Spanningshoofdpijn: adaptatie van de duodecim richtlijn

Bosschieter Jelle, KULeuven

Promotor: Dr. De Cort P., KULeuven
Co-promotor: Dr. Delvaux N., KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

1. Abstract
2. Inleiding
3. Doel
4. Methoden + resultaten
    - 4.1. Screeningsfase
        - 4.1.1. Laatste versie duodecim richtlijn
        - 4.1.2. Definiëren van klinische vragen
        - 4.1.3. Zoeken van relevante richtlijnen + screening
        - 4.1.4. Waardering van de geselecteerde richtlijnen
            - 4.1.4.1. AGREE II
            - 4.1.4.2. Inventarisatie van de aanbevelingen
            - 4.1.4.3. Courantheid van de aanbevelingen
            - 4.1.4.4. Samenhang van de aanbevelingen
                - 4.1.4.4.1. De SIGN richtlijn
                - 4.1.4.4.2. De NICE richtlijn
            - 4.1.4.5. Toepasbaarheid van de aanbeveling
        - 4.1.5. Selectie van de aanbevelingen voor verdere adaptatie
        - 4.1.6. Nazicht door de leescommissie
    - 4.2. Adaptatiefase
    - 4.3. Implementatiefase
        - 4.3.1. Peer review
        - 4.3.2. Praktijkconsensus
5. Conclusie
6. Referenties
7. Bijlagen
    - 7.1. Aanvraag ethische commissie
    - 7.2. Goedkeuring ethische commissie

1. Abstract

Inleiding: Spanningshoofdpijn is een relatief frequent probleem in de huisartsenpraktijk en niet altijd gemakkelijk aan te pakken. Een duidelijke richtlijn kan een houvast zijn, zeker voor beginnende artsen. Helaas is de huidige duodecim richtlijn over spanningshoofdpijn weinig concreet en niet gebruiksvriendelijk. Tevens is niet duidelijk waar ze hun evidentie vandaan haalden. Daarom besloten mijn collega Ada Maes en ikzelf om de richtlijn te adapteren met als doel een concrete evidence-base richtlijn te creëren.
Methoden + resultaten: De werkwijze is gebaseerd op de handleiding 'Adaptatie Duodecim-richtlijnen'. Deze handleiding is op zijn beurt gebaseerd op 'The ADAPTE process: resource Toolkit for Guideline Adaptation'. Eerst werd de duodecimrichtlijn nagekeken. De onderwerpen die we vatbaar achtten voor adaptatie werden in 6 klinische vragen gegoten. Zij hadden betrekking op anamnese, klinisch onderzoek, alarmsymptomen, gebruik van hoofdpijndagboek, behandeling van acute spanningshoofdpijn en behandeling van chronische spanningshoofdpijn. Vervolgens werden relevante richtlijnen opgezocht in verschillende nationale en internationale databanken. Er werden initieel twaalf richtlijnen geselecteerd. Zeven hiervan werden achterwege gelaten omdat ze ofwel niet genoeg van onze klinische vragen dekten ofwel verouderd waren. De vijf overige richtlijnen werden gescreend op hun kwaliteit met het AGREE-II instrument. De twee richtlijnen met de hoogste score werden geselecteerd als basis voor de adaptatie, namelijk de richtlijn van The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en die van The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). In een volgende stap werd gekeken op welke evidentie de richtlijnen steunen en of deze evidentie juist geïnterpreteerd werd. Nadien werd nagegaan of er ondertussen nieuwe relevante literatuur verschenen was. Deze thesis gaat over anamnese, alarmsymptomen en behandeling van acute spanningshoofdpijn. De overige onderwerpen worden besproken in de tweelingthesis van Ada Maes. Wat betreft de anamnese is de aanbeveling van zowel de NICE als de SIGN richtlijn gebaseerd op de International Classification of Headache Disorders (ICHD)-II criteria van International Headache Society (IHS). Ondertussen bestaat er al een ICHD-III bèta versie. We gebruikten deze versie voor de adaptatie. Voor de klinische vraag betreffende alarmsymptomen was onduidelijkheid hoe de richtlijnen precies aan hun informatie kwamen. Daarom beslisten we om wederom gebruik te maken van de ICHD-III bèta criteria. We maakten een lijst van alle kenmerken van de primaire hoofdpijnsyndromen en een lijst van alle kenmerken van secundaire hoofdpijnvormen. De kenmerken die enkel voorkwamen op de lijst van secundaire vormen beschouwden we als symptomen die nader onderzoek vereisen. Wat betreft de behandeling van acute spanningshoofdpijn werd de evidentie gebruikt voor de aanbevelingen uit de NICE en SIGN richtlijn geherinterpreteerd en aangevuld met nieuwe evidentie. Hierdoor kwam er onder andere meer aandacht voor doses van geneesmiddelen en voor het gebruik combinatiepreparaten met cafeïne. Wat betreft niet-farmacologische maatregelen werden de aanbevelingen van de NICE richtlijn overgenomen aangaande het geven van informatie. Twee recente meta-analyses konden geen duidelijk voordeel aantonen voor acupunctuur of manuele therapie voor acute behandeling.
Peerreview: de geadapteerde richtlijn werd besproken bij twee groepen van beoogde gebruikers van de richtlijn. Er werden weinig problemen gezien met de toepassing ervan. De belangrijkste werkpunten zijn: het onterechte gebruik van krachtige pijnstillers of spierontspannende medicatie, weinig bekend zijn van combinatiepreparaten en het tekort aan meegegeven informatie aan de hoofdpijnpatiënt.

2. Inleiding

Het viel me al snel op als beginnende 'huisarts in opleiding' dat hoofdpijn een zeer frequente klacht is in de huisartsenpraktijk. Om dit gevoel te kunnen objectiveren zocht ik in de INTEGO-databank. Dit is een databank die onder andere diagnoses verzamelt uit huisartsenpraktijken in Vlaanderen. De incidentie van hoofdpijn per 1000 patiëntenjaren in de praktijkpopulatie bedraagt 3.66 voor mannen en 5.91 voor vrouwen. Als we specifiek naar spanningshoofdpijn gaan kijken, vinden we volgende incidenties: 1.41 en 3.97 respectievelijk voor mannen en vrouwen.[1] Ik vermoed dat dit cijfer hoger hoort te zijn, aangezien hoofdpijn niet altijd de 'hoofd'klacht is van het consult.
Hoofdpijn komt veelvuldig aan bod tijdens de opleiding tot arts, maar er wordt vooral aandacht besteed aan de ernstige oorzaken. Minder aan de meest frequente en vaak banale oorzaken. Hierdoor is het voor (beginnende) artsen niet altijd gemakkelijk om de juiste hoofdpijndiagnose te stellen en een goede behandeling te starten.
Een duidelijke richtlijn zou een oplossing kunnen bieden voor dit probleem. De oorspronkelijke duodecimrichtlijn spanningshoofdpijn (Tension-type headache) is echter weinig concreet en niet gebruiksvriendelijk. Deze richtlijn had nog geen negatieve beoordeling gekregen door de EBMpracticeNet-redactie, maar werd door mij en mijn collega, Ada Maes, zelf aangereikt, aangezien wij vonden dat ze tekort schoot. De redactie gaf ons gelijk en zo zijn we gestart aan dit project.

3. Doel

Het doel van deze masterproef is de bestaande duodecimrichtlijn 'tension-headache' te adapteren tot een concrete, evidence-based richtlijn die je kunt toepassen binnen de Belgische zorgcontext, deze vervolgens te toetsen bij de beoogde gebruikersdoelgroep en ze uiteindelijk toe te passen in de eigen praktijk om zo een praktijkconsensus te komen.

4. Methoden + resultaten

Deze thesis bestaat uit drie fasen. De eerste fase is een screeningsfase waarbij de huidige duodecimrichtlijn wordt vergeleken met andere richtlijnen en aanvullende wetenschappelijke literatuur. In een volgende fase, de adaptatiefase, worden de nodige aanpassingen doorgevoerd aan de bestaande richtlijn op basis van de informatie vergaard in de eerste fase. De laatste fase is de implementatiefase, hier wordt de geadapteerde versie besproken met de beoogde gebruikersdoelgroep. Nadien volgt een toetsing van de nieuwe versie in de praktijk om zo een praktijkconsensus te bekomen.
De werkwijze is gebaseerd op de handleiding 'Adaptatie Duodecim-richtlijnen'[20]. Deze handleiding is op zijn beurt gebaseerd op 'The ADAPTE process: resource Toolkit for Guideline Adaptation'[21]. Hieronder zullen de gevolgde stappen uitvoerig besproken worden.

4.1. Screeningsfase

4.1.1. Laatste versie duodecimrichtlijn

Uiteraard is het van belang dat we van start gaan met de meest recente versie van de richtlijn. Het is van oorsprong een Finse richtlijn, maar wij gaan aan de slag met de Engelstalige versie. In deze stap

controleren we dat we zeker werken met de meest recente Engelstalige en deze aangepast is aan de laatste Finse update.

De meest recente versie van de Engelstalige Duodecim-richtlijn is online terug te vinden op de volgende link: http://www.ebm-guidelines.com/ebmg/rhg.compareupdates

De richtlijn "tension-type headache" staat in het groen weergegeven op deze site, wat wilt zeggen dat de Engelstalige versie aangepast is aan de laatste Finse richtlijn.

4.1.2.Definiëren van klinische vragen

Na het lezen van de richtlijn, werd besloten om de volgende onderdelen verder kritisch te bekijken: anamnese, klinisch onderzoek, rode vlaggen, hoofdpijndagboek, acute behandeling en chronische behandeling. Er werd voor elk onderdeel een klinische vraag geformuleerd. Deze dienen als basis voor de zoektocht naar wetenschappelijke informatie.
De klinische vragen worden opgesteld aan de hand van het PIPOH-model. Dit acroniem staat voor: **P**atiënt population, **I**ntervention of interest, **P**rofessionals targeted by the guideline, **O**utcomes and endpoints to be taken into consideration en **H**ealthcare setting and context.

Hieronder volgen onze zes weerhouden klinische vragen:

Klinische vraag 1: Wat zijn de nodige anamnestische criteria om de diagnose van spanningshoofdpijn te stellen?

PIPOH-elementen	Criteria
Patient population	Volwassen patiënten met hoofdpijn
Intervention	Gerichte anamnese
Professionals	Huisarts
Outcomes	Het stellen van de diagnose 'spanningshoofdpijn'
Healthcare setting	Eerstelijnsgeneeskunde

Klinische vraag 2: Wat zijn de nodige criteria bij klinisch onderzoek om de diagnose van spanningshoofdpijn te stellen?

PIPOH-elementen	Criteria
Patient population	Volwassen patiënten met hoofdpijn
Intervention	Klinisch onderzoek uitvoeren
Professionals	Huisarts
Outcomes	Het stellen van de diagnose 'spanningshoofdpijn'
Healthcare setting	Eerstelijnsgeneeskunde

Klinische vraag 3: Welke anamnestische kenmerken of kenmerken uit het klinisch onderzoek bij een patiënt met vermoeden van spanningshoofdpijn vereisen verdere onderzoeken?

PIPOH-elementen	Criteria
Patient population	Volwassen patiënten met vermoeden van spanningshoofdpijn
Intervention	Aan- of afwezigheid van bepaalde anamnestische kenmerken en/of kenmerken uit het klinisch onderzoek
Professionals	Huisarts
Outcomes	Adequate diagnose en behandeling van andere hoofdpijnvormen.
Healthcare setting	Eerstelijnsgeneeskunde

Klinische vraag 4: Wat is de bijdrage van een hoofdpijndagboek in het stellen van de diagnose van spanningshoofdpijn?

PIPOH-elementen	Criteria
Patient population	Volwassen patiënten met hoofdpijn
Intervention	Bijhouden van een hoofdpijndagboek
Professionals	Huisarts
Outcomes	Het stellen van de diagnose 'spanningshoofdpijn'
Healthcare setting	Eerstelijnsgeneeskunde

Klinische vraag 5: Wat is de aangewezen acute eerstelijnsbehandeling bij episodische spanningshoofdpijn?

