Implementatie van de richtlijn in het kader van vaginitis en vaginose door de huisartsen van een huisartsenkring.

Backaert Hélène, VUB

Promotor: Prof. Dr. Vandevoorde Jan, VUB

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

IMPLEMENTATIE VAN DE RICHTLIJN IN HET KADER VAN VAGINITIS EN VAGINOSE DOOR DE HUISARTSEN VAN EEN HUISARTSENKRING.

Haio: Backaert Hélène – VUB

Promotor: Prof. Dr. Vandevoorde Jan – VUB

Praktijkopleider: Dr. Jorn Lully

CONTEXT: Tijdens onze opleiding wordt gehamerd op het bestaan en het gebruiken van de wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen als leidraad. In de praktijk merkte ik echter dat de implementatie ervan echter niet altijd vlot verloopt. Ook uit de literatuur blijkt dat artsen de richtlijnen niet steeds volgen.

ONDERZOEKSVRAAG: Wat is het beleid van de huisartsen van het wachtgebied Waasland West wanneer zij geconfronteerd worden met een patiënte met klachten van vaginale fluor? Implementeren zij de richtlijn van Domus Medica in het kader van vaginitis en vaginose in de praktijk?

Wat zijn de redenen om deze richtlijn al dan niet toe te passen? Zijn er factoren die we kunnen beïnvloeden teneinde de kwaliteit van de zorg voor patiënten te bevorderen? Zijn de huisartsen dan bereid om de richtlijn nauwlettender te volgen?

METHODE: Voor het literatuuronderzoek raadpleegde ik Pubmed, Web of Knowledge en Web of Science met de zoektermen 'clinical guidelines', 'implementation guidelines' en 'developing guidelines' en vond ik verschillende artikels. Aan de hand van de bestaande richtlijn in het kader van vaginitis en vaginose stelde ik een vragenlijst op en in een interview bevroeg ik mijn collega's van het wachtgebied Waasland West omtrent hun beleid wanneer zij patiënten hebben met klachten van vaginitis en vaginose, of ze daarbij de richtlijn volgen, en of ze in de toekomst bereid zijn om de richtlijn nauwkeuriger te volgen. De bekomen resultaten werden gecodeerd met behulp van Atlas.ti.

RESULTATEN: Zowel uit de literatuur als uit mijn onderzoek blijkt dat huisartsen de richtlijnen niet altijd goed implementeren. Vooral de aanbevelingen omtrent diagnostiek in deze specifieke richtlijn rond vaginitis en vaginose worden niet gevolgd. Anamnese doen de meeste artsen goed maar er zijn slechts zeven artsen die altijd klinisch onderzoek doen. De bijkomende onderzoeken die worden voorgesteld, namelijk de pH-meting, de aminetest, microscopie en/of staalname voor gramkleuring en kweek in het labo worden slechts weinig uitgevoerd. Vooral tijd, de praktische organisatie en het gebrek aan kennis spelen daar een rol in. Wat betreft de aanbevelingen omtrent behandeling doen de artsen het dan wel goed. Er wordt ook gepeild naar de bereidheid om de richtlijn in de toekomst nauwkeurig(er) te volgen. De meerderheid van de artsen zien richtlijnen in het algemeen als een nuttig zeer instrument en zij engageren zich voor een betere implementatie in de praktijk. Doch, voor deze specifieke richtlijn, blijven de kanttekeningen die gemaakt worden bij de aanbevelingen qua omtrent diagnostiek overeind. Het bijschaven van de kennis, minder tijdsdruk en een praktische uitleg zijn extra motivatie voor de huisartsen in hun engagement.

CONCLUSIE: Het beleid van de huisartsen van wachtgebied Waasland West strookt niet met de richtlijn in het kader van vaginitis en vaginose die Domus Medica vooropstelt. Vooral qua diagnostiek worden de aanbevelingen niet praktisch gevonden. Wat betreft de aanbevelingen voor behandeling leunt het beleid van de artsen wel aan bij de aanbevelingen van Domus Medica. Deze groep artsen ziet voor het grootste deel wel het voordeel in van richtlijnen. Hoewel ze hun bedenkingen hebben bij de haalbaarheid van de nauwkeurige implementatie van deze specifieke richtlijn, willen ze zich hiervoor toch engageren.

E-MAIL: helenebackaert@gmail.com

Voorwoord

Vele mensen hebben meegeholpen aan de totstandkoming van deze thesis. Ik wil graag van

de gelegenheid gebruik maken om hen te bedanken voor hun steun, inzet en vertrouwen.

Vooreerst wil ik mijn promotor, Prof. Dr. Vandevoorde bedanken voor de begeleiding. De aansporende mailtjes en het vakkundig advies, waren precies wat ik nodig had.

Mijn praktijkopleider, Dr. Jorn Lully ben ik eeuwige dank verschuldigd. Bedankt voor het geduld, de talloze lessen, de ruimte die je mij hebt gegeven om mezelf te ontplooien tot de huisarts die ik ben.

Cleo, mijn collega, maar ondertussen veel meer dan dat. Ook aan jou ben ik een hoop verschuldigd. Je hebt me veel geleerd, maar daarnaast stond je ook altijd klaar voor een bemoedigend woordje en een portie plezier. Hoewel het einde van onze samenwerking met rasse schreden nadert, ben ik er van overtuigd dat dit pas het begin is van een mooie vriendschap.

Dank je wel aan mijn Staco, Dr. Hans Wauters, en mijn collega's van het seminarie. De deadlines waar ik spontaan van begon te zweten, waren een immense hulp!

Dank je wel aan mijn broers en zus schoonbroer en schoonzussen! Onze uitbreidende familie maakt elke bijeenkomst tot een groot feest.

Anne, altijd bereid voor advies, een warme knuffel, lekker eten, en nog zoveel meer. Wat een geluk dat jij er bent!

Papa, bedankt voor alles wat je voor mij gedaan hebt. Ik heb niet genoeg woorden om mijn dankbaarheid uit te drukken. Ik kijk uit naar onze samenwerking!!!

Ina, mijn liefje, zonder jouw steun en vertrouwen was ik hier nooit geraakt. "Best effort" heeft nog nooit zo gemakkelijk aangevoeld. We gaan samen een mooie toekomst tegemoet, Pitje, jij en ik…..

Merci iedereen!!!

Inhoudstafel

1. Inleiding..... 1

    1.1. Achtergrond..... 1

    1.2. Oriënterend literatuuronderzoek..... 1

    1.3. Concrete vraagstelling..... 3

2. Methodologie..... 4

3. Resultaten..... 6

    3.1. Vragen naar het beleid van de huisartsen..... 7

        3.1.1. Anamnese..... 7

        3.1.2. Klinisch onderzoek..... 8

        3.1.3. Bijkomende onderzoeken..... 9

        3.1.4. Behandeling..... 13

    3.2. Vragen in verband met de implementatie van de aanbevelingen in de richtlijn..... 15

4. Discussie..... 17

5. Conclusie..... 23

6. Referenties..... 25

Bijlagen

    A. Vragenlijst voor het interview

    B. Informatieformulier en toestemmingsformulier

    C. Goedgekeurd protocol

        Advies van de commissie Medische Ethiek

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Als beginnend arts, net van de schoolbanken, was ik zeer gemotiveerd om de theorie, die we in de vorm van de richtlijnen geleerd hadden, om te zetten in de praktijk. Al vrij snel werd echter duidelijk dat het in de praktijk vaak anders loopt.

De richtlijnen zijn, voor elk van ons, een leidraad om aan evidence-based medicine (EBM) te doen. Elke casus moet afzonderlijk beoordeeld worden, en elke arts handelt naar vermogen en met de middelen die zij of hij ter beschikking heeft.

Zeer specifiek naar aanleiding van een aantal casussen in het kader van vaginitis en vaginose, merkte ik een duidelijke discrepantie tussen de richtlijn die Domus Medica vooropstelt en de praktijk. In de praktijk waar ik mijn opleiding geniet is er bovendien tussen de verschillende collega's een verschil in aanpak.

Domus Medica[1] is een vzw die instaat voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskundige richtlijnen (nu ook in opdracht van EBMPracticenet[2]) en deze worden beschouwd als aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering voor de Vlaamse huisartsen.

1.2 Oriënterend literatuuronderzoek

Niet enkel uit mijn beperkte ervaring, maar ook uit verschillende wetenschappelijke studies blijkt dat de richtlijnen weinig geïntegreerd worden in de praktijk[3-12].

Richtlijnen worden door artsen gezien als een goede leidraad. Ze zijn een hulpmiddel in de praktijk om op een wetenschappelijk onderbouwde manier aan geneeskunde te doen. Uit literatuur blijkt dat de richtlijnen de kwaliteit van onze gezondheidszorg ten goede komen[13-16]. Toch is de implementatie en toepassing van de richtlijnen in de praktijk voor vele artsen geen evidentie[3-12], en dit omwille van een veelvoud van redenen. De aanbevelingen in de richtlijn zelf, de manier waarop ze gepresenteerd worden en de beschikbaarheid van een korte samenvatting spelen een rol in het gebrek aan

implementatie[17]. Ook wat betreft de totstandkoming van de richtlijn verwachten de artsen een zekere openheid[18]. Het is belangrijk voor vele artsen dat het toepassen van de aanbevelingen in de richtlijn in de praktijk vlot te organiseren is. Het is echter de attitude van de artsen ten opzichte van de richtlijnen die de belangrijkste factor is in de implementatie ervan in de dagdagelijkse praktijk[19-21].

Alles begint bij de ontwikkeling van de richtlijn. Het is voor de artsen belangrijk dat er informatie beschikbaar is over het tot stand komen van de richtlijn zelf[18, 22-25]. Expliciete bronvermelding en duidelijkheid over waarom een richtlijn opgesteld werd, zijn noodzakelijk om de credibiliteit ervan te verhogen. Wanneer praktiserende artsen betrokken worden bij de ontwikkeling van een richtlijn, wordt dit positief onthaald[24,26].

