Epicondylitis

Aanpassing van de Duodecimrichtlijn

Lieselot Decock, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Jan Vandevoorde, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context: De diagnose van laterale of mediale epicondylitis van de elleboog lijkt banaal, maar kan tot langdurige arbeidsongeschiktheid en tot een vermindering van de levenskwaliteit leiden. De Duodecimrichtlijn "Laterale en mediale epicondylitis" op EBMPracticeNet biedt een handvat voor het beleid bij deze soms hardnekkige aandoening. Deze richtlijn is echter toe aan een update en aan een aanpassing aan de Belgische zorgcontext.

Onderzoeksvraag: Welke niet-medicamenteuze adviezen kunnen aan patiënten met epicondylitis gegeven worden? Hoe wordt de opvolging van patiënten met epicondylitis georganiseerd? Wanneer moet een patiënt met epicondylitis verwezen worden?

Methode: De Duodecimrichtlijn werd geadapteerd aan de hand van de ADAPTE-procedure, een gestandaardiseerde methode voor inhoudelijke en contextuele aanpassing van richtlijnen. Op basis van de klinische vragen werd gezocht naar relevante richtlijnen. Daaruit werden er zes geselecteerd voor evaluatie met AGREE II, een instrument voor het beoordelen van de kwaliteit en de transparantie van de ontwikkeling van richtlijnen. Uiteindelijk werd met de NHG-standaard Epicondylitis en met de CKS-richtlijn Tennis Elbow verdergewerkt. Er werd gezocht naar eventuele recentere literatuur en daarna werden de verschillende aanbevelingen beoordeeld op hun samenhang met de onderliggende literatuur en hun toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext. Zo nodig werd de aanbeveling aangepast. Na adaptatie werd aan iedere aanbeveling een GRADE toegekend om de kwaliteit van de evidentie en de sterkte van de aanbeveling aan te duiden. De aangepast richtlijn werd voor peer review voorgelegd aan 10 huisartsen in opleiding, 24 ervaren huisartsen en 5 specialisten in fysische geneeskunde of orthopedie. Er werd een tabel voor gedeelde besluitvorming ontwikkeld, waarin de verschillende behandelingsopties voor epicondylitis worden voorgesteld. Nadat ook deze aan 24 huisartsen werd voorgelegd voor peer review, werd de tabel in de praktijk getest bij 6 patiënten, die gevraagd werden hierover een vragenlijst in te vullen.

Resultaten: Het literatuuronderzoek toont aan dat veel studies over epicondylitis van lage of zeer lage kwaliteit zijn, waardoor het effect van meerdere behandelingen ongekend is. Een majeure adaptatie wordt voorgesteld voor de aanbeveling over lasertherapie. Een nieuwe aanbeveling over de opvolging van patiënten met epicondylitis wordt aangereikt. De aanbevelingen over heffen en grijpen, ortheses en kinesitherapie worden aangevuld of licht gewijzigd. De aanbevelingen over shockwavetherapie, acupunctuur en chirurgie blijven ongewijzigd. Uit de peer review blijkt ten eerste dat er controverse bestaat over het gebruik van ortheses. Ten tweede lijken artsen over het algemeen positief te staan tegenover kinesitherapie. Ten derde hebben enkele huisartsen en alle specialisten positieve ervaringen met shockwavetherapie, dit in tegenstelling met de literatuur. Ten vierde benadrukken alle specialisten dat chirurgie wél een goed resultaat kan hebben bij goed geselecteerde patiënten. De meeste huisartsen hebben nog geen ervaring met gedeelde besluitvorming. Voorwaarden voor het toepassen van de voorgestelde tabel zijn het gebruiksgemak en de beschikbaarheid. Mogelijke belemmeringen voor de toepassing door huisartsen zijn een gebrek aan opleiding over deze werkwijze, een gebrek aan tijd en een gebrek aan motivatie. De intelligentie, taal, tijd, interesse en socioculturele achtergrond van de patiënt kunnen ook een drempel vormen bij het gebruik van deze tabel. 5 van de 6 patiënten reageerden positief op de aanwending van een tabel voor gedeelde besluitvorming. 1 patiënt bracht de vragenlijst niet terug.

Conclusie: Een majeure adaptatie wordt voorgesteld voor de aanbeveling over lasertherapie. Meer kwaliteitsvolle studies naar de behandelingsopties bij epicondylitis zijn noodzakelijk. Het resultaat van deze studies zou een significant effect kunnen hebben op deze aanbevelingen omdat meerdere balanceren op de rand tussen net wel en net niet aanbevelen. Een tabel voor gedeelde besluitvorming is mogelijk een bruikbaar middel om de verschillende behandelingsmogelijkheden aan de patiënt voor te stellen, maar verder onderzoek hiernaar is nodig om tot een gevalideerd instrument te komen.

Contact: lieselot.decock@student.kuleuven.be

Inhoud

Abstract 2
Woord vooraf 4
1. Inleiding 4
2. Materialen en methode 5
2.1. Fase 1: Screeningsfase 5
2.1.1. Stap 1: Het definiëren van klinische vragen 5
2.1.2. Stap 2: Het zoeken naar relevante richtlijnen 6
2.1.3. Stap 3: Het screenen van de gevonden richtlijnen 6
2.1.4. Stap 4: Het waarderen van de geselecteerde richtlijnen 7
2.1.5. Stap 5: Het selecteren van aanbevelingen voor verdere adaptatie 13
2.1.6. Stap 6: Nazicht door de leescommissie 14
2.2. Fase 2: Adaptatiefase 14
2.2.1. Stap 7: Het opstellen van een eerste versie 14
2.3. Fase 3: Implementatiefase 17
2.3.1. Stap 8: Peer review 17
2.3.2. Stap 9: Het formuleren van een praktijkconsensus 18
2.3.3. Stap 10: Finaal nazicht door de leescommissie 18
3. Resultaten 19
3.1. Peer review richtlijn 19
3.2. Peer review tabel voor gedeelde besluitvorming 23
3.3. Patiëntenonderzoek tabel voor gedeelde besluitvorming 23
3.4. Visgraatanalyse 24
4. Discussie 25
4.1. Screeningsfase 25
4.2. Adaptatiefase 25
4.3. Implementatiefase 27
4.3.1. Peer review van de geadapteerde richtlijn 27
4.3.2. Peer review tabel voor gedeelde besluitvorming 28
4.3.3. Patiëntenonderzoek tabel voor gedeelde besluitvorming 28
5. Conclusie 29
6. Referenties 30
Bijlage 1: Overzicht literatuurstudie 32
Bijlage 2: Vragenlijst voor peer review bij HAIO's en LOK-groepen 38
Bijlage 3: Tabel voor gedeelde besluitvorming 46
Bijlage 4: Vragenlijst voor de patiënten 47
Bijlage 5: Goedgekeurd protocol 50
Bijlage 6: Goedkeuring ethische commissie 53

Woord vooraf

Met het afwerken van deze masterproef ben ik aan het sluitstuk van de opleiding tot huisarts gekomen. Het was een werk van lange adem en het is dan ook gepast de mensen die mij hierin steunden, te bedanken. Vooreerst gaat mijn dank uit naar collega Anneleen Claes voor de fijne samenwerking. Ook dank u wel aan Prof. Dr. Jan Vandevoorde voor de tips en de feedback tijdens het adaptatieproces en voor het nalezen van deze scriptie. Ik wil de collega's van huisartsenpraktijk De Maalderij in Sijsele bedanken voor hun interesse en medewerking. Tot slot ook een grote dank je wel aan mijn ouders, omdat ze me de kans gaven om deze studie aan te vatten.

1. Inleiding

Als onderwerp voor deze masterproef voor de opleiding huisartsgeneeskunde, koos ik voor de aanpassing van de Duodecimrichtlijn over laterale en mediale epicondylitis voor EBMPracticeNet. (1,2)

EBMPracticeNet is een elektronisch platform dat in 2010 door de overheid werd opgericht. Het verzamelt nationale en internationale richtlijnen voor de geneeskundige praktijk, die ook via de "evidence linker" in het elektronisch medisch dossier terug te vinden zijn. Eén groep van deze richtlijnen zijn de Duodecimrichtlijnen, die door de gelijknamige Finse artsenvereniging werden ontwikkeld. Ze worden gekenmerkt door hun beknoptheid en hun gebruiksgemak. Een deel van deze richtlijnen is echter aan een update toe en/of hebben nood aan een aanpassing aan de Belgische zorgcontext. Dit geldt ook voor de Duodecimrichtlijn over laterale en mediale epicondylitis.

Aan laterale epicondylitis, ook gekend als tenniselleboog, moet gedacht worden bij pijn op of rond de origo van de polsextensoren op de laterale epicondylus van de humerus. Bij mediale epicondylitis of golfelleboog wordt pijn op of rond de origo van de polsflexoren op de mediale epicondylus van de humerus gevoeld. Omwille van hun gelijkaardige ontstaansmechanisme, klachtenpatroon, diagnostiek en behandeling, wordt de term "epicondylitis" in deze masterproef voor beide aandoeningen gebruikt.

De gemiddelde huisarts ziet jaarlijks 6 nieuwe gevallen van epicondylitis lateralis per 1000 patiënten. De hoogste incidentie wordt gezien in de leeftijd tussen 45 en 59 jaar, iets vaker bij vrouwen dan bij mannen. Bij mannen gaat het in deze leeftijdscategorie om 13 tot 18 nieuwe gevallen per 1000 patiënten en bij vrouwen om 12 tot 23 nieuwe gevallen per 1000 patiënten. (3) Deze cijfers van Intego zijn vergelijkbaar met deze die in de NHG-standaard Epicondylitis worden vermeld. Over epicondylitis medialis kunnen geen Belgische cijfers teruggevonden worden, maar deze aandoening zou naar schatting tien keer minder vaak voorkomen. (4)

Alhoewel epicondylitis op zich een onbeduidende aandoening lijkt, mag het belang ervan niet onderschat worden. Aanhoudende pijn ter hoogte van de elleboog leidt tot een verminderde functie en een verminderde levenskwaliteit. Patiënten zijn soms tijdelijk niet in staat hun werk uit te oefenen, waardoor epicondylitis ook op financieel-economisch vlak een impact heeft. Het uitblijven van een effectieve behandeling is zowel voor patiënten als voor artsen een bron van frustratie. In deze masterproef wil ik de beschikbare evidentie over de niet-medicamenteuze behandeling, de opvolging en de verwijzing bij deze aandoening uiteenzetten.

2. Materialen en methode

2.1. Fase 1: Screeningsfase

Het aanpassen van richtlijnen voor EBMPracticeNet gebeurt aan de hand van een gestandaardiseerde methode, de ADAPTE-procedure. Hierbij wordt niet enkel met de wetenschappelijke evidentie, maar ook met de context, de prioriteiten en noden van de patiënt, de wetgeving en financieel-economische overwegingen rekening gehouden. (5,6) De details van iedere stap werden in een matrix bijgehouden.

2.1.1. Stap 1: Het definiëren van klinische vragen

Een eerste belangrijke stap in het adaptatieproces is het opstellen van geschikte klinische vragen. Dit beperkt aantal kernvragen vormt de ruggengraat van de aangepaste richtlijn. Ze worden elke beantwoord door één of meerdere aanbevelingen. Specifieke klinische vragen moeten onderscheiden worden van algemene vragen of achtergrondvragen.

Aan de hand van de klinische vragen worden de PIPOH-elementen gedefinieerd. PIPOH is een letterwoord dat de noodzakelijke elementen van een klinische vraag aanduidt. De in de PIPOH geïncludeerde termen kunnen in de volgende stap gebruikt worden bij het zoeken naar relevante literatuur. Het is ook mogelijk in deze stap termen te excluderen.

P Patient population / disease characteristics.
I Intervention(s) of interest.
P Professionals targeted by the guideline.
O Outcomes and endpoints to be taken into consideration.
H Healthcare setting and context.

De twee onderzoekers definieerden samen volgende vijf klinische vragen:

1. Hoe stelt de huisarts de diagnose van epicondylitis?
P Patiënt met elleboogklachten.
I Het klinisch beeld, met andere woorden, het verhaal en de klinische tekenen en bevindingen bij klinisch onderzoek.
P Huisarts.
O Aantonen van epicondylitis of differentiële diagnose.
H Eerste lijn.

2. Welke niet-medicamenteuze adviezen kunnen aan een patiënt met epicondylitis gegeven worden?
P Patiënt met epicondylitis. (NIET: andere elleboogpathologie)
I Niet-medicamenteuze behandelingen. (NIET: medicamenteuze behandelingen)
P Huisarts.
O Genezing of vermindering van de pijn of last.
H Eerste lijn.

3. Welke medicamenteuze adviezen kunnen aan een patiënt met epicondylitis gegeven worden?
P Patiënt met epicondylitis. (NIET: andere elleboogpathologie)
I Medicamenteuze behandelingen. (NIET: niet-medicamenteuze behandelingen)
P Huisarts.
O Genezing of vermindering van de pijn of last.
H Eerste lijn.

4. Hoe wordt de opvolging van een patiënt met epicondylitis georganiseerd?

P Patiënt met epicondylitis. (NIET: andere elleboogpathologie)
I Symptomen die wijzen op een complicatie.
Nevenwerkingen van de behandeling.
P Huisarts.
O Genezing of wijzigen van de behandeling.
H Eerste lijn.

5. Wanneer moet een patiënt met epicondylitis verwezen worden?

P Patiënt met epicondylitis. (NIET: andere elleboogpathologie)
I Therapieresistentie.
P Huisarts.
O Verwijzing.
H Eerste lijn.

Vooraleer stap 2 aan te vatten, werden de klinische vragen beoordeeld door de promotor en door dr. Nicolas Delvaux van de werkgroep "Adaptatie Duodecimrichtlijnen".

In deze masterproef worden de klinische vragen 2, 4 en 5 behandeld. Collega Anneleen Claes neemt de vragen 1 en 3 voor haar rekening.

2.1.2. Stap 2: Het zoeken naar relevante richtlijnen

In de zoektocht naar relevante internationale richtlijnen, op 10 en 16 november 2015, werd gebruik gemaakt van de zoektermen "epicondylitis" en "epicondylitis elbow". Er werd gezocht in The International Guideline Library via The International Guideline Network (GIN, www.g-i-n.net), bij National Guideline Clearinghouse (NGC, www.guideline.gov), bij The National Institute for Health and Care Excellence (NICE, www.evidence.nhs.uk) en in Trip Database (www.tripdatabase.com). Via Cebam Digital Library for Health (CDLH, www.cdlh.be) werd gezocht naar Belgische richtlijnen in de databases van de Hoge Gezondheidsraad (HGR-CSS), Minerva, Farmaka, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI), de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Daarbij werden de zoektermen "epicondylitis" en "epicondylitis elleboog" gebruikt.

2.1.3. Stap 3: Het screenen van de gevonden richtlijnen

Een eerste ruwe selectie werd gemaakt door resultaten die geen richtlijnen zijn, richtlijnen met een niet-relevante titel – ie richtlijnen waarvan op basis van de titel blijkt dat epicondylitis niet de primaire scope van de richtlijn is -, richtlijnen waarvan een recentere versie beschikbaar is of richtlijnen in een andere taal dan het Engels, Nederlands of Frans te excluderen. Daarna werden dubbele resultaten verwijderd. Op deze manier werden tien richtlijnen gevonden. Er werd besloten twee richtlijnen te excluderen, omdat ze onvoldoende relevant waren of geen antwoord gaven op de vooropgestelde klinische vragen. Van deze richtlijnen was er één die algemene aanbevelingen voor chronische musculaire aandoeningen gaf, maar niet specifiek op epicondylitis inging, en was er één richtlijn die enkel radiologie bij chronische elleboogpijn besprak. Omdat deze richtlijnen te zeer op één aspect van het onderwerp ingingen, werden ze geëxcludeerd. Eén richtlijn werd uitgesloten omdat hij enkel over shockwavetherapie handelde. Tot slot werd bij controle van de matrix in september 2016 een bijkomende richtlijn geschrapt omdat hij werd teruggetrokken.

2.1.4. Stap 4: Het waarderen van de geselecteerde richtlijnen

2.1.4.1. Het evalueren van de richtlijnen met AGREE II

De gevonden richtlijnen werden geëvalueerd aan de hand van AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation). Dit is een instrument om de kwaliteit van richtlijnen in de gezondheidszorg op een gestandaardiseerde manier te beoordelen en transparantie in de ontwikkeling ervan te scheppen. Op basis van informatie uit de richtlijn, de eventuele bijlages bij de richtlijn en het eventuele handboek voor de ontwikkeling van richtlijnen door de betreffende organisatie, worden 23 elementen in 6 domeinen beoordeeld en gescoord van 1 (zeer oneens) tot 7 (zeer eens). Concreet gaat het over elementen binnen het onderwerp en doel van de richtlijn, de betrokkenheid van de belanghebbenden, de methodologie, de helderheid en presentatie, de toepassing van de richtlijn en de onafhankelijkheid van de opstellers. Tot slot wordt ook een algemeen oordeel over de kwaliteit van de richtlijn geveld. (7)

Voor de aanpassing van de Duodecimrichtlijn over epicondylitis werden de zes gevonden richtlijnen onafhankelijk beoordeeld door de twee onderzoekers. Daarbij werd gebruik gemaakt van “My AGREE Plus”, een online tool die door The AGREE Research Trust gratis ter beschikking gesteld wordt. Bij elementen waarvan de scores te sterk verschilden, werd overlegd. Wanneer informatie over het hoofd gezien was, werd de score aangepast. Bij een verschil in mening werd naar een consensus gezocht. Na het formuleren van een besluit werd op basis van AGREE II een selectie van richtlijnen overgehouden om mee verder te werken.