PIPOH-elementen	Criteria
Patient population	Volwassen patiënten met een episode van spanningshoofdpijn
Intervention	Behandelingswijze: niet-farmacologisch en farmacologisch
Professionals	Huisarts
Outcomes	Verbetering van de klachten met zo min mogelijk neveneffecten
Healthcare setting	Eerstelijnsgeneeskunde

Klinische vraag 6: Wat is de aangewezen eerstelijnsbehandeling bij chronische spanningshoofdpijn?

PIPOH-elementen	Criteria
Patient population	Volwassen patiënten met chronische spanningshoofdpijn
Intervention	Behandelingswijze: niet-farmacologische en farmacologisch
Professionals	Huisarts
Outcomes	Verbetering van de klachten met zo min mogelijk neveneffecten
Healthcare setting	Eerstelijnsgeneeskunde

De klinische vragen 1, 3 en 5 werden verder uitgewerkt door mezelf, terwijl de vragen 2, 4 en 6 onder handen werden genomen door Ada Maes. Enkel de vragen 1,3 en 5 zullen in deze thesis verder

besproken worden. Voor de uitwerking van de andere vragen, wordt u verwezen naar de thesis van Ada Maes: Spanningshoofdpijn: adaptatie van de duodecim richtlijn.

4.1.3.Zoeken van relevante richtlijnen + screening

Na het opstellen van de klinische vragen werd het tijd om op zoek te gaan naar richtlijnen met betrekking tot spanningshoofdpijn waarop we ons konden baseren om antwoorden te formuleren. Deze antwoorden dienen dan als basis voor de adaptatie van de richtlijn. Om geselecteerd te worden waren de enige criteria op dit moment dat de richtlijn gaat over spanningshoofdpijn en dat ze in het Engels of Nederlands is. Deze zoektocht vond plaats in januari 2015. Hieronder volgt een samenvatting van de geraadpleegde databanken, de gebruikte zoektermen en de bekomen resultaten:

Internationale bronnen:

Databank	Zoektermen	Hits	Commentaar
GIN (www.g-i-n.net)	headache	30	7 ervan zijn van toepassing op spanningshoofdpijn.
NGC (guideline.gov)	Headache	262	Veel zijn er niet van toepassing, er wordt beslist om gerichter te zoeken op de term: 'tension headache'
NGC (guideline.gov)	Tension headache	26	4 bruikbare guidelines, alle 4 al geselecteerd via GIN database.
NHS (evidence.nhs.uk)	Headache	104	Velen enkel beschikbaar in GB. 2 bruikbare richtlijnen, al geselecteerd.
Trip Database (tripdatabase.com)	Headache	1572	Meesten niet van toepassing, bij sorteren op relevantie nagekeken en geen nieuwe guidelines gevonden.

Nationale bronnen:

Databank	Zoekterm	Hits	Commentaar
KCE (kce.fgov.be)	Hoofdpijn	12	1 artikel geselecteerd over osteopathie: de stand van zaken, de rest was niet van toepassing.
HGR (hgr-css.be)	Hoofdpijn	208	Geen van toepassing
Minerva (www.minerva-ebm.be)	Hoofdpijn	76	3 relevante artikels
Farmaka (www.farmaka.be)	Hoofdpijn	0	-
RIZIV (riziv.fgov.be/drug/nl/statistics-scientific-information/consensus/index.htm)	Hoofdpijn	0	-
BCFI (bcfi.be)	Hoofdpijn	106	1 Folia geselecteerd
FOD Gezondheidszorg (health.belgium.be/eportal/index.htm	Hoofdpijn	208	Geen van toepassing

Hieronder vindt u de twaalf weerhouden richtlijnen uit de bovenstaande zoektocht:

nr	Titel	Organisatie	Land	Datum	Gevonden in welke databank(en)?
1	Hoofdpijn (M19)	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Nederland	01/2014	GIN
2	Diagnosis and management of headache in adults	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Groot-Brittannië	11/2008	GIN, NHS
3	Treatment of Headache	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	United States	01/2001	GIN
4	Evidence-based guidelines for the chiropractic treatment of adults with headache.	The Canadian Chiropractic Association (CCA)	United States	06/2011	GIN, NGC
5	Headaches	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	United States	09/2012	GIN,NGC, NHS
6	Guideline for primary care management of headache in adults.	Toward Optimized Practice (TOP), which develops and disseminates primary care guidelines in Alberta, and the Institute of Health Economics (IHE)	Canada	07/2012	GIN, NGC
7	Diagnosis and treatment of headache.	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	United States	01/2013	GIN, NGC
8	Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)	België	01/2011	KCE
9	Spanningshoofdpijn: is een profylactische behandeling zinvol?	Minerva	België	12/2011	Minerva
10	Behandeling van chronische hoofdpijn met antidepressiva	Minerva	België	10/2011	Minerva
11	Helpt acupunctuur bij chronische hoofdpijn?	Minerva	België	10/2005	Minerva

12	Flash: profylactische medicatie bij spanningshoofdpijn	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI)	België	2010	BCFI

De volgende richtlijnen werden niet weerhouden:

Nr	Reden
3	Dateert van 2001, op de website van AHRQ al geklasseerd
4	Te specifiek, dekt te weinig klinische vragen.
8	Te specifiek, dekt te weinig klinische vragen.
9	Te specifiek, dekt te weinig klinische vragen.
10	Te specifiek, dekt te weinig klinische vragen.
11	Te specifiek, dekt te weinig klinische vragen.
12	Te specifiek, dekt te weinig klinische vragen.

De richtlijnen 1, 2, 5, 6 en 7 werden weerhouden en zullen in de volgende stap verder gescreend worden met als doel hun kwaliteit te beoordelen.

4.1.4.Waardering van de geselecteerde richtlijnen

4.1.4.1. AGREE II

Het AGREE instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) werd ontwikkeld om richtlijnen te beoordelen. De richtlijnen worden gescoord op 6 domeinen, namelijk: onderwerp en doel (/21), betrokkenheid van de belanghebbenden (/21), methodologie (/56), helderheid en presentatie (/21), toepassing (/28) en onafhankelijkheid van de opstellers (/14). Methodologie weegt dus het zwaarste door.

Voor elk van de vijf weerhouden richtlijnen werd door mezelf en Ada Maes, onafhankelijk van elkaar, getoetst aan de hand van het AGREE II instrument.

Een uitgebreid overzicht van de AGREE II scores, kan u vinden in de matrix opgemaakt in Excel.[22] Onderstaande tabellen tonen een beknopte samenvatting:

1) Hoofdpijn (NHG)

	Ada Maes	Jelle Bosschieter
Onderwerp en doel	14	13
Betrokkenheid van belanghebbenden	15	17
Methodologie	21	21
Helderheid en presentatie	17	16
Toepassing	9	12
Onafhankelijkheid van de opstellers	7	11
Overall Assessment	Recommended with alterations	Recommended with alterations

2) Diagnosis and management of headache in adults (SIGN)

	Ada Maes	Jelle Bosschieter
Onderwerp en doel	17	17
Betrokkenheid van belanghebbenden	12	13
Methodologie	31	31
Helderheid en presentatie	19	20
Toepassing	17	14
Onafhankelijkheid van de opstellers	13	9
Overall Assessment	Strongly recommended	Recommended

3) Headaches (NICE)

	Ada Maes	Jelle Bosschieter
Onderwerp en doel	20	20
Betrokkenheid van belanghebbenden	16	15
Methodologie	46	45
Helderheid en presentatie	12	17
Toepassing	12	17
Onafhankelijkheid van de opstellers	10	12
Overall Assessment	Strongly recommended	Strongly recommended

4) Guideline for primary care management of headache in adults. (IHE/TOP)

	Ada Maes	Jelle Bosschieter
Onderwerp en doel	18	21
Betrokkenheid van belanghebbenden	13	16
Methodologie	45	36
Helderheid en presentatie	19	19
Toepassing	18	18
Onafhankelijkheid van de opstellers	14	12
Overall Assessment	Recommended	Recommended

5) Diagnosis and treatment of headache. (ICSI)

	Jelle Bosschieter	Ada maes
Onderwerp en doel	20	20
Betrokkenheid van belanghebbenden	15	17
Methodologie	36	34
Helderheid en presentatie	17	21
Toepassing	20	20
Onafhankelijkheid van de opstellers	13	13
Overall Assessment	Strongly recommended	Strongly recommended

Gezien de lage score voor methodologie werd beslist om de NHG standaard met betrekking tot hoofdpijn niet verder mee te nemen. De 'Guideline for primary care management of headache in adults' werd ook niet weerhouden aangezien de gebruikte bronnen voor deze richtlijn veelal andere guidelines zijn, wat de zoektocht naar wetenschappelijkheid bemoeilijkt. De guidelines 2, 5 en 7 werden weerhouden. Initieel werd de ICSI richtlijn meegenomen, maar nadien alsnog achterwege gelaten aangezien de levels of evidence, de grade en de geselecteerde bronnen niet weergegeven staan of moeilijk te achterhalen zijn.

4.1.4.2. Inventarisatie van de aanbevelingen

Hier zullen we de aanbevelingen uit de weerhouden richtlijnen weergeven, naast die uit de duodecimrichtlijn. Enkel de SIGN richtlijn geeft telkens bij elke aanbeveling een grade of recommendation, de welke als volgend geïnterpreteerd moeten worden:

GRADE	Uitleg
A	At least one meta-analysis, systematic review or clinical trial classified as 1++ and directly applicable to the guide's target population, or a body of evidence composed of studies classified as 1+ with high consistency amongst them.
B	Body of evidence composed of studies classified 2++, directly applicable to the guide's target population and that have been shown to have high consistency amongst them, or evidence extrapolated from studies classified as 1++ or 1+.
C	Body of evidence composed of studies classified as 2+ directly applicable to the guide's target population and that have shown to have high consistency amongst them; or evidence extrapolated from studies classified as 2++.
D	Level 3 or 4 evidence or evidence extrapolated from studies classified as 2+

Klinische vraag 1: Wat zijn de nodige anamnestische criteria om de diagnose van spanningshoofdpijn te stellen?

Richtlijn	Aanbeveling
Duodecim	• A steady, vice-like, pressing and tightening pain that worsens gradually towards the evening. • Localized to the temples, occiput or the skullcap; usually bilateral, but may also be unilateral. • Stabbing, excruciating pains are felt on the skullcap. • Occasionally night-time numbness of the upper extremities occurs. • Dizziness may be felt when sitting or standing up, with a sense of momentary loss of balance. Depression-type sleep disturbance often associated.
SIGN	A diagnosis of tension-type headache should be considered in a patient presenting with bilateral headache that is non-disabling where there is a normal neurological examination (GRADE C)
NICE	Diagnose tension-type headache: • Pain location: Bilateral • Pain quality: Pressing/tightening (non pulsating) • Pain intensity: Mild or moderate • Effect on activities: Not aggravated by routine activities of daily living • Other symptoms: None • Duration of headache:30 minutes–continuous Frequency of headache: <15 days per month (Episodic tension-type headache) or ≥15 days per month for more than 3 months (Chronic tension-type headache)

Klinische vraag 3: Welke anamnestische kenmerken of kenmerken uit het klinisch onderzoek bij een patiënt met vermoeden van spanningshoofdpijn vereisen verdere onderzoeken?