Een goede richtlijn wordt ook op regelmatige basis herzien. Een studie van Shekelle et al onderzocht hoelang het duurt vooraleer een richtlijn minder bruikbaar wordt[27]. Daaruit bleek dat na 3.6 jaar 90% van de richtlijnen nog steek houden, maar dat dit 2 jaar later nog slechts 50% bedraagt. Ze concluderen dat een richtlijn idealiter na 3 jaar geüpdatet wordt, maar dat deze termijn, in functie van de pathologie waarover het gaat, kan verlengd (bij bijvoorbeeld stabielere aandoeningen) of verkort (bij eerder snel evoluerende pathologieën) worden. De manier waarop zo'n herziening gebeurt, kan best via een systematische literatuurstudie, al dan niet aangevuld met de mening van experten. Shekelle et al merken trouwens op dat het ontwikkelen van een richtlijn een continu gegeven moet zijn. Met andere woorden, dat men niet éénmalig een richtlijn kan opstellen en dan drie jaar later nog eens samenkomt voor een herziening, maar dat men bij voorkeur elke 6 tot 12 maand literatuuronderzoek doet, en bovendien ook wisselende groepen van experten bijeen laat komen. Die expertgroepen bestaat bij voorkeur uit de ontwikkelaars én mensen die niet betrokken waren bij de initiële opstelling, om op die manier bias te voorkomen[27].

Richtlijnen worden door hulpverleners naar waarde geschat op basis van gebruiksgemak en evidentie[19,28-31]. Belangrijk is dat ze hun persoonlijke ervaring kunnen rijmen met de wetenschappelijke

achtergrond van de richtlijnen om zo de kwaliteit van de zorg voor de individuele patiënt te optimaliseren[19,28-31].

De implementatie van richtlijnen is niet meer of niet minder dan de daad bij het woord voegen met een aantal welomschreven maatregelen om zo beleid in goede resultaten om te zetten[32].

Het rechtstreeks gevolg van deze concrete acties is het feit dat de artsen de richtlijnen beter volgen en de uitkomsten verbeteren.

Volgens een onderzoek van Grol et al naar de karakteristieken van de richtlijnen die beter of in tegendeel net slechter geïmplementeerd worden, worden niet-omstreden, evidence-based richtlijnen het best toegepast[19]. Richtlijnen die een grote aanpassing van de gewoontes van de huisartsen vragen, werden slechter gevolgd. Concrete richtlijnen die gedetailleerde en praktijkgerichte aanbevelingen doen over wat de artsen moeten doen in specifieke omstandigheden en bij specifieke patiëntengroepen, werden meer toegepast in de praktijk dan algemene, vagere richtlijnen. Korte samenvattingen met daarin klare niet te veel wetenschappelijke formuleringen en een meer individuele benadering, vinden hulpverleners ook nuttiger[22-23,33-34].

Goede richtlijnen bieden ondersteuning aan de artsen, maar laten ook voldoende ruimte voor interpretatie en shared decision-making[23,35-42].

De richtlijnen zijn actueel heel toegankelijk. Je kan ze gratis raadplegen via online databases. Toch worden papieren steekkaarten met korte samenvattingen ook geapprecieerd[23].

Wanneer de artsen concrete informatie krijgen over hoe ze de richtlijn kunnen implementeren in hun praktijk, zijn ze meer geneigd om de richtlijn te gebruiken[43-44].

1.3 Concrete vraagstelling

Wat is het beleid van de huisartsen van het wachtgebied Waasland West wanneer zij geconfronteerd worden met een patiënte met klachten van vaginale fluor? Implementeren zij de aanbevelingen in de richtlijn van Domus Medica in het kader van vaginitis en vaginose in hun dagdagelijkse praktijk?

Wat zijn de redenen om deze richtlijn al dan niet toe te passen? Zijn er factoren die we kunnen beïnvloeden teneinde de kwaliteit van de zorg voor patiënten te bevorderen? Zijn de huisartsen dan bereid om de aanbevelingen in de richtlijn nauwlettender te volgen?

2. Methodologie

Het oriënterend literatuuronderzoek baseerde ik op artikels gevonden via de zoektermen 'clinical guidelines', 'implementation guidelines' en 'developing guidelines'. Voor de meest recente artikels raadpleegde ik volgende databasen: Pubmed, Web of Knowledge en Web of Science. Artikels werden geselecteerd op basis van titel, abstract en taal.

Ik stelde een vragenlijst op voor een interview (zie bijlage A). Ik startte met een aantal vragen over de artsen zelf en over hun praktijk, hun patiëntenpopulatie en de drukte van hun praktijk. De vragenlijst beoogde dan uiteraard te peilen naar de kennis van de aanbevelingen in de richtlijn van Domus Medica in het kader van vaginitis en vaginose en de mate van implementatie hiervan. De richtlijn die ik gebruikte om dit deel van mijn vragenlijst op te stellen, is de "Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Vaginitis en vaginose", opgesteld door Vandevoorde et al[45]. Zij verscheen reeds in 2002, kwam tot stand onder coördinatie van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen -Stuurgroep Aanbevelingen. Onder die vorm werd zij opgenomen in de database met richtlijnen van Domus Medica.

Sinds de start van mijn onderzoek verscheen in oktober 2016 een nieuwe richtlijn in de database van Domus Medica, "Vulvovaginale klachten bij vrouwen met vulvovaginitis en vaginose in de reproductieve levensfase" van Van Royen et al[46]. In grote lijnen is er in de aanbevelingen niet zo immens veel veranderd. Er werd bij de herziening nieuwe literatuur bestudeerd en geïntegreerd in de richtlijn.

Er is een verschil in opbouw van de richtlijn. In 2002 werd de wetenschappelijke onderbouwing vooral

in een voetnoot beschreven, en in 2016 werd de onderbouwing in even groot lettertype toegevoegd aan de aanbeveling. Waar in 2002 het beleid in geval van zwangerschap verwerkt werd in de algemene aanbevelingen, is er in 2016 aandacht geschonken aan een aparte paragraaf voor de behandeling van vaginitis/vaginose tijdens de zwangerschap. In 2002 was er een volledig hoofdstuk gewijd aan vulvovaginitis bij het kind, en in 2016 kwam dit niet aan bod. Wat praktisch van belang is voor vele huisartsen is dat er in 2002, zowel voor diagnostiek als behandeling van vaginitis en vaginose een handige steekkaart werd opgemaakt, met een synthese waar je alle nodige informatie kan terugvinden. In de hernieuwing van de richtlijn is deze korte samenvatting (nog) niet opgesteld. Inhoudelijk zijn de verschillen voornamelijk in de details te vinden. Eén belangrijk verschil is echter dat men in 2016 schrijft dat, wanneer er typische klachten zijn, zoals jeuk en irritatie, die door de patiënte goed herkend worden op basis van een eerder doorgemaakte (en eventueel succesvol behandelde) candida-infectie, klinisch onderzoek niet noodzakelijk is.[45-46]

Daarnaast trachtte ik met de vragenlijst te achterhalen of er bij de huisartsen van het wachtgebied Waasland West een bereidheid is om, indien ze de richtlijn nog niet implementeren, dit toch nauwkeuriger te doen.

Via e-mail contacteerde ik mijn 35 collega's van de wachtkring Waasland West met de vraag of ze wilden meewerken aan mijn onderzoek. Op die manier toonden slechts een zevental zich bereid om zich te laten interviewen. Vervolgens nam ik met de collega's die nog niet hadden toegezegd ook telefonisch contact op. Deze directe aanpak wierp toch vruchten af en ik kon in totaal nog een 17 extra artsen motiveren om mee te werken aan mijn studie.

Ik gaf hen slechts een summiere beschrijving van het doel van mijn onderzoek, omdat ik wou voorkomen dat de artsen zich zouden verdiepen in het onderwerp, en met een opgefrist geheugen naar het interview zouden komen.

Gewapend met mijn vragenlijst ging ik op interview bij de huisartsen die wilden meewerken aan mijn onderzoek. Op die moment gaf ik hen wel uitgebreide informatie over het doel van mijn studie, ik gaf

hun een informatieformulier dat ze konden doornemen en liet hen een informed consent tekenen (zie bijlage B).

Hun antwoorden werden met behulp van het programma Atlas.ti gecodeerd om de privacy te garanderen. Met ditzelfde programma voerde ik een kwalitatieve analyse uit van de gecodeerde gegevens om gemeenschappelijke antwoorden naar voren te laten komen.

3. Resultaten

Ik contacteerde mijn 35 collega's van wachtgebied Waasland West met de vraag of ik in het kader van mijn masterproef bij hen mocht langs komen voor een interview over hun beleid bij patiënten met klachten van vaginitis en/of vaginale fluor. Onder hen waren er 24 bereid om mij te ontvangen. U vindt een aantal karakteristieken van deze huisartsen en hun praktijk in tabel 1.

Karakteristieken		Aantallen
N		24
Geslacht	Vrouw Man	13 11
Soort praktijk	Solo Groep	7 17
Ligging praktijk	Ruraal Semi-ruraal	13 11
Aantal jaren actief	0 – 10 jaar 11 – 20 jaar 21 – 30 jaar 31 – 40 jaar 41 – 50 jaar	9 5 4 3 3

Aantal patiënten per week	0 – 50 patiënten 51 – 100 patiënten 101 – 150 patiënten 151 – 200 patiënten > 200 patiënten	3 5 10 4 2
Patiëntenpopulatie	Gevarieerd Jonge gezinnen, acute problemen Ouderen	12 5 7
Opleiding	KULeuven UGent UAntwerpen	13 9 2

Tabel 1. Karakteristieken van de deelnemende huisartsen en hun praktijk

In wat volgt krijgt u een overzicht van de antwoorden die de huisartsen gaven tijdens het interview.