Richtlijn	**Conclusie**	**Uitleg**
Epicondylitis (2009) NHG-Standaard (4)	Inclusie	1. Onderwerp en doel: Goed beschreven doelpopulatie en gezondheidsdoelen. Vermelding van te verwachten uitkomsten. De typische indeling van de NHG-standaarden behandelt alle klinische vragen. 2. Betrokkenheid van belanghebbenden: Goede diversiteit in de werkgroep. In de algemene handleiding wordt vermeld dat het NHG patiëntenbelangen nagaat. 3. Methodologie: Er bestaat een algemene handleiding voor de ontwikkeling van de NHG-standaarden, waarin wordt vermeld hoe literatuur gezocht en geselecteerd wordt. Een specifieke zoekstrategie voor deze standaard over epicondylitis is niet beschikbaar. Op dit moment is het minder goed uitgekristalliseerd hoe het bewijsmateriaal naar de aanbevelingen wordt vertaald. Gezondheidsvoor- en nadelen worden beschreven in noten met duidelijk vermelding van referenties. De methode voor externe review staat beschreven in de algemene handleiding. 4. Helderheid en presentatie: Uitmuntend. Kernboodschappen worden opgesomd en aanbevelingen worden ondubbelzinnig beschreven. 5. Toepasbaarheid: Niet duidelijk beschreven. Patiënteninformatiebrochure beschikbaar. 6. Onafhankelijkheid: Duidelijk beschreven. Besluit: Dit is een heldere richtlijn met duidelijke taal en aanbevelingen, zonder dubbelzinnigheden. Er is een consequente beschrijving van en referentie naar de wetenschappelijke literatuur. Praktisch hanteerbaar in de praktijk.
Tennis Elbow (2012) CKS (8)	Inclusie	1. Onderwerp en doel: Goed beschreven doelpopulatie en gezondheidsdoelen. Vermelding van te verwachten uitkomsten. De belangrijkste klinische vragen gaan de alinea’s vooraf. 2. Betrokkenheid van belanghebbenden: Hiervoor wordt verwezen naar de algemene handleiding voor het opstellen van deze richtlijnen. 3. Methodologie: Er bestaat een algemene handleiding voor de ontwikkeling van de CKS-richtlijnen, waarin wordt beschreven hoe literatuur gezocht en geselecteerd wordt en hoe dit bewijsmateriaal naar een aanbeveling wordt omgezet. Gezondheidsvoor- en nadelen werden volgens de handleiding ook in overwegen genomen. Er is een duidelijk vermelding van referenties. De methode voor externe review staat beschreven in de algemene handleiding.

		4. Helderheid en presentatie: Uitmuntend. Kernboodschappen worden opgesomd en aanbevelingen worden ondubbelzinnig beschreven. 5. Toepasbaarheid: Niet beschreven. 6. Onafhankelijkheid: Duidelijk beschreven. Besluit: Korte, bondige richtlijn zonder dubbelzinnigheden. Beknopte wetenschappelijke link. Niet rechtstreeks beschikbaar vanuit België.
Elbow Disorders (2012) American College of Occupational and Environmental Medicine (9)	Exclusie	1. Onderwerp en doel: Goed beschreven doelpopulatie en gezondheidsdoelen. Vermelding van te verwachten uitkomsten. Er is geen duidelijke opsomming van klinische vragen, maar de nodige elementen zijn wel terug te vinden. 2. Betrokkenheid van belanghebbenden: Goede beschrijving van potentiële gebruiker. Het is niet duidelijk wie in de werkgroep zetelde. De voorkeuren van de doelpopulatie worden nergens vermeld. 3. Methodologie: De methode voor het zoeken naar en het selecteren van literatuur wordt beschreven. Het vertalen van het bewijsmateriaal naar aanbevelingen gebeurde via expertconsensus. Gezondheidsvoor- en nadelen worden vermeld. Geen vermelding van referenties in beschikbare versie. Externe review wordt vermeld, maar de methodiek wordt slechts vaag beschreven. 4. Helderheid en presentatie: Goed. Opsomming van kernboodschappen, aanreiken van tabellen. 5. Toepasbaarheid: Een link naar een clinical assessment algoritme en mobile device worden vermeld, maar niet teruggevonden. De kosten werden in overweging genomen. 6. Onafhankelijkheid: Beschreven, zonder methode. Besluit: Er zijn belangrijke opmerkingen op vlak van methodologie. Het ontbreken van referenties maakt deze richtlijn ongeschikt om mee te nemen in de verdere adaptatieprocedure. Los van deze beoordeling door AGREE II, werd bij het grasduinen in de richtlijn ook vastgesteld dat deze een te brede scope heeft.
ACR Appropriateness Criteria® chronic elbow pain (2015) American College of Radiology (10)	Exclusie	1. Onderwerp en doel: Goed beschreven doelpopulatie en gezondheidsdoelen voor radiologische onderzoeken bij elleboogklachten. Vermelding van te verwachten uitkomsten. Er is geen duidelijke opsomming van klinische vragen, maar de nodige elementen zijn wel terug te vinden. 2. Betrokkenheid van belanghebbenden: Goede beschrijving van potentiële gebruikers. Het is niet duidelijk wie in de werkgroep zetelde. De voorkeuren van de doelpopulatie worden nergens vermeld. 3. Methodologie: De methode voor het zoeken naar en het selecteren van literatuur wordt beschreven. Er werd gebruik gemaakt van de Delphimethode. Gezondheidsvoor- en nadelen worden vermeld. Geen vermelding van referenties in beschikbare versie. Er werd geen externe review uitgevoerd. 4. Helderheid en presentatie: Zeer goed. Opsomming van kernboodschappen. 5. Toepasbaarheid: Heldere beschrijving van de belemmeringen. Geen implementatietools. De kosten werden niet in overweging genomen. 6. Onafhankelijkheid: Beschreven, zonder methode. Besluit: Alhoewel de methode voor het opstellen van deze richtlijn in orde lijkt, maakt het ontbreken van referenties deze richtlijn ongeschikt om mee te nemen in de verdere adaptatieprocedure. Los van de beoordeling door AGREE II, is het onderwerp van deze richtlijn enerzijds te breed – het gaat niet over epicondylitis, maar over allerlei vormen van chronische elleboogpijn- en anderzijds te smal – door het enkel over radiologie te hebben.
Cumulative Trauma Conditions Medical Treatment Guideline (2010) Work Loss Data Center (11)	Exclusie	1. Onderwerp en doel: Goed beschreven doelpopulatie en gezondheidsdoelen voor algemene elleboogklachten. Vermelding van te verwachten uitkomsten. Er is geen duidelijke opsomming van klinische vragen, maar de nodige elementen zijn wel terug te vinden.

		2. Betrokkenheid van belanghebbenden: Goede beschrijving van potentiële gebruikers. Het is niet duidelijk wie in de werkgroep zetelde. De voorkeuren van de doelpopulatie worden nergens vermeld. 3. Methodologie: De methode voor het zoeken naar en het selecteren van literatuur wordt beschreven. Het vertalen van het bewijsmateriaal naar aanbevelingen gebeurde via expertconsensus. Er wordt weinig rekening gehouden met gezondheidsvoor- en nadelen. Geen vermelding van referenties in beschikbare versie. Externe review wordt vermeld, maar de methodiek wordt slechts vaag beschreven. 4. Helderheid en presentatie: Goed. Opsomming van kernboodschappen. 5. Toepasbaarheid: Link naar clinical assessment-algoritme. 6. Onafhankelijkheid: Helemaal niet duidelijk beschreven. Besluit: Er zijn belangrijke opmerkingen op vlak van methodologie. Het ontbreken van referenties maakt deze richtlijn ongeschikt om mee te nemen in de verdere adaptatieprocedure. Los van de beoordeling door AGREE II, werd bij het grasduinen door de richtlijn ook vastgesteld dat deze een te brede scope heeft.
Conservative Care Options for Work-Related Epicondylosis (2014) Washington State Department of Labor and Industries (12)	Exclusie	1. Onderwerp en doel: Goed beschreven doelpopulatie en gezondheidsdoelen. Vermelding van te verwachten uitkomsten. Duidelijke opsomming van klinische vragen. 2. Betrokkenheid van belanghebbenden: Goede beschrijving van potentiële gebruikers. Het is niet duidelijk wie in de werkgroep zetelde. De voorkeuren van de doelpopulatie worden nergens vermeld. 3. Methodologie: Te vage beschrijving van de zoekstrategie. Geen beschrijving van de criteria voor selectie van literatuur. Het vertalen van het bewijsmateriaal naar aanbeveling gebeurde door expertconsensus. Vermelding van gezondheidsvoor- en nadelen. Geen vermelding van referenties in beschikbare versie. Externe review werd uitgevoerd, maar niet volgens een gestandaardiseerde methode. 4. Helderheid en presentatie: Zeer goed. Opsomming van kernboodschappen. 5. Toepasbaarheid: Geen beschrijving van de belemmeringen, wel aanreiken van implementatietools. De kosten werden niet in overweging genomen. 6. Onafhankelijkheid: Beschreven voor de financier, maar niet voor de leden van de werkgroepen. Besluit: De gebruikte methodologie bij het ontwikkelen van deze richtlijn is ondermaats. Het ontbreken van referenties maakt deze richtlijn sowieso ongeschikt om mee te nemen in de verdere adaptatieprocedure.

2.1.4.2. Het inventariseren van de inhoud van de aanbevelingen

In stap 4.2 in de matrix werd de informatie uit de Duodecimrichtlijn en de twee geselecteerde richtlijnen geïnventariseerd. Voor iedere klinische vraag werden de aanbevelingen die er een antwoord op gaven genoteerd. De bedoeling van deze stap was het opsporen van verschillen tussen de aanbevelingen van de drie richtlijnen. Indien vermeld in de bronrichtlijn, werd daarnaast de graad van aanbeveling en het niveau van de bewijskracht geregistreerd.

2.1.4.3. Het waarderen van de aanbevelingen op courantheid

Nadat de kernboodschappen uit elke richtlijn voor iedere klinische vraag geïnventariseerd waren, werd voor elk van deze aanbevelingen de courantheid beoordeeld. Met andere woorden, voor iedere aanbeveling werd nagezien of ze nog up-to-date was met de recente literatuur. Daarvoor werd ten eerste de publicatiedatum van de gebruikte literatuur voor de aanbeveling nagekeken en werd gezocht naar eventuele updates van de richtlijnen. Wanneer deze niet beschikbaar waren, werd ten tweede gezocht naar recentere literatuur. Om de zoekstrategie te bepalen, werden zoektermen gedefinieerd aan de hand van PICO-elementen. Vervolgens werd in een watervalsysteem eerst via The Cochrane Library en ten tweede via Medline gezocht. De zoekresultaten werden verfijnd door het toevoegen

van vier filters: review, abstract beschikbaar, gepubliceerd tussen 01-01-2008 en 31-12-2016 en Engels. (bijlage 1)

- **P** Patiëntenpopulatie.
- **I** Interventie of diagnostische test.
- **C** Comparison: waarmee wordt vergeleken?
- **O** Outcomes: zowel patient-, systeem- als gezondheidszorggerelateerde outcomes.

De zoektocht naar nieuwe informatie over **ortheses** leverde drie publicaties op. Eén review (13) en één systematic review (14) bevestigen het resultaat uit de systematic review van The Cochrane Collaboration (15): het is niet duidelijk of ortheses een effect hebben. Een RCT (16) die in een derde publicatie (17) wordt vermeld, geeft echter aan dat ortheses vergeleken met placebo op vlak van pijnvermindering en knijpkracht superieure resultaten hebben. Er kan geen verschil vastgesteld worden tussen de verschillende soorten ortheses. (17,18)

De zoektocht naar nieuwe informatie over **kinesitherapie** leverde negen publicaties op. Het effect van diepe dwarse fricties werd onderzocht in een systematic review van The Cochrane Collaboration. Zij konden geen meerwaarde van fricties bij andere kinesitherapiemodaliteiten weerhouden. (19) Twee systematic reviews met respectievelijk dertien en twaalf geïncludeerde studies bespreken het effect van krachttraining. De eerste formuleert een voorzichtig besluit en stelt dat nog geen definitieve conclusies kunnen getrokken worden, maar dat er mogelijk wel een effect is van krachttraining op de symptomen van tendinose. (20) De tweede rapporteert dat alle geïncludeerde studies aantonen dat krachttraining tot substantiële verbetering leidt op vlak van pijn en functionaliteit. (21) Over excentrische oefentherapie schrijven twee reviews dat excentrische oefeningen effectiever zijn op vlak van pijn dan conservatieve therapie. (17,22) Een systematic review geeft echter aan dat geïsoleerde excentrische oefeningen niet leiden tot verbetering van de klachten. (23) Na systematic review van twaalf studies ondersteunt men wel het includeren van excentrische oefeningen als onderdeel van een multimodaal programma, als beste kans om de pijn te verminderen en de functionaliteit te verbeteren. (21,23) Daartegenover staat dat twee systematic reviews onvoldoende evidentie vinden om excentrische boven concentrische oefeningen te verkiezen. (14,24) In één review en één systematic review wordt het effect van stretching vergeleken met de combinatie van stretching en oefentherapie. Beiden konden geen significant verschil op vlak van pijn, functionaliteit of algemene verbetering aantonen. (14,22) Twee systematic reviews bespreken het effect van manipulatie op de klachten van epicondylitis. Beiden lijken te wijzen op een mogelijk kortetermijneffect op vlak van pijn en functionaliteit, zowel bij de vergelijking met placebo als bij de vergelijking met ultrasound. Omwille van de lage kwaliteit van de evidentie wordt echter besloten dat de effectiviteit ongekend is. (14,24) Wanneer verschillende combinaties van kinesitherapiebehandelingen met elkaar vergeleken worden, kan geen voorkeur aangeduid worden. Ook van combinaties van behandelingen is de effectiviteit ongekend. (14)

De zoektocht naar nieuwe informatie over **shockwavetherapie** leverde vier publicaties op. Twee systematic reviews (14,25) en één review (13) bevestigen het resultaat van The Cochrane Collaboration (26): het is weinig waarschijnlijk dat shockwavetherapie een effect heeft bij epicondylitis. Eén systematic review formuleert echter kritiek op deze studie: er wordt geen rekening gehouden met het gebruik van verschillende toestellen, met verschillende methodes om de shockwaves te genereren en met verschillende behandelingsprotocollen. Daarnaast werden acute gevallen geïncludeerd en werd in bepaalde gevallen een lokaal anestheticum toegediend voor het starten van de procedure. De schrijvers wijzen op negen RCT's met positieve resultaten, doch selectiebias kan vermoed worden,

gezien de selectieperiode voor de positieve RCT's een stuk langer is dan deze voor de negatieve RCT's. (27)

De zoektocht naar nieuwe informatie over **ultrasound** leverde vijf publicaties op. Eén systematic review (14) en twee reviews (17,28) leverden gelijkaardige resultaten op: door een gebrek aan kwaliteitsvolle studies zijn geen conclusies over de effectiviteit van ultrasound bij epicondylitis mogelijk. Eén systematic review schrijft echter dat er matige evidentie is voor het effect van ultrasound op pijn, wanneer dit wordt vergeleken met placebo. (29)

De zoektocht naar nieuwe informatie over **acupunctuur** leverde twee publicaties op. Beide systematic reviews besluiten dat er te weinig evidentie is om acupunctuur aan of af te raden. (14,30) De systematic review van The Cochrane Collaboration vermeldt weliswaar een effect op heel korte termijn, dit wil zeggen tot maximum 24 uur na de behandeling, maar men kan zich afvragen of dit klinisch relevant is. (30)

De zoektocht naar nieuwe informatie over **lasertherapie** leverde vijf publicaties op. Drie systematic reviews, waarvan twee met meta-analyse, suggereren dat lasertherapie waarschijnlijk effectief is bij het verminderen van pijn en het verbeteren van de functionaliteit en algemene toestand. Dit geldt zowel voor monotherapie als voor de combinatie met oefentherapie. (14,31,32) Eén systematic review zwakt deze resultaten af en wijst erop dat het effect wellicht aan niet-behandelingsspecifieke factoren toegeschreven moet worden. (25) Een andere systematic review schrijft dat er conflicterende evidentie is voor het effect op korte termijn en dat op middellange en lange termijn geen significante verschillen met placebo kunnen worden vastgesteld. (29)

De zoektocht naar nieuwe informatie over **chirurgie** leverde zeven publicaties op. Alhoewel heel wat studies goede tot excellente resultaten van chirurgie rapporteren (17,22,33), besluiten twee systematic reviews van hoge kwaliteit dat er onvoldoende evidentie is om chirurgie aan of af te raden. (14,34)

2.1.4.4. Het waarderen van de aanbevelingen op samenhang

Het waarderen van de aanbevelingen op samenhang gebeurde in drie stappen. Ten eerste werd voor iedere richtlijn de zoekstrategie nagekeken. Daarbij werd gecontroleerd of bij het zoeken gefocust werd op de klinische vragen. Ten tweede werd de samenhang tussen de gevonden literatuur en de samenvatting en interpretatie ervan door de auteurs, beoordeeld. Tot slot werd de samenhang tussen deze interpretatie en de aanbeveling zelf doorgelicht.

De zoekstrategie achter de originele **Duodecimrichtlijn Lateral and medial epicondylitis of the elbow** kon niet teruggevonden worden. Fragmenten uit de abstracts van de geciteerde literatuur werden gekopieerd als samenvatting van deze evidentie. Deze samenvattingen zijn in de online versie van de richtlijn gekoppeld aan iedere aanbeveling. De interpretatie van de evidentie staat als titel boven de samenvatting, is correct en hangt samen met de aanbevelingen zelf. Er werden geen evidentietabellen teruggevonden.

De zoekstrategie achter de **NHG-standaard Epicondylitis** kon niet teruggevonden worden. Op de website van het NHG is weliswaar een rubriek "Zoekstrategieën", maar de zoekstrategie voor deze richtlijn kan niet geraadpleegd worden. (35) Dr. Ton Kuijpers, epidemioloog bij het NHG, bevestigde dat deze niet beschikbaar is. Evenmin zijn er evidentietabellen voorhanden. Bij recentere richtlijnen van deze organisatie is de methode van totstandkoming transparanter. Typisch voor het NHG zijn de "Noten" waarin de onderliggende evidentie wordt samengevat en geïnterpreteerd. Opvallend is ook dat het NHG streng oordeelt vooraleer een behandeling aan te raden. Iedere inconsistentie in onderliggende literatuur vormt een reden om een behandeling te verwerpen, terwijl bij andere

richtlijnen een tendens in één of andere richting voldoende lijkt om een behandeling in meer of mindere mate aan of af te raden.

Voor de aanbevelingen over ortheses, kinesitherapie, shockwavetherapie en chirurgie wordt de evidentie correct geïnterpreteerd en is de aanbeveling daar een logisch gevolg van. In de noot over lasertherapie is er echter minder samenhang tussen de evidentie en de samenvatting ervan. De geciteerde studies zouden slechts een korte follow-upperiode bestrijken, terwijl in één van de artikels weldegelijk een follow-up tot twaalf maanden wordt beschreven. Het is opvallend dat enkel de duur van de follow-upperiode als reden voor het afraden van lasertherapie wordt gegeven, terwijl er ook inconsistentie is tussen de twee studies. Alhoewel de samenhang tussen de evidentie en de samenvatting ervan niet correct en onvolledig lijkt, is er wel een correcte samenhang tussen de evidentie en de kernboodschap. Voor de aanbeveling over acupunctuur wordt geen samenvatting van de evidentie voorgesteld. Net als voor andere niet-medicamenteuze behandelingen voor epicondylitis is het bewijs voor acupunctuur niet consistent. In lijn met de andere aanbevelingen uit deze richtlijn, waarin behandelingen bij niet-significante of inconsistente resultaten worden afgeraden, wordt ook acupunctuur door het NHG ontraden. De kernboodschap hangt dus wel samen met de onderliggende evidentie.