Richtlijn	Aanbeveling
Duodecim	• Laboratory tests if suspected: temporal arteritis (elevated erythrocyte sedimentation rate, often unilateral), hyperthyroidism or hyperparathyroidism. • Imaging is only indicated if there is a suspicion of a serious disease. • Indications for head computed tomography or magnetic resonance imaging in headache: o Suspicion of subarachnoidal haemorrhage o Progressively worsening headache o Recurring or continuous vomiting is associated with the headache. o Abnormal neurological status in association with headache o Headache occurs only in connection with coughing or physical exertion. o An episode of unconsciousness is associated with the headache. o Position-dependent headache o An endocrine disturbance is associated with the headache. o The patient or a member of his/her family has neurofibromatosis.
SIGN	• In patients with new daily persistent headache, referral for specialist assessment should be considered. (CONSENSUS) • Patients who present with headache and red flag features of potential secondary headache should be referred to an appropriate specialist for further assessment: (GRADE D) o new onset or change in headache in patients who are aged over 50 o thunderclap: rapid time to peak headache intensity (seconds to 5 mins) o focal neurological symptoms (eg limb weakness, aura <5 min or >1 hr) o non-focal neurological symptoms (eg cognitive disturbance) o change in headache frequency, characteristics or associated symptoms o abnormal neurological examination o headache that changes with posture o headache wakening the patient up (NB migraine is the most frequent cause of morning headache) o headache precipitated by physical exertion or valsalva maneuvers (eg coughing, laughing, straining) o patients with risk factors for cerebral venous sinus thrombosis o jaw claudication or visual disturbance o neck stiffness o fever o new onset headache in a patient with a history of human

	immunodeficiency virus (HIV) infection. ○ new onset headache in a patient with a history of cancer. • Patients presenting with headache for the first time or with headache that differs from their usual headache should have a clinical examination, a neurological examination including fundoscopy, and blood pressure measurement. (GRADE D)
NICE	• The GDG agreed that a separate recommendation was not required relating to imaging for diagnosis of tension type headache or migraine. • Evaluate people who present with headache and any of the following features, and consider the need for further investigations and/or referral: ○ Worsening headache with fever ○ Sudden-onset headache reaching maximum intensity within 5 minutes ○ New-onset neurological deficit ○ New-onset cognitive dysfunction ○ Change in personality ○ Impaired level of consciousness ○ Recent (typically within the past 3 months) head trauma ○ Headache triggered by cough, valsalva (trying to breathe out with nose and mouth blocked) or sneeze ○ Headache triggered by exercise ○ Orthostatic headache (headache that changes with posture) ○ Symptoms suggestive of giant cell arteritis ○ Symptoms and signs of acute narrow-angle glaucoma ○ A substantial change in the characteristics of their headache • Consider further investigations and/or referral for people who present with new-onset headache and any of the following: ○ Compromised immunity, caused, for example, by human immunodeficiency virus (HIV) or immunosuppressive drugs ○ Age under 20 years and a history of malignancy ○ A history of malignancy known to metastasis to the brain ○ Vomiting without other obvious cause

Klinische vraag 5: Wat is de aangewezen acute eerstelijnsbehandeling bij episodische spanningshoofdpijn?

Richtlijn	Aanbeveling
Duodecim	• Physical exercise, stretching • Short-term (5 days) course of paracetamol or NSAIDs, combined with a muscle relaxant or benzodiazepine, if necessary.
SIGN	Aspirin and paracetamol are recommended for acute treatment in patients with tension- type headache. (GRADE A)
NICE	• Include the following in discussions with the person with a headache disorder:

- A positive diagnosis, including an explanation of the diagnosis and reassurance that other pathology has been excluded
- Options for management
- Recognition that headache is a valid medical disorder that can have a significant impact on the person and their family or carers.
- Give the person written and oral information about headache disorders, including information about support organizations.

- Explain the risk of medication overuse headache to people who are using acute treatments for their headache disorder.
- Consider aspirin, paracetamol or an NSAID for the acute treatment of tension-type headache, taking into account the person's preference, comorbidities and risks of adverse events.
- Do not offer opioids for the acute treatment of tension-type headache.

4.1.4.3. Courantheid van de aanbevelingen

De twee meest kwaliteitsvolle richtlijnen werden weerhouden en bestudeerd. Belangrijk is dat de richtlijnen niet enkel kwalitatief sterk zijn, maar ook voldoende up-to-date zijn. Er werd nagegaan van wanneer tot wanneer er naar artikels werd gezocht in de richtlijnen. De SIGN richtlijn heeft gezocht vanaf 2001 tot oktober 2007[3]. De NICE richtlijn zocht tot 12 maart 2012 met nog een evidence update van 13/3/2012 tot en met 26/03/2014.[4]

Wij zochten naar eventuele nieuwe of ontbrekende literatuur met betrekking tot spanningshoofdpijn. Eerst werd gezocht naar systematic reviews in de cochrane datebase, daarna via MEDLINE (pubmed).

Op de cochrane database werd gezocht met de zoektermen "headache", dit leverde 254 resultaten op. Bij het nalezen van alle titels en zo nodig de abstracts, waren er slechts twee artikels van toepassing op spanningshoofdpijn:

COCHRANE database resultaten
Derry S, Wiffen PJ, Moore R, Bendtsen L. Oral ibuprofen for acute treatment of episodic tension type headache in adults. Cochrane database of Systematic Reviews. 31/7/2015. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011474.pub2/abstract;jsessionid=35FE154C61A949AF932A09A18A6D2453.f02t02
Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD007587. doi: 10.1002/14651858.CD007587. Review. PubMed PMID: 19160338; PubMed Central. PMCID: PMC3099266.

Om efficiënt literatuur te zoeken via MEDLINE (pubmed), werd voor elke klinische vraag een PICO gemaakt welke werd omgezet in MESH-termen. Er werd enkel gezocht naar meta-analyses en systematic reviews daterend na oktober 2007 en geschreven in het Engels of Nederlands. Hieronder ziet u de gevolgde procedure:

Klinische vraag 1: Wat zijn de nodige anamnestische criteria om de diagnose van spanningshoofdpijn te stellen?

		MESH-termen
P	Patiënt met hoofdpijn	("Headache/classification"[Mesh] OR "Headache/diagnosis"[Mesh] OR "Headache/etiology"[Mesh] OR "Headache/statistics and numerical data"[Mesh])
I	Aanwezigheid van anamnestische kenmerken kenmerken	
C	Afwezigheid van anamnestische kenmerken kenmerken	
O	Diagnose van spanningshoofdpijn	

Dit leverde 104 resultaten op, waaronder geen enkel van toepassing. Bij de bronnen in de oorspronkelijke guidelines (NICE, SIGN) werd de aanbeveling gebaseerd op de ICHD II (International Classification of Headache Disorders) van IHS (International Headache Society).[24] De IHS is een organisatie die zich inzet voor hoofdpijnpatiënten en zijn aanbevelingen worden internationaal gebruikt om hoofdpijnsyndromen te diagnosticeren. Bij online nazicht van de ICHD (http://www.ihs-headache.org/ichd-guidelines), werd duidelijk dat er ondertussen al een nieuwe versie van bestaat, namelijk de ICHD III bèta. De aanbeveling zal geadapteerd worden aan de nieuwe informatie in deze recentere classificatie.

Klinische vraag 3: Welke anamnestische kenmerken of kenmerken uit het klinisch onderzoek bij een patiënt met hoofdpijn vereisen verdere onderzoeken?

		MESH-termen
P	Patiënt met hoofdpijn	("Headache/analysis"[Mesh] OR "Headache/blood"[Mesh] OR "Headache/cerebrospinal fluid"[Mesh] OR "Headache/classification"[Mesh] OR "Headache/complications"[Mesh] OR "Headache/diagnosis"[Mesh] OR "Headache/etiology"[Mesh] OR "Headache/radiography"[Mesh] OR "Headache/urine"[Mesh])
I	Aanwezigheid van kenmerken uit anamnese of klinisch onderzoek	
C	Afwezigheid van kenmerken uit anamnese of klinisch onderzoek	
O	Opsporen van mogelijks secundaire hoofdpijnvormen.	

Dit leverde 90 resultaten, waarvan geen enkele van toepassing. Volgens ons, was de beste manier om een zekere systematiek te krijgen in het vinden van rode vlaggen, het nagaan van de ICHD III bèta criteria. De strategie hierachter is de volgende: Alle kenmerken uit anamnese en klinische onderzoek die voorkomen bij secundaire hoofdpijnvormen en niet bij primaire hoofdpijnvormen wordt gezien als potentiële alarmtekenen. Zij zullen de basis vormen om te beslissen of er met de hoofdpijnpatiënt verder onderzoek moet gebeuren of niet. Welke verdere onderzoeken al dan niet nodig zijn, valt buiten het bestek van deze guideline. We zullen dus alle criteria voor primaire hoofdpijnsyndromen oplijsten naast de criteria voor secundaire hoofdpijnvormen. De criteria die enkel voorkomen bij secundaire vormen dan beschouwen als alarmtekenen.

Klinische vraag 5: Wat is de aangewezen acute eerstelijnsbehandeling bij een episodische spanningshoofdpijn?

		MESH-termen
P	Patiënt met spanningshoofdpijn	("Tension-Type Headache/diet therapy"[Mesh] OR "Tension-Type Headache/drug therapy"[Mesh] OR "Tension-Type Headache/psychology"[Mesh] OR "Tension-Type Headache/rehabilitation"[Mesh] OR "Tension-Type Headache/therapy"[Mesh])
I	ibuprofen / paracetamol / combination therapy / caffeine / muscle relaxant / opioid / manual therapy	
C	Niks of placebo therapie	
O	Pijnverlichting	

Deze zoektocht leverde 24 hits op, waarvan er 5 geselecteerd werden:

MEDLINE Resultaten
Diener HC, Gold M, Hagen M. Use of a fixed combination of acetylsalicylic acid, acetaminophen and caffeine compared with acetaminophen alone in episodic tension-type headache: meta-analysis of four randomized, double-blind, Placebo-controlled, crossover studies. J Headache Pain. 2014 Nov 19;15:76. doi: 10.1186/1129-2377-15-76. PubMed PMID: 25406671; PubMed Central PMCID: PMC4256978.
Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for tension-type headaches: a systematic review of randomized controlled trials. Complement Ther Med. 2012 Aug;20(4):232-9. doi: 10.1016/j.ctim.2011.12.001. Epub 2011 Dec 29. Review. PubMed PMID: 22579436.
Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Lenssinck ML, Passchier J, Kroes BW. [Treatment of tension type headache: paracetamol and NSAIDs work: a systematic review]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1924. Review. Dutch. PubMed PMID: 20699021.
Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J; EFNS. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. Eur J Neurol. 2010 Nov;17(11):1318-25. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03070.x. Review. PubMed PMID: 20482606.
Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD007587. doi: 10.1002/14651858.CD007587. Review. PubMed PMID: 19160338; PubMed Central PMCID: PMC3099266..

Deze laatste was al geselecteerd uit de Cochrane database.

4.1.4.4. Samenhang van de aanbeveling

In deze stap wordt gekeken naar hoe de aanbeveling tot stand gekomen is. Eerst wordt de zoekstrategie nagekeken: was deze volledig en correct? Verder wordt gekeken geselecteerde evidentie en gecontroleerd dat er geen literatuur ontbreekt. Als laatste wordt de geselecteerde

literatuur nagelezen en gekeken of de conclusie die de auteurs trekken uit die evidentie correct is. We zullen deze stappen per richtlijn overlopen.

4.1.4.4.1. De SIGN richtlijn[3]:

Klinische vraag 1: Wat zijn de nodige anamnestische criteria om de diagnose van spanningshoofdpijn te stellen?

De vraag van de richtlijn die dient als basis voor de aanbevelingen in deze guideline op onze eerste klinische vraag is: “In patients >18 yrs presenting with primary or secondary headache what are the critical signs and symptoms that help determine headache diagnosis and which patients should be referred?”. Dit is een zeer brede vraag. Het omvat zowel anamnese, klinisch onderzoek als de elementen waarop gelet moet worden om eventueel door te verwijzen. Deze vraag bevat dus al onze eerste drie klinische vragen (waarvan in deze thesis enkel het eerste en de derde zullen worden behandeld). In een apart document ‘search strategies’ wordt de bijhorende zoekstrategie weergegeven net als de databases waar werd gezocht (Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO, cochrane).[23] We hebben geen bemerkingen verder.

Als we gaan kijken naar de bronnen bij deze aanbeveling, dan vinden dat deze aanbeveling vooral gebaseerd is op de ICHD II classificatie. Als we zelf een kleine zoektocht doen via MEDLINE (“Headache/classification”[Mesh]), vinden we inderdaad geen extra bronnen.

De gemaakte aanbeveling is wel zeer beknopt, gezien de hoeveelheid informatie in de ICHD. Er wordt eigenlijk geen antwoord gegeven op de vraag waaraan een spanningshoofdpijn moet voldoen. Er staat enkel dat je aan spanningshoofdpijn moet denken wanneer een patiënt zich presenteert met niet-invaliderende bilaterale hoofdpijn zonder neurologische tekenen. Volgens ons schiet deze interpretatie toch te kort. Wij zullen opteren om meer de ICHD III bèta criteria te volgen.