3.1 Vragen naar het beleid van de huisartsen.

3.1.1 Anamnese.

<u>Doet u verdere anamnese?</u>

De aanbeveling zegt: "Aan de hand van de anamnese kan men een idee krijgen over de aard en de ernst van het probleem. Omwille van de mogelijke complicaties is het uitsluiten van een Chlamydia-infectie bij vaginale fluor aan te bevelen"[45]

Iedereen doet verdere anamnese. De vragen die het meest terugkomen zijn of het jeukt en de duur van de klachten? Zijn er wisselende seksuele partners en/of onveilige contacten geweest? Heeft de fluor een onwelriekende geur? Doet het pijn? Wat soort fluor of vaginaal verlies is er? Zijn er belangrijke medische antecedenten of is het een wederkerend fenomeen? Dit is echter een kleine greep uit alle vragen die aan bod zijn gekomen in de interviews. In tabel 2 vindt u een overzicht van alle anamnestische vragen en hoe vaak zij vernoemd zijn geweest.

Vragen	Frequentie	Vragen	Frequentie
Jeuk?	12	**Continu klachten?**	2
Duur klachten?	10	**Bloedverlies ook?**	2
Geur?	8	**Welke anticonceptie?**	2
Seksuele partners?	8	**Recent antibiotica-inname?**	1
Pijn?	6	**Branderigheid vaginaal?**	1
Soort fluor ?	5	**Dysurie?**	1
Voorgeschiedenis?	4	**Hoe is het begonnen?**	1
Kleur?	3	**Hoeveel fluor?**	1
Partner klachten?	3	**Patiënte ongerust?**	1
Dyspareunie?	3	**Andere medicatie inname?**	1
Geassocieerde symptomen?	3	**Na seksueel contact?**	1
Zwangerschap?	2	**Uitwendige roodheid**	1
Verandering?	2	**Wassen met zeep?**	1
Menstruatie?	2	**Wat denkt ze zelf?**	1
Herkenning?	2		

Tabel 2. De anamnestische vragen en hoe vaak ze vernoemd werden.

3.1.2 Klinisch onderzoek.

Doet u verder klinisch onderzoek?

Volgens de aanbeveling: "De huisarts inspecteert vulva en perineum en let op erytheem, oedeem, fissuren, erosies en satellietletsels. Dermatologische aandoeningen kunnen bij deze inspectie worden ontdekt. Enkel bij vermoeden van een SOA, een opstijgende infectie (cervicitis, PID, endometritis) en bij recidiverende bacteriële vaginose is een speculumonderzoek noodzakelijk, omdat dan een cervicale afname vereist is"[45]

Niet iedereen doet verder klinisch onderzoek. In tabel 3 vindt u een overzicht van wat de huisartsen geantwoord hebben op de vraag of ze klinisch onderzoek doen. Zeven van de 24 artsen zeggen altijd klinisch onderzoek te doen. Dit klinisch onderzoek bestaat voor hen uit een nauwkeurige inspectie van de vulva. De reden die het vaakst wordt aangehaald om het niet te doen is dat het in sommige gevallen

anamnestisch duidelijk om een candida-infectie gaat. Bijvoorbeeld bij patiënten die het wel vaker hebben, of die net een antibioticakuur achter de rug hebben en er gevoelig voor zijn.

Klinisch onderzoek?	N	Klinisch onderzoek?	N
Altijd	7	Wel bij onbetrouwbare anamnese	1
Niet als anamnestisch duidelijk candida	9	Wel bij twijfel na anamnese	1
Niet altijd	2	Niet omwille van schroom bij de vrouw	1
Niet bij simpele klachten	1		

Tabel 3. Antwoorden op de vraag "Doet u klinisch onderzoek?" en hoe vaak ze vermeld worden.

3.1.3 Bijkomende onderzoeken.

Heeft u pH-papier bij u op de praktijk? Gebruikt u het? Zou het resultaat van de test met het pH-papier kunnen interpreteren?

De aanbeveling zegt: "De huisarts neemt vaginaal slijm af met een droog wattenstokje en bevochtigt hiermee het pH-strookje. Een pH onder de 4,5 sluit een bacteriële vaginose of een Trichomonas-infectie uit."[45]

Twintig artsen hebben geen pH-papier met omslag op 4.5 op de praktijk. Vier artsen hebben het wel, maar de helft daarvan weet het niet meer liggen. Er is niemand van de artsen die pH-papier gebruikt om de zuurtegraad van vaginale fluor te controleren. Er zijn slechts drie artsen die het resultaat van de pH-test kunnen interpreteren, de overige zeggen dat ze het niet meer weten en dit zouden moeten opzoeken.

Heeft u KOH-10%-oplossing bij u op de praktijk? Gebruikt u het? Zou u het resultaat van de KOH-10%-test of aminetest of whiff-test kunnen interpreteren?

De aanbeveling zegt: "De test is positief als men een geur waarneemt bij toevoeging van fluor aan de 10% KOH-oplossing. Een positieve test wijst meestal op bacteriële vaginose, maar ook bij trichomoniasis of een vergeten tampon kan de aminetest positief zijn."[45]

Tweeëntwintig artsen hebben de KOH-10%-oplossing niet op de praktijk, twee hebben het wel, maar slechts één arts gebruikt het in deze context.

De helft van de artsen kunnen het resultaat wel interpreteren, de andere helft zou de interpretatie van de aminetest en de diagnostische waarde ervan moeten opzoeken.

Heeft u een microscoop? Gebruikt u de microscoop? Zou je microscopisch onderzoek van vaginale fluor kunnen interpreteren?

De aanbeveling zegt: "Een druppel fysiologische zoutoplossing en een druppel 10% kaliumhydroxide-oplossing worden op een draagglaasje aangebracht. De huisarts neemt fluor af en brengt die in contact met de druppels op het draagglaasje, eerst met de fysiologische zoutoplossing. Beide fluordruppels worden met een dekglaasje afgedekt en onder de microscoop bekeken bij een vergroting van 10 x 40. In het fysiologisch zoutpreparaat kan men clue cells, leukocyten, Candida hyphae en sporen waarnemen. Het KOH-preparaat wordt onderzocht op de aanwezigheid van myceliumdraden."[45]

Slechts 13 artsen zeggen een microscoop te hebben op de praktijk.

Tien van de 24 artsen zegt geen adequaat microscopisch onderzoek van vaginale fluor te kunnen doen. Vier van de 24 artsen zeggen dat ze de theoretische achtergrond wel kennen, en dat ze misschien, mits veel tijd wel een goed microscopisch onderzoek zouden kunnen doen. De overige tien artsen zeggen dat ze wel adequaat microscopisch onderzoek zouden kunnen doen, en de juiste diagnostische waarde kunnen hechten aan hun interpretatie. Er zijn er echter slechts twee die het effectief ook doen. De reden waarom de andere artsen niet zelf microscopisch onderzoek doen van vaginale fluor is het tijdsgebrek.

Stuurt u wel eens een kweekje van de vaginale fluor op naar een laboratorium voor microscopisch onderzoek aldaar?

De aanbeveling zegt: "Wie geen microscopie verricht, neemt een staal af voor gramkleuring en kweek"[45]

Het staaltje voor het labo werd frequent genoemd.

Vijftien van de 24 artsen nemen een staal van de fluor als ze na klinisch onderzoek nog twijfelen over de diagnose, 1/3 van alle artsen doen een wissertje wanneer ze denken aan een SOA. Ook bij hardnekkige klachten en bij recidieven zijn er acht van de 24 artsen die een staaltje zouden afnemen. Eén arts vermeldde ook een staaltje af te nemen wanneer hij bij het afnemen van een uitstrijkje een

bloederige cervix met een slecht riekende fluor ziet. Negen artsen doen geen staalname wanneer ze na anamnese en klinisch onderzoek zeker zijn dat het een candida-infectie is. Twee van de 24 artsen sluiten zich daar min of meer bij aan, en besluiten geen staaltje te nemen bij een spotdiagnose na klinisch onderzoek.

Wat zijn voor u de redenen waarom u geen bijkomende onderzoeken doet?

De redenen die artsen aanhalen waarom ze in sommige gevallen geen bijkomende onderzoeken (zoals de pH-meting, de aminetest, microscopisch onderzoek, of staalname voor gramkleuring en kweek in het labo) uitvoeren, zijn velerlei. In tabel 4 ziet u een overzicht van alle redenen die werden aangehaald door de artsen om geen bijkomende onderzoeken te doen en ook hoe vaak zij vermeld werden.

Reden waarom niet	N	Reden waarom niet	N
Duidelijk uit anamnese en K.O.	12	Patiënte heeft soms al Daktarin gebruikt	1
Tijdsgebrek	5	Gebrek aan ervaring	1
Komt niet vaak voor	4	Geen meerwaarde	1
Ik heb het materiaal niet	4	Aankoopprijs van microscoop	1
Ik ken het niet	3	Geen honorarium	1
Het is niet praktisch	3	Geen meerwaarde	1
Vrouwen hebben het niet graag	2	Teveel bijkomende onderzoeken	1
Schrik voor verkeerde interpretatie	2	Geen fluor te zien	1
Kostprijs voor de patiënt	2		

Tabel 4. De Redenen waarom men geen bijkomende onderzoeken doet en hoe vaak ze vermeld worden.

Er is geen enkele van de artsen die zegt altijd de drie bijkomende onderzoeken zoals Domus Medica ze vooropstelt in haar richtlijn uit te voeren. De helft is er van overtuigd dat zij aan de hand van anamnese en klinisch onderzoek heel vaak reeds een diagnose kunnen stellen. Vijf artsen zeggen dat ze te weinig tijd hebben om de bijkomende onderzoeken uit te voeren. De prevalentie van de problematiek is volgens vier van de artsen veel te laag. Vier artsen zeggen dat de reden waarom ze geen bijkomend

onderzoek doen is omdat ze het materiaal gewoonweg niet hebben op de praktijk. Verder wordt ook nog gezegd dat ze de onderzoeken niet kennen, dat er dus ook wat schrik is om de resultaten verkeerd te interpreteren, en dat het niet praktisch is om die drie onderzoeken te doen. Vrouwen zouden het ook niet graag hebben volgens twee artsen. Geld is ook voor sommige artsen een struikelblok. Zowel de kostprijs van het bijkomend onderzoek in het labo voor de patiënte, als de prijs van een microscoop en het feit dat er geen honorarium is voor de bijkomende onderzoeken. Er wordt ook gezegd dat we sowieso al teveel extra onderzoeken doen en dat we als huisartsen veel frequenter zouden moeten afgaan op het klinisch onderzoek. Tenslotte gebeurt het ook wel dat een patiënte reeds Daktarin gebruikt heeft en dat het onderzoek daardoor beïnvloed wordt en dus minder informatief wordt , of dat er bij klinisch onderzoek helemaal geen fluor wordt opgemerkt.