De zoekstrategie achter de **CKS-richtlijn Tennis Elbow** wordt in een bijlage bij de richtlijn beschreven. Er werd gezocht naar richtlijnen, systematic reviews en RCT's over eerstelijnszorg bij tenniselleboog. Er werd gezocht tussen december 2008 en september 2012. Ook de zoektermen worden opgelijst. De studies worden per aanbeveling samengevat en geïnterpreteerd. Evidentietabellen werden niet gevonden, maar de evidentie lijkt correct geïnterpreteerd. In de richtlijn worden meer publicaties geciteerd dan er in de bijlage worden samengevat. Dit zou echter niets aan de interpretatie van de evidentie veranderen. Er is een logisch verband tussen de evidentie en de kernboodschap, ook al wordt op basis van dezelfde evidentie soms een ander besluit getrokken dan door het NHG. Zo worden ortheses aangeraden, vooral als de verminderde functionaliteit het belangrijkste probleem is. Alhoewel geen hard bewijs bestaat voor het gebruik van ortheses, ligt deze aanbeveling wel in de lijn van de huidige evidentie. Bijkomende overwegingen in deze richtlijn zijn dat het gebruik van ortheses wijdverbreid is en dat ze als veilig worden beschouwd.

2.1.4.5. Het waarderen van de aanbevelingen op toepasbaarheid

De toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext van iedere aanbeveling werd beoordeeld. Daarbij werd rekening gehouden met de doelgroep en patiëntengroep van de richtlijn, de voorkeuren en verwachtingen van patiënten, de expertise, de praktijkorganisatie, de terugbetaling, de ondersteuning en eventuele culturele conflicten.

In de NHG-standaard wordt geen enkele niet-medicamenteuze behandeling aanbevolen. De vraag is of dit toepasbaar is in de Belgische zorgcontext. Patiënten verwachten meestal dat hun klachten actief aangepakt worden. Als dit niet gebeurt, moet daar een goede **uitleg** tegenover staan. Daarvoor ontbreekt het huisartsen soms aan tijd. Toch zouden uitleg over de aandoening en over de daarbij te vermijden bewegingen door iedere arts moeten gegeven kunnen worden.

Niet iedere huisarts beschikt over de vaardigheid om een tape aan te leggen, maar **ortheses** zijn in België vrij verkrijgbaar bij apotheken, thuiszorgwinkels en bandagisterieën. De kostprijs kan voor de patiënt een drempel zijn (25 tot 50EUR, afhankelijk van het model). Een terugbetaling is echter mogelijk na consultatie bij de fysisch geneesheer of orthopedist (32,18EUR voor specifieke modellen).

Kinesitherapie kan door iedere huisarts voorgeschreven worden. Het is een veilige en voor de meeste patiënten aanvaardbare optie in de behandeling van epicondylitis. Voor sommige patiënten kan de kostprijs een drempel zijn (22,26 of 25EUR per sessie), maar er wordt een terugbetaling voorzien

(16,37EUR of 19,87EUR). Kinesisten zijn in Vlaanderen vlot te bereiken, er zijn meestal geen wachtlijsten en de patiënt hoeft zich er meestal niet ver voor te verplaatsen.

Ultrasound wordt in België meestal toegepast door kinesisten, al beschikt niet iedere kinesist over een dergelijk toestel. De kostprijs per sessie blijft dezelfde.

Shockwavetherapie wordt weliswaar niet aangeraden, maar wordt via de fysisch geneesheer of orthopedist dikwijls wel aangeboden. Omwille van de beperkte evidentie, wordt er echter geen terugbetaling voorzien door het RIZIV. De kostprijs voor de patiënt kan dan ook hoog oplopen (bv. UZ Gent: 200EUR). (36) Daarbovenop komt dan nog de prijs van de consultaties en eventuele voorafgaande echografie.

Lasertherapie werd uitgevoerd in UZ Gent, maar werd daar afgevoerd omwille van teleurstellende resultaten. Er konden geen perifere ziekenhuizen gevonden worden waar deze behandeling wel wordt toegepast. Bij navraag hadden de meeste fysisch geneesheren en orthopedisten nog niet van deze optie gehoord. Enkele zeldzame kinesisten zouden wel over een toestel voor lasertherapie beschikken.

Alhoewel **acupunctuur** in geen van de richtlijnen wordt aangeraden, kan deze behandeling in België wel worden uitgevoerd. Volgens de wetgeving mag acupunctuur enkel door artsen toegepast worden. (37) Er is geen vaste kostprijs. Sommige ziekenfondsen voorzien een beperkte terugbetaling.

Chirurgie wordt in geen van de richtlijnen aanbevolen, maar wordt in België toch toegepast door orthopedisten. Het RIZIV voorziet een terugbetaling.

2.1.5. Stap 5: Het selecteren van aanbevelingen voor verdere adaptatie

2.Welke niet-medicamenteuze adviezen kunnen aan een patiënt met epicondylitis gegeven worden?

Avoidance of lifting and gripping.

> Aanvullen met informatie over het onderhands en bovenhands dragen van voorwerpen. Voor deze aanbeveling kan weliswaar geen bewijs in de literatuur gevonden worden, maar omdat het een logisch gevolg is van de anatomie, wordt het in meerdere bronnen herhaald. Dit kan beschouwd worden als een advies voor goede praktijkvoering.

Orthotic supports, such as adhesive tape or splints, may improve symptoms and, if necessary, may be used in short term in order to alleviate pain.

> Mineure adaptatie. In een systematic review uit 2011 wordt de effectiviteit van ortheses als ongekend bestempeld. (14) Dit is ook het besluit van twee andere reviews. (13,15) Daarom wordt voorgesteld de aanbeveling voorzichtiger te formuleren.

Gradually increasing strenghtening exercises may have some effect on both symptoms and recovery of chronic epicondylitis, but scientific evidence is inconsistent.

Ultrasound may improve symptoms of chronic epicondylitis. The treatment effects are very small, and study results are not totally consistent.

> Mineure adaptatie. In een systematic review uit 2011 wordt de effectiviteit van zowel kinesitherapie als ultrasound als ongekend bestempeld. (14) Voor kinesitherapie, en dan vooral voor spierverstevigende oefeningen, lijkt er echter wel een tendens voor een effect te zijn, in tegenstelling tot ortheses. (17,20-25,38-40) Er wordt voorgesteld de aanbevelingen over kinesitherapie en ultrasound tot één aanbeveling te verwerken, omdat ultrasound bij de

kinesist en meestal in combinatie met andere kinesitherapeutische technieken wordt toegepast.

Shock wave therapy has been studied in several comparative studies, but its effect in terms of pain and function in chronic epicondylitis has not been proven.

Geen adaptatie.

Low intensity laser therapy is probably not effective in lateral epicondylitis.

Majeure adaptatie. De uitdrukking "not effective" lijkt te sterk, gezien in een systematic review van goede kwaliteit uit 2011 evidentie van matige kwaliteit voor een matig effect werd gevonden. (14) Dit is een stuk beter dan voor alle andere niet-medicamenteuze behandelingen, waar er over een ongekend effect en studies van lage tot zeer lage kwaliteit wordt gesproken. Gezien lasertherapie niet toepasbaar is in de Belgische zorgcontext, heeft het echter weinig zin deze aanbeveling in de richtlijn op te nemen. De aanbeveling verbergen achter een knop "Evd" zoals in de originele richtlijn, is dan misschien een goed alternatief.

There is insufficient evidence from controlled trials to either support or refute the use of acupuncture in the treatment of lateral elbow pain.

Geen adaptatie. In de originele Duodecimrichtlijn stond deze aanbeveling verborgen onder een knop "Evd". Omdat patiënten nu en dan naar deze behandeling vragen, wordt voorgesteld om deze aanbeveling volledig in de richtlijn op te nemen.

4.Hoe wordt de opvolging van patiënten met epicondylitis georganiseerd?

Nieuwe aanbeveling. De huidige Duodecimrichtlijn geeft geen antwoord op deze klinische vraag. Een nieuwe aanbeveling moet worden toegevoegd. In de literatuur zijn geen studies over de opvolging van patiënten met epicondylitis terug te vinden. Gezien het gaat om een aandoening die op zich niet ernstig is en omwille van de weinige evidentie voor de meeste behandelingen, wordt voorgesteld de aanbeveling uit de NHG-standaard over te nemen.

5.Wanneer moet een patiënt met epicondylitis verwezen worden?

There is no evidence from comparative studies on the effectiveness of surgery in the treatment of epicondylitis, and there are no clear indications for surgery.

Geen adaptatie.

2.1.6. Stap 6: Nazicht door de leescommissie

Vooraleer de adaptatie- en implementatiefase aan te vatten, werd de matrix gecontroleerd door dr. Hanne Cloetens.

2.2. Fase 2: Adaptatiefase

2.2.1. Stap 7: Het opstellen van een eerste versie

Na de adaptatie wordt aan iedere aanbeveling een GRADE gegeven. GRADE staat voor Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. (41) Het is een eenduidige manier om enerzijds de kwaliteit van de evidentie (A, B of C) en anderzijds de sterkte van de aanbeveling uit te drukken (1 of 2).

2.Welke niet-medicamenteuze adviezen kunnen gegeven worden aan een patiënt met epicondylitis?

Deel 1 Acute fase

Het wordt aanbevolen heffen en grijpen met het aangedane lidmaat te vermijden. Indien een zwaar voorwerp getild wordt, dient dit onderhands te gebeuren in geval van epicondylitis lateralis of bovenhands in geval van epicondylitis medialis.

> Voor deze aanbeveling bestaan geen onderbouwende studies. Het is een logisch gevolg van de anatomie. Daarom wordt er geen GRADE aan toegekend. Kosten of nevenwerkingen zijn er niet aan verbonden, waardoor de voordelen duidelijk de nadelen overtreffen. Dit kan dan ook beschouwd worden als een aanbeveling voor goede praktijkvoering.

Deel 2 Chronische fase

Ortheses, zoals braces, spalken en bandjes, kunnen overwogen worden om de pijn en functionaliteit te verbeteren. (GRADE 2C)

> Zowel de Duodecimrichtlijn, de NHG-standaard als de CKS-richtlijn baseren zich voor hun aanbeveling over ortheses op (systematic reviews met) RCT's. Downgraders zijn het gebrek aan blindering en de kleine studiepopulaties, waardoor onprecieze resultaten ontstaan. Er is een grote heterogeniteit tussen de verschillende studies en de resultaten zijn inconsistent. Dezelfde opmerkingen kunnen gemaakt worden over de recentere publicaties die over dit onderwerp werden gevonden. (C)
>
> De voordelen van ortheses lijken de nadelen net te overtreffen. De patiënt wenst van zijn of haar klachten verlost te worden, met een minimum aan nevenwerkingen en aan een aanvaardbare prijs. Het effect van de behandeling is op dit moment ongekend, maar er zijn geen nevenwerkingen aan verbonden en voor de meeste patiënten is de kost aanvaardbaar, al dan niet na terugbetaling. Voor een deel van de patiënten zal deze aanbeveling stroken met hun waarden en voorkeuren, voor een ander deel minder. (2)

Kinesitherapie (massage, oefentherapie, manipulatie, ultrageluid of een combinatie van kinesitherapeutische technieken) kan overwogen worden om de pijn en functionaliteit te verbeteren. Het effect is onduidelijk, maar de nevenwerkingen zijn gering en de kost acceptabel. (GRADE 2B)

> Zowel de Duodecimrichtlijn, de NHG-standaard als de CKS-richtlijn baseren zich voor hun aanbeveling over kinesitherapie op (systematic reviews met) RCT's. Downgraders zijn het gebrek aan blindering en het voorkomen van inconsistente resultaten. Deze opmerkingen gelden ook voor de recentere publicaties die over dit onderwerp werden gevonden. (B)
>
> De voordelen van kinesitherapie lijken de nadelen net te overtreffen. Het effect van deze behandeling is op dit moment ongekend, maar er zijn geen nevenwerkingen aan verbonden en voor de meeste patiënten is de kost na terugbetaling aanvaardbaar. Voor de meeste patiënten zal deze aanbeveling stroken met hun waarden en voorkeuren. (2)

Shockwavetherapie wordt afgeraden, omdat het effect op vlak van pijn en functionaliteit niet werd bewezen. Matige nevenwerkingen werden gerapporteerd en de kost is hoog. (GRADE 1A)

> Zowel de Duodecimrichtlijn als de NHG-standaard baseren zich voor hun aanbeveling over shockwavetherapie op (systematic reviews met) RCT's. Er zijn geen downgraders of upgraders. Dit geldt ook voor de RCT's die geïncludeerd werden in drie recentere publicaties. Bij een vierde publicatie met de rapportering van een tegengesteld effect moet selectiebias vermoed

worden: de selectieperiode voor RCT's die een effect van shockwavetherapie aantoonden is opmerkelijk langer dan de selectieperiode voor RCT's die geen effect konden aantonen. (A)

De nadelen van shockwavetherapie wegen zwaarder door dan de voordelen. Er is geen evidentie voor een effect van deze behandeling, de kostprijs is hoog en er kunnen kortdurende nevenwerkingen, zoals een tijdelijke pijntoename, kleine hematomen, lokale roodheid en eventueel nausea optreden. (1)

Acupunctuur wordt afgeraden, omdat het effect onduidelijk is. (GRADE 2C)

De Duodecimrichtlijn baseert zich voor zijn aanbeveling over acupunctuur op een systematic review met RCT's. In de NHG-standaard wordt verwezen naar systematic reviews met RCT's en "quasi randomised trials". Downgraders zijn de kleine studiepopulaties, het niet randomiseren van de groepen en substantiële loss to follow up. In een recentere publicatie wordt benadrukt dat de resultaten inconsistent zijn. De CKS-richtlijn verwijst bij deze aanbeveling naar een handboek dat voor ons niet beschikbaar is. (C)

De nadelen van acupunctuur lijken de voordelen net te overtreffen. Het effect van deze behandeling is op dit moment ongekend, de kostprijs is variabel, maar over het algemeen hoog, meestal worden meerdere sessies voorgesteld en er kunnen lichte nevenwerkingen zoals lokale pijn optreden. (2)

Lasertherapie kan nuttig zijn om de pijn en functionaliteit op korte termijn (tot 2 maanden na het beëindigen van de behandeling) te verbeteren. (GRADE 2B)

De Duodecimrichtlijn en de NHG-standaard baseren zich voor hun aanbeveling over lasertherapie op (systematic reviews met) RCT's. Downgraders zijn de onprecieze resultaten door kleine studiepopulaties en brede betrouwbaarheidsintervallen en de mogelijke reporting bias. Vier van de vijf recentere publicaties beschrijven een gelijkaardig effect, maar één recente systematic review kan geen effect aantonen, waardoor de resultaten inconsistentie vertonen. (B)

Ook al lijkt er in de recentere literatuur een tendens voor een effect van lasertherapie te zijn, op dit moment wordt deze behandeling bijna niet toegepast in België. Enkele zeldzame kinesitherapeuten zouden over een toestel beschikken. De nevenwerkingen zouden aanvaardbaar zijn en de kostprijs voor kinesitherapie is na terugbetaling voor de meeste patiënten aanvaardbaar. (2)

4.Hoe wordt de opvolging van patiënten met epicondylitis georganiseerd?

Follow-up is niet noodzakelijk, tenzij de patiënt persisterende hinder in het dagelijkse leven ondervindt. Indien pijn en functie verbeterd zijn tot een acceptabel niveau, kan van bijkomende behandelingen geen verdere verbetering verwacht worden.

Er wordt voorgesteld deze aanbeveling uit de NHG-standaard over te nemen. Omdat geen onderbouwende studies gevonden werden, wordt aan deze aanbeveling geen GRADE toegekend.

5.Wanneer moet een patiënt met epicondylitis verwezen worden?

Verwijzing naar de tweede lijn wordt niet aanbevolen. Chirurgie wordt niet aanbevolen omwille van het onduidelijke effect, de nevenwerkingen en de kost. (GRADE 2C)

Zowel de Duodecimrichtlijn als de NHG-standaard en de CKS-richtlijn baseren zich voor hun aanbeveling over chirurgie op (systematic reviews met) enkele RCT's en verder vooral retrospectieve studies en case control studies. Andere downgraders zijn de kleine studiepopulaties, de afwezigheid van duidelijke selectiecriteria voor de geïncludeerde patiënten en de waarschijnlijke reporting bias. Recentere publicaties kampen met dezelfde problemen. (C)

De nadelen van chirurgie overtreffen de voordelen. Het effect van deze behandeling is onduidelijk, maar er kunnen wel complicaties zoals infectie, zenuwschade en een verminderde extensie van de elleboog optreden. Bovendien zijn aan deze behandeling potentieel hoge kosten verbonden: terugbetaling is voorzien voor de behandeling, maar veel artsen zijn niet geconventioneerd. (2)

2.3. Fase 3: Implementatiefase

Na het aanpassen van de richtlijn werd getest of ze ook toepasbaar is in de praktijk. Daarvoor werd ten eerste een peer review uitgevoerd en ten tweede een tabel voor gedeelde besluitvorming opgesteld.

2.3.1. Stap 8: Peer review

De aangepaste richtlijn werd na feedback van de leescommissie voorgelegd aan twee groepen van huisartsen: seminariegroepen van huisartsen in opleiding (HAIO's) en lokale kwaliteitsgroepen (LOK) van huisartsen. Zij werden gevraagd de richtlijn te beoordelen op toepasbaarheid en haalbaarheid in de huisartsenpraktijk. Daarnaast werden ook specialisten in de orthopedie of fysische geneeskunde geraadpleegd voor hun expert opinion.

2.3.1.1. Seminariegroepen

Aan twee seminariegroepen van huisartsen in opleiding werd een vragenlijst (bijlage 2) voorgelegd waarin hun oordeel werd gevraagd over de toepasbaarheid en de haalbaarheid van iedere aanbeveling in de aangepaste richtlijn en van de gehele richtlijn. Concreet ging het om één seminariegroep in Brugge van twaalf HAIO's en één seminariegroep in Lichtervelde van elf HAIO's. De vragenlijst werd voorafgegaan door een informatieblad en een formulier voor geïnformeerde toestemming waarin benadrukt werd dat de deelname vrijwillig is en dat de gegevens anoniem verwerkt zouden worden. Er werd ten eerste gevraagd of zij EBMPracticeNet kennen en gebruiken. Ten tweede konden zij ter introductie van de richtlijn over een korte casus nadenken. Daarbij werden geen vragen gesteld. Ten derde werd bij iedere aanbeveling gevraagd of zij ermee akkoord gaan en of zij deze aanbeveling in de praktijk toepassen. Zo nodig was er de mogelijkheid bijkomende opmerkingen te noteren. Tot slot werd gevraagd of zij deze richtlijn nuttig achten in de eerste lijn en of zij al richtlijnen gebruiken over epicondylitis.