Klinische vraag 3: Welke anamnestische kenmerken of kenmerken uit het klinisch onderzoek bij een patiënt met hoofdpijn vereisen verdere onderzoeken?

De SIGN richtlijn gebruikt voor deze aanbeveling dezelfde vraag als hierboven (In patients >18 yrs presenting with primary or secondary headache what are the critical signs and symptoms that help determine headache diagnosis and which patients should be referred?). Ook de gebruikte zoekstrategie en de gescreende databases zijn dezelfde.[23]

De bronnen bij de aanbevelingen zijn bij nader nazicht allemaal van toepassing. 19 artikels dienden als basis voor deze aanbeveling.[29-47] Ze hebben uit al deze artikels de verwijzingen naar symptomen of tekenen gehaald die potentieel kunnen wijzen op een secundaire vorm van hoofdpijn. Ons leek dit een redelijk ‘random’ proces. Het leek ons beter om de symptomen en tekenen van primaire en secundaire hoofdpijnen uit de ICHD te halen en de zaken die enkel bij secundaire hoofdpijnvormen voorkomen te beschouwen als rode vlaggen.

Klinische vraag 5: Wat is de aangewezen acute eerstelijnsbehandeling bij episodische spanningshoofdpijn?

De SIGN richtlijn geeft geen aanbeveling betreffende niet-farmacologische behandeling van acute spanningshoofdpijn. Er wordt wel één pagina over geschreven, maar geen concrete aanbevelingen gemaakt.

Voor de medicamenteuze behandeling ligt het anders. De gebruikte vraag van de richtlijn is: "which pharmacological therapies for acute attack are the most effective for immediate pain freedom or pain freedom at 24 hours?" a. Aspirin b. Paracetamol c. NSAIDs d. COX-2 inhibitors e. Anti-emetics f. Corticosteroids g. Triptans h. Oxygen i. Intranasal lidocaine j. Indomethacin k. Ergotamine l. Opiates m. Caffeine.[23]

De zoekstrategie en de doorzochte databases zijn weergegeven in een apart document. Opvallend is dat er niet gezocht werd naar spierontspanners. Wanneer we zelf een zoektocht houden hiernaar, blijken er ook geen gepubliceerde studies over te zijn.

Er wordt vermeld dat er slechts één studie gevonden werd.[5] Wanneer we zelf een kleine zoektocht verrichten via MEDLINE met de mesh-termen: "Tension-Type Headache/drug therapy"[Mesh], vinden we, wanneer we zoeken tot 2007, toch 10 potentieel interessante artikelen extra:

MEDLINE resultaten
Kubitzek F, Ziegler G, Gold MS, Liu JM, Ionescu E. Low-dose diclofenac potassium in the treatment of episodic tension-type headache. Eur J Pain. 2003;7(2):155-62. PubMed PMID: 12600797.
Prior MJ, Cooper KM, May LG, Bowen DL. Efficacy and safety of acetaminophen and naproxen in the treatment of tension-type headache. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Cephalalgia. 2002 Nov;22(9):740-8. PubMed PMID: 12421160.
Diamond S, Freitag FG. The use of ibuprofen plus caffeine to treat tension-type headache. Curr Pain Headache Rep. 2001 Oct;5(5):472-8. PubMed PMID: 11560814.
Mehlisch DR, Weaver M, Fladung B. Ketoprofen, acetaminophen, and placebo in the treatment of tension headache. Headache. 1998 Sep;38(8):579-89. PubMed PMID: 11398300.
Diamond S, Balm TK, Freitag FG. Ibuprofen plus caffeine in the treatment of tension-type headache. Clin Pharmacol Ther. 2000 Sep;68(3):312-9. PubMed PMID: 11014413.
Steiner TJ, Lange R. Ketoprofen (25 mg) in the symptomatic treatment of episodic tension-type headache: double-blind placebo-controlled comparison with acetaminophen (1000 mg). Cephalalgia. 1998 Jan;18(1):38-43. PubMed PMID: 9601623.
Schachtel BP, Furey SA, Thoden WR. Nonprescription ibuprofen and acetaminophen in the treatment of tension-type headache. J Clin Pharmacol. 1996 Dec;36(12):1120-5. PubMed PMID: 9013368.
Lange R, Lentz R. Comparison ketoprofen, ibuprofen and naproxen sodium in the treatment of tension-type headache. Drugs Exp Clin Res. 1995;21(3):89-96. PubMed PMID: 7555617.
Migliardi JR, Armellino JJ, Friedman M, Gillings DB, Beaver WT. Caffeine as an

analgesic adjuvant in tension headache. Clin Pharmacol Ther. 1994 Nov;56(5):576-86. PubMed PMID: 7955822
Diener HC, Pfaffenrath V, Pageler L, Peil H, Aicher B. The fixed combination of acetylsalicylic acid, paracetamol and caffeine is more effective than single substances and dual combination for the treatment of headache: a multicentre, randomized, double-blind, single-dose, placebo-controlled parallel group study. Cephalalgia. 2005 Oct;25(10):776-87. PubMed PMID: 16162254.

Hieruit blijkt dat er artikels ontbreken en er naast aspirine ook mogelijks plaats is voor paracetamol, andere NSAID's of combinatiepreparaten met cafeïne.

De gemaakte aanbeveling is wel een goede samenvatting van het artikel dat ze geselecteerd hadden, al is het jammer dat ze geen doses geïncludeerd hebben, terwijl deze wel in het artikel staan. Het gaat om een double-blind, dubble-dummy, randomized parallel-groups comparative trial met 638 patiënten met als conclusie dat zowel aspirine 1g als paracetamol 1g effectiever zijn dan placebo wat betreft verlichting van de pijn na 2h, wat het standaardcriterium is volgens de IHS om de effectiviteit van hoofdpijnmedicatie te evalueren.[5]

4.1.4.4.2. De NICE richtlijn[4]:

Klinische vraag 1: Wat zijn de nodige anamnestische criteria om de diagnose van spanningshoofdpijn te stellen?

De vraag waarop de NICE richtlijn zijn zoekstrategie baseerde is: 'For young people and adults with headache, what are the key diagnostic features of the following headaches: Migraine with or without aura / Menstrual related migraine / Chronic migraine / Tension-type headache / Cluster headache / Medication overuse headache?'. Deze vraag is gericht op alle primaire hoofdpijnvormen, terwijl wij eigenlijk enkel geïnteresseerd zijn in spanningshoofdpijn voor deze adaptatie.

Er werd echter geen zoekstrategie uitgestippeld. De Guideline Development Group (GDG) besliste dat men gebruik zou maken van de ICHD II criteria. Net zoals de SIGN richtlijn deed.

De aanbeveling sluit nauw aan bij de ICHD II criteria, beter dan die aanbeveling van de SIGN die uiteindelijk ook op dezelfde ICHD II criteria is gebaseerd.

Klinische vraag 3: Welke anamnestische kenmerken of kenmerken uit het klinisch onderzoek bij een patiënt met hoofdpijn vereisen verdere onderzoeken?

Ook hier werd geen vraag geformuleerd, maar op een andere manier te werk gegaan. De GDG baseerde zich op een lijst van al gekende karakteristieken die mogelijks wijzen op een serieuzere pathologie dan spanningshoofdpijn. De bronnen hiervoor zijn twee al bestaande richtlijnen: De richtlijn van de British Association for the Study of Headache (BASH), namelijk: Guidelines for all healthcare professionals in the diagnosis and management of cluster type migraine, tension type, cluster and medication over-use headache uit 2007 en de al besproken SIGN richtlijn.

Deze kenmerken werden onderverdeeld in drie categorieën:

1) Zeker verdere diagnostiek nodig.
2) Mogelijks verdere diagnostiek nodig.
3) Onzeker of verder diagnostiek nodig is.

In groep 3 zaten vier onderwerpen: HIV patiënten, patiënten met een maligniteit, matinale hoofdpijn, new onset hoofdpijn met dagelijkse frequentie. Van deze onderwerpen werd wel een verdere literatuurstudie gemaakt. Maar dat gaat buiten het bestek van deze adaptatie.

Klinische vraag 5: Wat is de aangewezen acute eerstelijnsbehandeling bij episodische spanningshoofdpijn?

Hier horen twee aparte aanbevelingen bij, namelijk één die focust op het niet-farmacologische aspect en één die dat wel doet.

De niet-farmacologische zoekvraag luidt: 'What information and support do patients with primary headaches say they want?' Een eerste bedenking is dat deze vraag over alle primaire hoofdpijnen gaat en niet specifiek over spanningshoofdpijn. Ten tweede merken we op dat het enkel gaat over informatie die de patiënt wil, niet echt over niet-medicamenteuze therapieën voor spanningshoofdpijn. Daar werd in deze richtlijn trouwens nergens aandacht aan besteed. Er wordt geen specieke zoekstrategie neergeschreven, maar in de inleiding kunnen we wel lezen welke databanken doorzocht werden (MEDLINE, Embase, The Cochrane Library, Additional subject specific databases were used for some questions: Cinahl for diaries, treatment questions and patient information; PsycINFO for education and self-management programmes, psychological therapies, medication over use headaches and patient information; AMED for non-pharmacological treatment of headaches). Er werden acht kwalitatieve[48-55] en drie enquêtes[56-58] gevonden. De meeste kwalitatieve studies gaan over migraine, chronische hoofdpijn of clusterhoofdpijn.[48-50, 52-55] Slechts één kwalitatieve studie heeft betrekking op specifiek spanningshoofdpijn.[51] Waardoor we niet echt zeker kunnen weten in welke mate de aanbeveling ook geldt voor spanningshoofdpijn. Een eigen zoektocht via pubmed leverde geen extra resultaten op. Via consensus besliste de GDG dat de gemaakte aanbevelingen van toepassing waren op alle primaire hoofdpijnvormen, mede gezien er weinig neveneffecten zijn en de kost zeer gering is.

De tweede vraag is: 'What is the effectiveness for acute pharmacological treatment with: aspirin, NSAIDs, opioids and paracetamol?' Net als bij de SIGN richtlijn is dit redelijk beknopt. Ook wederom geen zoektocht naar benzodiazepines. Net als bij de vorige vraag, is ook hier geen specifieke zoekstrategie vermeld. Er werden elf artikels weerhouden[6-12, 59-61,63]. Wanneer we zelf zochten binnen dezelfde zoektermijn met de MESH-termen: "Tension-Type Headache/drug therapy"[Mesh], dan vonden we geen extra relevante artikels. Als we de geselecteerde artikels doornemen, vallen ons toch enkele zaken op: zo is er één artikel geselecteerd dat betrekking heeft op chronische hoofdpijn[63]. Dit is tevens het enige artikel dat de rol van codeïne onderzoekt. Verder zijn er drie artikels die combinaties met cafeïne bespreken[7,10,59], doch wordt hierover geen gewag gemaakt in de aanbeveling, noch ontrading. Drie artikels onderzoeken het molecule ketoprofen, dat hier niet zo frequent gebruikt wordt.[6,8,12] Verder is de informatie uit de artikels wel goed gedestilleerd in de gemaakte aanbevelingen.

4.1.4.5. Toepasbaarheid van de aanbeveling

Uiteraard zijn de aanbevelingen niet veel waard als ze niet toepasbaar zijn in de Belgische context. Wij bemerkten geen problemen wat dit betreft.

4.1.5.Selectie van de aanbevelingen voor verdere adaptatie

In deze stap werd voor elke klinische vraag beslist of een adaptatie nodig is, waarom adaptatie nodig is en op wat we deze adaptatie zouden baseren.

Klinische vraag 1: Wat zijn de nodige anamnestische criteria om de diagnose van spanningshoofdpijn te stellen?