Zou u zich bereid zien om meer frequent bijkomend onderzoek te doen?

Vijf artsen zeggen te twijfelen of ze eventueel bijkomend onderzoek zouden willen uitvoeren. Eén van de vijf artsen is onzeker over de kostprijs voor de aankoop van het materiaal, één arts van de vijf stelt zich vragen over de tijd die de bijkomende onderzoeken zoals Domus Medica ze vooropstelt vraagt, en twee van de vijf artsen twijfelen of ze er wel genoeg praktische kennis over hebben. Tenslotte zegt één van de vijf artsen eventueel bijkomend onderzoek te willen doen, als daar een goede reden voor is. Welke reden dan een goede reden zou zijn, laat hij in het midden.

Eén kwart van de artsen is niet bereid om meer bijkomende onderzoeken te doen. Eén van hen laat dit soort patiënten en problematiek liever over aan zijn vrouwelijke collega's. Twee van de zes artsen zeggen dat ze te weinig geconfronteerd worden met dit soort klachten. De andere drie hulpverleners hebben geen duidelijke reden aangegeven.

Dertien artsen zijn wel bereid om bijkomende onderzoeken uit te voeren. Ook zij maken zich de bedenking dat het probleem niet vaak voorkomt bij hen, dat ze te weinig ervaring hebben met deze problematiek. Bovendien weten ze niet goed hoe en waar ze het nodige materiaal kunnen verkrijgen. Maar ondanks hun bedenkingen, tonen ze zich wel bereid.

Als we dan navragen welke onderzoeken ze eventueel nog zouden extra uitvoeren, dan wordt door zes artsen het staaltje voor het labo vernoemd. Eén arts zou bereid zijn om de drie onderzoeken door Domus Medica vooropgesteld, zelf te doen, namelijk de test met het pH-papier, de aminetest en microscopisch onderzoek. Eén arts zou enkel bereid zijn om zelf microscopie te doen. Twee artsen beperken zich tot het uitvoeren van de aminetest, drie zouden dan eerder de zuurtegraad testen. Twee artsen zien zich bereid om de test met het pH-papiertje én de aminetest te doen. Eén arts zou een staal van de fluor en een uitstrijkje afnemen en een urinestaal laten onderzoeken. Eén arts wil zich nog niet uitspreken over welke onderzoeken hij nog extra zou willen doen.

3.1.4 Behandeling.

Welke behandeling start u gewoonlijk op bij een patiënte met een candida-infectie?

De aanbeveling zegt: "Behandeling is enkel aangewezen bij klachten. Naargelang de voorkeur van de patiënte geeft men een lokaal imidazolederivaat of een orale triazolebehandeling. Daarnaast houdt men ook rekening met de ernst van de klachten"[45]

Negen artsen behandelen een candida-infectie lokaal met miconazole, vaginale crème. Daarentegen geven 11 artsen aan dat ze vaak een orale behandeling met een éénmalige inname van 150mg fluconazole zullen opstarten omwille van het gebruiksgemak. Drie artsen laten hun behandeling afhangen van de ernst van de klachten en de infectie. Een jonge beginnende arts zei het eerst te willen opzoeken in het gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische informatie (BCFI). Eén arts laat de keuze over aan de patiënt voor ofwel de lokale behandeling met miconazole vaginale crème of de éénmalige orale inname van 150mg fluconazole. Vijf artsen zeggen ook soms de combinatie van zowel de orale als de lokale therapie voor te schrijven.

In geval van zwangerschap zegt de aanbeveling: "Candida vaginitis in de zwangerschap wordt enkel behandeld als er klachten zijn. Lokale imidazolederivaten, bij voorkeur miconazole, kunnen worden gebruikt tijdens de zwangerschap. Een langere behandelingsduur van één week lijkt aangewezen."[45]

Wanneer de patiënte zwanger is, zou 15 van de artsen kiezen voor een lokale behandeling, met de bijkomende waarschuwing om voorzichtig te zijn met de vaginale applicator. Eén arts zou zijn

behandeling niet wijzigen en zou eveneens kiezen voor een perorale behandeling met de éénmalige inname van 150mg fluconazole. Acht artsen geven aan dat ze in geval van zwangerschap altijd even gaan opzoeken welke behandeling het best wordt ingesteld.

Welke behandeling start u gewoonlijk op bij een patiënte met een bacteriële vaginose?

De aanbeveling zegt: "Behandeling is enkel aangewezen bij klachten. Als behandeling wordt aanbevolen metronidazole per os 500 mg 2 keer per dag gedurende 7 dagen, of metronidazole intravaginaal 1 ovule van 500 mg per dag gedurende 7 dagen, of clindamycinecrème 2% intravaginaal, 1 applicator (5 g) per dag gedurende 7 dagen. Alternatieven (maar geen eerste keuze) zijn een eenmalige dosis van 2 g metronidazole of tinidazole en een behandeling met clindamycine per os 300 mg 2 keer per dag gedurende 7 dagen"[45]

Een bacteriële vaginose zou door 13 van de artsen behandeld worden met perorale metronidazole 500mg, tweemaal daags gedurende een week. Vier artsen kiezen voor de metronidazole vaginale ovules, éénmaal daags gedurende zeven dagen. Vier andere artsen zouden de behandeling voor een bacteriële vaginose opnieuw moeten opzoeken. Twee artsen opteren voor het instellen van een behandeling met een éénmalige inname van vier tabletten tinidazol 500mg. Eén arts zou, zelfs in geval van klachten ervoor kiezen om enkel hygiënische maatregelen voor te stellen.

In geval van zwangerschap zegt de aanbeveling: "Vrouwen met symptomatische bacteriële vaginose moeten worden behandeld om de symptomen te verlichten. Men geeft een behandeling met metronidazole per os 250 mg 3 keer per dag gedurende 7 dagen (alternatieven: metronidazole 2 g per os eenmalig, clindamycine per os 300 mg 2 keer per dag, gedurende 7 dagen)."[45]

Wanneer een patiënte met een bacteriële vaginose zwanger is, is er meer onzekerheid over de behandeling. Veertien artsen zouden dan ook even opzoeken welke behandeling zij het best zouden instellen. Vijf artsen zouden overleggen met of doorsturen naar de gynaecoloog. Twee artsen zouden niet behandelen, twee artsen kiezen voor een vaginale spoeling met iso-betadine spoeling, en één arts zou opteren voor enkel hygiënische maatregelen. Slechts drie artsen zouden zonder twijfel een behandeling instellen, al kiezen ze elk wel voor verschillende medicatie. Eén onder hen zou kiezen voor peroraal amoxicilline één gram driemaal daags gedurende een week, één kiest om een lokale

behandeling met clindamycine crème op te starten en de laatste ten slotte zou behandelen met perorale metronidazole 500mg, tweemaal daags gedurende een week.

Welke behandeling start u gewoonlijk op bij een patiënte met een infectie met trichomonas vaginalis?

De aanbeveling zegt: "Zowel de vrouw als haar partner(s) worden behandeld. De voorkeursbehandeling bestaat uit eenmalig 2 g metronidazole oraal. Alternatieven zijn: tinidazole 2 g eenmalig of een meerdaagse behandeling met metronidazole 2 x 500 mg per dag gedurende 7 dagen."[45]

De meerderheid van de artsen, namelijk 13 onder hen, zou de behandeling van trichomonas vaginalis moeten opzoeken. Tien artsen zouden behandelen met perorale metronidazole 500mg, tweemaal daags gedurende zeven dagen. Eén arts tenslotte zou kiezen voor tinidazol twee gram, éénmalig.

In geval van zwangerschap zegt de aanbeveling: "Symptomatische zwangere vrouwen kunnen worden behandeld met metronidazole per os, 2 g eenmalig."[45]

Twintig artsen zouden de behandeling van een trichomonas vaginalis infectie in geval van zwangerschap opzoeken. Eén kiest voor een perorale behandeling met Amoxicilline één gram driemaal daags gedurende een week en een andere arts zou opnieuw behandelen met perorale metronidazole 500mg twee keer per dag gedurende zeven dagen. Twee artsen verwijzen weer naar de gynaecoloog voor advies.

3.2 Vragen in verband met de implementatie van de aanbevelingen in de richtlijn.

Wat is uw motivatie om de aanbevelingen in de richtlijn actueel toe te passen, of net niet toe te passen?

Zes artsen zijn wel geneigd om de aanbevelingen in de richtlijn toe te passen omdat dit wetenschappelijk onderbouwd is, drie artsen willen graag de laatste nieuwe evidence toepassen in hun beleid. Drie artsen halen de gebruiksvriendelijkheid van de richtlijnen aan als een argument om de aanbeveling toe te passen. Vervolgens zijn er ook drie die zeggen dat ze, wanneer ze de theoretische achtergrond niet (meer) voldoende onder de knie hebben of wanneer ze te weinig ervaring hebben

met de problematiek, het evident vinden om dan de richtlijn op zoeken en die dan ook toe te passen. Eén arts werkt graag volgens de aanbevelingen in de richtlijn omwille van de effectiviteit. Tenslotte is er ook één arts die vooral vanuit didactisch oogpunt, wanneer hij een stagiair begeleid, extra aandacht besteed aan de aanbevelingen in richtlijnen.
De reden die door zes artsen wordt aangehaald voor het niet toepassen van de aanbevelingen, is omdat ze niet gekend zijn. Vier artsen zijn wel geneigd om wat behandeling betreft de aanbevelingen te volgen, doch de diagnostische stappen passen ze niet toe omdat ze niet praktisch zijn en ze er geen ervaring mee hebben. Twee artsen zijn van mening dat de praktijk en de richtlijn vaak heel ver uiteen liggen en passen daarom de richtlijn niet toe. Tenslotte zegt één arts dat gynaecologie niet zijn ding is, één vindt het makkelijker om gewoon een staaltje af te nemen in plaats van die drie andere bijkomende onderzoeken en één geeft aan geen tijd en plaats te hebben om de richtlijn toe te passen.