2.3.1.2. LOK

Er werd een presentatie gegeven aan twee LOK-groepen van huisartsen. Concreet gaat het om één groep in Torhout van dertien huisarten en één groep in Sijsele van tien huisartsen. Daarbij werd na een korte inleiding over EBMPracticeNet in het algemeen, over de Duodecimrichtlijnen in het bijzonder en over het doel van deze masterproef, aan de aanwezige huisartsen gevraagd dezelfde vragenlijst als de HAIO's uit de seminariegroepen in te vullen. Nadien werd voor iedere aanbeveling de onderliggende literatuur en de bewijskracht besproken. Op het einde van de presentatie werd ook de tabel voor gedeelde besluitvorming aan de aanwezige artsen voorgelegd. Het principe van gedeelde besluitvorming (of "shared decision making") werd uitgelegd, waarna nog een korte vragenlijst over de toepasbaarheid van deze tabel in de praktijk werd ingevuld.

2.3.1.3. Specialisten in de orthopedie en fysische geneeskunde

De aangepaste Duodecimrichtlijn over epicondylitis werd voorgelegd aan specialisten in de orthopedie en fysische geneeskunde. Concreet gaat het over drie orthopedisten en twee fysisch geneesheren van AZ Sint-Rembert in Torhout. Aan de hand van dezelfde vragenlijst als voor de HAIO's en ervaren huisartsen werd in een mondeling overleg hun expert opinion over de haalbaarheid en de toepasbaarheid van de aanbeveling in de praktijk bevraagd. Daarnaast gaf dit overleg een zicht op hun interpretatie van de literatuur over epicondylitis.

2.3.2. Stap 9: Het formuleren van een praktijkconsensus

2.3.2.1. Tabel voor gedeelde besluitvorming

Aan de hand van de aangepaste Duodecimrichtlijn over epicondylitis werd een tabel voor gedeelde besluitvorming ontwikkeld. (bijlage 3) De tabel geeft een overzicht van de verschillende behandelingsopties van deze aandoening. Het bespreekt wat de behandeling inhoudt, wat de kans op genezing is (ie de bewijskracht achter de behandeling) en welke voordelen en nadelen eraan verbonden zijn. Een kleurcode geeft een idee over de voorkeursbehandelingen, de opties bij chronische epicondylitis en de te vermijden behandelingen.

2.3.2.2. Toetsing in de praktijk

In Huisartsenpraktijk De Maalderij in Sijsele werd aan patiënten die consulteerden omwille van epicondylitis gevraagd deel te nemen aan een praktijkonderzoek over de tabel voor gedeelde besluitvorming. Het onderzoek bestond uit het bespreken van en het overleggen over de verschillende behandelingsopties aan de hand van de tabel en het invullen van een korte vragenlijst over deze ervaring. Er werd daarbij gepeild naar het begrip van de woorden in de tabel, het begrip van de gegeven informatie, de overzichtelijkheid en de tevredenheid van de patiënt. Vooraf werd een informatieblad en een formulier voor geïnformeerde toestemming aan hen voorgelegd, waarbij benadrukt werd dat hun deelname vrijwillig was en dat de resultaten anoniem verwerkt zouden worden. Mondeling werd benadrukt dat zij in geen enkele zin verplicht konden worden om hieraan deel te nemen en dat hun keuze, noch wat zij in de vragenlijst zouden invullen, een gevolg zou hebben voor de verdere arts-patiëntrelatie. (bijlage 4)

2.3.3. Stap 10: Finaal nazicht door de leescommissie

Na het voltooien van deze masterproef zullen de voorgestelde adaptaties nogmaals aan de leescommissie van EBMPracticeNet voorgelegd worden. Indien deze goedgekeurd worden, zullen ze in de te raadplegen richtlijn te vinden zijn.

3. Resultaten

3.1. Peer review richtlijn

De geadapteerde Duodecimrichtlijn over epicondylitis onderging peer review door 10 van 23 HAIO's uit twee seminariegroepen, één in Brugge en één in Lichtervelde, en door 24 ervaren huisartsen in twee LOK-groepen, één in Torhout en één in Sijsele. De HAIO's vulden enkel de vragenlijsten in. Voor de ervaren huisartsen werd na het invullen van de vragenlijsten nog een presentatie gegeven over de evidentie achter iedere aanbeveling. Daarbij was ruimte voor het stellen van vragen en werden ook mondeling opmerkingen over de richtlijn geuit. De richtlijn werd tot slot ook aan drie orthopedisten en twee fysisch geneesheren uit AZ Sint-Rembert in Torhout voorgelegd voor hun expert opinion.

2. Welke niet-medicamenteuze adviezen kunnen aan een patiënt met epicondylitis gegeven worden?

Het wordt aanbevolen heffen en grijpen met het aangedane lidmaat te vermijden. Indien een zwaar voorwerp getild wordt, dient dit onderhands te gebeuren in geval van epicondylitis lateralis of bovenhands in geval van epicondylitis medialis.

Huisartsen (24)		HAIO's (10)		Specialisten (5)	
Akkoord	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**
23	21	9	8	5	5

23 van de 24 huisartsen en 9 van de 10 HAIO's gaan akkoord met deze aanbeveling. 1 huisarts vult aan dat het vermijden van heffen of grijpen niet altijd professioneel mogelijk is. 1 huisarts raadt zijn of haar patiënt ook aan repetitieve bewegingen, zoals bij het lappen van ramen of bij schilderen, te vermijden. 21 van de 24 huisartsen en 8 van de 10 HAIO's passen deze aanbeveling toe. 1 huisarts geeft de patiënt dit advies niet, omdat hij of zij niet van deze raad op de hoogte was. 1 HAIO geeft de patiënt de raad de arm zo weinig mogelijk te gebruiken, zonder meer specifieke informatie te verschaffen.

Alle specialisten gaan akkoord met deze aanbeveling. 1 orthopedist vult aan dat dit niet het enige advies mag zijn en dat onmiddellijk met bijkomende behandelingen gestart moet worden. 1 fysisch geneesheer benadrukt dat ook supinatie en pronatie bij respectievelijk laterale en mediale epicondylitis vermeden moeten worden.

Ortheses, zoals braces, spalken en bandjes, kunnen overwogen worden om de pijn en functionaliteit te verbeteren. (GRADE 2C)

Huisartsen (24)		HAIO's (10)		Specialisten (5)	
Akkoord	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**
21	18	9	7	3	3

21 van de 24 huisartsen en 9 van de 10 HAIO's gaan akkoord met deze aanbeveling. 18 van de 24 huisartsen en 7 van de 10 HAIO's passen deze aanbeveling toe. De voornaamste reden om geen orthese aan de patiënt voor te stellen is het gebrek aan effectiviteit. 1 huisarts geeft aan dat hij of zij er weinig empirisch voordeel bij merkt. 1 HAIO schrijft dat hij of zij het effect van ortheses niet bewezen acht. Een andere HAIO noteert dat een orthese een comfortmiddel is dat geen enkele genezing biedt. Een tweede belangrijke reden om deze aanbeveling niet toe te passen is de kostprijs. Ortheses worden door 2 huisartsen enkel aangeraden als de patiënt erop aandringt. Ortheses worden door 1 huisarts aangeraden als andere zaken falen en worden door 1 HAIO een laatste optie genoemd.

3 van de 5 specialisten gaan akkoord met deze aanbeveling. 2 orthopedisten vinden de evidentie voor ortheses te zwak en de aankoop te duur.

Kinesitherapie (oefentherapie, manipulatie, ultrageluid of een combinatie van kinesitherapeutische technieken) kan overwogen worden om de pijn en functionaliteit te verbeteren. Het effect is onduidelijk, maar de nevenwerkingen zijn gering en de kost acceptabel. (GRADE 2B)

Huisartsen (24)		HAIO's (10)		Specialisten (5)	
Akkoord	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**
21	21	10	10	5	5

21 van de 24 huisartsen en 10 van de 10 HAIO's gaan akkoord met deze aanbeveling. Diezelfde artsen passen de aanbeveling ook toe. 1 huisarts denkt dat kinesitherapie de meest effectieve behandeling is bij epicondylitis en past dit al toe vanaf de acute fase. 4 ervaren huisartsen vullen aan dat de patiënt zelf al kan starten met lokale ijsapplicatie en diepe dwarse fricties (al dan niet met een ijsblokje). 1 huisarts vult aan dat stretchoefeningen overwogen kunnen worden. 1 HAIO geeft zelf oefeningen mee aan de patiënt, indien kinesitherapie onhaalbaar is. Daartegenover staat dat 2 huisartsen niet akkoord gaan met deze aanbeveling omwille van respectievelijk het niet-bewezen en het miniem effect. 1 van hen vindt kinesitherapie om die reden ook veel te duur.

Alle specialisten staan achter deze aanbeveling. De fysisch geneesheren kiezen in de eerste plaats voor excentrische oefeningen.

Lasertherapie kan nuttig zijn om de pijn en functionaliteit op korte termijn (tot 2 maanden na het beëindigen van de behandeling) te verbeteren. (GRADE 2B)

Huisartsen (24)		HAIO's (10)		Specialisten (5)	
Akkoord	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**
3	0	8	1	1	1

3 van de 24 huisartsen en 8 van de 10 HAIO's gaan akkoord met deze aanbeveling. Geen van de huisartsen en 1 van de 10 HAIO's passen deze aanbeveling toe. De meerderheid van de huisartsen kende lasertherapie nog niet en gaat om die reden niet akkoord met de aanbeveling. Alhoewel ook de een meerderheid van de HAIO's noteert dat zij nog niet van deze behandeling gehoord hebben, duiden zij wel aan akkoord te gaan met deze aanbeveling. 3 huisartsen geven aan dat zij niet akkoord gaan omdat zij niet overtuigd zijn van het effect. 1 van hen noemt ook de last en kost voor de patiënt als reden om deze aanbeveling niet toe te passen.

4 van de 5 specialisten verwerpen deze aanbeveling. 1 van hen vult aan dat deze behandeling weinig effect zou hebben op de klachten.

Shockwavetherapie wordt afgeraden, omdat het effect op vlak van pijn en functionaliteit niet werd bewezen. Matige nevenwerkingen werden gerapporteerd en de kost is hoog. (GRADE 1A)

Huisartsen (24)		HAIO's (10)		Specialisten (5)	
Akkoord	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**
19	16	10	8	1	0

19 van de 24 huisartsen en 10 van de 10 HAIO's gaan akkoord met deze aanbeveling. 16 van de 24 huisartsen en 8 van de 10 HAIO's past deze aanbeveling toe. Met andere woorden, 16 van de 24

huisartsen en 8 van de 10 HAIO's raden hun patiënten shockwavetherapie af. 4 huisartsen wensen aan te vullen dat shockwavetherapie bij calcificaties wel zinvol kan zijn. 2 huisartsen gaan niet akkoord met de aanbeveling omdat er in hun ervaring wel goede resultaten met deze behandeling mogelijk zijn. 1 van hen ziet shockwavetherapie als een laatste kans op genezing vóór chirurgie. 1 huisarts en 1 HAIO noteren dat er voor shockwavetherapie geen bewijs is en dat het te duur is.

1 orthopedist gaat akkoord met deze aanbeveling, doch hij verwijst hiervoor zelf ook naar collega's. De 4 andere specialisten benadrukken dat zij wel goede resultaten met shockwavetherapie hebben ondervonden. 1 van hen gebruikt deze techniek bij patiënten die een ingreep willen uitstellen.

Acupunctuur wordt afgeraden, omdat het effect onduidelijk is. (GRADE 2C)

Huisartsen (24)		HAIO's (10)		Specialisten (5)	
Akkoord	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**
22	19	10	10	3	3

22 van de 24 huisartsen en 10 van de 10 HAIO's gaan akkoord met deze aanbeveling. 19 van de 24 huisartsen en 10 van de 10 HAIO's passen deze aanbeveling toe. 4 huisartsen vermelden dat ze acupunctuur niet actief aanraden, maar het ook niet afraden als patiënten dit zelf voorstellen. 3 van de 5 huisartsen gaan akkoord met deze aanbeveling.

1 orthopedist gaat niet akkoord omdat hij wel een effect ziet bij patiënten die met acupunctuur worden behandeld. 1 fysisch geneesheer merkt dat soms pijnverlichting wordt bekomen wanneer deze techniek aan de behandeling wordt toegevoegd.

4. Hoe wordt de opvolging van een patiënt met epicondylitis georganiseerd?

Follow-up is niet noodzakelijk, tenzij de patiënt persisterende hinder in het dagelijkse leven ondervindt. Indien pijn en functie verbeterd zijn tot een acceptabel niveau, kan van bijkomende behandelingen geen verdere verbetering verwacht worden.

Huisartsen (24)		HAIO's (10)		Specialisten (5)	
Akkoord	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**
23	23	9	9	2	2

23 van de 24 huisartsen en 9 van de 10 HAIO's gaan akkoord met deze aanbeveling. 23 van de 24 huisartsen en 9 van de 10 HAIO's passen deze aanbeveling toe. Eén huisarts gaat niet akkoord met deze aanbeveling omdat immobilisatie en operatie nog mogelijk zijn. Eén huisarts gaat niet akkoord omdat follow-up vaak een wens is van de patiënt. Ook één HAIO vermeldt dat patiënten opvolging verwachten, ook al wordt uitgelegd dat veel behandelingen niet baten. Hij of zij gaat echter wel akkoord met de aanbeveling. Eén HAIO gaat niet akkoord met deze aanbeveling en past deze aanbeveling niet toe omdat hij of zij vindt dat je de patiënt op deze manier aan zijn of haar lot overlaat.

2 van de 5 specialisten gaan akkoord met deze aanbeveling. 2 van de 3 overige specialisten plannen sowieso een vervolgafspraak omdat epicondylitis traag betert en omdat er vaak een combinatie van behandelingen nodig is.

5. Wanneer moet een patiënt met epicondylitis verwezen worden?

Verwijzing naar de tweede lijn wordt niet aanbevolen. Chirurgie wordt niet aanbevolen omwille van het onduidelijke effect, de nevenwerkingen en de kost. (GRADE 2C)

Huisartsen (24)		HAIO's (10)		Specialisten (5)	
Akkoord	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**	**Akkoord**	**Past dit toe**
18	11	10	7	0	0

18 van de 24 huisartsen en 10 van de 10 HAIO's gaan akkoord met deze aanbeveling. 11 van de 24 huisartsen en 7 van de 10 HAIO's passen deze aanbeveling toe. Een meerderheid van de artsen haalt ernstige chronische klachten aan als reden om patiënten met epicondylitis toch te verwijzen of voor hen toch chirurgie te overwegen. Meer bepaald wordt geschreven over zeer hardnekkige gevallen waardoor de uitoefening van het beroep niet meer mogelijk is, therapieresistente gevallen waarbij chirurgie als enige optie overblijft, langdurig werkverlet door ernstige functionele hinder en patiënten met zeer invaliderende klachten. 1 huisarts vult aan dat chirurgie een oplossing kan bieden bij problematisch krachtsverlies. 1 huisarts vreest dat het vertrouwen van de patiënt in de huisarts zou verminderen indien een verwijzing wordt afgeraden. 1 huisarts overweegt – indien toepasselijk – een overweging naar de arbeidsgeneesheer. 1 HAIO vult aan dat hij of zij verwijzing overweegt bij vermoeden van een andere diagnose, zoals bijvoorbeeld n. radialis entrapment.

Geen van de specialisten gaat akkoord met deze aanbeveling. Zij benadrukken dat er wel goede resultaten van chirurgisch ingrijpen worden gezien bij goed geselecteerde patiënten, bij wie conservatieve therapie niet baat. 1 orthopedist vermeldt ook dat de patiënt gewaarschuwd moet worden dat de klachten na chirurgie mogelijk niet volledig zullen verdwijnen.

Beoordeling van de gehele richtlijn

Huisartsen (24)		HAIO's (10)	
Nuttig	**Gebruikt al richtlijn**	**Nuttig**	**Gebruikt al richtlijn**
24	10	10	10

Alle huisartsen en alle HAIO's beoordeelden het geheel van aanbevelingen dat de richtlijn vormt, als nuttig. 1 huisarts merkt op dat iedere patiënt verschillend is en dat het daarom soms voorkomt dat van de richtlijn afgeweken wordt.

Er is een significant verschil tussen het aantal huisartsen en het aantal HAIO's dat nu al gebruik maakt van een richtlijn over het onderwerp epicondylitis: 10 van de 24 huisartsen en 10 van de 10 HAIO's (p=0.0057). De NHG-standaard Epicondylitis is veruit de meest gebruikte richtlijn: 9 van de 24 huisartsen en 7 van de 10 HAIO's heeft deze richtlijn al geraadpleegd. Verder gebruiken 2 huisartsen en 3 HAIO's de richtlijn van EBMPracticeNet en is er 1 huisarts die ook de NICE-guideline raadpleegt. 1 huisarts vermeldt Cyriax als bron van informatie over epicondylitis. Opvallend is verder dat 1 huisarts en 2 HAIO's beweren de Domus Medicarichtlijn over epicondylitis te gebruiken.

3.2. Peer review tabel voor gedeelde besluitvorming

Nadat de vragenlijst over de richtlijn was ingevuld en de achtergrondinformatie over de verschillende aanbevelingen was gepresenteerd, werd aan de 24 huisartsen in de LOK-groepen de tabel voor gedeelde besluitvorming over de behandelingsmogelijkheden bij epicondylitis voorgesteld. Daarna werden de aanwezig artsen gevraagd een korte vragenlijst ter evaluatie van dit instrument in te vullen.

Huisartsen (24)		
Gebruiksvriendelijk	**Implementeren**	**Gebruikt al tabellen**
21	16	2

21 van de 24 huisartsen vinden de tabel voor gedeelde besluitvorming gebruiksvriendelijk. 16 van de 24 huisartsen zouden deze tabel implementeren in hun praktijk. 1 arts vindt de tabel duidelijk en een mooie visuele weergave van de behandelingsopties. 1 arts vindt de tabel niet gebruiksvriendelijk omdat hij te groot is en omdat er te veel op één blad staat. Een andere arts vindt de tabel wel gebruiksvriendelijk voor de huisarts, maar niet voor de patiënt. Er zijn te veel keuzes en dat maakt de tabel te ingewikkeld. Ook 2 andere artsen vinden de tabel te ingewikkeld voor de patiënt. 1 arts denkt dat het gebruik van de tabel te veel tijd in beslag zal nemen. 3 huisartsen zouden de tabel niet implementeren, maar noteren dat zij al aan gedeelde besluitvorming doen door meerdere behandelingsopties voor te stellen en door in gesprek met de patiënt een geschikte behandeling te kiezen. 1 arts zou deze tabel niet implementeren omdat hij of zij de patiënt voldoende kent om slechts een beperkt aantal opties aan hen voor te stellen. Ook een andere arts schrijft dat de patiënt meestal de mening van de arts wil. 1 arts zou de tabel meegeven aan de patiënt zodat hij of zij thuis de gegeven informatie nog eens kan overlopen.

