Onderwerp: De rol van de huisarts in het verhogen van de participatie bij het bevolkingsonderzoek voor darmkanker

Haio: HOFFMANN Mathias , U.A.
Promotor: VAN HAL Guido , U.A.
Praktijkopleider: PEELMAN Inge , van der Schoot Jos , VAN RAEMDONCK Veerle

Context: Uit de literatuur blijkt dat het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker deze ziekte in een vroegtijdig stadium kan ontdekken, waardoor de slaagkans van behandelingen groter is. De screening met iFobt is effectief in het verlagen van de mortaliteit en incidentie van dikkedarmkanker en is daarnaast ook kostenefficiënt. De lage dekkingsgraad van 63.5% in het Vlaams Gewest is momenteel de duidelijke achilleshiel van het Bevolkingsonderzoek. Redenen om niet deel te nemen zijn onder andere dat patiënten het uit het oog verloren zijn, bang zijn voor het resultaat, geen klachten hebben of onvoldoende geïnformeerd zijn. Uit onderzoek blijkt dat de huisarts de ideale persoon is om patiënten aan te sporen tot deelname.

Onderzoeksvraag: In het praktijkproject proberen we vooral te onderzoeken hoe we bij onze praktijkpopulatie de responsgraad voor het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker kunnen vergroten. De onderzoeksvraag hierbij is de volgende: “Hoe kunnen we als huisarts in Vlaanderen een gunstige invloed hebben op de deelname binnen het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker bij 50-74 jarige patiënten?”

Methode: Deze thesis wordt opgesteld volgens het FOCUS-principe (Find, Organise, Clarify, Understand, Start). We voeren een onderzoek met drie groepen: Twintig patiënten in groep A worden fysiek op de consultatie aangesproken over het feit dat ze niet deelnemen aan het Bevolkingsonderzoek Dikkedarmkanker en krijgen een meeneemkaartje. Twintig patiënten in groep B worden telefonisch opgebeld. Groep C is de controlegroep waarbij geen extra nadruk op het Bevolkingsonderzoek wordt gelegd. In deze groep worden de overige 100 patiënten ingedeeld. Patiënten uit groep A en B krijgen na de interventie een vragenlijst bezorgd die vooral zal peilen naar (veranderingen in) hun motivatie om deel te nemen, hun perceptie over het feit dat ze worden aangesproken en de impact op arts-patiëntrelatie van deze aanspreking. Daarnaast kijken we ook naar hoeveel patiënten uit elke groep effectief deelnemen aan het Bevolkingsonderzoek.

Resultaten: We stellen vast dat patiënten uit groep A en B meer geneigd zijn om deel te nemen aan het Bevolkingsonderzoek na interventie dan de controlegroep (respectievelijk 25% en 50% t.o.v. 12% in de controlegroep). De telefonisch aangesproken patiënten hebben een hogere responsgraad dan de patiënten die op de consultatie fysiek werden aangesproken. Patiënten geven zelf ook aan dat hun motivatie om deel te nemen groter is na de interventie. Dit is ook weer meer uitgesproken in groep B. Voor beide groepen zien we dat de interventie door de patiënten als positief wordt beschouwd. Dit heeft dus eerder een positief effect op de arts-patiëntrelatie. Het dient benadrukt te worden dat slechts kleine aantallen patiënten geïncludeerd werden en dat meer dan de helft niet deelnam aan de vragenlijsten, dus een zekere mate van bias is hier zeker mogelijk.

Conclusie: Er wordt besproken dat de telefonische interventie in de toekomst ook in de praktijk kan geïmplementeerd worden. Dit is het makkelijkst om gestructureerd uit te voeren, is het meest effectief en aangezien het door de verpleegkundige kan worden gedaan, moeten de artsen er geen extra tijd aan besteden. De verpleegkundige zal in de relatief rustige zomermaanden dagelijks enkele patiënten telefonisch contacteren. Daarnaast wordt dit praktijkproject ook als eyeopener gezien: de huisartsen proberen in de toekomst meer aandacht te besteden aan het aanspreken van

patiënten op de consultatie, want ook dit blijkt een goede interventie te zijn.