De oorspronkelijke duodecimrichtlijn geeft niet weer waar ze de informatie vandaan werd gehaald. De NICE en de SIGN richtlijn hebben zich gebaseerd op de ICHD II criteria van IHS.
De SIGN richtlijn vatte deze informatie nogal beknopt samen in hun aanbeveling. De NICE richtlijn komt meer overeen met de ICDH II criteria van spanningshoofdpijn. Daarom hebben we beslist om deze duodecim-aanbeveling te adapteren. Hierbij zullen we ons baseren op de NICE richtlijn en deze up-to-date maken aan de hand van de ICHD III bèta criteria. Hieronder ziet u een vergelijkende weergave:

Duodecim	NICE	ICHD III béta
Steady, vice-like, pressing and tightening pain	Pressing/tightening	Pressing or tightening
Localized to the temples, occiput or the skullcap. Usually bilateral, but may also be unilateral.	Bilateral	Bilateral
Worsens gradually towards evening	Not aggravated by routine of daily living activities	It's not aggravated by routine physical activities.
-	Mild or moderate intensity	Mild to moderate intensity
Occasionally night-time numbness of the upper extremities occurs. Dizziness may be felt when sitting or standing up, with a sense of momentary loss of balance. Depression-type sleep disturbance often associated	Other symptoms: non	There can be photophobia or phonophobia, but not both. It's not associated with vomiting, although nausea can be seen in the chronic subtype
-	Duration: 30 minutes - continuous	lasting from 30 minutes to 7days
Stabbing excruciating pains are felt on the skullcap	-	-

Klinische vraag 3: Welke anamnestische kenmerken of kenmerken uit het klinisch onderzoek bij een patiënt met hoofdpijn vereisen verdere onderzoeken?

Ook hier ondervinden we een gelijkaardig probleem wat betreft bronvermelding bij de duodecimrichtlijn. Gezien er nogal wat verschillen zitten op de richtlijnen onderling en het nooit helemaal duidelijk is waar deze informatie precies vandaan komt, leek het ons een goed idee om een systematische manier te bedenken om alarmsymptomen op te lijsten. Hier baseerden we ons op de ICDH III bèta criteria, waarbij we alle kenmerken van primaire en secundaire hoofdpijnen oplijstten en vervolgens keken naar welke kenmerken enkel bij de secundaire hoofdpijn voorkwamen. Deze kenmerken zouden dan alarmsymptomen moeten zijn. We maakten ook hier een vergelijkende tabel:

Duodecim	SIGN	NICE	ICHD III béta
Suspected temporal arteritis.	Jaw claudication or visual disturbance	Symptoms suggestive of giant cell arteritis	Temporomandibular claudicatio. Polymyalgia rheumatica
Hyperthyroidism or Hyperparathyroidism			Signs of hypothyroidism.
Suspicion of subarachnoidal haemorrhage	Thunderclap: rapid time to peak headache intensity (seconds to 5 mins)	Recent (typically within the past 3 months) head trauma. Sudden-onset headache reaching maximum intensity within 5 minutes	Thunderclap headache (very sudden).
Progressively worsening headache	Change in headache frequency, characteristics or associated symptoms	A substantial change in the characteristics of their headache	A headache becomes chronic or is made significantly worse
Recurring or continuous vomiting is associated with the headache.	-	Vomiting without other obvious cause	-
Abnormal neurological status in association with headache	Abnormal neurological examination Focal neurological symptoms (eg limb weakness, aura <5 min or >1 hr)	New-onset neurological deficit	Neurological deficit: sensorimotoric, vision, hearing, speech, horner,pulsatile tinnitus
-	Non-focal neurological symptoms (eg cognitive disturbance)	New-onset cognitive dysfunction Change in personality	Mental changes: cognition impairment, irritation, personality changes, hallucinations, reduced consiousness, emotional changes
Headache occurs only in	Headache precipitated	Headache triggered by	Aggravated by

connection with coughing or physical exertion.	by physical exertion or valsalva manoeuvre (eg coughing, laughing, straining)	cough, valsalva (trying to breathe out with nose and mouth blocked) or sneeze Headache triggered by exercise	physical activities, cough or valsalva, upright position, lying down
An episode of unconsciousness is associated with the headache.	-	Impaired level of consciousness	Mental changes: cognition impairment, irritation, personality changes, hallucinations, reduced consciousness, emotional changes
Position-dependent headache.	Headache that changes with posture	Orthostatic headache (headache that changes with posture)	Aggravated by physical activities, cough or valsalva, upright position, lying down
The patient or a member of his/her family has neurofibromatosis.	-	-	-
An endocrine disturbance is associated with the headache	-	-	-
-	-	Symptoms and signs of acute narrow-angle glaucoma	Painful teeth, ear, eye, jaw, sinus
-	Neck stiffness Fever	Worsening headache with fever	Neck stiffness. Fever combines with photophobia, phonophobia and vomiting.
-	New onset headache in a patient with a history of human immunodeficiency virus (HIV) infection.	Compromised immunity, caused, for example, by human immunodeficiency virus (HIV) or immunosuppressive drugs	Immunodeficiency.
-	-	Age under 20 years and a history of malignancy	-
	New onset headache in a patient with a history of cancer	A history of malignancy known to metastasis to the brain	-
-	Patients with risk factors for cerebral venous sinus thrombosis	-	-
-	Headache wakening	-	-

	the patient up (NB migraine is the most frequent cause of morning headache)		
-	New onset or change in headache in patients who are aged over 50	-	-
-	In patients with new daily persistent headache, referral for specialist assessment should be considered.	-	-
-	-	-	Epilepsy.
-	-	-	After trauma, surgery, angiography, lumbar punction
-	-	-	During pregnancy of puerperium.
-	-	-	Signs of liver or heart failure.
-	-	-	Signs of liver or heart failure.
-	-	-	Hypertension (>18/12).
-	-	-	Substance abuse (medication, drugs, withdrawal).
-	-	-	-Accompanied by sweating, pallor, palpitations.
-	-	-	Patients with facial angioma.
-	-	-	Unilateral, severe neck/facial pain

Uit de ICHD III bèta criteria halen we veruit de meest volledige lijst, die grotendeels ook de alarmtekenen van de andere richtlijnen dekt. De alarmtekenen die wel in de andere richtlijnen staan, maar niet werden gehaald uit de ICHD vergelijking, worden indirect wel gedekt. Zo zal bijvoorbeeld een tumor met meer gepaard gaan dan enkel hoofdpijn en indien hoofdpijn toch het enige symptoom zou zijn, dan wordt het uiteindelijk wel gedekt door het feit dat de hoofdpijn aanhoudt of van karakter verandert. We zijn van mening dat onze aanpak meer volledig is en op wetenschappelijke evidentie berust. Daarom zullen we de duodecimrichtlijn betreffende alarmtekenen aanpassen.

Klinische vraag 5: Wat is de aangewezen acute eerstelijnsbehandeling bij episodische spanningshoofdpijn?

We lijsten de verschillende aanbevelingen naast elkaar op:

Duodecim	SIGN	NICE
Short-term (5 days) course of paracetamol or NSAIDs	Aspirin and paracetamol are recommended for acute treatment in patients with tension- type headache.	Consider aspirin, paracetamol or an NSAID for the acute treatment of tension-type headache, taking into account the person's preference, comorbidities and risks of adverse events.
-	-	Do not offer opioids for the acute treatment of tension-type Headache.
Combined with a muscle relaxant or benzodiazepine, if necessary.	-	-
Physical exercise, stretching	-	Include the following in discussions with the person with a headache disorder: • a positive diagnosis, including an explanation of the diagnosis and reassurance that other pathology has been excluded and • the options for management and • recognition that headache is a valid medical disorder that can have a significant impact on the person and their family or carers. Give the person written and oral information about headache disorders, including information about support organizations. Explain the risk of medication overuse headache to people who are using acute treatments for their headache disorder.

De evidentie voor de duodecim richtlijn is moeilijk te achterhalen en tevens zijn er toch grondige verschillen met de andere twee richtlijnen. Vandaar dat we een adaptatie ook hier nuttig achtten. De NICE richtlijn heeft ook hier de best wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen, vandaar dat we deze zullen gebruiken als basis voor de adaptatie. Al dient, zoals hoger al opgemerkt, de aanbeveling aangevuld te worden zowel op basis van herinterpretatie van de gebruikte artikels in de richtlijn, als op basis van nieuwe evidentie. Aan de hand van de evidentie zullen we meer concrete aanbevelingen geven betreffende dosage. Verder zal er ook aandacht worden besteed aan combinatiepreparaten met cafeïne, niet-farmacologisch benadering (manuele therapie en acupunctuur) en het gebrek aan studies over spierontspanners zal ook vermeld worden.

Hieronder overlopen we even welke aanpassingen we zouden maken en waarop deze gebaseerd zijn:

Paracetamol:
Zowel volgens de NICE als volgens de SIGN richtlijn heeft paracetamol een plaats in de behandeling van een acute aanval van spanningshoofdpijn. De bron die in de SIGN hiervoor terug te vinden is, staat ook in de bronnenlijst van de NICE richtlijn.[5] De NICE richtlijn heeft nog zes andere bronnen voor deze aanbeveling.[6,8,9,10,11,12] De vier extra bronnen (een multicenter RCT, een analyse van 4 RCT's, een meta-analyse en een guideline) die wij hierover vonden, bevestigen nog eens de rol van paracetamol.[7,13,14,15]
De meeste studies onderzoeken paracetamol 1000mg en tonen een significant verschil aan met placebo.[5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,] De behandeling met paracetamol 500mg is minder onderzocht, maar meestal kon er geen verschil worden aangetoond met placebo.[5,6,7]
BCFI geeft als aanbeveling om bij pijn als eerste stap paracetamol aan te bevelen, gezien het gunstige veiligheidsprofiel.[16]
Daarom zullen wij aanbevelen dat de eerste stap in de behandeling van acute spanningshoofdpijn bestaat uit het innemen van 1000mg paracetamol.

NSAID:
NSAID's blijken effectief bij de behandeling van spanningshoofdpijn. De meest onderzochte moleculen zijn: aspirine [5,7, 14,15], ibuprofen [9, 14, 15,17,61,65,66,68], ketoprofen [6,8,12,14,15,66], naproxen [11,14,15,60,66] en diclofenac [14,15,17]. Over welke dosis het meest aangewezen is, is minder duidelijkheid. Volgens een recente systematic review van 152 studies met in totaal 17523 patiënten, bleken NSAID's effectiever dan paracetamol wat daling van de hoofdpijnintensiteit betreft. Er zou tussen de NSAID's onderling geen significant verschil zijn qua vermindering van de hoofdpijn.[14] Volgens diezelfde review wordt aangeraden om bij gebruik van NSAID te kiezen voor ibuprofen omdat dit minder bijwerkingen aantoonde en dit aan een dosis van 400mg.[14]
Hieruit besluiten wij dat indien paracetamol onvoldoende effectief is in het bestrijden van de hoofdpijn, men kan opteren voor een NSAID en bij voorkeur ibuprofen 400mg.

Combinatiepreparaten met cafeïne:
Een meta-analyse van 6 RCT's uit 1980 toonden al aan dat cafeïne toevoegen aan bestaande medicatie een beter effect heeft op het verminderen van de hoofdpijn intensiteit bij spanningshoofdpijn. Zowel voor de combinatie paracetamol + cafeïne als voor de combinatie van paracetamol + aspirine + cafeïne was het effect groter dan voor paracetamol alleen of placebo. Er

waren wel meer gerapporteerde neveneffecten bij cafeïne zoals duizeligheid, maaglast en nervositas.[67]
Recent werden deze studie herbekeken, met als doel het effect aantonen van de combinatie bestaande uit aspirine 250 + paracetamol 250mg + cafeïne 65mg, waarvan 2 tabletten tegelijk moeten worden genomen. Dit was effectiever dan placebo en paracetamol wat betreft hoofdpijnvermindering na 2 uur.[13] Het werd niet vergeleken met NSAID's. We noteren wel dat deze analyse gesponsord is door farmaceutische compagnies.
In 2005 werd een multi-centrum, gerandomiseerde, dubbel blinde placebo gecontroleerde parallel studie gepubliceerd met 1743 patiënten die ook aantoonde dat de combinatie van aspirine, paracetamol en cafeïne significant beter was dan de combinatie zonder cafeïne, aspirine alleen, paracetamol alleen, cafeïne alleen of placebo wat betreft vermindering van de hoofdpijnintensiteit gedurende 4 uur.[7]
We concluderen dat combinatiepreparaten te overwegen zijn.