Zou u zich bereid zien om in de toekomst de aanbevelingen in de richtlijn (nauwkeuriger) toe te passen?

Achttien artsen tonen zich min of meer bereid om in de toekomst de aanbevelingen in de richtlijn nauwkeuriger toe te passen. De grootste bezorgdheden zijn de tijd en of dit praktisch te organiseren valt. Drie van de 18 artsen hebben geopperd dat het volledig volgen van alle aanbevelingen in de richtlijn veel tijd zou vragen. Vier van diezelfde 18 hulpverleners weten niet goed hoe ze alles in de praktijk zouden moeten organiseren. Twee van de 18 artsen zeggen echter niet zeker te zijn, omdat ze te weinig ervaring hebben met de materie. Drie anderen van de 18 bereidwillige artsen geven aan dat ze het wel fijn vinden om een snelle diagnose te hebben, en één van de 18 houdt er van het probleem volledig zelf in handen te kunnen houden. Ook de kostprijs voor de patiënt van het laten onderzoeken van een staal door het labo is voor één arts een argument om zelf bijkomende onderzoeken te doen. Zes artsen zijn niet bereid om de richtlijn nauwkeuriger toe te passen, omdat ze de indruk hebben dat de patiënt ook nu tevreden is.

Wat zou voor u een motivatie kunnen zijn om de richtlijnen in de toekomst (nauwkeuriger) toe te passen?

Op de vraag wat hun extra zou kunnen motiveren om de aanbevelingen in de richtlijn toch nauwkeuriger toe te passen, zijn er zeven artsen die daar geen duidelijk antwoord op weten. Meer tijd en minder druk wordt door vier van de 24 hulpverleners aangehaald als een argument, meer ervaring en kennis spelen een aanzienlijke rol want het wordt vermeld door zes van de 24 artsen, en ook als het de kostprijs voor de patiënt ten goede zou komen zien vier van de 24 artsen zich meer bereid. Eén arts zou misschien meer bereid zijn als hij zou merken dat de patiënten niet meer tevreden zijn met de huidige aanpak en/of moest het nauwkeuriger implementeren van de aanbevelingen een snel en goed resultaat geven. Voor drie van de 24 geïnterviewde artsen zou persoonlijke studietijd een motivatie zijn, en zouden ze omwille van de persoonlijke groei meer nauwkeurig de aanbevelingen volgen. Als het praktisch haalbaar zou zijn, als het materiaal zou gebracht worden, en de beschikbaarheid van een snelle sensitieve en specifieke test zijn tenslotte ook nog redenen die artsen er zou kunnen toe aanzetten om de richtlijn nauwkeurig toe te passen.

4. Discussie

Richtlijnen worden door artsen gezien als een goede leidraad. Ze zijn een hulpmiddel in de praktijk om op een wetenschappelijk onderbouwde manier aan geneeskunde te doen. Uit literatuur blijkt dat de richtlijnen de kwaliteit van onze gezondheidszorg ten goede komen. Toch is de implementatie en toepassing van de richtlijnen in de praktijk voor vele artsen geen evidentie, en dit omwille van een veelvoud van redenen[3-12]. Dit is ook duidelijk naar voor gekomen in mijn onderzoek naar de implementatie van de richtlijn in het kader van vaginitis en vaginose.

Vooreerst is er de ontwikkeling van een richtlijn, het tot stand komen ervan. De huisartsen van het wachtgebied Waasland West zijn gekend met de organisatie Domus Medica en de richtlijnen die onder hun impuls worden ontwikkeld en herzien. Hoewel de literatuur toch aangeeft dat het voor artsen

belangrijk is dat er transparantie is over de manier waarop een richtlijn ontwikkeld wordt[18,22-25], is er in mijn beperkt onderzoek niemand die zich daarover vragen stelt. Mogelijks is dit omdat men erop vertrouwt dat de richtlijnen die Domus Medica publiceert op een goed onderbouwde, wetenschappelijke manier worden opgesteld. Nochtans dateerde de richtlijn in het kader van vaginitis en vaginose die op de website van Domus Medica voorhanden was op het moment dat dit onderzoek opgezet werd, reeds van 2002. Literatuuronderzoek oppert toch dat een snellere revisie van richtlijnen opportuun zijn[27]. Men zou kunnen stellen dat de pathologie van die aard is dat zij niet snel evolueert, en dat een revisie dus niet noodzakelijk elke drie jaar hoeft te gebeuren, doch 15 jaar lijkt toch wat lang. Ook over de leeftijd van de richtlijn hebben de huisartsen geen opmerkingen gegeven. Omdat ik hen gevraagd had om niet op voorhand te studeren, is het aannemelijk dat ze niet wisten van wanneer de richtlijn dateerde.

Hoewel de artsen van wachtkring Waasland West, zich wel bewust zijn van het bestaan van de richtlijnen, is de kennis ervan echter vrij beperkt. Hoewel slechts 25% van de artsen verklaren de richtlijn niet toe te passen omdat ze er niet mee gekend zijn, werd toch duidelijk tijdens mijn interviews dat deze specifieke richtlijn bijzonder slecht gekend is. Zeker de kennis van aanbevelingen over de diagnostiek lijkt bij vele artsen onvoldoende.
Men doet weliswaar een vrij volledige, adequate anamnese, maar reeds bij het klinisch onderzoek zijn er artsen die afhaken. De helft van de huisartsen zegt géén klinisch onderzoek te doen, waarbij de meerderheid er van overtuigd is anamnestisch de diagnose te kunnen stellen. De richtlijn van 2002, dus de richtlijn die op het moment van het interview voorhanden was, adviseert altijd klinisch onderzoek te doen en zegt dat de voorspellende waarde van jeuk, branderige pijn en witte, dikke afscheiding respectievelijk slechts 32, 33 en 54% bedraagt[45]. Daarentegen zegt de update van de richtlijn van 2016 dat klinisch onderzoek niet nodig is wanneer er typische klachten zijn, zoals jeuk en irritatie, die door de patiënte goed herkend worden op basis van een eerder doorgemaakte (en eventueel succesvol behandelde) candida-infectie[46]. Men zou dus kunnen stellen dat het uitvoeren van

een klinisch onderzoek, in sommige gevallen inderdaad niet meer nodig is, maar de vraag dringt zich toch op of het wel frequent genoeg gedaan wordt.

Over de bijkomende onderzoeken die de richtlijn vooropstelt, is de kennis ook te beperkt. Hoewel de pH-meting van de vaginale fluor een test is met een belangrijke uitsluitende kracht (sensitiviteit 94%)[45], wordt dit niet gebruikt in de praktijk. Slechts twee artsen weten dat een pH onder de 4.5 een bacteriële vaginose of een Trichomonas-infectie uitsluit. Voor zo'n goede screeningstest, is dit weinig. De aminetest is dan wel weer beter gekend. De helft van de huisartsen kunnen de aminetest goed interpreteren. Gelukkig, want volgens de voorhanden richtlijn heeft een positieve aminetest een goede aantonende kracht voor bacteriële vaginose. Ze is evenwel minder sterk dan het microscopisch onderzoek[45]. Wat betreft het microscopisch onderzoek van de vaginale fluor betreft, geven toch ongeveer 58% van de huisartsen aan dat ze dit adequaat zouden kunnen doen. Wanneer er geen microscopie wordt gedaan door de arts, zegt de aanbeveling dat er een staalname moet gebeuren voor een gramkleuring en kweek[45]. Dit werd wel vaak genoemd door de artsen, doch het wordt slechts in specifieke gevallen uitgevoerd. Opnieuw wordt duidelijk dat men denkt op basis van anamnese en klinisch onderzoek de correcte diagnose te kunnen stellen.
Hoewel uit de resultaten blijkt dat de kennis over de bijkomende onderzoeken die beschikbaar zijn en een belangrijk diagnostisch hulpmiddel kunnen zijn te beperkt is, geven slechts 12.5% van de huisartsen dit als reden waarom ze de bijkomende onderzoeken niet doen.
Niet alleen is dus de kennis van de aanbevelingen voor diagnostiek in de richtlijn te beperkt, dit gebrek wordt ook miskend door de huisartsen en er is een belangrijke overschatting van de diagnostische waarde van de anamnese en het klinisch onderzoek bij klachten van vaginale fluor.

De huisartsen leggen de redenen waarom ze geen bijkomende onderzoeken doen eerder buiten zichzelf. Tijdsgebrek is één van de argumenten die worden aangehaald. Vele artsen hebben een bloeiende praktijk en hebben het gevoel dat ze te weinig tijd hebben om de bijkomende onderzoeken, namelijk én de pH-meting, én de aminetest, én de microscopie en/of de staalname voor het labo te

doen. Dit lijkt op het eerste zicht tijdrovend, maar reeds tijdens het interview realiseren verschillende artsen zich dat dit best wel kan meevallen. Zeker als men toch al klinisch onderzoek doet, kost het afnemen van een beetje vaginale fluor om op een pH-papiertje uit te strijken niet veel tijd. Ook de aminetest kan op zich vrij vlot gebeuren. Dat microscopie wel wat tijd vraagt, zeker in niet getrainde handen, is begrijpelijk. Maar als alternatief stelt de aanbeveling een staalname voor het labo voor en ook dit neemt toch weer niet veel tijd in beslag.