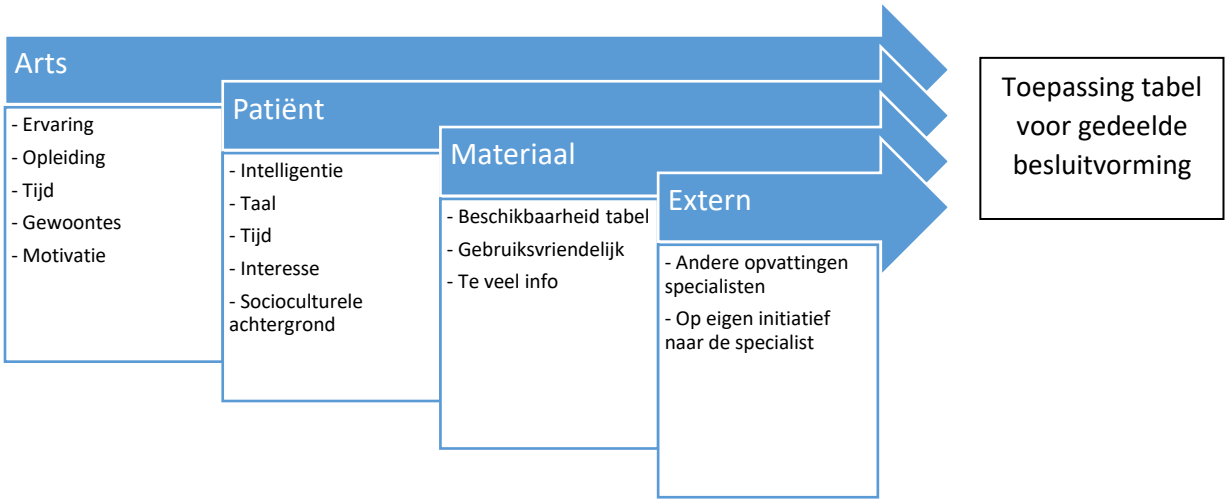
2 van de 24 huisartsen heeft al eens een tabel voor gedeelde besluitvorming gebruikt. Een meerderheid noteert dat dergelijke tabellen hen onbekend waren. Anderen vermelden het ontbreken van tabellen voor gedeelde besluitvorming. Het is niet gekend welke tabellen de 2 artsen gebruikten.

3.3. Patiëntenonderzoek tabel voor gedeelde besluitvorming

In Huisartsenpraktijk De Maalderij in Sijsele werd over een periode van drie maanden aan zes patiënten die voor epicondylitis lateralis of medialis consulteerden, gevraagd deel te nemen aan een patiëntenonderzoek waarbij de tabel voor gedeelde besluitvorming getest wordt en waarbij zij hierover een korte vragenlijst invullen. Alle zes patiënten wilden op dit verzoek ingaan en kregen uitleg over de verschillende behandelingsmogelijkheden bij epicondylitis. Door vijf van de zes patiënten werd nadien een vragenlijst ingevuld. Eén patiënte zegde wel toe tijdens de consultatie, maar bracht de vragenlijst niet terug. De vijf patiënten die de vragen wel invulden, waren unaniem in hun antwoorden: zij begrijpen de woorden die in de tabel worden gebruikt, begrijpen de informatie, vinden de tabel overzichtelijk, vinden dat ze goed geïnformeerd worden en dat ze zelfs beter geïnformeerd worden dan in een klassieke consultatie. Eén patiënt vult aan dat zij veel baat heeft gehad van de tips van de kinesist over een ergonomische werkhouding.

3.4. Visgraatanalyse

Aan de hand van een visgraatanalyse of ishikawadiagram worden de oorzaken voor het al dan niet implementeren van de tabel voor gedeelde besluitvorming verkend.



4. Discussie

4.1. Screeningsfase

Voor de aanpassing van de Duodecimrichtlijn “Laterale en mediale epicondylitis” voor EBMPracticeNet werd gebruik gemaakt van de ADAPTE-procedure, een gestandaardiseerde methode om richtlijnen te evalueren en te herwerken. Het doorlopen van de verschillende stappen was een leerrijk proces omdat het de fundamenten en de verdere opbouw van een richtlijn tot in de details blootlegt.

In een eerste stap werden de klinische vragen gedefinieerd. Vervolgens werd gezocht naar relevante richtlijnen. Zes richtlijnen werden geselecteerd voor beoordeling met het AGREE II-instrument. Zo werden twee richtlijnen uitgekozen waarmee verder werd gewerkt. De NHG-standaard Epicondylitis dateert weliswaar uit 2009, maar net als de CKS-richtlijn Tennis Elbow werd ze opgesteld door een betrouwbare organisatie die voor haar kwaliteitsvolle richtlijnen gekend is. In een volgende stap werd iedere aanbeveling uit de verschillende richtlijnen gewaardeerd op courantheid. Er werd met andere woorden nagezien of ze nog up-to-date was met de recente literatuur.

Over het algemeen kan uit de **literatuurstudie** besloten worden dat er nog veel bijkomend onderzoek naar de behandeling van epicondylitis noodzakelijk is. Ten eerste zijn veel studies te klein, waardoor het hen aan kracht ontbreekt om besluiten te trekken. Ten tweede zijn studies over epicondylitis vaak van slechte kwaliteit. Zo zijn er frequent problemen met de blindering of is er een vermoeden van selectiebias of reporting bias, bijvoorbeeld bij onderzoek naar chirurgische ingrepen, waar opvallend weinig complicaties en opvallend goede resultaten gerapporteerd worden. Het gaat, vooral bij onderzoek naar chirurgie, ook vaak om retrospectieve studies of case series in plaats van om prospectieve studies. Ten derde is er een grote heterogeniteit. Er is heterogeniteit wat betreft de behandelingsgroepen. Er zijn bijvoorbeeld veel verschillende soorten ortheses, veel verschillende (combinaties van) kinesitherapeutische technieken en veel verschillende chirurgische ingrepen. Er is ook heterogeniteit wat betreft de uitkomstmaten. Zo kan pijn bijvoorbeeld uitgedrukt worden aan de hand van de visueel analoge schaal (VAS), aan de hand van een ordinale schaal of als pijn tijdens de maximale handknijptest. De functionaliteit kan aangeduid worden door middel van de maximale knijpkracht, gemeten door een dynamometer, of door middel van gestandaardiseerde vragenlijsten, zoals DASH (Disabilities of the Arms, Shoulder and Hand). Tot slot kan ook de tevredenheid van de patiënt geregistreerd worden. (42) Deze grote heterogeniteit leidt ertoe dat pooling voor meta-analyse meestal niet mogelijk is.

De nood aan meer kwaliteitsvolle studies en het gebrek aan een duidelijk effect van veel niet-medicamenteuze behandelingen, leidde ertoe dat meerdere aanbevelingen op de grens tussen een positief en een negatief advies balanceerden. Deze twijfel was al duidelijk bij het waarderen van de aanbevelingen op samenhang. Zowel bij de CKS-richtlijn als bij de NHG-standaard was er een goede samenhang tussen de literatuur en de aanbevelingen. Toch zorgde dit voor enkele tegenstrijdige adviezen. Terwijl het NHG rigoureus behandelingen met een ongekend effect afraadt, kiest CKS bijvoorbeeld wel voor ortheses en kinesitherapie. Voor de adaptatie van de Duodecimrichtlijn werd er, zoals de ADAPTE-procedure voorstelt, niet alleen met de wetenschappelijke evidentie, maar ook met de wensen en voorkeuren van de patiënt rekening gehouden. Deze legden relatief veel gewicht in de schaal omdat de bewijskracht zelf niet sterk genoeg bleek.

4.2. Adaptatiefase

Uiteindelijk werd voorgesteld om bij één aanbeveling een majeure adaptatie uit te voeren. Het gaat om de aanbeveling over **lasertherapie** die in de originele Duodecimrichtlijn verborgen zat onder een aparte knop “Evd”. Lasertherapie is de enige niet-medicamenteuze behandeling waarvoor een matig effect is aangetoond in studies van matige kwaliteit. (14) In België wordt deze behandeling echter

amper uitgevoerd. Aanvankelijk werd lasertherapie in UZ Gent aangeboden, doch omwille van teleurstellende resultaten werd ermee gestopt. In perifere ziekenhuizen is de techniek niet gekend. Enkele uitzonderlijke kinesisten zouden wel over een toestel voor lasertherapie beschikken en in studies wordt deze techniek meestal in combinatie met andere kinesitherapeutische technieken toegepast. Gezien deze behandeling quasi niet in de Belgische zorgcontext toepasbaar is, wordt voorgesteld dit te vermelden bij de aangepaste aanbeveling en de aanbeveling zelf, zoals in de originele richtlijn, “verborgen” weer te geven.

Een mineure adaptatie wordt voorgesteld voor de aanbevelingen over **ortheses**. Ortheses worden in de originele Duodecimrichtlijn aangeraden om de pijn op korte termijn te verminderen. In de meest betrouwbare literatuur over ortheses wordt echter besloten dat het effect ongekend is. Daarom wordt een meer voorzichtige aanbeveling voorgesteld. Doorslaggevend voor het aanraden in plaats van het afraden, zijn hierbij de wensen en voorkeuren van de patiënt. Ortheses hebben geen nevenwerkingen en de kosten zijn voor veel patiënten, al dan niet na terugbetaling, aanvaardbaar.

Ook voor de aanbeveling over **kinesitherapie** wordt een beperkte aanpassing voorgesteld. Uit de literatuur moet ook voor deze behandeling besloten worden dat het effect ongekend is. Er lijkt echter meer een tendens voor een effect van deze behandeling te zijn dan voor ortheses. Een belangrijke oorzaak voor het ontoereikend bewijs is de grote heterogeniteit bij onderzoek door de vele verschillende kinesitherapeutische technieken en verschillende combinaties van technieken. Omdat in de originele Duodecimrichtlijn enkel over verstevigende oefeningen wordt gesproken, wordt een uitbreiding van deze aanbeveling met informatie over massage en manipulatie voorgesteld. Daarnaast wordt voorgesteld de aanbeveling over ultrasound erbij te voegen en niet apart te beschrijven. Ultrasound wordt bij de kinesist toegepast, meestal in combinatie met andere technieken, waardoor er geen meerwaarde wordt gezien in een aparte aanbeveling. Ook voor kinesitherapie geldt dat de nevenwerkingen en de kosten voor de meeste patiënten aanvaardbaar zijn.

De originele Duodecimrichtlijn gaf geen antwoord op de klinische vraag over **opvolging**. Er konden geen geschikte onderbouwende studies gevonden worden. Daarom werd gekozen voor een aanbeveling die op deze van de NHG-Standaard gebaseerd is. Daarbij werd de ernst en de evidentie voor de behandelingen in overweging genomen.

Een aanvulling over het onderhands en bovenhands dragen van voorwerpen wordt voorgesteld bij de aanbeveling over **heffen en grijpen**. Ook dit kon niet met studies gestaafd worden, maar het is informatie die in veel publicaties wordt herhaald omdat het een logisch gevolg is van de anatomie.

De aanbeveling over **shockwavetherapie** werd niet aangepast omdat er relatief sterk bewijs is dat van deze behandeling geen effect verwacht mag worden.

Ook de aanbeveling over **acupunctuur** wordt aanvaard zoals ze is. Er lijkt niet meer of minder bewijs voor acupunctuur dan voor bijvoorbeeld ortheses te zijn. Ook deze behandeling balanceert in die zin op de rand tussen aanraden en afraden. Toch kiezen we ervoor acupunctuur af te raden omdat de duur van het effect zeer beperkt zou zijn en omwille van de kostprijs. In de orginele Duodecimrichtlijn werd deze aanbeveling verborgen onder een knop “Evd” en deze aanbeveling werd niet overgenomen naar de Nederlandstalige versie. Er wordt voorgesteld deze aanbeveling ook zichtbaar in de richtlijn te plaatsen, omdat er door patiënten nu en dan naar acupunctuur wordt gevraagd.

Ook de aanbeveling over **chirurgie** werd ongemoeid gelaten, zij het om andere redenen. De effecten van chirurgie mogen dan al rooskleurig lijken in meerdere studies, dit moet met een korreltje zout genomen worden. Over het algemeen zijn studies over chirurgie bij epicondylitis van slechte kwaliteit.

Alhoewel veel huisartsen en specialisten chirurgie als laatste optie bij hardnekkige epicondylitis overwegen, is er op dit moment onvoldoende bewijs om ook deze indicatie te ondersteunen.

4.3. Implementatiefase

4.3.1. Peer review van de geadapteerde richtlijn

De geadapteerde richtlijn werd voor peer review voorgelegd aan HAIO's, ervaren huisartsen en specialisten in fysische geneeskunde of orthopedie. Er werden vier vaststellingen gedaan.

Ten eerste bestaat controverse over het gebruik van ortheses, zowel bij huisartsen als bij specialisten. Sommige artsen raden het gebruik niet aan omdat het effect niet bewezen is, omdat ze er uit ervaring geen voordeel in zien of omdat de aankoop te duur is. Al deze argumenten werden in overweging genomen bij het aanpassen van de aanbeveling.

Ten tweede valt het op dat artsen positief tegenover kinesitherapie staan. Hun ervaringen over ortheses en kinesitherapie lijken in die zin overeen te komen met de literatuur: van de eerste behandeling wordt meestal een ongekend effect beschreven, van de tweede behandeling lijkt er wel een tendens voor een effect te zijn, vooral dan voor spierverstevigende oefeningen. Door meerdere huisartsen – onafhankelijk van elkaar - werden lokale diepe dwarse fricties met een ijsblokje voorgesteld. Een systematic review van Cochrane, waarbij één RCT werd geïncludeerd, kon echter geen bijkomend effect van diepe dwarse fricties in combinatie met andere kinesitherapiemodaliteiten aantonen. Er was geen bijkomend effect op pijncontrole, knijpkracht of functionaliteit. (19) Eén RCT onderzocht het effect van lokale ijsapplicatie bij patiënten die kinesitherapie volgden. Er kon geen bijkomend effect van ijs worden vastgesteld. (43) Er wordt voorgesteld deze informatie aan te vullen bij de aanbeveling over kinesitherapie.

> *Kinesitherapie (oefentherapie, manipulatie, ultrageluid of een combinatie van kinesitherapeutische technieken) kan overwogen worden om de pijn en functionaliteit te verbeteren. Het effect is onduidelijk, maar de nevenwerkingen zijn gering en de kost acceptabel. Van diepe dwarse fricties met ijs kan geen effect verwacht worden. (GRADE 2B)*

Ten derde is er een duidelijk verschil in mening over shockwavetherapie tussen huisartsen en specialisten. Vier specialisten benadrukken dat zij met deze techniek wel goede resultaten ondervinden. Ook door enkele huisartsen wordt vermeld dat zij shockwavetherapie zinvol achten wanneer sprak is van calcificaties. Alhoewel een effect van shockwavetherapie bij bijvoorbeeld calcificerende rotator cuff tendinopathie werd aangetoond, konden geen studies gevonden worden waarbij shockwavetherapie wordt toegepast bij een calcificerende epicondylitis. (44) Er werd overwogen of de weerstand van deze artsen tegen de aanbeveling een reden was om de evidentie te downgraden. Uiteindelijk werd beslist dit niet te doen, net omdat de evidentie voor shockwavetherapie sterk lijkt. Misschien moet bij het interpreteren van deze peer reviewresultaten ook de beschikbaarheid van de behandeling in acht genomen worden. De drempel om shockwavetherapie te starten is lager voor specialisten die dit toestel aangekocht hebben.

Tot slot gaat geen van de specialisten akkoord met het afraden van chirurgie. Zij benadrukken dat zij wel goede resultaten ondervinden bij goed geselecteerde patiënten bij wie conservatieve therapie niet baat.

Bij de peer review moeten enkele methodologische zwaktes vermeld worden. Wanneer een behandeling werd afgeraden, ontstond verwarring bij de vraagstelling. Er werd gevraagd of de arts akkoord ging met de aanbeveling, maar sommigen interpreteerden dit als een vraag naar een akkoord met de behandeling. Bij het afraden van een behandeling, leidde dit tot een tegenstrijdig antwoord. Als de geschreven opmerkingen duidelijk aantoonden wat werd bedoeld, werd het antwoord (ja of

nee) aangepast bij de verwerking van de gegevens. Bij de vijfde klinische vraag over verwijzing naar de tweede lijn werden in feite twee aanbevelingen gegeven. Eén die zegt dat verwijzing naar de tweede lijn niet aanbevolen wordt en één die zegt dat chirurgie niet aanbevolen wordt. Daar was een opsplitsing van de vraagstelling beter geweest.

4.3.2. Peer review tabel voor gedeelde besluitvorming

Door peer review bij ervaren huisartsen werd getracht de belemmeringen bij het toepassen van gedeelde besluitvorming en van deze tabel in het bijzonder, te exploreren. Een eerste belemmering is het gebrek aan kennis of opleiding over gedeelde besluitvorming. Er werd ten tweede ook gezegd dat dergelijk materiaal voor veel onderwerpen niet beschikbaar is. De huisartsen vonden de tabel over het algemeen gebruiksvriendelijk, al is er één arts die hem te groot vindt. Gebruiksgemak is dan ook een derde voorwaarde voor toepassing. Tot slot zijn de motivatie, de gewoonte of stijl en de tijd van de arts mogelijke belemmeringen.

4.3.3. Patiëntenonderzoek tabel voor gedeelde besluitvorming

De aangepaste tabel voor gedeelde besluitvorming werd voorgelegd aan zes patiënten met epicondylitis. Uiteindelijk vulden vijf van de zes patiënten de vragenlijst in. Zij reageerden unaniem positief op het concept van gedeelde besluitvorming en waren enthousiast over de tabel zelf. Eén patiënte bracht de vragenlijst niet terug. Het is niet duidelijk wat daarvoor de reden was: had ze geen tijd, had ze andere zorgen, interesseerde het haar niet, begreep ze het niet of is ze het vergeten? De intelligentie, taal, tijd, interesse en socioculturele achtergrond van de patiënt kunnen mogelijk ook een drempel vormen bij het gebruik van deze tabel.

Bij het patiëntenonderzoek kunnen meerdere methodologische tekortkomingen vastgesteld worden. De vragenlijst zelf bestond uit enkele korte ja/nee-vragen. Dit verlaagt weliswaar de drempel voor deelname, maar hierbij is dan geen nuancering van de antwoorden mogelijk. De vraagstelling kan misschien suggestief genoemd worden. Omwille van het lage aantal deelnemers was het verzekeren van de anonimiteit in de praktijk moeilijk. Dit kan ertoe geleid hebben dat patiënten zich positiever uitlieten dan ze werkelijk waren. Omdat patiënten mondeling in ieder geval positief reageerden, wordt voorgesteld deze tabel op grotere schaal en op een methodologisch correctere wijze te testen. Deze validering is noodzakelijk om deze tabel werkelijk in de praktijk te gaan gebruiken.

5. Conclusie

De Duodecimrichtlijn Laterale en mediale epicondylitis werd aangepast aan de huidige wetenschappelijke evidentie en aan de Belgische zorgcontext aan de hand van de ADAPTE-procedure. Een majeure adaptatie wordt voorgesteld voor de aanbeveling over lasertherapie. Een nieuwe aanbeveling wordt aangereikt over de opvolging van patiënten met epicondylitis. Een mineure adaptatie of aanvulling wordt geadviseerd voor de aanbevelingen over heffen en grijpen, ortheses en kinesitherapie. Er wordt geen adaptatie nodig geacht voor de aanbevelingen over shockwavetherapie, acupunctuur en chirurgie.

Uit de literatuurstudie kan besloten worden dat meer kwaliteitsvol onderzoek van voldoende grootte noodzakelijk is naar de verschillende behandelingsmogelijkheden van epicondylitis. Het resultaat van deze studies zou een significant effect kunnen hebben op de aanbevelingen uit deze richtlijn, aangezien vele nu balanceren op de grens tussen wel en niet aanbevelen.

Een tabel voor gedeelde besluitvorming is mogelijk een bruikbaar instrument om patiënten over de vele behandelingsmogelijkheden bij deze soms hardnekkige aandoening te informeren, maar meer onderzoek hiernaar is noodzakelijk.

6. Referenties

1. Duodecim. Lateral and medial epicondylitis of the elbow. Beschikbaar via: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/avaa?p_artikkeli=ebm00407&p_haku=epicondylitis. Geraadpleegd: 2017 april 5.
2. EBMPracticeNet. Laterale en mediale epicondylitis. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00407. Geraadpleegd 2017 april 3.
3. Academisch Centrum voor Huisartsengeneeskunde. Tool voor het berekenen van Incidenties op basis van de INTEGO-registraties. INTEGO-databank. Beschikbaar via: https://intego.gbiomed.kuleuven.be/intego-apps/inc_prev_v0/. Geraadpleegd 2017 april 3.
4. Assendelft W, Smidt N, Verdaasdonk A, Dingjan R, Kolnaar B. NHG-Standaard Epicondylitis (Eerste herziening). Huisarts Wet 2009; 3:140-146.
5. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Beschikbaar via: http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf. Geraadpleegd 2017 april 5.
6. Delvaux N, Van de Velde S, Philips H, Van Royen P, Vanschoenbeek J, Goossens M. Adaptatie Duodecim Richtlijnen. Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim richtlijnen op EBMPracticeNet.be. 2015.
7. The AGREE Research Trust. Introduction to AGREE II. Beschikbaar via: http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/introduction-to-agree-ii/. Geraadpleegd 2017 april 5.
8. NICE CKS. Tennis elbow. Beschikbaar via: http://cks.nice.org.uk/tennis-elbow. Geraadpleegd 2015 november 16.
9. Hegmann K. Elbow disorders. Occupational medicine practice guidelines. Evaluation and management of common health problems and functional recovery in workers 2012; 3:161-169.
10. Hayes C, Roberts C, Bencardino J, Appel M, Arnold E, Baccei S et al. ACR Appropriateness Criteria® chronic elbow pain. American College of Radiology (ACR) 2015; 13.
11. Colorado Division of Workers' Compensation. Cumulative trauma conditions medical treatment guidelines. 2010; 121.
12. Washington State Department of Labor and Industries. Conservative care options for work-related epicondylosis. 2014; 20.
13. Luk J, Tsang R, Leung H. Lateral epicondylalgia: midlife crisis of a tendon. Hong Kong Med J 2014, 20(2): 145-151.
14. Bisset L, Coombes B, Vicenzino B. Tennis Elbow. BMJ Clin Evid 2011, 1117.
15. Struijs P, Smidt N, Arola H, van Dijk C, Buchbinder R, Assendelft W. Orthotic devices for the treatment of tennis elbow. Cochrane Database Syst Rev 2002, 1:CD001821.
16. Jafarian F, Demneh E, Tyson S. The immediate effect of orthotic management on grip strength of patients with lateral epicondylosis. J Orhop Sports Phys Ther 2009, 39:484-489.
17. Ahmad Z, Siddiqui N, Malik S, Abdus-Samee M, Tytherleigh-Strong G, Rushton N. Lateral epicondylitis: a review of pathology and management. Bone Joint J 2013, 95-B(9): 1158-1164.
18. Bisset L, Paungmali A, Vicenzino B, Beller E. A systematic review and meta-analysis of clinical trials on physical interventions for lateral epicondylalgia. Br J Sports Med 2005, 39:411-422.
19. Loew L, Brosseau L, Tugwell P, Wells G, Shea B, Poitras S et al. Deep transverse friction massage for treating lateral elbow or lateral knee tendinitis. Cochrane Database Syst Rev 2014, 11: CD003528.
20. Hoogvliet P, Randsdorp M, Dingemanse R, Koes B, Huisstede B. Does effectiveness of exercise therapy and mobilisation techniques offer guidance for the treatment of lateral and medial epicondylitis? A systematic review. Br J Sports Med 2013, 47(17): 1112-1119.
21. Raman J, MacDermid J, Grewal R. Effectiveness of different methods of resistance exercises in lateral epicondylosis – a systematic review. J Hand Ther 2012, 25(1): 5-25.
22. Calfee R, Patel A, DaSilva M, Akelman E. Management of lateral epicondylitis: current concepts. J Am Acad Orthop Surg 2008, 16(1): 19-29.
23. Cullinane F, Boocock M, Trevelyan F. Is eccentric exercise an effective treatment for lateral epicondylitis? A systematic review. Clin Rehabil 2014, 28(1): 3-19.
24. Coombes B, Bisset L, Vicenzino B. A new integrative model of lateral epicondylalgia. Br J Sports Med 2009, 43(3): 252-258.
25. Weber C, Thai V, Neuheuser K, Groover K, Christ O. Efficacy of physical therapy for the treatment of lateral epicondylitis: a meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord 2015, 16: 223.
26. Buchbinder R, Green S, Youd J, Assendelft W, Barnsley L, Smidt N. Shock wave therapy for lateral elbow pain. Cochrane Database Syst Rev 2005, 10: CD003524.
27. Thiele S, Thiele R, Gerdesmeyer L. Lateral epicondylitis: this is still a main indication for extracorporeal shockwave therapy. Int J Surg 2015, 24: 165-170.
28. Rineer C, Ruch D. Elbow tendinopathy and tendon ruptures: epicondylitis, biceps and triceps ruptures. J Hand Surg Am 2009, 34(3):566-576.
29. Dingemanse R, Randsdorp M, Koes B, Huisstede B. Evidence for the effectiveness of electrophysical modalities for treatment of medial and lateral epicondylitis: a systematic review. Br J Sports Med 2014, 48(12): 957-965.
30. Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N et al. Acupuncture for lateral elbow pain. Cochrane Database Syst Rev 2002, 1:CD003527.
31. Buchbinder R, Johnston R, Barnsley L, Assendelft W, Bell S, Smidt N. Surgery for lateral elbow pain. Cochrane Database Syst Rev 2011, 3:CD003525.
32. Chang W, Wu J, Yang W, Jiang J. Therapeutic effects of low-level laser on lateral epicondylitis from differential interventions of Chinese-Western medicine: systematic review. Photomed Laser Surg 2010, 28(3): 327-336.
33. Amin N, Kumar N, Schickendantz M. Medial epicondylitis: evaluation and management. J Am Orthop Surg 2015, 23(6): 348-355.
34. Bjordal J, Lopes-Martins R, Joensen J, Couppe C, Ljunggren A, Stergioulas A, Johnson M. A systematic review with procedural assessments and meta-analysis of low level laser therapy in lateral elbow tendinopathy (tennis elbow). BMC Musculoskelet Disord 2008, 29(9): 75.
35. Nederlands Huisartsengenootschap. Zoekstrategieën. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/themas/publicaties/zoekstrategieen. Geraadpleegd 2017 april 9.
36. UZ Gent. ESWT of shockwavetherapie. Beschikbaar via: http://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/Fysische%20Geneeskunde%20-%20Polikliniek/Behandelingen/Paginas/ESWT%20of%20shockwavetherapie.aspx. Geraadpleegd 2017 april 9.
37. De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, Mertens R et al. Acupunctuur: situatie in België. KCE 2011.

38. Bisset L, Paungmali A, Vicenzino B, Beller E. A systematic review and meta-analysis of clinical trials on physical interventions for lateral epicondylalgia. Br J Sports Med 2005, 39: 411-422.
39. Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomized trial. BMJ 2006, 333(7575): 939-941.
40. Smidt N, van der Windt D, Assendelft W, Devillé W, Korthals-de Bos I. Corticosteroid injections, physiotherapy, or a wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. Lancet 2002, 359(9307): 657-62.
41. GRADE Working Group. What is GRADE? Beschikbaar via: http://www.gradeworkinggroup.org/ Geraadpleegd 2017 april 23.
42. Karkhanis S, Frost A, Maffuli N. Operative management of tennis elbow: a quantitative review. Br Med Bull 2008, 88(1): 171-188.
43. Manias D, Stasinopoulos D. A controlled clinical pilot trial to study the effectiveness of ice as a supplement to the exercise programme for the management of lateral elbow tendinopathy. Br J Sports Med 2006, 40(1):81-85.
44. Suzuki K, Potts A, Anakwenze O, Singh A. Calcific tendinitis of the rotator cuff: management options. J Am Acad Orthop Surg 2014, 22(11): 707-717.
45. Tosti R, Jennings J, Sewards J. Lateral epicondylitis of the elbow. Am J Med 2013, 126(4): 357.

Bijlage 1: Overzicht literatuurstudie

PICO	Bron	Zoekstrategie	Resultaat	Referenties	Besluit
2. Welke niet-medicamenteuze adviezen kunnen aan een patiënt met epicondylitis gegeven worden?					
P: epicondylitis / tennis elbow I: tape / splints / athletic tape C: (-) O: pain	Cochrane	"Tennis Elbow" AND "Orthotic Devices"	1, al geïncludeerd in de 3 richtlijnen	Struijs P et al. (15)	Al geïncludeerd in de originele Duodecimrichtlijn, de NHG-Standaard en de CKS-richtlijn. *Systematic review met 5 kleine studies van 7 tot 49 patiënten*. **Geen definitieve conclusies mogelijk**.
	Medline	("Tennis Elbow"[Mesh]) AND "Orthotic Devices"[Mesh]) + review + vanaf 01-01-2008 + abstract beschikbaar + Engels	4, waarvan 1 uitgesloten omdat de full text niet beschikbaar is	Luk J et al. (13)	**Het is niet duidelijk of ortheses nuttig zijn.**
				Ahmad Z et al. (17)	**Ortheses hebben superieure resultaten op vlak van pijnvermindering en knijpkracht vergeleken met placebo-ortheses. (33)** *Verwijst naar 1 meta-analyse*: **Er is geen significant verschil tussen de verschillende soorten ortheses.**
				Bisset L et al. (14)	Al geïncludeerd in de CKS-richtlijn. *Systematic review met inclusie van 1 systematic review en 1 RCT.* **Ongekende effectiviteit.** Op 6 weken mogelijk minder effectief dan kinesitherapie op vlak van pijn. Op 2 weken mogelijk minder effectief dan corticosteroïdinjecties op vlak van algemene verbetering, maar niet op 6 of 12 maanden. Op 6 weken mogelijk minder effectief dan kinesitherapie op vlak van patiëntentevredenheid. Op 6 weken mogelijk meer effectief dan kinesitherapie op vlak van functionaliteit. Studies van lage tot zeer lage kwaliteit.
P: epicondylitis / tennis elbow I: physiotherapy / strenghtening exercises / physical therapy modalities C: (-) O: pain	Cochrane	“Tennis Elbow” AND “Physical Therapy”	2, waarvan 1 uitgesloten op basis van de titel	Loew L et al. (19)	*1 RCT:* **Diepe dwarse fricties met andere kinesitherapiemodaliteiten zijn niet beter dan deze modaliteiten alleen voor pijncontrole, knijpkrachtverbetering en functionaliteit.**
	Medline	("Tennis Elbow"[Mesh]) AND "Physical Therapy Modalities"[Mesh]) + review + vanaf 01-01-2008 + abstract beschikbaar + Engels	21, waarvan 7 uitgesloten op basis van de titel, 4 uitgesloten omdat de full tekst niet beschikbaar is en 2 dubbel	Weber C et al. (25)	*Meta-analyse met 12 geïncludeerde RCT’s:* **Het verschil in pijnvermindering tussen de behandelingsgroepen en hun controlegroepen is groter dan het verschil tussen de behandelingsgroepen onderling**, ook al werden verschillende behandelingsmodaliteiten gebruikt. Enkel in de behandelingsgroepen werd een klinisch relevante pijnvermindering verkregen. (28 tot 38 eenheden pijnvermindering op een schaal van 100 ten opzichte van 14 tot 28 eenheden.) (Met andere woorden, het effect lijkt vooral een gevolg van niet-specifieke behandelingseigenschappen zoals het placebo-effect.)
				Ahmad Z et al. (17)	*1 systematic review:* **Op 6 weken mogelijk beter effect op pijn en range of motion door excentrische verstevigende oefeningen dan door conservatieve therapie**. *2 andere studies:* goede outcome door stretching en verstevigende oefeningen.

				Cullinane F et al. (23)	*Systematic review met 12 geïncludeerde studies:* **De meerderheid van de bevindingen ondersteunt het includeren van excentrische oefeningen als deel van een multimodaal programma**. Alle groepen met excentrische oefeningen rapporteren verbetering op vlak van pijn, functie en/of knijpkracht. 7 studies rapporteren meer verbetering van pijn, functie en/of knijpkracht wanneer excentrische oefeningen aan de kinesitherapie worden toegevoegd, dan wanneer dat niet het geval is. Geïsoleerde excentrische oefeningen leiden niet tot verbetering.
				Hoogvliet P et al. (20)	*Systematic review met 13 geïncludeerde studies:* **Nog geen definitief besluit mogelijk, maar mogelijk wel effect van krachttraining op de symptomen van tendinose.** Matige evidentie voor een kortetermijneffect van stretching met verstevigende oefeningen vergeleken met ultrasound met fricties. Matige evidentie voor een korte- en middellangetermijneffect van manipulatie van de cervicale en thoracale wervelzuil als add-on therapie bij stretching met mobilisatie van de pols en voorarm.
				Raman J et al. (21)	*Systematic review met 12 geïncludeerde studies:* **Alle studies rapporteren dat weerstandstraining tot substantiële verbetering leidt op vlak van pijn en knijpkracht.** Er is matige evidentie voor isotone excentrische oefeningen en zwakke evidentie voor isokinetische en isometrische oefeningen. **Een excentrisch oefenprogramma** met 3 sets van 10-15 herhalingen per dag gedurende 6-12 weken **heeft de beste kans om pijn te verminderen, de functie te verbeteren en pijnvrije knijpkracht te verbeteren**.
				Bisset L et al. (14)	Al geïncludeerd in de CKS-richtlijn. *Systematic review.* Manipulatie: **Ongekende effectiviteit.** Op 3 tot 12 weken is manipulatie met ultrasound mogelijk effectiever dan ultrasound alleen in het reduceren van de pijn. Op 12 weken is manipulatie met ultrasound mogelijk effectiever op vlak van algemene verbetering dan ultrasound alleen. Mogelijk effectiever dan placebo op vlak van verbetering van pijnvrije knijpkracht. Op 12 weken is manipulatie met ultrasound mogelijk effectiever dan ultrasound alleen op vlak van verbetering van pijnvrije knijpkracht. Oefentherapie: **Ongekende effectiviteit.** Op 6 weken geen verschil tussen oefentherapie met stretching en stretching alleen op vlak van pijn, algemene verbetering en knijpkracht. Op 6 weken geen verschil tussen concentrische en excentrische oefeningen op vlak van pijn, algemene verbetering en knijpkracht. Op 3 tot 12 maanden geen verschil tussen oefentherapie en stretching op vlak van algemene verbetering, maar op 6 maanden mogelijk wel effectiever dan stretching op vlak van knijpkracht. Op 1 tot 11 maand is oefentherapie met stretching mogelijk meer effectief op vlak van functionaliteit dan ultrasound. Combinaties van fysische behandelingen: O**ngekende effectiviteit.**
				Coombes B et al. (24)	*Systematic review:* Manipulatie: Lage kwaliteit van evidentie voor **kortetermijneffect op vlak van pijn en functionaliteit** vergeleken met controle-interventies. Het gebruik van dwarse fricties wordt niet ondersteund. Oefentherapie: **Beter effect dan ultrasound**: minder consultaties, minder chirurgie, minder ziektedagen. Onvoldoende evidentie om excentrische oefeningen boven concentrische te verkiezen.
				Calfee R et al. (22)	Al geïncludeerd in de CKS-richtlijn. **Positief effect van excentrische oefeningen. Geen significant verschil tussen stretching alleen versus stretching met concentrische oefeningen.**

P: epicondylitis / tennis elbow I: shock wave therapy / high energy shock waves C: placebo O: pain	Cochrane	"Tennis Elbow" AND "Shock Waves"	2, waarvan 1 uitgesloten op basis van de titel	Buchbinder R et al. (26)	Al geïncludeerd in de originele Duodecimrichtlijn en de NHG-Standaard. Shockwavetherapie wordt niet vermeld in de CKS-richtlijn. Systematic review met 9 placebo-gecontroleerde studies met in totaal 1006 patiënten. Weinig of geen effect op vlak van pijn en functie.
	Medline	("Tennis Elbow"[Mesh]) AND "High-Energy Shock Waves"[Mesh]) + review + vanaf 01-01-2008 + abstract beschikbaar + Engels	5, waarvan 1 uitgesloten omdat de full text niet beschikbaar is	Thiele S et al. (27)	Review met 7 studies met negatieve resultaten (2002-2008) en 9 RCT's met positieve resultaten (1996-2012): De huidige evidentie lijkt het gebruik van shockwavetherapie bij epicondylitis lateralis te ondersteunen, wanneer de klachten langer dan 3 maanden bestaan. Kritiek op Cochranereview: houdt geen rekening met gebruik van verschillende shockwavetoestellen, differentieert niet tussen verschillende methodes om shockwaves te genereren, houdt geen rekening met verschillende behandelingsprotocollen, focust niet op het gebruik van lokale anesthetica, acute gevallen werden geïncludeerd.
				Weber C et al. (25)	*Meta-analyse met 12 geïncludeerde RCT's:* **Het verschil in pijnvermindering tussen de behandelingsgroepen en hun controlegroepen is groter dan het verschil tussen de behandelingsgroepen onderling**, ook al werden verschillende behandelingsmodaliteiten gebruikt. Er is geen significant verschil in pijnvermindering tussen de groepen die shockwavetherapie gebruikten en zij die dat niet deden. Enkel in de behandelingsgroepen werd een klinisch relevante pijnvermindering verkregen. (28 tot 38 eenheden pijnvermindering op een schaal van 100 ten opzichte van 14 tot 28 eenheden.) (Met andere woorden, het effect lijkt vooral een gevolg van niet-specifieke behandelingseigenschappen zoals het placebo-effect.)
				Luk J et al. (13)	*3 RCT's:* **Geen verschil tussen ESWT en placebo.**
				Bisset L et al. (14)	Al geïncludeerd in de CKS-richtlijn. *Systematic review met 2 systematic reviews en 1 RCT.* Op 4 tot 6 weken en op 12 weken niet meer effectief dan placebo op vlak van pijn. Op 6 weken en op 3 maanden minder effectief dan injectie met corticosteroïd en lokaal anestheticum op vlak van pijn. Effect op algemene verbetering niet gekend. Op 6 weken tot 6 maanden niet meer effectief dan placebo op vlak van functionaliteit. **Weinig waarschijnlijk effect.**
P: epicondylitis / tennis elbow I: ultrasound C: placebo O: pain	Cochrane	Combinaties van de zoektermen "Tennis Elbow" / "Epicondylitis" en "Ultrasonic Therapy" / "Ultrasound"	Geen relevante		
	Medline	("Tennis Elbow"[Mesh]) AND	6, waarvan 1 uitgesloten op	Luk J et al. (17)	Gebrek aan kwaliteitsvolle studies. **Geen conclusies mogelijk.**

		"Ultrasonic Therapy"[Mesh]) + review + vanaf 01-01-2008 +abstract beschikbaar + Engels	basis van de titel	Hoogvliet P et al. (20)	*Systematic review met verwijzing naar 1 RCT:* **Beperkte evidentie voor effect van krachttraining met stretchoefeningen vergeleken met ultrasound op lange termijn.**
				Dingemanse R et al. (29)	*Systematic review:* **Matige evidentie voor effect van ultrasound op pijn vergeleken met placebo op middellange termijn. Matige evidentie voor effect van ultrasound met dwarse fricties vergeleken met lasertherapie op korte termijn.**
				Rineer C et al. (28)	*Review met verwijzing naar 1 RCT:* **Geen voordeel van ultrasound.**
				Bisset L et al. (14)	*Systematic review met inclusie van 3 systematic reviews en 1 RCT.* Niet gekend of ultrasound beter is dan placebo op vlak van pijn, algemene verbetering en functionaliteit. Niet gekend of ultrasound beter is dan corticosteroïdeninjecties op vlak van pijn. **Ongekende effectiviteit.**
P: epicondylitis / tennis elbow I: acupuncture C: placebo O: pain	Cochrane	"Tennis Elbow" AND "Acupuncture"	1	Green S et al. (30)	Al geïncludeerd in de NHG-Standaard. *Systematic review met inclusie van 5 RCT's.* **Onvoldoende evidentie om acupunctuur aan of af te raden.** Slechts effect op heel korte termijn. Effect langer dan 24u na behandeling kon niet aangetoond worden.
	Medline	("Tennis Elbow"[Mesh]) AND "Acupuncture"[Mesh]) + review + abstract beschikbaar + Engels	1	Bisset L et al. (14)	*Systematic review met inclusie van 3 systematic reviews.* Mogelijk meer effectief dan placebo na 10 sessies in 2 weken op vlak van pijn en functionaliteit, maar op 3 tot 12 maanden niet effectiever dan placebo. Op 6 maanden mogelijk meer effectief dan ultrasound op vlak van pijn en functionaliteit. **Ongekende effectiviteit.**
P: epicondylitis / tennis elbow I: laser therapy C: placebo O: pain	Cochrane	Combinaties van zoektermen "Tennis Elbow" / "Epicondylitis" en "Laser Therapy" / "Laser" / "Low Level Laser Therapy"	Geen relevante		
	Medline	("Tennis Elbow"[Mesh]) AND "Laser Therapy"[Mesh]) +	7, waarvan 2 dubbel	Weber C et al. (25)	*Meta-analyse met 12 geïncludeerde RCT's:* **Het verschil in pijnvermindering tussen de behandelingsgroepen en hun controlegroepen is groter dan het verschil tussen de behandelingsgroepen onderling**, ook al werden verschillende behandelingsmodaliteiten gebruikt.

		review + vanaf 01-01-2008 + abstract beschikbaar + Engels		Dingemanse R et al. (29)	*Systematic review.* **Er is conflicterende evidentie voor het effect van lasertherapie vergeleken met placebo op korte termijn. Op middellange en lange termijn konden geen significante verschillen worden vastgesteld.** Matige evidentie dat lasertherapie minder effectief is in het verminderen van pijn dan de combinatie van ultrasound met fricties.
				Bisset L et al. (14)	*Systematic review met inclusie van 2 systematic reviews.* Tot 2 maand na behandeling effectiever dan placebo op vlak van pijnvermindering, functionaliteit en algemene verbetering, maar niet meer op 3 tot 12 maanden. **Waarschijnlijk effectief.**
				Chang W et al. (31)	*Systematic review en meta-analyse.* **Het gebruik van laser op tender points of op myofasciale triggerpunten kan effectief zijn.** Het gebruik van laser op acupunctuurpunten is niet effectief.
				Bjordal J et al. (32)	Al geïncludeerd in de NHG-Standaard. *Systematic review en meta-analyse.* **Lasertherapie lijkt bij een optimale dosis en golflengte op korte termijn effectief in het verminderen van pijn en op verbeteren van de algemene toestand, zowel in monotherapie als in combinatie met oefentherapie.**
		("Tennis Elbow"[Mesh]) AND "Low-Level Light Therapy"[Mesh]) + review + vanaf 01-01-2008 + abstract + Engels	5, waarvan geen nieuwe resultaten ten opzichte van de vorige zoekopdracht		
5. Wanneer moet een patiënt met epicondylitis verwezen worden?					
P: epicondylitis / tennis elbow I: surgery C: (-) O: pain	Cochrane	"Tennis Elbow" AND "Surgery"	2, waarvan 1 uitgesloten op basis van de titel	Buchbinder R et al. (34)	Al geïncludeerd in de Duodecimrichtlijn. Oudere versie geïncludeerd in de NHG-Standaard. *Systematic review met 5 geïncludeerde studies* met in totaal 191 patiënten. Beperkte studiekwaliteit, inconsistentie tussen de studies en beperkte grootte van de studies. **Er is onvoldoende evidentie om chirurgie aan of af te raden.**
	Medline	("Tennis Elbow"[Mesh]) AND "Surgical Procedures, Operative"[Mesh]) + review + vanaf 01-01-2008 + abstract beschikbaar + Engels	23, waarvan 12 uitgesloten op basis van de titel, 3 uitgesloten omdat de full text niet beschikbaar is en 3 dubbel	Amin N et al. (33)	*Review.* **Chirurgische behandeling is voorbehouden voor patiënten met persisterende symptomen.** *Studie uit 2009:* "Mini-open muscle resection technique" Alle 10 patiënten waren na 3 maanden terug naar het werk. Er werden geen slechte resultaten gerapporteerd. *Studie uit 1995:* "Open peesdebridement en n. ulnarisprocedure" 24/25 patiënten met geen of milde bijkomende n.ulnarisneuropathie hadden goede tot excellente outcome bij gemiddeld 7 jaar follow-up. 3/5 patiënten met matige tot ernstige n. ulnarisneuropathie hadden weinig tot geen resultaat bij follow-up. *Studie uit 1995:* Gelijkaardige resultaten bij bijkomende n. ulnarisneuropathie. *Studie uit 2010:* Alle 19 patiënten waren beter op vlak van pijn in rust en bij activiteit.

				Ahmad Z et al. (17)	*Review*. **Alhoewel chirurgie bij de meeste patiënten een goede outcome heeft, wordt gezocht naar alternatieve methodes omwille van de geassocieerde risico's,** zoals infectie, hematomen, zenuwschade en het falen van chirurgie. *Studie uit 1979:* 97.7% van de patiënten was beter met de techniek van Nirschl. *Studie uit 1985:* 80% van de pati¨neten had voldoende pijnvermindering na open release. *Studie uit 1993:* 89% geode tot excellente resultaten 5 jaar na open release. *Studie uit 2004:* 78% goede tot excellente resultaten na ECRB-verlenging. *Studie uit 1982:* 91% volledig symptoomvrij na percutane ECRB-release. *Studie uit 2008:* 87% tevredenheid na arthroscopisch debridement na gemiddeld 130 maanden follow-up.
				Tosti R et al. (45)	*Review.* **Geen evidentie om één operatieve techniek boven een andere te verkiezen. Voornamelijk goede tot excellente outcomes, success rates tot 97%.**
				Karkhanis S et al. (42)	*Systematic review.* **Onvoldoende kwaliteitsvolle evidentie om één operatieve techniek boven een andere te verkiezen.**
				Calfee R et al. (22)	*Review.* **De resultaten van chirurgie voor laterale epicondylitis zijn over het algemeen bemoedigend**. **Meeste studies tonen een goede tot excellente outcome, maar een significant percentage patiënten heeft nadien persisterende milde intermitterende symptomen.** *Studie uit 1979:* 66/88 goede resultaten na open release en arthrotomie. 79% beter, 85% nam activiteiten weer op. *Studie uit 2002:* 18/19 beter na open extensor release en origin reattachment, 8/19 veranderde wel van job of sport. *Studie uit 1993:* 40% persisterende pijn 6 weken na open release, 24% na 1 jaar en 9% na 5 jaar. *Studie uit 2004 en 2006:* Geen significant verschil tussen arthroscopische of open release. 5,8% van de ingrepen faalt, 5,8% heeft recidief.
		("Tennis Elbow"[Mesh]) AND "surgery"[Subheading]) + review + vanaf 01-01-2008 + abstract beschikbaar + Engels	15, waarvan geen nieuwe resultaten ten opzichte van de vorige zoekopdracht		
				Bisset L et al. (14)	*Systematic review:* De techniek van Nirschl met drilling is mogelijk minder effectief dan open release op vlak van pijnverbetering. Het is onduidelijk of ECRB-verlenging effectiever is dan decompressie van de n. interosseus posterior op vlak van pijnverbetering. Percutane release is mogelijk meer effectief dan open release op vlak van functionaliteit na 1 jaar en op vlak van terugkeer naar het werk. Het is onduidelijk of ECRB-verlenging effectiever is dan decompressie van de n. interosseus posterior op vlak van knijpkracht en op vlak van terugkeer naar het werk. **Ongekende effectiviteit.**

Bijlage 2: Vragenlijst voor peer review bij HAIO's en LOK-groepen

INFORMATIE VOOR AANVANG VAN DE LOK

Laterale en mediale epicondylitis – Aanpassing van een Duodecimrichtlijn

Geachte dokter,

In het kader van hun master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde voeren Dr. Anneleen Claes en Dr. Lieselot Decock een onderzoek uit naar de diagnostiek en de behandelingsmogelijkheden bij tennis- en golfelleboog. Dit onderzoek gebeurt in de periode van half januari 2017 tot en met eind maart 2017, onder toezicht van de Vrije Universiteit Brussel en de KULeuven.

Het voorbije jaar hebben zij de Duodecimrichtlijn "Laterale en mediale epicondylitis" geüpdate en dit jaar willen zij deze nieuwe richtlijn aan ervaren huisartsen, huisartsen-in-opleiding (HAIO's) en specialisten in fysische geneeskunde en orthopedie voorleggen ter evaluatie. Concreet willen zij u een vragenlijst voorleggen waarbij naar de haalbaarheid en naar mogelijke belemmeringen voor de toepassing ervan in de praktijk wordt gevraagd. Dit zal een 15-tal minuten in beslag nemen. Nadien volgt een presentatie van 30 minuten over de evidentie voor de verschillende aanbevelingen uit de richtlijn.

Op het einde van de uiteenzetting zullen zij ook een tabel voor gedeelde besluitvorming over de verschillende behandelingsmogelijkheden bij tennis- en golfelleboog presenteren en zullen zij u opnieuw een korte vragenlijst voorleggen die peilt naar de haalbaarheid ervan in de praktijk. Dit zal een 5-tal minuten in beslag nemen.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt worden.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u deze stellen aan Dr. Anneleen Claes of aan Dr. Lieselot Decock.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Anneleen Claes en Dr. Lieselot Decock

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam deelnemende arts:

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. Ik begrijp dat mijn gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar mijn persoon).

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel. 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 deelnemende arts te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….

Deelnemende arts

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de deelnemende arts:

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

Datum……. Handtekening…….

Informerende arts

EVALUATIE RICHTLIJN EPICONDYLITIS

ALGEMENE VRAGEN

1. Hoedanigheid:
    - HuisArts In Opleiding
    - Praktijkopleider
    - Huisarts
    - Huisarts-sportarts
    - Huisarts-verzekeringsarts

2. Kent u EBM*Practice*Net?
    - Ja
    - Nee

3. Gebruikt u EBM*Practice*Net?
    - Ja
    - Nee

CASUS TER INTRODUCTIE

Jean, een 48-jarige garagist, komt op consultatie en klaagt sinds een tweetal weken over pijn ter hoogte van de linkerelleboog, uitstralend naar de voorarm. De pijn lijkt enkel toe te nemen. Bovendien heeft hij de indruk van krachtsverlies, voornamelijk bij het heffen van voorwerpen. Het klinisch onderzoek toont drukpijn net proximaal van de laterale epicondylus humeri en pijn bij geresisteerde dorsiflexie in het polsgewricht met een gestrekte elleboog.

Wat is uw diagnose? Welke verdere stappen onderneemt u?

Ondanks werkgerelateerde aanpassingen en pijnmedicatie (lokaal NSAID-crème en zo nodig paracetamol 1g) consulteert Jean 6 weken later opnieuw. De klachten zijn niet gewijzigd.

Wat doet u nu?

BEOORDELING VAN DE AANBEVELINGEN

1.Hoe stelt de arts de diagnose van epicondylitis?

Aan de hand van een anamnese en klinisch onderzoek kan een diagnose gesteld worden. Bijkomende onderzoeken zijn niet nodig.

Deel 1 Anamnese

Bij de anamnese wordt het aanbevolen om de lokalisatie, de ernst, het begin en de uitlokkende factoren te bevragen. (1C)

- Typisch pijn thv de epicondylen van de elleboog, vooral bij grijpen met een gestrekte arm.
- Meestal insidieus begin, zonder duidelijk uitlokkende gebeurtenis.

Het wordt aanbevolen om arbeidsgerelateerde en recreationele factoren te bevragen. (1C)
Het wordt aanbevolen om eventuele functiebeperkingen te bevragen. (1C)

- Onmogelijk om voorwerpen vast te houden

Men suggereert om volgende risicofactoren te bevragen: (2C)

- Roken
    - Verhoogt het risico van zowel laterale als mediale epicondylitis.
- Obesitas
    - Is mogelijk geassocieerd met mediale epicondylitis.

Het wordt aanbevolen om volgende predisponerende factoren te bevragen: (1C)

- Laterale epicondylitis:
    - Hanteren van zware gereedschappen en lasten
    - Werktaken met repetitieve bewegingen:
        - extensie van de pols
        - grijpintensieve activiteiten met repetitieve krachtige elleboogbewegingen
- Mediale epicondylitis:
    - Hanteren van lasten
    - Gebruik van vibrerende werktuigen
    - Werktaken met repetitieve bewegingen

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

Deel 2 Klinisch onderzoek

Bij het klinisch onderzoek wordt het aanbevolen isometrische testen tegen weerstand met een gestrekte arm uit te voeren. (1C)

- Laterale epicondylitis: extensie van de pols tegen weerstand veroorzaakt pijn thv de laterale epicondyl
- Mediale epicondylitis: flexie van de pols tegen weerstand veroorzaakt pijn thv de mediale epicondyl

Bij het stellen van de diagnose wordt het aanbevolen om volgende diagnostische criteria in acht te nemen: (1C)

- Pijn op of rond de epicondyl, eventueel uitstraling naar de proximale onderarm
- Optredend of toenemend bij:
    - Bewegingen van de pols
    - Extensie of flexie van de pols tegen weerstand bij een gestrekte elleboog
    - Drukpijn op of rond de epicondyl

Handgrijpkracht en uitlokbare pijn bij grijpen kunnen eveneens geëvalueerd worden bij de diagnose. Ze kunnen gebruikt worden als indicatoren voor functiebeperking.

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

Deel 3 Bijkomende onderzoeken

Het wordt aanbevolen om geen bijkomende onderzoeken uit te voeren. Het stellen van de diagnose van epicondylitis is een klinische diagnose. (1C)

- Het onderscheid met andere elleboogaandoeningen levert geen problemen op. Het gaat hierbij om zeldzame aandoeningen, met uitzondering van bursitis olecrani.
- Afwezigheid van lokale drukpijn maakt epicondylitis onwaarschijnlijk.

- Bij atypische bevindingen (pijn elders in de elleboog, bewegingsbeperking, slotklachten, zwelling, tintelingen) houdt de huisarts rekening met andere elleboogaandoeningen.
- Bij tegelijkertijd aanwezige (uitstralende) pijn in bovenarm, schouder en/of nek zijn een gerichte anamnese en onderzoek aangewezen om schouder- of nekaandoeningen uit te sluiten.

Indien een andere pathologie (tendinitis, artrose, ulnair sulcus syndroom, entrapment van de nervus radialis, cervicale of proximale plexuspathologie) wordt vermoed, kunnen bijkomende onderzoeken (EMG, beeldvorming) worden uitgevoerd.

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

2.Welke niet-medicamenteuze adviezen kunnen gegeven worden aan een patiënt met epicondylitis?

Deel 1 Acute fase

Het wordt aanbevolen heffen en grijpen met het aangedane lidmaat te vermijden. Indien een zwaar voorwerp getild wordt, dient dit onderhands te gebeuren in geval van epicondylitis lateralis of bovenhands in geval van epicondylitis medialis.

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

Deel 2 Chronische fase

Ortheses, zoals braces, spalken en bandjes, kunnen overwogen worden om de pijn en functionaliteit te verbeteren. (2C)

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

Kinesitherapie (massage, oefentherapie, manipulatie, ultrageluid of een combinatie van kinesitherapeutische technieken) kan overwogen worden om de pijn en functionaliteit te verbeteren. Het effect is onduidelijk, maar de nevenwerkingen zijn gering en de kost acceptabel. (2B)

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

Lasertherapie kan nuttig zijn om de pijn en functionaliteit op korte termijn (tot 2 maanden na het beëindigen van de behandeling) te verbeteren. (2B)

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

Shockwavetherapie wordt afgeraden, omdat het effect op vlak van pijn en functionaliteit niet werd bewezen. Matige nevenwerkingen werden gerapporteerd en de kost is hoog. (1A)

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

Acupunctuur wordt afgeraden, omdat het effect onduidelijk is. (2C)

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

3.Welke medicamenteuze adviezen kunnen gegeven worden aan een patiënt met epicondylitis?

Deel 1 acute fase

Het wordt aanbevolen veilige analgetica te gebruiken:

1) Topische NSAID crème (1B)
2) Paracetamol (1B)

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

3) Het wordt afgeraden orale NSAID's voor te schrijven (1C). Er bestaat geen bewijs voor een voordeel ten opzichte van topische NSAID's of paracetamol. Bovendien hebben orale NSAID's meer nevenwerkingen.

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

Deel 2 chronische fase

Het wordt afgeraden lokale corticosteroïdinjecties toe te dienen: (1A)

- Snelle pijnverlichting, maar vaker herval op lange termijn in vergelijking met een afwachtende houding.
- Kan overwogen worden na overleg met patiënten die na 6 weken onvoldoende herstel ervaren, een snelle pijnverlichting wensen en ingelicht zijn over het nadelig effect op lange termijn.

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

Botulinetoxine-injectie, lokale nitraatoxidepleisters of plasmainjecties worden niet aanbevolen, gezien er onvoldoende bewijs is op vlak van pijnverlichting en functieverbetering.

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

4.Hoe wordt de opvolging van patiënten met epicondylitis georganiseerd?

Follow-up is niet noodzakelijk, tenzij de patiënt persisterende hinder in het dagelijkse leven ondervindt. Indien pijn en functie verbeterd zijn tot een acceptabel niveau, kan van bijkomende behandelingen geen verdere verbetering verwacht worden.

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

5.Wanneer moet een patiënt met epicondylitis verwezen worden?

Verwijzing naar de tweede lijn wordt niet aanbevolen.

- Chirurgie wordt niet aanbevolen omwille van het onduidelijke effect, de nevenwerkingen en de kost. (2C)

Gaat u akkoord met deze aanbeveling?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Zoja, past u deze aanbeveling toe in de praktijk?

- Ja
- Nee. Waarom past u deze aanbeveling niet toe?

BEOORDELING VAN DE HET GEHEEL VAN DE RICHTLIJN

Is deze richtlijn nuttig in de eerste lijn?

- Ja
- Ja, mits aanvulling, namelijk…
- Nee, omdat…

Gebruikt u al een richtlijn over dit onderwerp?

- NHG
- Domus Medica
- NICE-guidelines
- Duodecim/EBM*Practice*Net
- Andere, namelijk…

BEOORDELING VAN DE TABEL VOOR GEDEELDE BESLUITVORMING (enkel in LOK-groepen)

Vindt u deze tabel gebruiksvriendelijk voor de praktijk?

- Ja
- Nee, omdat…

Zou u deze tabel implementeren in de praktijk?

- Ja
- Nee, omdat…

Gebruikt u al tabellen voor gedeelde besluitvoering?

- Ja, welke?
- Nee, omdat…

Bijlage 3: Tabel voor gedeelde besluitvorming

	Afwachten en uitlokkende bewegingen vermijden	**Pijnstillers**	**Orthese**	**Verwijzing kinesist:** - **Massage** - **Oefentherapie** - **Manipulatie** - **Ultrageluid** - **Combinatie**	**Acupunctuur**	**Inspuiting met cortisone**	**Verwijzing specialist:** - **Shockwavetherapie** - **Botoxinjectie** - **Lokale nitraatoxide** - **Bloedplaatjes-injectie** - **Chirurgie**
Wat houdt deze behandeling in?	- Spontaan verloop afwachten. - Bij tenniselleboog voorwerpen onderhands dragen. - Bij golfelleboog voowerpen bovenhands dragen.	Een stappenplan met steeds zwaardere medicatie: 1. Pijnstillende zalf op de elleboog 2. Paracetamol 3x1g per dag 3. Onstekingsremmer, na overleg met uw huisarts	Een brace, spalk of bandje geeft extra steun aan de pijnlijke spiergroepen.	Een kinesist kan meerdere types van behandeling voorstellen: - Massage van de pijnlijke spiergroepen. - Oefeningen om de pijnlijke spiergroepen te verstevigen. - Manipulatie of “kraken” van de pols en/of elleboog. - Ultrageluid of zeer hoge, onhoorbare geluidsgolven. - Een combinatie van deze technieken.	Bepaalde punten worden aangeprikt met dunne steriele naaldjes die enige tijd ter plaatse blijven.	Een sterk ontstekingsremmend product, cortisone, wordt rondom de meest pijnlijke punten ingespoten.	Bij langdurige klachten met een grote invloed op uw dagelijks leven of op uw vraag, kunt u verwezen worden naar een specialist en kan hij/zij u meer uitleg geven over bovenstaande behandelingsmogelijkheden.
Zal deze behandeling me sneller te genezen?	Binnen de 6 maand is 8 op de 10 patiënten genezen, wanneer het spontane verloop wordt afgewacht. Binnen de 12 maand is 9 op de 10 patiënten genezen.	Binnen de 6 maand is 8 op de 10 patiënten genezen, wanneer het spontane verloop wordt afgewacht. Binnen de 12 maand is 9 op de 10 patiënten genezen.	Het effect van ortheses is niet helemaal duidelijk. Vermoedelijk kan het de pijn en het gebruik van de aangedane arm verbeteren.	Kinesitherapie kan de pijn en functie van de pols en elleboog op korte termijn verbeteren, maar er is geen bewezen effect op lange termijn.	Het effect van deze behandeling is niet bewezen. Daarom wordt acupunctuur niet aangeraden.	Op korte termijn (niet langer dan de eerste 6 weken) leidt deze behandeling tot snelle pijnverlichting, maar op langere termijn (na 3 tot 12 maanden) is er een hogere kans op herval.	Van geen van deze behandelingen is het effect bewezen. Daarom worden deze behandelingen afgeraden.
Wat is het voordeel van deze behandeling?	Er zijn geen nevenwerkingen van deze behandeling.	Lokale ontstekingsremmende zalf en paracetamol hebben relatief weinig nevenwerkingen en kunnen langdurig gebruikt worden.	Er zijn geen nevenwerkingen van deze behandeling.	Er zijn geen nevenwerkingen van deze behandeling.	Er zijn geen bewezen voordelen van deze behandeling.	Snelle vermindering van de pijn.	Er zijn nog geen voordelen gekend.
Wat is het nadeel van deze behandeling?	Soms is het nodig de activiteiten op het werk aan te passen.	Ontstekingsremmers kunnen belangrijke nevenwerkingen hebben. Het is bovendien niet bewezen dat deze medicatie sneller tot genezing leidt in vergelijking met lokale ontstekingsremmende zalf of paracetamol.	De kostprijs. Een orthese wordt pas terugbetaald na een bezoek aan dokter-specialist. Zo niet varieert de prijs van 25 tot 75 euro.	Een sessie bij de kinesist kost 22,26EUR (of 25EUR) en daarvan wordt 16,37 tot 19,87EUR terugbetaald.	De kostprijs. Acupunctuur wordt niet terugbetaald. De prijzen variëren sterk en kunnen nog hoger oplopen omdat meerdere sessies uitgevoerd worden. Pijn thv de aangeprikte punten. Blauwe plekken.	- Eerste dagen meer pijn. - Kans op infectie. - Hogere kans op herval.	- Duur. - Sommige behandelingen zijn pijnlijk. - Sommige behandelingen zijn erg ingrijpend.

Bijlage 4: Vragenlijst voor de patiënten

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Laterale en mediale epicondylitis – Aanpassing van een Duodecimrichtlijn

Geachte heer, mevrouw

In het kader van haar master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde voert Dr. Lieselot Decock een onderzoek uit naar het bespreken van de verschillende behandelingsmogelijkheden voor patiënten met tennis- en golfelleboog, aan de hand van een tabel voor gedeelde besluitvorming. Dit onderzoek gebeurt in de periode van half januari 2017 tot en met eind maart 2017, onder toezicht van de Vrije Universiteit Brussel en de KULeuven.

Deze tabel geeft uitleg over de behandelingsmogelijkheden, de te verwachten gezondheidswinst, hun voordelen en hun nadelen. Dr. Decock wil onderzoeken of deze tabel voor patiënten duidelijk is, of er aanpassingen nodig zijn en of patiënten deze manier van uitleg geven waarderen.

Indien u aan dit onderzoek wenst mee te werken, zal dr. Decock deze tabel samen met u overlopen om nadien in overleg met u de behandeling te kiezen die het best bij u past. Dit zal een 7-tal minuten in beslag nemen. Nadien zal u gevraagd worden een korte vragenlijst in te vullen die peilt naar uw ervaring.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt worden, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u deze stellen aan dr. Decock of aan haar collega's van huisartsenpraktijk De Maalderij.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Lieselot Decock

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt:

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. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan 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. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de Vrije Universiteit Brussel en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. 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.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….

Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt

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

Datum…… Handtekening…….

Informerende arts

VRAGENLIJST

Begrijpt u de woorden die in de tabel gebruikt worden?

- **Ja**
- **Nee**

Begrijpt u de informatie in de tabel?

- **Ja**
- **Nee**

Vindt u de tabel overzichtelijk?

- **Ja**
- **Nee**

Vindt u dat u door deze tabel goed geïnformeerd wordt?

- **Ja**
- **Nee**

Vindt u dat u door het gebruik van deze tabel beter geïnformeerd wordt dan in een klassieke consultatie?

- **Ja**
- **Nee**

Zijn er andere behandelingsmogelijkheden die niet in de tabel worden vermeld, waarover u meer informatie zou wensen?

- **Ja**
- **Nee**

Opmerkingen:

Hartelijk dank voor uw medewerking!
Dr. Lieselot Decock

Bijlage 5: Goedgekeurd protocol

Voor de masterproef van de opleiding huisartsgeneeskunde koos ik samen met Anneleen Claes voor het aanpassen van de Duodecimrichtlijn over laterale en mediale epicondylitis.

Op basis van de klinische vragen verdelen we dit onderwerp onder ons beiden voor twee verschillende thesissen:

KV1: Hoe stelt de arts de diagnose van epicondylitis?
KV2: Welke niet-medicamenteuze adviezen kunnen gegeven worden aan een patiënt met epicondylitis?
KV3: Welke medicamenteuze adviezen kunnen gegeven worden aan een patiënt met epicondylitis?
KV4: Hoe wordt de opvolging van patiënten met epicondylitis georganiseerd?
KV5: Wanneer moet een patiënt met epicondylitis verwezen worden?

Anneleen behandelt vraag 1 en 3. Ik behandel vraag 2, 4 en 5.

In het eerste jaar hebben we deze richtlijn ge-update volgens een gestandaardiseerde methode. In dit tweede jaar willen we de aangepaste aanbevelingen toetsen aan de praktijk: zijn er belemmeringen voor de toepassing ervan?

In een eerste stap willen we een peer review uitvoeren aan de hand van vragenlijsten (zie bijlage 1 en 2). We willen de aangepaste aanbevelingen voorleggen aan collega-HuisArtsen In Opleiding (2 seminariegroepen van respectievelijk 11 en 12 HAIO's, begeleid door telkens 1 STACO), ervaren huisartsen (2 lokale kwaliteitsgroepen (LOK) van een 13-tal huisartsen, waarvan de datum zal vastgelegd worden op het moment dat de ethische commissie toestemming geeft om dit onderzoek uit te voeren, en 3 huisartsen van huisartsenpraktijk De Maalderij in Sijsele) en een klein aantal specialisten in orthopedie en fysische geneeskunde (5 orthopedisten en 2 fysisch geneesheren van AZ Sint-Rembert in Torhout, waar collega Anneleen werkt). Aan hen vragen we of zij deze aanbevelingen haalbaar en toepasbaar achten. Door het invullen van de vragenlijsten geven deze artsen toestemming voor verdere verwerking van de ingevulde gegevens. Voor de LOK-groepen bereiden we een presentatie voor met achtergrondinformatie (zie bijlage 3). De presentaties voor de LOK-groepen voeren Anneleen en ik samen uit. Via de voorzitter van deze LOK-groepen worden de deelnemende artsen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van deze LOK-groep en van het feit dat hen gevraagd zal worden twee vragenlijsten in te vullen. Op het moment zelf zullen wij ook meedelen dat deelname niet verplicht is. Op die manier hopen wij niet-geïnteresseerden uit te selecteren en de druk voor het invullen van deze vragenlijsten te verminderen. Om de anonimiteit van de artsen te garanderen zullen wij in deze vragenlijsten geen gegevens opvragen die het mogelijk zou maken de betreffende arts te identificeren. Daarnaast zullen wij de ingevulde vragenlijsten ophalen in een doos die niet wordt geopend vooraleer ze alle vragenlijsten bevat. Het ondervragen van de specialisten gebeurt enkel door Anneleen, maar mogelijk zal ik eventuele opmerkingen in verband met mijn klinische vragen ook verwerken in mijn thesis. Gezien het aantal deelnemende specialisten klein is en de anonimiteit daardoor niet gegarandeerd kan worden, zullen wij deze artsen eerst een formulier voor geïnformeerde toestemming voorleggen.

Voor de behandeling van epicondylitis bestaan heel wat verschillende opties. Gezien de beperkte evidentie en de beperkte nevenwerkingen van de meeste hiervan, kunnen er drie categorieën van gelijkwaardige behandelingsmogelijkheden gezien worden. Daarom stelden wij een tabel voor gedeelde besluitvorming (zie bijlage 4) op die in de praktijk gebruikt kan worden om de patiënt beter te informeren over de verschillende behandelingsmogelijkheden. Er wordt uitgelegd wat de

behandeling is, wat de bijdrage aan de genezing is en wat de voor- en nadelen zijn. Een tweede stap in onze implementatiefase is het voorleggen van deze tabel voor gedeelde besluitvorming aan de twee LOK-groepen voor evaluatie aan de hand van een korte vragenlijst (zie bijlage 5). Door het invullen van deze vragenlijst geven deze artsen toestemming voor verdere verwerking van de ingevulde gegevens. De tabel werd opgesteld door Anneleen en ikzelf en zoals hogervermeld, zullen wij deze presentatie voor de LOK-groepen gezamenlijk geven.

Nadat de eventuele opmerkingen voortkomend uit deze LOK-groepen verwerkt zijn en de tabel voor gedeelde besluitvorming aangepast is, willen we deze tool in de praktijk testen. Concreet zouden in de huisartsenpraktijk waar ik als HAIO werk patiënten met epicondylitis gevraagd worden deel te nemen aan dit onderzoek. Vooraf wordt uitgelegd dat ik aan de hand van een tabel de verschillende behandelingsmogelijkheden voor epicondylitis met hen wil overlopen, zodat ze zelf een geïnformeerde keuze kunnen maken die het best bij hen past. Daarnaast wordt hen gevraagd achteraf een korte vragenlijst over hun ervaring in te vullen (voor informatie voor de patiënt, informed consent en vragenlijst, zie bijlage 6): Vinden ze dat ze goed geïnformeerd zijn? Begrijpen ze de uitleg in de tabel? Hebben ze nog vragen over een behandeling waarover de tabel geen uitleg verschaft? Is de tabel overzichtelijk?... Idealiter zouden we een tiental patiënten moeten kunnen includeren om een duidelijk beeld te krijgen op de ervaring van de patiënt met de tabel voor gedeelde besluitvorming. Het includeren en ondervragen van patiënten gebeurt door mezelf. Eventueel kunnen collega's uit de praktijk patiënten met epicondylitis naar mij verwijzen voor verdere uitleg over de behandelingsmogelijkheden. Anneleen zal geen patiënten ondervragen, maar eventuele relevante informatie voor haar klinische vragen zal wel tot haar beschikking staan. Het behouden van de anonimiteit van de patiënt is in de realiteit moeilijk. Voor het invullen van de vragenlijst zal ik dan ook benadrukken dat het de bedoeling is dat zij de tabel evalueren en niet de arts en dat er – wat hun antwoorden ook zijn – geen gevolgen voor hen aan vast hangen. Ik zal mij hierbij zo neutraal mogelijk opstellen. Op deze manier mogen we ervan uitgaan dat de deelnemende patiënten hun antwoorden eerlijk zullen neerschrijven.

Tot slot willen we aan de hand van alle verkregen informatie bepalen of er aan de nieuwe Duodecimrichtlijn over laterale en mediale epicondylitis nog wijzigingen noodzakelijk zijn.

Overzicht:

Anneleen	Lieselot
Klinische vraag 1: **Hoe stelt de arts de diagnose van epicondylitis?** **Klinische vraag 3:** **Welke medicamenteuze adviezen kunnen gegeven worden aan een patient met epicondylitis?**	**Klinische vraag 2:** **Welke niet-medicamenteuze adviezen kunnen gegeven worden aan een patiënt met epicondylitis?** **Klinische vraag 4:** **Hoe wordt de opvolging van patiënten met epicondylitis georganiseerd?** **Klinische vraag 5:** **Wanneer moet een patiënt met epicondylitis verwezen worden?**
Presentatie LOK-groepen (peer review adhv vragenlijst) met bespreking van de evidentie voor de antwoorden op de eigen klinische vragen.	Presentatie LOK-groepen (peer review adhv vragenlijst) met bespreking van de evidentie voor de antwoorden op de eigen klinische vragen.
Bevraging in HAIO-seminariegroep Lichtervelde (peer review adhv vragenlijst)	Bevraging in HAIO-seminariegroep Brugge 2 (peer review adhv vragenlijst)
Bevraging specialisten (expert opinion), na hun informed consent, op de diensten fysische geneeskunde en orthopedie van AZ Sint-Rembert in Torhout.	➔ Indien uit de bevraging van de specialisten, die door Anneleen wordt uitgevoerd, relevante informatie naar voor komt over de klinische vragen die door Lieselot behandeld worden, zal Lieselot over deze informatie kunnen beschikken.
➔ Indien uit het toepassen van de tabel voor gedeelde besluitvorming en het bevragen van de ervaring van de patiënten met epicondylitis bij wie deze tabel werd gebruikt, relevante informatie naar voor komt over de klinische vragen die door Anneleen behandeld worden, zal Anneleen over deze informatie kunnen beschikken.	Het toepassen van een tabel voor gedeelde besluitvorming over de behandelingsmogelijkheden van epicondylitis bij patiënten met epicondylitis, met bevraging van hun ervaring, adhv een korte vragenlijst. Dit alles na informed consent.

Bijlage 6: Goedkeuring ethische commissie

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, 11-01-2017

Ons Kenmerk: **2016/383**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

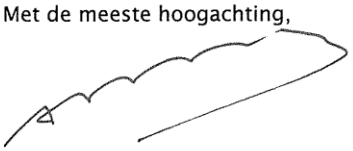
Betreft:
Laterale en mediale epicondylitis – Aanpassing van een Duodecimrichtlijn
B.U.N. 143201630498

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de bijkomende vragen, het aangepaste adviesaanvraagformulier, het protocol, de PP-presentatie LOK, de ondersteunende tabel voor gedeelde besluitvorming, de evaluatietabel, de vragenlijsten voor de huisarts en de specialist en het informatie- en toestemmingsformulier met vragenlijst voor de patiënten, versies dd 09-01-2017, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 11 januari 2017

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