Opioïden:
Dit wordt afgeraden in de NICE richtlijn[4], omdat er geen studies over zijn en omdat volgens de GDG deze producten meer nadelen hebben, zoals o.a. het ontstaan van medicamenteus geïnduceerde hoofdpijn en afhankelijkheid. Gezien we geen nieuwe informatie hebben gevonden en we het eens zijn met de GDG, blijft deze aanbeveling behouden.

Spierontspanners:
Vermits de afwezigheid van studies betreffende het effect van benzodiazepines of andere spierontspanners en hun effect op spanningshoofdpijn, doen we hier geen aanbeveling rond.

Niet-farmacologisch:
De NICE richtlijn geeft de aanbeveling om informatie te verstrekken aan de patiënt.[4] Gezien we hierover geen nieuw literatuur vonden en deze oplossing veilig en goedkoop is, behouden we deze aanbeveling.
Verder is er bij acute spanningshoofdpijn weinig onderzoek gedaan naar acupunctuur en manipulatietherapie. We vonden twee meta-analyses, maar beiden konden geen duidelijk voordeel aantonen in de rol van acute behandeling, mogelijks is er wel een rol weggelegd betreffende de behandeling van chronische spanningshoofdpijn. Betreffende acupunctuur gaat om een meta-analyse van 11 studies met 2317 deelnemers in totaal[18]. Manuele therapie werd onderzocht in een meta-analyse van 5 RCT met 348 patiënten.[19] Beide meta-analyses baseren zich op studies van matige kwaliteit.

4.1.6.Nazicht door de leescommissie

Alle gegevens uit de vorige stappen werden in de Excel matrix weergegeven en doorgestuurd naar de leescommissie, zij keurden onze matrix goed en dit was het startschot om aan de slag te gaan om de richtlijn te gaan adapteren.

4.2. Adaptatiefase

Hieronder vindt u de aanbeveling opgesteld rond mijn klinische vragen samengevoegd met de aanbevelingen van Ada Maes. De bespreking hiervan vindt u terug in haar thesis: spanningshoofdpijn: adaptatie van de duodecim richtlijn.

Anamnese
De volgende anamnestische criteria passen bij de diagnose van spanningshoofdpijn: (2C)

- Hoofdpijn is bilateraal, drukkend of spannend.
- De intensiteit van de pijn is mild tot matig.
- De pijn duurt 30 minuten tot 7 dagen
- De last wordt niet verergerd door dagelijkse routine activiteiten.
- Mogelijke bijkomende symptomen zijn:
    - Fotofobie of sonofobie, niet beiden.
    - Afwezigheid van braken.
    - Nausea kan aanwezig zijn bij de chronische variant.
- Omwille van behandelingsredenen wordt spanningshoofdpijn opgedeeld in:
    - Episodisch: < 15 dagen / maandag
    - Chronisch: >15 dagen / maand

Klinisch onderzoek
Het wordt aangeraden om een patiënt die zich voor de eerste keer aanmeldt met als klacht hoofdpijn *OF* een patiënt die zich aanmeldt met als klacht hoofdpijn die verschilt van zijn/haar gewoonlijke hoofdpijn, te onderwerpen aan de volgende onderdelen van het klinisch onderzoek: (1C)

- Algemeen gericht klinisch onderzoek, op geleide van anamnestische gegevens.
- Neurologisch klinisch onderzoek
- Bloeddrukmeting

Om een diagnose van spanningshoofdpijn te kunnen stellen dient het klinisch neurologisch onderzoek normaal te zijn. (1B)

Pericraniale gevoeligheid bij manuele palpatie kan aanwezig zijn bij de patiënt met spanningshoofdpijn, maar is niet noodzakelijk voor het stellen van de diagnose. (Good practice point)

Men dient zeker te overwegen om bij zwangere patiënten gericht onderzoek uit te voeren ter uitsluiting van pre-eclampsie of HELLP. (Good practice point)

Symptomen die verdere investigatie vereisen
De volgende kenmerken uit anamnese of klinisch onderzoek vereisen nader onderzoek: (2C)

- Ernstige hoofdpijn.
- Neurologische symptomen: sensomotorische uitval, zichtverlies, gehoorverlies, spraakverlies, Horner syndroom, pulsatiele tinnitus.

- Mentale veranderingen: geheugenproblemen, irritatie, persoonlijkheidsveranderingen, hallucinaties, verminderd bewustzijn, emotionele veranderingen.
- Verergering bij fysieke activiteit, hoesten, valsalva manoeuvre, rechtstaande positie of neerliggen.
- Nekstijfheid.
- Koorts al dan niet met fotofobie, sonofobie en braken.
- Hypertensie (>18/12).
- Pijnlijke tand, oor, oog, kaak of sinus.
- Hoofdpijn die chronisch van aard wordt of verergerd.
- Immunodeficiëntie.
- Epilepsie.
- Tekenen van hypothyroïdie.
- 'Thunderclap' hoofdpijn (zeer plots opkomen).
- Temporomandibulaire claudication of polymyalgia rheumatica.
- Na trauma, chirurgie, angiografie of lumbaal punctie.
- Tijdens zwangerschap of puerperium.
- Tekenen van hart of leverfalen.
- Middelenmisbruik.
- Zweten, bleke huid en hartkloppingen.
- Faciaal angioma.
- Unilaterale ernstige nek of faciale pijn.

Gebruik van hoofdpijndagboek

Overweeg het gebruik van een hoofdpijndagboek in de diagnose van primaire hoofdpijnsyndromen. (1C)

Overweeg het gebruik van een hoofdpijndagboek voor monitoring van hoofdpijnklachten, van therapeutische interventies en als basis voor overleg met de patiënt over zijn hoofdpijnklachten en de impact ervan. (1C)

Vraag de patiënt bij gebruik van een hoofdpijndagboek om gedurende een periode van minimaal 8 weken de volgende elementen te noteren (1C):

- Frequentie van hoofdpijnklachten
- Ernst van hoofdpijnklachten
- Duur van de hoofdpijnklachten
- Gebruik van medicatie bij hoofdpijn
- Mogelijke triggers
- Geassocieerde klachten
- Verband in de tijd met menstruatie

Behandeling van een acute aanval van spanningshoofdpijn
Om een acute aanval van spanningshoofdpijn te behandelen overweeg volgende behandelingsmethoden:

- Niet-farmacologisch:
    - Een positieve diagnose met uitleg over de diagnose en geruststelling dat andere pathologieën kunnen uitgesloten worden. (1B)
    - Erkennen dat hoofdpijn een medische aandoening is die impact kan hebben op de persoon zelf of zijn familie (1B)
    - Geef mondeling en schriftelijke uitleg over hoofdpijn. (1B)
    - Vermeld het risico op medicamenteus geïnduceerde hoofdpijn (good practice point)
    - Er is weinig evidentie voor manuele therapie of acupunctuur in de acute setting. (1B)
- Farmacologisch:
    - Start met paracetamol 1000mg (1A)
    - Indien onvoldoende controle: gebruik een NSAID. Ibuprofen 400mg is een veilige eerst keuze gezien het veiligheidsprofiel. (1A)
    - Combinatiepreparaten bestaande uit aspirine, paracetamol en cafeïne kunnen overwogen worden. (1B)
    - Opioïden hebben geen plaats in de behandeling van spanningshoofdpijn. (good practice point)
    - Er is geen wetenschappelijke evidentie voor het gebruik van spierontspannende medicatie. (good practice point)

Behandeling van chronische spanningshoofdpijn
De evaluatie en aanpak van psychische stress en overbelasting bij de patiënt, kunnen overwogen worden in de geïntegreerde therapeutische aanpak van chronische spanningshoofdpijn. (2C)

Therapeutische interventies zoals de gerichte aanpak van stressoren, relaxatie therapie, mindfulness en fysieke activiteit kunnen hier mogelijks voor gebruikt worden. (Good practice point)

Kinesitherapie/manuele therapie kan overwogen worden in de aanpak van chronische spanningshoofdpijn. (2C)

Er is vandaag geen evidentie voor het gebruik van profylactische medicatie in de behandeling van chronische spanningshoofdpijn. (2C)

Experten overwegen dat het voorkomen van zuivere chronische spanningshoofdpijn zeldzaam is. In geval van chronische hoofdpijnklachten dient de diagnose steeds kritisch bekeken te worden. Herevaluatie brengt mogelijk een migraneuze component aan het licht. (Good practice point)

Wanneer de patiënt met spanningshoofdpijn een hoge lijdensdruk ervaart en minder kan functioneren door de hoofdpijnklachten, is er mogelijk sprake van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). (Good practice point)

4.3. Implementatiefase

4.3.1.Peer review

De richtlijn werd besproken in twee seminariegroepen. Seminariegroep A bestond uit 9 HAIO's en 1 stagecoördinator. Seminariegroep B bestond uit 7 HAIO's en 1 stagecoördinator. Om zonder bias inzicht te krijgen in wat de gemiddelde kandidaat al weet over spanningshoofdpijn, werd hen eerst een vragenlijst gegeven om in te vullen. Nadien pas werd de richtlijn overlopen en besproken. We bespreken hier enkel de resultaten aangaande de onderwerpen van deze thesis, zijnde: anamnese, alarmsymptomen en acute behandeling.

De anamnestische kenmerken:

	Groep A	Groep B	Opmerkingen
Bilateraal	10/10	7/8	
Drukkend	10/10	8/8	
Matige intensiteit	8/10	7/8	
Indeling acuut/chronisch	7/10	7/8	Geen gouden regel vaak, eerder op gevoelsmatige basis.
Geen verergering bij fysieke activiteit	5/10	3/8	
Extra symptomen	2/10	2/8	Fotobobie en sonofobie werden vaak gezien als alarmsymtomen. Net als braken

Als we bovenstaande resultaten bekijken, zien we dat de kenmerken goed gekend zijn. Braken wordt terecht gezien als iets dat niet past bij spanningshoofdpijn, maar dat fotofobie of sonofobie ook bij de diagnose van spanningshoofdpijn kan passen is slecht gekend. Tevens zien we ook dat de grens tussen acute en chronische spanningshoofdpijn vaak eerder op intuïtieve basis gemaakt wordt. Dit onderscheid dient gemaakt te worden op basis van het aantal dagen hoofdpijn per maand. Meer dan 15 is chronisch. Minder dan 15 is acuut. Een terechte opmerking hierbij was dat het niet altijd gemakkelijk is om dit objectief te weten te komen. Patiënten schatten niet altijd even betrouwbaar hun ziekte in. Een hulpmiddel hierbij kan het hoofdpijndagboek zijn. Dat onderdeel wordt besproken in de thesis van Ada Maes.
Verder zagen beide groepen geen moeilijkheden wat dit onderdeel betreft.

De alarmsymptomen:

	Groep A	Groep B	Opmerkingen
Koorts	9/10	8/8	
Neurologische afwijkingen	8/10	7/8	
Gestegen bloeddruk	5/10	5/8	
braken	9/10	8/8	
Foto- en/of sonofobie	9/10	7/8	
Ernstige hoofdpijn	4/10	4/8	
nekstijfheid	10/10	8/8	
Sinuslast	3/10	2/8	Werd niet echt gezien als een alarmsymptoom.

Zeer plotse hoofdpijn	2/10	1/8
Positie gebonden hoofdpijn	1/10	0/8
Andere	0/10	0/8

Bovenstaande resultaten leren ons dat de alarmsymptomen om meningitis of ruimte innemende processen op te sporen goed gekend zijn. De alarmsymptomen voor andere aandoeningen zijn minder goed gekend. Bij het overlopen van de alarmsymptomen volgens de richtlijn, worden de meeste inderdaad wel gezien als alarmsymptoom. Hieruit kunnen we afleiden dat deze symptomen passief wel gekend zijn.
Een voorstel van groep B is dat het handig zou zijn indien het EMD deze alarmsymptomen kent en dat het een melding geeft indien een alarmsymptoom aanwezig is als je de diagnose van spanningshoofdpijn wilt noteren. Bijvoorbeeld: pas op uw patiënt heeft hypothyroïdie, hartfalen, hoge bloeddruk, etc. Het nadeel hiervan is dat het enkel werkt bij zeer goed ingevulde dossiers.
In groep A valt de opmerking dat de term 'alarmsymptomen' misschien niet zo goed gekozen is, aangezien het eigenlijk symptomen zijn die op andere zaken wijzen dan spanningshoofdpijn en verder onderzoek vereisen, maar daarom niet per se 'alarmerend' zijn.