Bovendien zeggen de artsen het materiaal om de verschillende bijkomende onderzoeken te doen niet voorhanden te hebben. De overgrote meerderheid heeft noch pH-papier met omslag op 4.5, noch KOH-10%-oplossing op de praktijk. Zowel het pH-papier als de KOH-10%-oplossing zijn nochtans te verkrijgen bij de apotheek.

Daarenboven zeggen 1/6 van de artsen dat ze te weinig patiënten zien met die klachten. Door de lage prevalentie hebben ze te weinig ervaring met het uitvoeren van de bijkomende onderzoeken, hebben ze schrik voor verkeerde interpretatie van de resultaten van de onderzoeken, en zien ze het niet als voordelig om het materiaal aan te schaffen.

Uit de literatuur blijkt dat richtlijnen niet alleen naar waarde worden geschat op basis van evidentie maar dat ook hun gebruiksgemak belangrijk is.[19,28-31] Het is gebleken uit de interviews dat 33% van de artsen de richtlijn zoals ze bestaat niet als gebruiksvriendelijk ervaren. Ze noemen de aanbevelingen wat betreft diagnostiek “niet praktisch”.

De meerderheid van de artsen is wel bereid om meer bijkomende onderzoeken te doen. Ze maken zich dezelfde bedenkingen als ze nu reeds doen, namelijk de prevalentie, de kostprijs van het materiaal, de tijd die de bijkomende onderzoeken vraagt, maar desondanks tonen ze zich wel bereid. Het dient wel opgemerkt dat hoewel men aangeeft gewillig te zijn om meer frequent bijkomend onderzoek te doen, deze bereidheid toch zijn grenzen heeft. Wanneer men gevraagd wordt welke bijkomende onderzoeken men zo doen, dan is er nog steeds maar één arts die de drie onderzoeken zoals Domus Medica ze vooropstelt in haar aanbevelingen voor de diagnostiek van vaginitis en vaginose zou willen

doen. Wederom vernoemt men vooral het staaltje van de fluor voor het labo, terwijl dit toch slechts de laatste stap is die Domus Medica voorstelt én terwijl dit nu reeds het onderzoek is waar diezelfde artsen het eerste naar zullen grijpen bij twijfel na klinisch onderzoek. Met andere woorden, het is nog maar de vraag of de bereidwilligheid effectief zou resulteren in een verandering in de praktijkvoering van de artsen. Het meer frequent toepassen van bijkomende onderzoeken, zou een belangrijke aanpassing van gewoontes vragen, en de literatuur leert ons dat dit net één van de karakteristieken is van een richtlijn die minder goed gevolgd zal worden[19].

Wat de aanbevelingen voor behandeling van infecties met respectievelijk candida albicans, bacteriële vaginose en trichomonas vaginalis betreft, doen de artsen het beter. Er is geen enkele arts die niet de vooropgestelde behandeling of een alternatief voorstel uit de richtlijn van Domus Medica zal opstarten. Er zijn er wel nog enkelen die niet zeker zijn over welke behandeling ze moeten instellen, vooral dan bij de minder frequent voorkomende trichomonas vaginalis infectie, maar geen van hen zou blind opstarten, en ze geven allen aan dat ze de behandeling zullen opzoeken. De voornaamste bronnen die ze raadplegen in dat geval zijn de website van het BCFI en de 'Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk' van de Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid (BAPCOC).

In geval van zwangerschap is er nog meer onzekerheid, en daar worden dan ook een paar fouten tegen de aanbeveling gemaakt. De meeste artsen erkennen hun twijfel echter en zeggen in geval van zwangerschap bijna altijd even op te zoeken wat de beste behandeling is. Diegene die zonder opzoekingswerk een behandeling opstarten zijn in de minderheid, en ze vergissen zich dan ook. We kunnen concluderen dat de aanbeveling voor de behandeling dus al bij al goed gevolgd worden. Mogelijks behandelt men echter op deze manier, niet per se omdat het zo in de richtlijn staat, maar omdat ze het zo geleerd hebben. Ook bij twijfel zullen er eerst andere bronnen geraadpleegd worden, en wordt de richtlijn van Domus Medica niet genoemd.

Volgens de literatuur worden korte samenvattingen, met duidelijke niet te veel wetenschappelijke formuleringen en een individuele benadering nuttig bevonden[22-23,33-34]. In de richtlijn van 2002 is er een mooie steekkaart toegevoegd aan de richtlijn[45]. In de hernieuwde versie is deze (nog) niet beschikbaar[46]. Het lijkt waardevol om, wanneer we een hogere graad van implementatie van de richtlijn willen beogen, ook een synthese te voorzien voor de richtlijn van 2016.

Vervolgens bestudeert deze studie de bereidheid van de artsen om de richtlijn in te toekomst (nauwkeuriger) toe te passen.

De meeste huisartsen van de wachtkring Waasland West zien zeker de voordelen in van richtlijnen in het algemeen en roemen de wetenschappelijke onderbouwing en passen graag de laatste nieuwe evidence toe in hun praktijk. Ze vinden richtlijnen gebruiksvriendelijk, en zien het als een handige bron wanneer de theoretische kennis hen even ontsnapt. Ze zijn dan ook gewillig om richtlijnen te gebruiken in hun praktijk.

Die bereidheid wordt weerspiegeld als gevraagd wordt naar de bereidheid om in de toekomst de richtlijn in het kader van vaginitis en vaginose (nauwkeuriger) toe te passen. Maar liefst 75% van de artsen is geëngageerd. Doch, ook de bereidwillige artsen, blijven hun twijfels hebben. Omdat het toepassen van de aanbevelingen voor diagnostiek in de richtlijn voor velen een grote verandering in hun manier van praktijkvoeren inhoudt, twijfelt men toch nog over de tijdsdruk en de praktische organisatie. Maar met wat meer kennis en praktische uitleg over de richtlijn zijn een aantal artsen toch gemotiveerd om het engagement aan te gaan en de richtlijn nauwkeurig(er) toe te passen.

Beperkingen van deze studie.

Een belangrijke beperking van deze studie is het aantal deelnemers. Hoewel een aanzienlijk aantal van de huisartsen van de wachtkring Waasland West zich wel bereid zag om mee te werken, is 24 artsen toch een zeer kleine groep. Men kan deze resultaten dus zeker niet extrapoleren voor Vlaanderen of België. Voor een correcte inschatting of deze richtlijn op grote schaal als waardevol wordt ingeschat en geïmplementeerd wordt in de Belgische praktijk is verder onderzoek nodig.

Vervolgens is ook de vragenlijst zoals hij nu werd opgesteld niet optimaal. Dit was reeds duidelijk tijdens het afnemen van de interviews, en ook bij het interpreteren van de resultaten bleken er een paar lacunes. Zo wordt bijvoorbeeld bij de vraag naar het klinisch onderzoek niet specifiek gevraagd naar wat dit voor de artsen inhoudt. Ook wordt bij de vragen over de bijkomende onderzoeken gevraagd of ze de resultaten van de afzonderlijke onderzoeken kunnen interpreteren. Het zou echter ook interessant zijn om ook effectief een interpretatie te vragen. Op die manier zou een juiste inschatting kunnen gemaakt worden van de eigenlijke kennis, zonder af te gaan op of een arts denkt dat hij of zij het resultaat van een onderzoek kan interpreteren. De vraag die dient om na te gaan of men een staal neemt voor gramkleuring en kweek in het laboratorium wordt op een verkeerde manier geformuleerd. Een betere verwoording was geweest of men een staal nam om op te sturen naar het labo voor gramkleuring en kweek. Een kweekje is niet hetzelfde als microscopisch onderzoek, en ook een wisser is een ander bijkomend onderzoek. Ook de vraag die peilt naar de motivatie van de artsen om de richtlijn actueel toe te passen (of net niet toe te passen) is niet specifiek genoeg en zaait verwarring. Enkelen interpreteren deze vraag eerder als het toepassen van richtlijnen in het algemeen, anderen interpreteren het dan weer (zoals de vraag ook bedoeld was) als een peiling naar het toepassen van de richtlijn waarover deze studie handelt. In de toekomst lijkt het raadzaam om een aantal test-interviews af te nemen, en de vragenlijst in functie van de verkregen informatie aan te passen als dit nodig zou zijn.

5. Conclusie

De aanbevelingen in de richtlijn in het kader van vaginitis en vaginose worden door de huisartsen van het wachtgebied Waasland West slechts gedeeltelijk gevolgd. In de eerste plaats zijn ze niet geheel op de hoogte van wat er in de richtlijn staat. Wat betreft diagnostiek vinden zij de aanbevelingen van Domus Medica te omslachtig, tijdrovend, en vaak ook overbodig. De adviezen in verband met behandeling worden over het algemeen goed gevolgd. De meeste artsen zullen de eerste keuze

behandeling opstarten, en maar zelden wordt een behandeling opgestart die helemaal niet strookt met wat Domus Medica vooropstelt.

De meerderheid van de artsen zijn evenwel bereid om de richtlijn nauwkeuriger te implementeren in hun dagdagelijkse praktijk. Het feit dat zo'n richtlijn duidelijk wetenschappelijk onderbouwd is, is een belangrijk pluspunt. Men geeft echter aan dat de kennis ervan moet bijgeschaafd worden om een betere implementatie te bereiken. Bovendien is ook extra informatie over hoe men de richtlijn praktisch moet toepassen nodig, want de meeste huisartsen zien de extra diagnostische stappen die worden geadviseerd als weinig praktisch, en moeilijk te organiseren.

6. Referenties

1 Domus Medica. Beschikbaar via www.domusmedica.be

2 EBMpracticenet. Beschikbaar via www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Welkom.aspx?

[3] Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Fraser C, Vale L. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implantation strategies 1966-1998. J Gen Intern Med 2006: 21: 14-20.

[4] Klazinga N. Compliance with practice guidelines: clinical autonomy revisited. Health Policy 1994, 28: 51-66.

