijkingen bij de bloedname, zijn er geen aanvullende onderzoeken nodig. Indien er toch afwijkingen of alarmsignalen zijn, dient men door te verwijzen naar de tweedelijn. Daarnaast werd het gebrek aan een effectieve behandeling als moeilijk beschouwd door de artsen. Ook hiervoor werden leerpunten opgesteld. In het niet-medicamenteuze beleid dient men meer aandacht te bieden aan bewegingsadvies en te denken aan psychotherapie bij therapieresistente klachten. In de medicamenteuze aanpak dient men een antidepressivum te overwegen bij persisterende pijnklachten in plaats van bepaalde antipsychotica zoals tot nu toe weleens gebeurde. Daarnaast kan men loperamide adviseren indien de patiënt diarree als voornamelijk klacht heeft. Uit de interviews bleek dat patiënten een folder en geschreven dieetadviezen zeer nuttig vinden, terwijl de artsen minder geneigd waren deze mee te geven uit praktische redenen. Daarom werd er een nieuwe folder opgesteld en werd de lay-out van de oude dieetadviezen vernieuwd.

Conclusie: Bij het vergelijken van de aanbevelingen in de literatuur met de huidige aanpak van IBS in onze praktijk ontdekten we enkele belangrijke knelpunten die we hebben omgevormd tot

leerpunten en zo tot een praktijkconsensus werden gebundeld.