De behandeling van acute spanningshoofdpijn:
We maken een onderscheid tussen 1e en 2e keuze wat behandeling betreft. 1e keuze is de behandeling die bij voorkeur wordt gestart en 2e keuze wat gestart zou worden indien onvoldoende effect van de 1e keuze therapie.

Behandeling van acute spanningshoofdpijn 1e keuze:

	Groep A	Groep B	Opmerkingen
Paracetamol	7/10	4/8	Iedereen koos voor 1g
NSAID	3/10	4/8	Meestal ibuprofen 600mg. 2 gaven de voorkeur aan 400mg.
Geruststelling	7/10	7/8	
Kinesitherapie	1/10	1/8	

Behandeling van acute spanningshoofdpijn 2e keuze:

	Groep A	Groep B	Opmerkingen
NSAID	6/10	4/8	
Tramadol	1/10	0/8	
Dafalgan codeïne	3/10	2/8	
Tramadol - paracetamol	0/10	1/8	
Spierontspanners	3/10	1/8	
Combinatie paracetamol, acetylsalicylzuur en cafeïne	1/10	1/8	
Kinesitherapie	9/10	8/8	
Stressreductie/ psycholoog	4/10	5/8	

Op niet-medicamenteus vlak zien we dat een groot deel van de patiënten initieel wordt gerustgesteld. Deze geruststelling bestaat volgens de groepen vooral uit het benadrukken van het goedaardige karakter (10/14) en het uitsluiten van erge zaken zoals een tumor of meningitis (14/14).

Vier mensen geven vaak ook een patiëntfolder mee (thuisarts.nl). De rest van de groep vindt dit een goed idee, aangezien deze patiënten niet altijd gemakkelijk gerust te stellen zijn.
Bij hardnekkige hoofdpijn wordt vaak kinesitherapie overwogen en soms wordt gevraagd naar mogelijke oorzaken en om deze aan te pakken.

Op medicamenteus vlak zien we goede resultaten: de meesten starten inderdaad met paracetamol of NSAID's. We zien dat combinatiepreparaten niet vaak gebruikt worden. Beide groepen gaven aan het niet goed te kennen en er weinig vertrouwd mee te zijn. Het zou nuttig kunnen zijn om informatie te verstrekken m.b.t.: posologie, neveneffecten, prijs, indicaties.
Verder zien we toch dat er geregeld opiaten of spierontspanners worden voorgeschreven als tweede keuze, ook al is hier geen evidentie voor. Bij verdere navraag zijn de voornaamste reden om deze producten te geven: op vraag van de patiënt, bij blijvende last en gebrek aan alternatief of in eigen praktijk goede resultaten mee behaald.

Onze richtlijn geeft aan dat het belangrijk is om de patiënten een duidelijke diagnose te geven, gerust te stellen, informatie mee te geven op papier en uit te leggen waarom ze niet teveel medicatie mogen nemen. Ook beide groepen zijn het hiermee eens dat er misschien iets te weinig aandacht aan dit luik wordt gegeven. Een folder die bijvoorbeeld in het EMD zit zou handig zijn.

De conclusie in beide groepen is dat er meer aandacht moet gaan naar het niet farmacologische luik van de behandeling en er meer aandacht moet komen voor de combinatiepreparaten als 2^{e} keuze behandeling. Met deze twee aanpassingen zou het misschien lukken om het gebruik van opiaten en spierontspanners te verminderen.

Samengevat noteren we onderstaande resultaten:
- Benadrukking nodig dat fotofobie en sonofobie ook bij spanningshoofdpijn kan passen.
- De onderverdeling van acuut en chronisch is respectievelijk: minder dan 15 dagen en meer dan 15 dagen.
- De term alarmsymptomen wordt best aangepast. Vb: doorverwijzingssymptomen, aandachtssymptomen, kenmerken niet passend bij spanningshoofdpijn, …
- Meer kennis rond de alarmsymptomen. Vb: in EMD implementeren.
- Meer kennis rond gebruik van combinatiepreparaten: posologie, neveneffecten, prijs, indicaties, …
- Meer aandacht aan niet farmacologische behandelingen: het geven van een duidelijke diagnose, geruststellen, informatie meegeven, medicatie overgebruik voorkomen. Vb: informatiefolder in EMD
- Minder gebruik van opiaten en spierontspanners, gezien geen evidentie.

4.3.2.Praktijkconsensus

Aan de hand van de literatuur en peerreview wordt beoogt een praktijkconsensus te ontwikkelen. Hiermee bedoelen we dat er voor elke patiënt met een bepaald probleem dezelfde stappen worden gevolgd. Hiervoor werd eerste het onderwerp afgelijnd. Er werd beslist om te focussen op de behandeling van acute spanningshoofdpijn.

Vanaf 1/9/2015 werd in mijn praktijk gevraagd om (acute) spanningshoofdpijn altijd te coderen en te noteren welke behandeling gestart werd. Na drie maand gebeurde er een audit om te bekijken hoe

acute spanningshoofdpijn behandeld wordt. Deze resultaten werden bestudeerd en vervolgens vergeleken met de richtlijn. De afwijkingen werden besproken. Er werd een consensus vastgelegd. Nadien gebeurde nog een tweede audit om te bekijken of de consensus gevolgd werd.

4.3.2.1. Beschrijving van de dagelijkse praktijk voor de consensus

Op 1/12/2015 gebeurde een audit via het EMD (medidoc), waarbij de 10 meest recente casussen gekozen worden. Hier onder vindt u de resultaten van deze audit:

Initialen	Leeftijd	Geslacht	Aard van de klachten	behandeling
I.L.	35j	Vrouw	Milde spanningshoofdpijn	paracetamol
T.DS.	28j	Man	Opstoot spanningshoofdpijn +++, stress	Kine, ibuprofen 600mg, diazepam 5mg
J.V	18j	Vrouw	Matige spanningshoofdpijn	Ibuprofen 600mg
L.C.	54j	Vrouw	Recidief spanningshoofdpijn	Diazepam 5mg, paracetamol 1g
S.D.	34j	Vrouw	Spanningshoofdpijn +++	Diazepam 5mg, ibuprofen 600mg
R.S.	35j	Man	Spanningshoofdpijn	Ibuprofen 600mg
C.S.	29j	Vrouw	Spanningshoofdpijn, al 2 weken	Kine, paracetamol, voltarengel
F.V.	30j	Man	Spanningshoofdpijn	paracetamol
Y.T.	26j	Man	Spanningshoofdpijn, frequent last van	Kine, paracetamol
U.C.	55j	Vrouw	Spanningshoofdpijn +++	Dafalgan codeïne

Deze audit werd besproken met de twee collega's dr. Van Vaerenberg en dr. Heylbroeck. Er werd gezien dat er meestal gestart word met paracetamol of ibuprofen, wat goed overeenstemt met de richtlijn. Het gebruik van combinatiepreparaten komt niet voor in deze beperkte audit. Beide collega's geven wel aan deze producten te kennen, maar plaatsen het meer in de behandeling van migraine. We zien een voorschrift voor dafalgan codeïne, wat volgens de voorschrijvend arts vooral op vraag van patiënt was, zelden dat dit zelf gestart zou worden als behandeling voor spanningshoofdpijn. Enkele keren zien we dat diazepam wordt voorgeschreven. Beide artsen zeggen hiermee bij hardnekkige spanningshoofdpijn, zeker wanneer de trapeziusspieren gespannen staan, goede resultaten te bereiken. Niet farmacologisch zien we dat kinesitherapie af en toe wordt voorgeschreven. Volgens de artsen doen ze dit vooral indien al langere tijd last of wanneer de trapeziusspieren gespannen aanvoelen. Er staat echter nergens informatie genoteerd over andere vormen van niet medicamenteuze aanpak, dit werd vergeten te noteren. Meestal bestond dit uit geruststellen. Er werden nooit patiënten folders meegegeven.

4.3.2.2. Consensus

Voor elke patiënt die voldoet aan de criteria van acute spanningshoofdpijn zonder aanwezigheid van alarmsymptomen wordt vanaf nu het volgende stappenplan gevolgd met als doel zo evidence-based mogelijk te werken en zo weinig mogelijk producten te gebruiken die geen bewezen nut hebben, maar wel potentieel schadelijk zijn.

Uitleg: - Diagnose van spanningshoofdpijn duidelijk geven. - Geruststelling: goedaardig karakter + uitsluiten van ernstige zaken als meningitis, tumor, … - Patiënt folder meegeven van thuisarts.nl (www.thuisarts.nl/hoofdpijn/ik-heb-spanningshoofdpijn-0) en met patiënt overlopen. - Uitleg over risico bij medicatie overgebruik.

+

1e keuze: paracetamol 1g 2e keuze: ibuprofen 600mg 3e keuze: combinatiepreparaten (excedryn, pedolan compositum)

+/-

Kinesitherapie wanneer de hoofdpijn al enkele dagen aanhoudt of indien trapezius spieren gespannen.

5. Conclusie

De op literatuur gebaseerde richtlijn werd niet meer verder aangepast na de peerreview en het maken van de praktijkconsensus.

6. Referenties

Bronnenlijst	
1	Department of general practice, KU Leuven. Intego-project. [Online]. 2011]; Available from: URL:http://www.intego.be
2	Färkkilä M. EBM guidelines, Tension-Type Headache. Duodecim Medical Publications Ltd 2013. Available from: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home
3	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of headache in adults. 2008.
4	National Clinical Guideline Centre. Clinical Guideline 150 Headaches Diagnosis and management of headaches in young people and adults. National Institute for Health and Clinical Excellence.September 2012.
5	Steiner TJ, Lange R, Voelker M. Aspirin in episodic tension-type headache: placebo-controlled dose-ranging comparison with paracetamol. Cephalalgia. 2003.
6	Dahlof CG, Jacobs LD. Ketoprofen, paracetamol and placebo in the treatment of episodic tension-type headache. Cephalalgia. 1996.
7	Diener HC, Pfaffenrath V, Pageler L, Peil H, Aicher B. The fixed combination of acetylsalicylic acid, paracetamol and caffeine is more effective than single substances and dual combination for the treatment of headache: a multicentre, randomized, double-blind, single-dose, placebocontrolled parallel group study. Cephalalgia. 2005
8	Mehlisch DR, Weaver M, Fladung B. Ketoprofen, acetaminophen, and placebo in the treatment of tension headache. Headache. 1998
9	Packman B, Packman E, Doyle G, Cooper S, Ashraf E, Koronkiewicz K et al. Solubilized ibuprofen: evaluation of onset, relief, and safety of a novel formulation in the treatment of episodic tension-type headache. Headache. 2000
10	Pini LA, Del BE, Zanchin G, Sarchielli P, Di TG, Prudenzano MP et al. Tolerability and efficacy of a combination of paracetamol and caffeine in the treatment of tension-type headache: a randomised, double-blind, double-dummy, cross-over study versus placebo and naproxen sodium. Journal of Headache & Pain. 2008
11	Prior MJ, Cooper KM, May LG, Bowen DL. Efficacy and safety of acetaminophen and naproxen

	in the treatment of tension-type headache. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Cephalalgia. 2002
12	Steiner TJ, Lange R. Ketoprofen (25 mg) in the symptomatic treatment of episodic tension-type headache: double-blind placebo-controlled comparison with acetaminophen (1000 mg). Cephalalgia. 1998
13	Diener HC, Gold M, Hagen M. Use of a fixed combination of acetylsalicylic acid, acetaminophen and caffeine compared with acetaminophen alone in episodic tension-type headache: meta-analysis of four randomized, double-blind,placebo-controlled, crossover studies. J Headache Pain. 2014 Nov 19;15:76. doi: 10.1186/1129-2377-15-76. PubMed PMID: 25406671; PubMed Central PMCID: PMC4256978.
14	Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Lenssinck ML, Passchier J, Kroes BW. [Treatment of tension type headache: paracetamol and NSAIDs work: a systematic review]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1924. Review. Dutch. PubMed PMID:20699021.
15	L. Bendtsen, S. Everes, M. Linde, D.D. Mitsitoskas, G. Sandrini and J. Schoenen EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – Report of an EFNS task force.
16	Medicamenteuze koorts- en pijnbestrijding. BCFI. Available from www.bcfi.be/nl/chapters/9?frag=6403
17	Kubitzek F, Ziegler G, Gold MS, Liu JM, Ionescu E. Low-dose diclofenac potassium in the treatment of episodic tension-type headache. European Journal of Pain. 2003
18	Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD007587. doi: 10.1002/14651858.CD007587. Review. PubMed PMID: 19160338; PubMed Central. PMCID: PMC3099266.
19	Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for tension-type headaches: a systematic review of randomized controlled trials. Complement Ther Med. 2012 Aug;20(4):232-9. doi: 10.1016/j.ctim.2011.12.001. Epub 2011 Dec 29. Review. PubMed PMID: 22579436.
20	N. Delvaux, S. Van de Velde, H. Philips, P. Van Royen, J. Vanschoenbeek, M. Goossens. Adaptatie Duodecim Richtlijnen: handboek voor HAIO's over de inhoudelijke en contextuele aanpassingen van Duodecim richtlijnen op EBMpracticenet.be. 13 juli 2013. P. 16.
21	The ADAPTE collaboration (2009). The ADAPTE process: resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Available from http://g-i-n.net
22	Bosschieter J. Matrix adaptatie duodecim richtlijn; tension-type headache. Available by email to the address: jellebosschieter@gmail.com.
23	Diagnosis and Management of Headache in Adults: Supporting Material: Search Strategy. Available from: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign107strategy.pdf
24	Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia 2004; 24 (1): p 1-160
25	Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33(9): p629–808
26	Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia 2007;27(3):193- 210.
27	Lipton RB, Cady RK, Stewart WF, Wilks K, Hall C. Diagnostic lessons from the spectrum study. Neurology 2002;58(9 Suppl 6):S27-31
28	Tepper SJ, Dahlof CG, Dowson A, Newman L, Mansbach H, Jones M, et al. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physician with a complaint of headache: data from the Landmark Study. Headache 2004;44(9):856-64. 21. Vernooij MW, Ikram MA, Tanghe HL, Vincent AJ,
29	British Association for the Study of Headache. Guidelines for all healthcare professionals in the

	diagnosis and management of migraine, tension-type, cluster and medication-overuse headache, 3rd edition. Hull; 2007.
30	US Headache Consortium, Frishberg BM, Rosenberg JH, Matchar DB, McCrory DC, Pietrzak MP, et al. Evidence based guidelines in the primary care setting: neuroimaging in patients with non-acute headache. [cited 16 Oct 2008]. Available from url: http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0088.pdf
31	Dodick DW. Diagnosing headache: clinical clues and clinical rules. Adv Stud Med 2003;3(2):87-92.
32	Fisher CM. Late-life migraine accompaniments--further experience. Stroke 1986;17(5):1033-42.
33	Landtblom AM, Fridriksson S, Boivie J, Hillman J, Johansson G, Johansson I. Sudden onset headache: a prospective study of features, incidence and causes. Cephalalgia 2002;22(5):354-60.
34	Locker TE, Thompson C, Rylance J, Mason SM. The utility of clinical features in patients presenting with nontraumatic headache: an investigation of adult patients attending an emergency department. Headache 2006;46(6):954-61.
35	Maggioni F, Dainese F, Mainardi F, Lisotto C, Zanchin G. Intermittent angle-closure glaucoma in the presence of a white eye, posing as retinal migraine. Cephalalgia 2005;25(8):622-6
36	American College for Emergency Physicians (ACEP). Critical issues in the evaluation and management of patients presenting to the emergency department with acute headache. Ann Emerg Med 2002;39:108-22
37	Aygun D, Bildik F. Clinical warning criteria in evaluation by computed tomography the secondary neurological headaches in adults. Eur J Neurol 2003;10:437-42.
38	Shibata T, Kubo M, Kuwayama N, Hirashima Y, Endo S. Warning headache of subarachnoid hemorrhage and infarction due to vertebrobasilar artery dissection. Clin J Pain 2006;22(2):193-6
39	Linn FH, Rinkel GJ, Algra A, van Gijn J. Headache characteristics in subarachnoid haemorrhage and benign thunderclap headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1998;65(5):791-3.
40	Agostoni E. Headache in cerebral venous thrombosis. Neurol Sci 2004;25(3 Suppl Oct):S206-10.
41	Joseph R, Cook GE, Steiner TJ, Clifford Rose F. Intracranial space-occupying lesions in patients attending a migraine clinic. Practitioner 1985;229(1403):477-81.
42	Schievink WI. Misdiagnosis of spontaneous intracranial hypotension. Arch Neurol 2003;60(12):1713-8.
43	Skau M, Brennum J, Gjerris F, Jensen R. What is new about idiopathic intracranial hypertension? An updated review of mechanism and treatment. Cephalalgia 2006;26(4):384-99
44	Cumurciuc R, Crassard I, Sarov M, Valade D, Bousser MG. Headache as the only neurological sign of cerebral venous thrombosis: a series of 17 cases. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76(8):1084-7.
45	Iurlaro S, Beghi E, Massetto N, Guccione A, Autunno M, Colombo B, et al. Does headache represent a clinical marker in early diagnosis of cerebral venous thrombosis? A prospective multicentric study. Neurol Sci 2004;25(Suppl 3):S298-9.
46	Smetana GW, Shmerling RH. Does this patient have temporal arteritis? JAMA 2002;287(1):92-101.
47	van de Beek D, de Gans J, Spanjaard L, Weisfelt M, Reitsma JB, Vermeulen M. Clinical features and prognostic factors in adults with bacterial meningitis. New Engl J Med 2004;351(18):1849-59.
48	Adelman JU, Von Seggern RL, Mannix LK. Migraine headaches: Implications for management from a nationwide patient survey. Headache Quarterly. 2000; 11(2):105-112. (Guideline Ref ID ADELMAN2000)
49	Belam J, Harris G, Kernick D, Kline F, Lindley K, McWatt J et al. A qualitative study of migraine involving patient researchers. British Journal of General Practice. 2005; 55(511):87-93. (Guideline Ref ID BELAM2005)

50	Henderson J. Migraine in women twenty-six to forty-five years of age. Australian Journal of Holistic Nursing. 1999; 6(2):10-19. (Guideline Ref ID HENDERSON1999)
51	Melchart D, Streng A, Hoppe A, Brinkhaus B, Witt C, Wagenpfeil S et al. Acupuncture in patients with tension-type headache: randomised controlled trial. BMJ (Clinical Research Ed). 2005; 331(7513):376-382. (Guideline Ref ID MELCHART2005)
52	Moloney MF, Strickland OL, De Rossett SE, Melby MK, Dietrich AS. The experiences of midlife women with migraines. Journal of Nursing Scholarship. 2006; 38(3):278-285. (Guideline Ref ID MOLONEY2006)
53	Peters M, Abu-Saad HH, Vydelingum V, Dowson A, Murphy M. Patients' decision-making for migraine and chronic daily headache management. A qualitative study. Cephalalgia. 2003; 23(8):833-841. (Guideline Ref ID PETERS2003)
54	Peters M, Abu-Saad HH, Vydelingum V, Dowson A, Murphy M. Migraine and chronic daily headache management: a qualitative study of patients' perceptions. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2004; 18(3):294-303. (Guideline Ref ID PETERS2004)
55	Loder E. Cluster headache from the patient's point of view. Current Pain and Headache Reports. 2005; 9(2):120-125. (Guideline Ref ID LODER2005)
56	Packard RC. What does the headache patient want? Headache. 1979; 19(7):370-374. (Guideline Ref ID PACKARD1979)
57	Raieli V, Compagno A, Pandolfi E, La Vecchia M, Puma D, La Franca G et al. Headache: what do children and mothers expect from pediatricians? Headache. 2010; 50(2):290-300. (Guideline Ref ID RAIELI2010)
58	Rozen TD. Migraine prevention: what patients want from medication and their physicians (a headache specialty clinic perspective). Headache. 2006; 46(5):750-753. (Guideline Ref ID ROZEN2006)
59	Diamond S, Balm TK, Freitag FG. Ibuprofen plus caffeine in the treatment of tension-type headache. Clinical Pharmacology & Therapeutics. 2000; 68(3):312-319. (Guideline Ref ID DIAMOND2000)
60	Sargent JD, Peters K, Goldstein J, Madison DS, Solbach P. Naproxen sodium for muscle contraction headache treatment. Headache. 1988; 28(3):180-182. (Guideline Ref ID SARGENT1988
61	Schachtel BP, Thoden WR. Onset of action of ibuprofen in the treatment of muscle-contraction headache. Headache. 1988; 28(7):471-474. (Guideline Ref ID SCHACHTEL1988)
62	Derry S, Wiffen PJ, Moore R, Bendtsen L. Oral ibuprofen for acute treatment of episodic tension type headache in adults. Cochrane database of Systematic Reviews. 31/7/2015. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011474.pub2/abstract;jsessionid=35FE154C61A949AF932A09A18A6D2453.f02t02
63	Friedman AP, DiSerio FJ. Symptomatic treatment of chronically recurring tension headache: a placebo-controlled, multicenter investigation of Fioricet and acetaminophen with codeine. Clinical Therapeutics. 1987; 10(1):69-81. (Guideline Ref ID FRIEDMAN1987)
64	Diamond S, Freitag FG. The use of ibuprofen plus caffeine to treat tension-type headache. Curr Pain Headache Rep. 2001 Oct;5(5):472-8. PubMed PMID: 11560814.
65	Schachtel BP, Furey SA, Thoden WR. Nonprescription ibuprofen and acetaminophen in the treatment of tension-type headache. J Clin Pharmacol. 1996 Dec;36(12):1120-5. PubMed PMID: 9013368.
66	Lange R, Lentz R. Comparison ketoprofen, ibuprofen and naproxen sodium in the treatment of tension-type headache. Drugs Exp Clin Res. 1995;21(3):89-96. PubMed PMID: 7555617.
67	Migliardi JR, Armellino JJ, Friedman M, Gillings DB, Beaver WT. Caffeine as an analgesic adjuvant in tension headache. Clin Pharmacol Ther. 1994 Nov;56(5):576-86. PubMed PMID: 7955822

68	Derry S, Wiffen PJ, Moore R, Bendtsen L. Oral ibuprofen for acute treatment of episodic tension type headache in adults. Cochrane database of Systematic Reviews. 31/7/2015. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011474.pub2/abstract;jsessionid=35FE154C61A949AF932A09A18A6D2453.f02t02

7. Bijlagen:

7.1. Aanvraag aan ethische commissie:

Aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Gelieve in te loggen op http://gbiomed.kuleuven.be/apps/ec om deze aanvraag te controleren.

Samenvatting aanvraag

duodecimrichtlijn: Spanningshoofdpijn

Student(en):

Jelle Bosschieter (jelle.bosschieter@student.kuleuven.be)
Ada Maes (ada.maes@student.kuleuven.be)

Faculteit:

Geneeskunde

Opleiding:

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is:

mono centrisch

De opdrachtgever is:

academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:

Overige.

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

aanpassen van reeds bestaande duodecimrichtlijn met betrekking 'spanningshoofdpijn'

literatuurstudies werden reeds afgerond.

Vraagstelling:

Nu zal worden nagegaan of onze geadapteerde richtlijn in de praktijk haalbaar is, door te overleggen met andere haio's en artsen. Zo zoeken we de pijnpunten.

Methodologie:

- bespreking in 2 huisartspraktijken

- bespreking in 2 seminariegroepen

- bespreking in 1 lokgroep

Referenties:

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

Promotor:

Paul De Cort (Paul.DeCort@med.kuleuven.be - u0004414 -)

Registratienummer:

mp08188

7.2. Goedkeuring ethische commissie:

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.

Het is niet duidelijk in het project wat "overleg" of "bespreking" precies inhoudt. Kan dit wat preciezer? Vijf minuutjes met een paar collega's? focusgroep? vragenlijst? ... Wat zijn de onderzoeksvragen?

Met vriendelijke groeten

Martine Goossens