[5] Bowman GP, Levine MN, Mohide A, Hayward RSA, Pritchard KI, Gafni A, Laupacis A. The practice guidelines development and implementation. Am J Clin Oncol 1995: 13: 502-512.

[6] Delamothe T. Wanted: guidelines that doctors will follow. BMJ 1993, 307: 218.

[7] McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. N Engl J Med 2003: 348: 2635-2645.

[8] Brook RH. Practice guidelines and practising medicine. Are they compatible? JAMA 1989, 362: 3027-3030.

[9] FitzGerald JM, Boulet LP, McIvor RA, Zimmerman S, Chapman KR. Asthma control in Canada remains suboptimal: the reality of asthma control (TRAC) study. Can Respir J 2006: 13: 253-259.

[10] Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals. A systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak 2008: 8:38.

[11] Brown LC, Johnson JA, Majumdar SR, Tsuyuki RT, McAlister FA. Evidence of suboptimal management of cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes mellitus and symptomatic atherosclerosis. CMAJ 2004: 171:1189-1192.

[12] Latosinsky S, Fradette K, Lix L, Hildebrand K, Turner D. Canadian breast cancer guidelines: have they made a difference? CMAJ 200: 176:771-776.

[13] Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L,Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R,Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess 2004, 8:iii-iv, 1-72.

[14] Grol R. Implementing guidelines in general practice care. Quality in Health Care 1992; 1: 184-191.

[15] Grimshaw J, Russell I. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 1993; 342:1317-1322.

[16] Bahtsevani C, Udén G, Willman A. Outcomes of evidence-based clinical practice guidelines: a systematic review. Int J Technol Assess Healthcare 2004, 20:427-33.

[17] Hayward RS, Guyatt GH, Moore KA, McKibbon KA, Carter AO: Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. CMAJ 1997, 156:1715-23.

[18] Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schünemann HJ, Edejer TT, Varonen H, Vist GE, Williams JW Jr, Zaza S, GRADE Working Group: Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2004, 328:1490.

[19] Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld Cit, Rutten G, Mokkink H: Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. BMJ 1998, 317:858-861.

[20] Siriwardena AN: Clinical Guidelines in Primary-Care - a Survey of General- Practitioners Attitudes and Behavior. Br J Gen Pract 1995, 45:643-647.

[21] Stewart RE, Vroegop S, Kamps GB, Werf GTvd, Jong BM-d: Factors influencing adherence to guidelines in general practice. Int J Technol Assess Healthcare 2003, 19:546-554.

[22] Watkins C, Harvey I, Langley C, Gray S, Faulkner A. General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. British Journal of General Practice, 1999, 49, 11-15.

[23] Langley C, Faulkner A, Watkins C, Gray S, Harvey I. Use of guidelines in primary care – practioners' perspectives. Family practice, 1998, 15: 105-111.

[24] Kotzeva A, Solà I, Carrasco J, del Campo P, Gracia F, Calderón E, de Gaminde I, Estrada M, Martínez F, Orrego C, Rotaeche R, Salcedo F, Velázquez P, Alonso-Coello P. Perceptions and attitudes of clinicians in Spain toward clinical practice guidelines and grading systems: a protocol for a qualitative study and a national survey. BMC Health Services Research 2010, 10:328

[25] Carlsen B, Norheim O. "What lies beneath it all?" – an interview study of GPs' attitudes to the use of guidelines. BMC Health Services Research 2008, 8:218

[26] Michiels J, Goossens M, Van Royen P, Philips H, De Sutter A, Van De Vyver N, Peremans L, Govaerts F. Het toetsen van aanbevelingen bij huisartsen in Vlaanderen. Huisarts Nu 2008: 37: 510-514

[27] Shekelle, P. G., Ortiz, E., Rhodes, S., Morton, S. C., Eccles, M. P., Grimshaw, J. M., Woolf, S. H. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? Journal of the American Medical Association 2001, 286, 1461–7.

[28] Michie S, Pilling S, Garety P, Whitty P, Eccles MP, Johnston M, Simmons J: Difficulties implementing a mental health guideline: an exploratory investigation using psychological theory. Implement Sci 2007, 2:8.

[29] Rashidian A, Eccles MP, Russell I: Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. Health Policy (New York) 2008, 85:148-161.

[30] Harris JS, Mueller KL, Low P, Phelan J, Ossler C, Koziol-McLain J, Glass LS: Beliefs about and use of occupational medicine practice guidelines by case managers and insurance adjusters. J Occup Environ Med 2000, 42:370-6.

[31] Nuckols TK, Lim YW, Wynn BO, Mattke S, MacLean CH, Harber P, Brook RH, Wallace P, Garland RH, Asch S: Rigorous development does not ensure that guidelines are acceptable to a panel of knowledgeable providers. J Gen Intern Med 2008, 23:37-44.

[32] Shiffman R, Dixon J, Brandt C, Essaihi A, Hsiao A, Michel G, O'Connell R. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. BMC Medical Informatics and Decision Making 2005, 5:23

[33] Michie S, Johnston M: Changing clinical behaviour by making guidelines specific. BMJ 2004, 328:343-345.

[34] Shekelle PG, Kravitz RL, Beart J, Marger M, Wang M, Lee M: Are non-specific guidelines potentially harmful? A randomized comparison of the effect of nonspecific versus specific guidelines on physician decision making. Health Serv Res 2000, 34:1429-1448.

[35] Straus S, Haynes RB: Managing evidence based knowledge: the need for reliable, relevant and readable resources. Can Med Assoc J 2009, 180:942-945.

[36] Boivin A, Légaré F, Gagnon MP: Competing norms: Canadian rural family physicians' perceptions of clinical practice guidelines and shared decision-making. J Health Serv Res Policy 2008, 13:79-84.

[37] Denis JL, Hebert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier LH: Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. Health Care Manage Rev 2002, 27:60-73.

[38] Van der Weijden T, Légaré F, Boivin A, Burgers J, van Veenendaal H, Stiggelbout A, Faber M, Elwyn G. How to integrate individual patient values and preferences in clinical practice guidelines? A research protocol. Implementation Science 2010, 5:10

[39] Towle A, Godolphin W, Grams G, Lamarre A: Putting informed and shared decision making into practice. Health Expect 2006, 9:321-332.

[40] Bucknall T: A gaze through the lens of decision theory toward knowledge translation science. Nurs Res 2007, 56(Suppl 4):60-66.

[41] Legare F, Ratte S, Gravel K, Graham ID: Barriers and facilitators to implementing shared decision making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Educ Couns 2008, 73:526-35.

[42] Klein G: Naturalistic decision making. Hum Factors 2008, 50:456-460.

[43] Carlsen B, Glenton C, Pope C: Thou shalt versus thou shalt not: a metaanalysis of GPs attitudes to clinical practice guidelines. Br J Gen Pract 2007, 57:971-8.

[44] Cochrane LJ, Olson CA, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S: Gaps between knowing and doing: Understanding and assessing the barriers to optimal health care. J Contin Educ Health Prof 2007, 27:94-102.

[45] Vandevoorde J, Van Royen P, Loeters H, De Backer J, Michels J, De Sutter A.WVVH

Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Vaginitis en vaginose. Berchem:WVVH,2002.

[46] Van Royen P, Foulon V, Tency I, Vandevoorde J: Richtlijn vulvovaginale klachten bij vrouwen met vulvovaginitis en vaginose in de reproductieve levensfase. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/vaginitis-en-vaginose-horizontaalmenu-394.html

Bijlagen

BIJLAGE A – VRAGENLIJST VOOR HET INTERVIEW

PRAKTIJK-GERELATEERDE VRAGEN

1. Geslacht?
2. Leeftijd?
3. Aan welke universiteit heeft u uw opleiding genoten?
4. Wanneer bent u afgestudeerd?
5. Aantal jaren actief als huisarts?
6. Werkt u in een solo-praktijk, duo-praktijk of groepspraktijk?
7. Is uw praktijk in ruraal gebied, semi-ruraal of stedelijk gebied gelegen?
8. Hoeveel patiënten ziet u gemiddeld per week?
9. Kan u mij uw patiëntenpopulatie beschrijven? (Bijvoorbeeld ziet u eerder kinderen, of eerder volwassenen, ouderen?)

VRAGEN NAAR HET BELEID BIJ PATIËNTEN MET KLACHTEN VAN VAGINALE FLUOR.

1. Wat is uw beleid wanneer een patiënte, 30 jaar bij u komt met klachten van vaginale fluor?
2. Doet u verdere anamnese en klinisch onderzoek?
3. Doet u vervolgens bijkomende onderzoeken vooraleer u een behandeling instelt?
4. Welke bijkomende onderzoeken voert u doorgaans uit?
5. Heeft u pH-papier bij u op de praktijk?
   - Indien ja, gebruikt u het pH-papier?
     - Wanneer wel, wanneer niet?
     - Kan u het resultaat dan ook interpreteren en er de juiste diagnostische waarde aan hechten?
6. Heeft u KOH-10%-oplossing bij u op de praktijk?
   - Indien ja, gebruikt u de KOH-10%-oplossing om een aminetest uit te voeren?
     - Wanneer wel, wanneer niet?
     - Kan u het resultaat van de aminetest interpreteren en er de juiste diagnostische waarde aan hechten?
7. Heeft u bij u op de praktijk een microscoop?
   - Indien ja, gebruikt u de microscoop? Gebruikt u de microscoop voor onderzoek van vaginale fluor?
     - Wanneer wel, wanneer niet?
     - Kan u het microscopisch onderzoek van vaginale fluor dan ook correct interpreteren?
8. Stuurt u wel eens een kweekje van de vaginale fluor op naar een laboratorium voor microscopisch onderzoek aldaar?
   - Wanneer wel, wanneer niet?

9. Wat zijn voor u de redenen waarom u *geen* bijkomende onderzoeken doet?

10. Zou u zich bereid zien om *toch* (frequenter) bijkomend onderzoek te doen?

    - Welke onderzoeken zou u overwegen om toch te doen indien u een patiënte heeft met klachten van vaginale fluor?

11. Welke behandeling start u gewoonlijk op bij een patiënte met een candida-infectie? (Product – eventueel met merknaam – dosering, toedieningswijze en duur van de behandeling)
    - Verandert uw therapeutisch beleid wanneer de patiënte met de candida-infectie zwanger is? Hoe?

12. Welke behandeling start u gewoonlijk op bij een patiënte met een bacteriële vaginose? (Product – eventueel met merknaam – dosering, toedieningswijze en duur van de behandeling?)
    - Verandert uw therapeutisch beleid wanneer de patiënte met de bacteriële vaginose zwanger is? Hoe?

13. Welke behandeling start u gewoonlijk op bij een patiënte met trichomonas vaginalis? (Product – eventueel met merknaam – dosering, toedieningswijze en duur van de behandeling?)
    - Verandert uw therapeutisch beleid wanneer de patiënte met trichomonas vaginalis zwanger is? Hoe?

14. Wat is uw motivatie om de aanbevelingen in de richtlijn actueel toe te passen? /Wat is uw motivatie om de aanbevelingen in de richtlijn actueel niet toe te passen?

15. Zou u zich bereid zien om de richtlijn in de toekomst (nauwkeuriger) toe te passen in de praktijk? Waarom wel? Waarom niet?

16. Wat zou voor u een motivatie kunnen zijn om de richtlijnen in de toekomst (nauwkeuriger) toe te passen?

BIJLAGE B – INFORMATIEFORMULIER EN TOESTEMMINGSFORMULIER

Implementatie van de richtlijnen in het kader van vaginitis en vaginose door de huisarts.

INFORMATIEFORMULIER

Geachte collega,

Het onderzoek waarvoor uw deelneming wordt gevraagd, kadert in het thesisproject van dr. Hélène Backaert, huisarts in opleiding (HAIO) aan de Vrije Universiteit van Brussel, en staat onder leiding van prof. dr. Jan Vandevoorde van de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische zorg (VUB).

Wij willen onderzoeken wat het beleid is van de huisartsen uit het wachtgebied Waasland West wanneer zij geconfronteerd worden met patiënten met klachten van vaginale fluor. Bovendien willen wij nagaan wat de drijfveren zijn voor het al dan niet implementeren van de richtlijn van Domus Medica en of wij een aantal factoren kunnen beïnvloeden om de implementatie te verbeteren teneinde de kwaliteit van de zorg voor de patiënte te verbeteren.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal Dr. Hélène Backaert u tijdens een interview een aantal vragen stellen. Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer. Om de anonimiteit te kunnen garanderen zullen de gegevens gecodeerd worden.

Door dit document te ondertekenen geeft u te kennen dat u akkoord gaat met de inzameling van uw gegevens voor het onderzoek. Ook na ondertekening behoudt u het recht om, zonder opgave van reden, tijdens het onderzoek alsnog af te zien van uw medewerking. Uw eventuele weigering zal de verdere samenwerking uiteraard geenszins beïnvloeden.

Indien u nog vragen heeft over dit onderzoek, aarzel dan vooral niet om contact op te nemen met onderstaande onderzoeker.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Hélène Backaert

TOESTEMMINGSFORMULIER

1. Ik bevestig dat Dr.....(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Tijdens deze studie worden mijn gegevens gecodeerd en op anonieme wijze geanalyseerd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het de Vrije Universiteit Brussel en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de proefpersoon te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de proefpersoon.

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de proefpersoon, volledig uitgelegd aan bovengenoemde proefpersoon.

Datum……. Handtekening…….

Informerende arts

BIJLAGE C: GOEDGEKEURD PROTOCOL

IMPLEMENTATIE VAN DE RICHTLIJNEN IN HET KADER VAN VAGINITIS EN VAGINOSE DOOR DE HUISARTSEN VAN EEN HUISARTSENKRING.

MASTERPROEF VAN DR. HELENE BACKAERT

ONDER LEIDING VAN PROF. DR. VANDEVOORDE JAN (VUB)

ACHTERGROND

Als beginnend arts, net van de schoolbanken, was ik zeer gemotiveerd om de theorie, die we in de vorm van de richtlijnen geleerd hadden, om te zetten in de praktijk. Al vrij snel werd echter duidelijk dat het in de praktijk vaak anders loopt.

De richtlijnen zijn, voor elk van ons, een leidraad om aan evidence-based medicine (EBM) te doen. Elke casus moet afzonderlijk beoordeeld worden, en elke arts handelt naar vermogen en met de middelen die zij of hij ter beschikking heeft.

Zeer specifiek naar aanleiding van een aantal casussen in het kader van vaginitis en vaginose, merkte ik een duidelijke discrepantie tussen de richtlijn die Domus Medica vooropstelt en de praktijk. In de praktijk waar ik mijn opleiding geniet is er bovendien tussen de verschillende collega's een verschil in aanpak.

Domus Medica[1] is een vzw die instaat voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskundige richtlijnen (nu ook via EBMPracticenet) en deze worden beschouwd als aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering voor de Vlaamse huisartsen.

Ook uit verschillende studies blijkt dat de richtlijnen weinig geïntegreerd worden in de praktijk.[2] De oorzaken hiervoor zijn velerlei. Het kan te maken hebben met de richtlijnen zelf, namelijk de inhoud, de presentatie, de aanwezigheid van een samenvatting,… Het is ook belangrijk dat de richtlijnen praktisch haalbaar zijn. Bovendien speelt de houding van de patiënten ook een aanzienlijke rol. De belangrijkste factor is echter de houding van de artsen ten opzichte van de richtlijnen.

CONCRETE VRAAGSTELLING VAN MIJN MASTERPROEF

Wat is het beleid van de huisartsen van het wachtgebied Waasland West wanneer zij geconfronteerd worden met een patiënte met klachten van vaginale fluor? Implementeren zij de richtlijn van Domus Medica in het kader van vaginitis en vaginose in de praktijk?

Wat zijn de redenen om deze richtlijn al dan niet toe te passen? Zijn er factoren die we kunnen beïnvloeden teneinde de kwaliteit van de zorg voor patiënten te bevorderen? Zijn de huisartsen dan bereid om de richtlijn nauwlettender te volgen?

---

[1] http://www.domusmedica.be.html

[2] Grol, R, Braspenning J, Dijkstra R, Hulscher M, Wensing M. Implementatie van NHG-standaarden: Succes of probleem? Huisarts Wet 2010:53;42–46.; Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals. A systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak 2008: 8:38. ; Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners.Implement Sci. 2009;4:54. doi: 10.1186/1748-5908-4-54

GEPLANDE METHODE

Om te beginnen maak ik een kort overzicht van de richtlijn van Domus Medica over vaginitis en vaginose, met aanbevelingen voor differentieel diagnose, nood aan bijkomende (labo-)onderzoeken en voorlichting en therapie.

Via telefonisch contact zal ik mijn collega's op de hoogte brengen van mijn onderzoek en hun medewerking vragen. Met de huisartsen van de kring die hun medewerking willen verlenen maak ik een afspraak voor een semigestructureerd interview.

Op de moment van de afspraak voor het interview zal ik via een schriftelijk informatieformulier en toestemmingsformulier mijn collega's verder informeren over mijn onderzoek en formeel hun medewerking vragen. U vindt deze beide in bijlage A.

Indien zij hun toestemming verleend hebben om deel te nemen aan mijn onderzoek, zal ik hen tijdens een interview een aantal vragen stellen Eerst een aantal demografische vragen om een beeld te schetsen van de praktijk waarin zij actief zijn. Vervolgens zullen een aantal specifieke vragen gesteld worden om na te gaan wat hun eigen beleid is in het geval zij met een patiënte met klachten van vaginale fluor worden geconfronteerd. Tenslotte zal aan de hand van een aantal vragen gepeild worden naar de bereidheid van de huisartsen om de aanbevelingen die Domus Medica voorop stelt, nauwlettender te volgen in hun beleid. U vindt de vragenlijst in bijlage B.

Elk interview wordt uitgeschreven en nadien worden alle interviews gecodeerd om privacy te kunnen garanderen. De gecodeerde gegevens worden geanalyseerd en vergeleken om gemeenschappelijke en variërende opmerkingen naar voor te laten komen. Voor de analyse zal ik gebruik maken van het kwalitatief softwareprogramma Atlas.ti.

Aan de hand van deze kwalitatieve analyse van de antwoorden die artsen gegeven hebben tijdens de interviews zal ik een antwoord formuleren op mijn onderzoeksvragen.

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. J. VANDEVOORDE
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 01-06-2016

Ons Kenmerk: **2016/108**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Implementatie van de richtlijnen rond vaginitis en vaginose door artsen van een huisartsenkring
B.U.N. 143201628046

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de bijkomende vragen, het protocol, de aangepaste informatie- en toestemmingsformulieren en de vragenlijsten in het Nederlands, versies 2 dd 22-05-2016, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 1 juni 2016

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

el + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 01-06-2016

Ons Kenmerk : 2016/108

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB (since 23-03-2016)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. Em. A. Van Steirteghem	CHAIRMAN UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. van der Werff ten Bosch, MD, PhD	VICE- CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F
Dr. Apr. V. Caveliers, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. H. De Boeck, MD, PhD	Pediatric Orthopedics UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Grève, MD, PhD	Medical Oncology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Mey, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	M
Mrs. M. De Win	External Member	F
Mr. D. Danschutter	Head Nurse UZ BRUSSEL	M
Dr. I. Gies, MD, PhD	Pediatrics UZ BRUSSEL	M
Mr. S. Gondry, LLM	Attorney at Law Antwerp	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. Poelaert, MD, PhD	Anesthesiology UZ Brussel	M
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ Brussel	M
Mrs. A. Van Scharen, LLM	Legal Expert Research & Development - VUB	F
Prof. Dr. T. Vanhaecke, PhD	Toxicology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote