Peiling naar de valkuilen voor de behandeling van kinderen met enuresis nocturna in de eerste lijn aan de hand van een opgesteld protocol en bevraging naar de verwachtingen van hun ouders.

Dr. Heleen De Vuyst, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Tom Declercq, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017-2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoud

Abstract **3**
Voorwoord **4**
Lijst met afkortingen **5**
Inleiding **6**
Literatuuronderzoek **7**

1. Definities 7
2. Epidemiologie 8
3. Etiologie 9
4. Pathogenese 9
5. Diagnostiek, evaluatie en beleid 9
6. Enuresis nocturna in de huisartsenpraktijk 11
   6.1. Prevalentie
   6.2. Stappenplan voor de aanpak van enuresis nocturna in de eerste lijn 11
7. Onderzoeksvraag 18

Methodologie **19**

1. Verkennende literatuurstudie 19
2. Gegevensverzameling 20
3. Gegevensverwerking 21

Resultaten **22**

1. Vragenlijst voor huisartsen 22
2. Vragenlijst voor ouders 26
3. Valkuilen ondervonden in de eigen praktijk 28
   3.1. Anamnese, advies en educatie 28
   3.2. Follow-up 29
   3.3. Plaswekker 29
   3.4. Medicamenteuze therapie 30

Discussie **31**

1. Literatuuronderzoek en opstellen flowchart 31
2. Resultaten 32
   2.1. Vragenlijst voor huisartsen 32
   2.2. Vragenlijst voor ouders 33
   2.3. Valkuilen in de eigen praktijk 34

Besluit **36**
Referenties **37**
Bijlagen **38**

1. Bijlage 1: Anamnestische vragenlijst 38
2. Bijlage 2: Drink- en plasdagboek 39
3. Bijlage 3: Infofiche voor ouders 40
4. Bijlage 4: Nachtkalender 41
5. Bijlage 5: Vragenlijst voor ouders 42
6. Bijlage 6: Vragenlijst voor huisartsen 44
7. Bijlage 7: Aanvraagformulier Ethisch Comité 46
8. Bijlage 8: Informatieformulier voor proefpersonen 52
9. Bijlage 9: Toestemmingsformulier voor proefpersonen 54
10. Bijlage 10: Goedkeuring Ethisch Comité 55

Abstract

Peiling naar de valkuilen voor de behandeling van kinderen met enuresis nocturna in de eerste lijn aan de hand van een opgesteld protocol en bevraging naar de verwachtingen van hun ouders.

Huisarts in opleiding: Dr. Heleen De Vuyst, Universiteit Gent
Academiejaar 2017-2018
Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, Universiteit Gent
Co-promotor: Dr. Tom Declercq, Universiteit Gent
Praktijkopleider: Dr. Els Debekker

Context: Enuresis nocturna of bedplassen is een frequent voorkomend probleem bij lagereschoolkinderen. 10% van de kinderen plast op 7-jarige leeftijd nog in bed, op 10–jarige leeftijd is dit nog 3%. Toch is de incidentie van deze aanmeldingsklacht in de huisartsenpraktijk met gemiddeld 1 à 2 aanmeldingen per jaar eerder laag te noemen. Dit kan betekenen dat enuresis nocturna vaak onbehandeld blijft, of dat ouders zich op eigen initiatief aanmelden bij de pediater of uroloog. Anderzijds is het ook geweten dat huisartsen kinderen met deze klacht frequent onmiddellijk doorverwijzen naar de specialist. Specifieke redenen hiervoor werden tot op heden nog niet achterhaald. In deze masterproef wordt onderzocht wat de oorzaken zijn van de lage incidentie van bedplassen in de huisartsenpraktijk, waarom huisartsen onmiddellijk doorverwijzen naar 2de lijn en of er een reden is waarom ouders uit eigen initiatief meteen hulp zoeken in de 2de lijn.

Onderzoeksvraag: Eerst wordt in dit onderzoek een protocol ontwikkeld, specifiek gericht op de behandeling van enuresis nocturna in de eerste lijn. Vervolgens zal, aan de hand van dit protocol en een enquête bij huisartsen, worden achterhaald wat de valkuilen zijn die tijdens de behandeling aan het licht komen. Tenslotte wordt er gepeild naar de verwachtingen van ouders bij aanmelding met deze klacht aan de hand van een gestructureerde vragenlijst.

Methode: Het protocol werd opgesteld door middel van een combinatie van de bestaande richtlijnen voor de behandeling van enuresis nocturna in de eerste lijn en de richtlijnen voor de meer gespecialiseerde aanpak. Deze gegevens werden verzameld aan de hand van de watervalmetafoor. Data werden verzameld tussen mei 2017 en februari 2018 op 3 verschillende manieren. Ten eerste werden de valkuilen opgelijst die ondervonden werden in de eigen praktijk bij het behandelen van kinderen met enuresis nocturna. De behandeling verliep volgens het vooraf opgestelde protocol. 7 ouders van kinderen in behandeling vulden een gestructureerde vragenlijst in die peilt naar hun verwachtingen. Tenslotte werd een gestructureerde enquête ingevuld door 16 huisartsen uit de omgeving van de praktijk ter objectivering van de zelf ondervonden valkuilen. De data uit beide enquêtes werden geanalyseerd met descriptieve statistiek.

Resultaten: Als belangrijkste redenen voor de onmiddellijke doorverwijzing van patiënten met enuresis nocturna worden een gebrek aan kennis en tijd naar voor geschoven door de ondervraagde huisartsen. 7 op de 10 huisartsen beweert niet op de hoogte te zijn van de huidige aanbevelingen en 1 op 3 verwijst onmiddellijk door. Ook in de eigen praktijk werd ondervonden dat de behandeling van enuresis nocturna tijdrovend is en er een uitgebreide kennis en ervaring nodig zijn voor het slagen van de therapie. Geen van de bevraagde ouders verwacht onmiddellijke doorverwijzing of opstart van medicatie noch dat hun kind droog zal zijn na minder dan 3 maanden behandeling. De verwachtingen van de ouders naar de huisarts toe zijn bijgevolg realistisch te noemen,

Conclusie: Rekening houdende met het feit dat het in dit onderzoek gaat om een kleine onderzoekspopulatie en de resultaten niet kunnen worden geëxtrapoleerd, kunnen als belangrijkste valkuilen voor de behandeling van enuresis nocturna het tijdrovend karakter en een uitgebreide vereiste kennis van zaken worden weerhouden. Deze valkuilen worden niet in de hand gewerkt door te hoge of te lage verwachtingen van ouders aangezien uit de enquête blijkt dat deze verrassend realistisch zijn. Tenslotte blijkt uit dit onderzoek ook dat een gestandaardiseerd stappenplan een duidelijke meerwaarde biedt voor de behandeling van enuresis nocturna omdat het gebruik ervan de belangrijkste valkuilen die aan het licht zijn gekomen kan omzeilen.

Contact: heleen_de_vuyst@hotmail.com

Voorwoord

Vanuit mijn interesse voor de kindergeneeskunde en kinderurologie in het bijzonder sluit ik mijn negenjarige opleiding tot huisarts met enige fierheid af met een project waarin ik de belangrijke rol van de huisarts binnen deze vakgebieden extra in de verf heb kunnen zetten.

Om dit mogelijk te maken kreeg ik de hulp van enkele mensen die ik bij deze graag wil bedanken. Allereerst wil ik mijn promotor An De Sutter bedanken voor het positief onthalen van dit minder voor de hand liggend onderwerp en mijn nog minder voor de hand liggende aanpak. Ook Dr. Tom Declercq wil ik bedanken voor de efficiënte begeleiding, het aanreiken van nieuwe ideeën en vooral het verdragen van mijn eigen willetje en standvastigheid. Verder wil ik mijn praktijkopleider en toekomstige collega Els Debekker bedanken voor het aanbrengen van nieuwe patiënten en de enorme flexibiliteit en steun van de voorbije weken en de afgelopen 2 jaar. Tenslotte gaat mijn aandacht uit naar alle ouders en artsen die even tijd hebben vrijgemaakt om de enquêtes in te vullen.

Lijst met afkortingen

MEN = monosymptomatische enuresis nocturna
NMEN = niet-monosymptomatische enuresis nocturna
EN = enuresis nocturna
ID = incontinentie diurna
LUT = lower urinary tract
RCT = randomised clinical trial
ICCS = International Children's Continence Society
ICHO = Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding
NICE = National Institute for Health and Care Excellence
CEBAM = Belgian Centre for Evidence Based Medicine
MeSH = Medical Subject Headings
NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap

Inleiding

Enuresis nocturna of bedplassen is een frequent voorkomend probleem bij lagereschoolkinderen. 10% van de kinderen plast op 7-jarige leeftijd nog in bed, op 10–jarige leeftijd is dit nog 3%. Toch is de incidentie van deze aanmeldingsklacht in de huisartsenpraktijk met gemiddeld 1 à 2 aanmeldingen per jaar eerder laag te noemen wanneer rekening wordt gehouden met de prevalentiecijfers. Dit kan betekenen dat enuresis nocturna frequent onbehandeld blijft of dat ouders zich zonder doorverwijzing aanmelden bij de pediater of uroloog. Anderzijds is ook geweten dat nogal wat huisartsen onmiddellijk doorverwijzen naar de 2de lijn. Naar alle waarschijnlijkheid is de oorzaak van deze lage incidentie multifactorieel maar specifiek onderzoek hiernaar werd tot op heden nog niet gedaan.

Mijn interesse in de kindergeneeskunde en de kinderurologie in het bijzonder is groot en ontstaan tijdens mijn stagejaren op de dienst kindernefrologie en -urologie van het UZ Gent waar ik ook een eerste scriptie schreef over de niet-medicamenteuze behandeling van bedplassen. Tijdens deze stage en het schrijven van de masterproef rees al snel de vraag hoe de hoge incidentie van deze, in vele gevallen eenvoudig te behandelen, pathologie in een tertiair centrum kan verklaard worden. Een duidelijke verklaring hiervoor kon in de literatuur niet worden teruggevonden. Toen ik aan de opleiding tot huisarts begon en zelf bij enkele patiëntjes de proef op de som kon nemen, werd het me duidelijk dat door het aanpakken van dit probleem in de 1ste lijn kinderen sneller en op jongere leeftijd droog worden en bijgevolg van heel wat ellende op latere leeftijd gespaard blijven. De voor vele ouders toch wel grote stap naar het ziekenhuis kan zorgen voor uitstel van de aanpak van het probleem of het niet volhouden van de therapie en daardoor hardnekkiger worden van de klachten. Dit met alle psychologische, logistieke en sociale gevolgen van dien. De combinatie van mijn ruime interesse in dit vakgebied, een tot op heden lage beschikbaarheid aan literatuur rond dit onderwerp en het feit dat de 1ste lijn kan worden gepromoot voor het behandelen van een bepaalde pathologie maakte voor mij de keuze voor dit onderwerp bijna vanzelfsprekend.

In deze masterproef wordt onderzocht wat de oorzaken zijn van de lage incidentie van bedplassen in de huisartsenpraktijk, wat de redenen zijn waarom huisartsen onmiddellijk doorverwijzen naar 2de lijn en of er een reden is waarom ouders uit eigen initiatief meteen hulp gaan zoeken in de 2de lijn.

Literatuuronderzoek

1. Definities

1.1. Enuresis nocturna

MEN staat voor monosymptomatische enuresis nocturna (EN) en wordt gedefinieerd als de onwillekeurige lozing van urine, enkel 's nachts en volgens het patroon van een normale mictie. Belangrijk hierbij is dat er geen organische of anatomische afwijkingen aan de basis liggen van de incontinentie. Een kind wordt geacht continent te zijn op de leeftijd van 5 jaar. Bijgevolg kan dus pas vanaf deze leeftijd gesproken worden van de pathologische conditie MEN (1). De urinaire incontinentie dient minimaal 2 keer per week voor te komen of wanneer het kind ouder is dan 7 jaar minimaal éénmaal per maand. Enuresis gaat vaak ook samen met symptomen overdag (LUT conditions, lower urinary tract). In dit geval spreekt men van niet-monosymptomatische enuresis nocturna of NMEN. Het belang van de MEN en NMEN-indeling berust op het feit dat kinderen die overdag symptomen vertonen, anders worden gekenmerkt wat betreft kliniek, therapierespons en pathogenese dan deze die enkel klachten hebben tijdens de nacht (2;3).

1.2. Urotherapie

Urotherapie is de verzamelnaam voor de verschillende educatieve, cognitieve, gedragstherapeutische en fysiotherapeutische technieken, toegepast door een interdisciplinair team van gezondheidswerkers en kan worden ingedeeld in standaard urotherapie en meer specifieke interventies (1,3). Enkel de standaard urotherapeutische interventies vallen binnen het bestek van deze masterthesis en worden hieronder verder uitgelicht.

a) **Informeren** van de patiënt en zijn/haar ouders. Geven van uitleg over de normale werking van de blaas en urinewegen en waar deze processen bij het kind afwijken van het normale.
b) **Instructies geven** over hoe incontinentie op een eenvoudige manier kan worden aangepakt. Voorbeelden zijn: aanleren van een juiste toilethouding, vermijden van ophoudmanoeuvres en normaliseren van de plasfrequentie.
c) **Levensstijladvies** zoals: adequate en juiste vochtinname, preventie van obstipatie door aanpassing van de voeding, etc.
d) **Gebruik van het plasdagboek**

e) **Aanmoedigen** van patiënt en omgeving door regelmatige follow-up. Deze follow-up wordt geobjectiveerd en vergemakkelijkt door plaskalenders die ter beschikking worden gesteld aan de ouders en het kind (3; 4;5;6;7).

f) **Liften uit bed**. Door de verschillende nadelen verbonden aan deze techniek wordt liften niet meer aangeraden (3).

1.2.1. Adequate en kwaliteitsvolle vochtinname

Table 2 Suggested daily intake of drinks for children and young people

Age	Sex	Total drinks per day
4–8 years	Female	1000–1400 ml
	Male	1000–1400 ml
9–13 years	Female	1200–2100 ml
	Male	1400–2300 ml
14–18 years	Female	1400–2500 ml
	Male	2100–3200 ml

11-20 kg: 1000 mL + 5 mL x (gewicht boven 10 kg in kg)
>20 kg: 1500 mL + 20 mL x (gewicht boven 20 kg in kg)

Tabel 1: adequate vochtinname volgens leeftijd en gewicht. Eigen bewerking van: NICE. Nocturnal enuresis: The management of bedwetting in children and young people, p. 141.

1.2.2. Normale plasfrequentie

Bij adequate vochtinname ligt een normale mictiefrequentie tussen 4 à 7 keer per dag (2;3). Bij kinderen met een verhoogde plasfrequentie zal blaasvolumetraining worden gegeven.

1.2.3. Plasdagboek

Het plasdagboek wordt zowel als diagnostisch als therapeutisch middel gebruikt. Het is, voornamelijk door zijn eenvoud, de meest gebruikte toepassing binnen de urotherapie (7). In het plasdagboek worden door ouders en kind aard, hoeveelheid en tijdstip van de vochtinname, plasvolume en -frequentie en eventuele ongelukjes zorgvuldig genoteerd. Door bewust met het plassen en drinken bezig te zijn wordt het droog worden gestimuleerd.

2. Epidemiologie

Enuresis nocturna komt voor bij 12% van de jongens tussen 5 en 7 jaar en bij 8% van de meisjes tussen 5 en 7 jaar. Op de leeftijd van 13 tot 16 jaar is 1 à 2% van de kinderen 's nachts nog nat (4;7). Wanneer rekening wordt gehouden met het gegeven dat er verschillen zijn tussen ernstige enuresis (>2 episodes/week) en milde enuresis (<2 episodes/week), zien we dat de cijfers voor ernstige enuresis opvallend lager liggen. Op 7-jarige leeftijd lijdt slechts 2-3% aan ernstige enuresis, terwijl 12% minder dan 1x/week in bed plast. Bij ernstige enuresis is er ook een

grotere kans op therapieresistentie. Bij kinderen met een ontwikkelingsstoornis kan de prevalentie van EN tot 50% hoger liggen en zal het probleem ook frequenter persisteren (3;10).

3. Etiologie

In de loop van het 2de levensjaar begint zindelijkheid zich te ontwikkelen via het autonoom en willekeurig zenuwstelsel. Het kind wordt zich bewust van de blaasvulling wat leidt tot mictiedrang. Een goede beheersing van de bekkenbodemspieren is noodzakelijk voor de verwerving van zindelijkheid. Vanaf een leeftijd van ongeveer 4 jaar zijn de voorwaarden voor zindelijkheid aanwezig. Eerst is er zindelijkheid overdag, dan ontwikkelt zich de blaascontrole 's nachts. Van een kind wordt verwacht dat het een normale nachtelijke blaascontrole heeft verworven voor de leeftijd van 6 jaar (3;7).

4. Pathogenese

Er liggen 3 belangrijke pathofysiologische mechanismen aan de oorzaak van enuresis nocturna: nachtelijke polyurie, beperkte blaascapaciteit en/of overactieve detrusor en een verstoord slaappatroon. Bedplassen is met andere woorden het gevolg van een verhoogde productie van urine waardoor de blaas overvol geraakt, zonder dat de patiënt door het gevoel van de overvolle blaas wordt gewekt (3;11).

4.1. Beperkte blaascapaciteit en/of instabiele blaas

[30 + (leeftijd in jaren x 30 ml]
formulie te gebruiken tot de leeftijd van 12 jaar
vanaf 12 jaar: blaasvolume = ± 390 ml

Wanneer de blaascapaciteit lager is dan 65% van de verwachte waarde voor de leeftijd, spreekt men van een te kleine blaascapaciteit.

5. Diagnostiek, evaluatie en beleid

Urotherapie als behandeling van EN kwam hierboven reeds aan bod. Uiteraard is dit niet de enige therapeutische interventie voor enuresis nocturna. Om een therapeutisch beleid, aangepast aan de patiënt, uit te stippelen moet eerst bepaald worden of het gaat om MEN, NMEN of geïsoleerde incontinentie overdag. De ICCS beveelt hiervoor niet-invasieve methodes zoals uitgebreide anamnese, gestructureerde vragenlijsten, klinisch onderzoek, urineanalyse en het plasdagboek als standaard diagnostische technieken aan (1,3). Afhankelijk van het type

incontinentie zullen urotherapie, alarmtherapie, medicamenteuze therapie of een combinatie van voorgenoemde therapeutische opties worden ingesteld (1;3;4). Uit de literatuur blijkt dat combinatietherapie een bewezen beter resultaat geeft dan monotherapie (6;8). Comorbiditeit moet, omdat dit aanleiding kan geven tot therapieresistentie en een invloed kan hebben op de therapiekeuze, eerst worden opgespoord en aangepakt (7).

5.1. Plaswekker

Dit therapeutisch instrument heeft sinds geruime tijd zijn efficiënte bewezen in de behandeling van MEN. Bij deze techniek draagt het kind 's nachts een aangepast onderbroekje, waarin zich een sensor bevindt die bij de minste gewaarwording van urineverlies een audio- en/of trilsignaal geeft, waardoor het kind wakker wordt. Hierdoor gaan de bekkenbodemspieren contraheren en wordt verdere mictie geïnhibeerd. De bedoeling is dat het kind het alarm afzet en vervolgens opstaat om zich naar het toilet te begeven. Alarmtherapie is een effectief hulpmiddel om het bewustmakingsproces te stimuleren. Ondanks het feit dat deze vorm van conditionering een intense medewerking vereist van zowel ouders als kind, is dit de therapie met het hoogste genezingspercentage (60-70%) en de laagste kans op recidief (5-30%). De behandeling is pas effectief na zes tot acht weken en moet worden aangehouden tot wanneer het kind 1 volledige maand droog is (2;3).

5.2. Desmopressine

Dit vasopressine analoog behoort tot de eerstelijns medicamenteuze behandeling van kinderen met MEN. Door de analoge werking van desmopressine aan vasopressine, zal een goede respons op desmopressine vooral voorkomen bij kinderen met nachtelijke polyurie. Patiënten met een normaal circadiaan ritme van de urineproductie zullen doorgaans minder of zelfs niet reageren op deze behandeling (3;13).

Uit onderzoek blijkt dat desmopressine bij de meeste kinderen zorgt voor een snelle daling van het aantal natte nachten (gemiddeld 1 natte nacht minder per week) of zelfs volledig droog worden tijdens therapie (19% van de kinderen behandeld met desmopressine). Ondanks deze bewezen effectiviteit plast een groot aantal kinderen opnieuw in bed wanneer behandeling met desmopressine wordt stopgezet. Dit in tegenstelling tot de plaswekker waarbij er een duidelijk lager percentage van herval is (54% blijft droog met de plaswekker in vergelijking met slechts 35% na medicamenteuze behandeling). Combinatietherapie van desmopressine met de plaswekker resulteert echter ook nauwelijks in een betere outcome (51% blijft droog na combinatiebehandeling in vergelijking met 45% voor monotherapie met de plaswekker) (16).

6. Enuresis nocturna in de huisartsenpraktijk

6.1. Prevalentie

De prevalentie van EN bedraagt ongeveer 10% op 7-jarige leeftijd en 3% op 10-jarige leeftijd (7;10;14). Uit prevalentiecijfers blijkt dat in de leeftijdscategorie van 6 tot 10 jaar jaarlijks ongeveer 15% van de bedplassende kinderen droog wordt zonder behandeling (5;6). Volgens NHG ziet een Nederlandse huisarts met een praktijk van 2350 patiënten 1 à 2 nieuwe enuresispatiënten per jaar (7). Uit deze cijfers kan geconcludeerd worden dat er slechts een laag percentage kinderen raadpleegt bij de huisarts omwille van deze klacht. Voor de Belgische huisartsenpraktijken zijn tot op heden nog geen epidemiologische gegevens bekend.

6.2. Stappenplan voor de aanpak van enuresis nocturna in de huisartsenpraktijk

Om het mogelijk te maken de valkuilen die door mezelf werden ervaren tijdens het behandelen van kinderen met enuresis nocturna zo volledig en gestandaardiseerd mogelijk weer te geven stelde ik, aan de hand van gegevens en richtlijnen uit de literatuur (4;5;6;7;14), een gebruiksklare flowchart op, specifiek gericht op de behandeling van EN in de eerste lijn. Het is een overzichtelijk en gemakkelijk hanteerbaar stappenplan voor in het bijzonder die huisarts die slechts enkele malen per jaar te maken krijgt met enuresis nocturna en dus aan routine en kennis omtrent dit onderwerp mist. Hieronder wordt het tot stand komen van de flowchart besproken.

6.2.1. Tegenstrijdigheden in de literatuur

Tijdens het opstellen van de flowchart werd regelmatig gebotst op tegenstrijdigheden in de literatuur. Hieronder wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste tegenstrijdigheden en wordt gemotiveerd waarom bepaalde technieken wel dan niet opgenomen werden in de flowchart. Er zijn reeds enkele richtlijnen voor de aanpak van EN in de eerste lijn voorhanden. De Duodecimrichtlijn (5) en de geadapteerde Duodecimrichtlijn (4) werden als basis gebruikt en vergeleken met de NHG-Standaard Enuresis Nocturna (7) en de NICE-guideline Nocturnal Enuresis (6). Ook het Richtsnoer Enuresis Nocturna (14) werd doorgenomen maar verschilt, met uitzondering van enkele details, niet met de NHG-Standaard. Tenslotte werden ook de Practical Guidelines for primary care van de ICCS (15) bestudeerd wat geen bijkomende informatie meer opleverde gezien de beknoptheid van dit artikel. Definities, classificaties, basisbegrippen en algemene standaarden werden overgenomen uit de ICCS Guidelines maar zijn meer gericht op de behandeling van EN in 2de en 3de lijn.

6.2.1.1. Start van de therapie

Volgens NHG kan vanaf 5 jaar gestart worden met de behandeling van EN maar indien ouders vroeger met het bedplassen aan de slag willen kan dit volgens deze richtlijn ook al vroeger. Duodecim stelt echter dat kinderen jonger dan 5 jaar, of met minder dan 2 natte nachten per week, niet behandeld hoeven te worden. De NICE adviseert dan weer een eerder patiënt-afhankelijke leeftijd waarop met therapie wordt gestart en stelt dat leeftijd alleen onvoldoende bepalend is voor de opstart van therapie. Omdat een leeftijd van 5 jaar in de literatuur het vaakst naar voor komt als startleeftijd voor therapie maar ook rekening houdende met de etiologie en pathogenese van de aandoening en de normale ontwikkeling van een kind, lijkt het mij eerder zinloos om op vroegere leeftijd al EN te behandelen. Er werd in de flowchart dan ook gekozen voor de arbitraire leeftijd van 5 jaar vanaf wanneer therapie kan opgestart worden.

6.2.1.2. Eerste stap in de behandeling

De NHG focust voor de eerste stap in de behandeling van EN voornamelijk op 'watchfull waiting', geduld en educatie. Het geven van educatie en advies aan zowel ouders als kind is in de verschillende richtlijnen gelijklopend. In tegenstelling tot de Duodecimrichtlijn, waar het mictiedagboek voornamelijk als diagnostische instrument wordt naar voor geschoven, wordt door zowel NHG als de NICE geen gebruik gemaakt van een plasdagboek als diagnostisch middel. Deze worden enkel ingezet als een vorm van beloningssysteem. Omdat aan de hand van anamnese alleen onvoldoende kan worden ingeschat over welke vorm van bedplassen het gaat, zie ik het mictiedagboek als een noodzakelijk hulpmiddel om een correcte keuze te kunnen maken tussen de verschillende behandelingsmogelijkheden en dit op basis van een juiste diagnostiek. De 'watchfull waiting' methode bij kinderen jonger dan 7 jaar lijkt mij in strijd met wat in de literatuur geschreven wordt over therapieresistentie en psychologische gevolgen bij kinderen die op latere leeftijd voor EN worden behandeld. Educatie en advies en, indien nodig, ook niet-medicamenteuze behandeling lijken mij vanaf de leeftijd van 5 jaar geen overbodigheid om therapieresistentie en psychologisch lijden tot een minimum te beperken.

6.2.1.3. Verschillen in advies en niet-medicamenteuze methoden

Opnemen uit bed en de wekmethode worden door de NHG nog steeds geadviseerd bij bepaalde vormen van bedplassen als effectieve niet-medicamenteuze behandeling. Gezien tegen deze methode theoretische bezwaren aan te voeren zijn, omdat het de bedoeling is dat het kind zelf leert wakker te worden van een volle blaas, werd dit advies niet meer opgenomen in de Duodecimrichtlijnen en bijgevolg ook niet in de flowchart. In de verschillende richtlijnen is men het erover eens dat 's avonds veel drinken niet zorgt voor een verhoogde kans op bedplassen. Er

wordt bijgevolg in geen van de richtlijnen geadviseerd om de vochtinname 's avonds te beperken. Nochtans werd uit eigen ervaring opgemerkt dat bij veel kinderen 's avonds nog wordt ingehaald aan wat overdag te weinig werd gedronken. Aangezien een regelmatige vochtinname niet onbelangrijk is, is het naar mijn mening toch nuttig dat de vochtinname 's avonds beperkt wordt tot 1 glas waardoor er overdag meer, en bijgevolg ook regelmatiger, moet worden gedronken om de vooropgestelde doelen te halen. Onder vooropgestelde doelen worden de minimale vochtinname en blaascapaciteit begrepen. Deze waarden kunnen worden berekend aan de hand van leeftijds- en gewichtsafhankelijke formules. Deze formules worden in geen van de richtlijnen beschreven, ondanks hun bewezen nut in de niet-medicamenteuze aanpak van bedplassen volgens ICCS, aangezien het streven naar vooropgestelde, duidelijk afgebakende doelen voor een betere motivatie en dus outcome van de behandeling zorgt. Er werd dus besloten om deze wel op te nemen in de flowchart.

6.2.1.4. Plaswekker

In alle richtlijnen wordt geadviseerd om de plaswekker op te starten wanneer andere niet-medicamenteuze maatregelen onvoldoende resultaat geven. Dit is ten vroegste na 1 maand niet-medicamenteuze behandeling. Er wordt echter bij geen van de richtlijnen rekening gehouden met de belangrijkste oorzaak van de enuresis wanneer de plaswekker wordt opgestart, in tegenstelling tot wat door de ICCS geadviseerd wordt. In de flowchart worden grotendeels de adviezen opgevolgd die door de ICCS worden naar voor geschoven: opstarten van de plaswekker indien er sprake is van verhoogde nachtelijke diurese en/of verminderde wekbaarheid uit de slaap. Wanneer er voornamelijk sprake is van OAB, te klein blaasvolume of een plasfrequentie hoger dan 8 keer per dag, zullen superplassen de 1ste keuze behandeling zijn. Als alarmtherapie onvoldoende effect heeft na 6 weken behandeling wordt volgens de Duodecimrichtlijnen deze behandeling als ineffectief beschouwd en best onderbroken. Dit advies werd in de flowchart overgenomen. In de andere richtlijnen wordt geen maximale behandelingsduur voor de plaswekker besproken. Wel wordt in elke richtlijn aangegeven dat opnieuw opstarten van alarmtherapie 4 tot 6 maanden na stopzetting effectief kan zijn.

6.2.1.5. Desmopressine

Men is het erover eens dat medicamenteuze therapie enkel aangewezen is bij falen van de niet-medicamenteuze behandeling. Wel kan volgens NHG en Duodecim desmopressine onmiddellijk worden opgestart wanneer een kind tijdelijk droog wil zijn (kampen, overnachtingen buitenshuis) en permanent droog zijn niet het belangrijkste doel van behandeling is of wanneer de familiale situatie het gebruik van een alarmapparaat ondoenbaar maakt. Rekening houdende met de frequent voorkomende bijwerkingen van desmopressine en ook met het feit dat

desmopressine niet bij gelijk welke vorm van EN even werkzaam is, lijken bovenstaande redenen voor mij onvoldoende voor het opstarten van deze medicatie. Er wordt, zoals reeds gezegd, wat deze behandeling betreft in de verschillende richtlijnen weinig of geen rekening gehouden met de aard van de enuresis, ondanks het feit dat desmopressine enkel bewezen werkzaam is bij kinderen met een verhoogde nachtelijke diurese (1). Bijgevolg wordt in de flowchart desmopressine enkel opgestart bij therapieresistentie en bij kinderen met verhoogde nachtelijke diurese en dit na een periode van minstens 3 maand niet-medicamenteuze behandeling.

6.2.1.6. Opvolging en verwijzing

In alle richtlijnen worden maandelijkse controles geadviseerd tot wanneer het kind droog is. Er wordt in de NHG richtlijnen extra nadruk gelegd op regelmatigere controles in de beginfase van de behandeling met desmopressine om een adequate aanpassing van de dosis te kunnen bewerkstelligen en ter controle van eventuele bijwerkingen. In de Duodecim richtlijnen wordt onmiddellijke doorverwijzing geadviseerd bij ID, recidiverende UWI en/of een vermoeden van onderliggende aandoeningen wat grotendeels, maar minder gedetailleerd, ook in de andere richtlijnen wordt aanbevolen. Ook bij therapieresistentie wordt geadviseerd door te verwijzen naar de 2de lijn maar dit zonder verdere specificaties. Omdat er verschillende stappen zijn in de behandeling van EN kan pas van therapieresistentie worden gesproken indien al deze stappen op de juiste manier werden doorlopen. In de flowchart wordt therapieresistentie beschouwd als onvoldoende effect van de plaswekker na 6 weken voor een kind dat niet in aanmerking komt voor medicamenteuze behandeling of onvoldoende effect van de combinatie van plaswekker en desmopressine of desmopressine in monotherapie na 2 weken behandeling. Dit wil zeggen dat er geen duidelijke vermindering van het aantal natte nachten is na 2 weken behandeling.

STAPPENPLAN VOOR DE AANPAK VAN ENURESIS NOCTURNA IN DE EERSTE LIJN

1. CONSULTATIE 1

- **STAP 1: Grondige anamnese**

  Leeftijd van het kind tenminste 5 jaar?

  Uitsluiten van onderliggende pathologie en comorbiditeit en achterhalen van primaire of secundaire EN, MEN of NMEN. Nagaan van familiale antecedenten met betrekking tot urogenitale pathologie. Nagaan van motivatie van het kind en zijn/haar familie.

  Eenvoudig aan de hand van een vooropgestelde vragenlijst (bijlage 1).

- **STAP 2: Klinisch onderzoek**

  Enkel indien hiervoor argumenten zijn. Alarmsymptomen waarbij klinisch onderzoek essentieel is zijn: zwakke of afwijkende mictiestraal, continue incontinentie en dysurie. Bij inspectie worden peniele afwijkingen zoals hypo- en epispadie en meatusstenose en vagino-vulvaire problematiek zoals meataal vlies, te hoog reikend hymen, vaginitis en/of vulvitis opgespoord. Ook grondige inspectie van rug en abdomen zijn noodzakelijk ter uitsluiting van obstipatie, neuropathie en spina bifida. Met urinestick kunnen diabetes mellitus, nierlijden, urolithiasis en UWI worden uitgesloten of opgespoord.

- **STAP 3: Onmiddelijke doorverwijzing bij fecale incontinentie, onderliggende pathologie, recidiverende UWI's en symptomen van dysfunctionele mictie overdag**

- **STAP 4: Nagaan van het verwachte blaasvolume en de minimale vochtinname**

  Aan de hand van de hiervoor vooropgestelde formules:

  Minimale vochtinname:

  11-20 kg: 1000 mL + 5 mL x (gewicht boven 10 kg in kg)

  >20 kg: 1500 mL + 20 mL x (gewicht boven 20 kg in kg)

  Blaasvolume:

  [30 + (leeftijd in jaren x 30 ml] *Formule te gebruiken tot 12 jaar*

- **STAP 5: Advies en educatie**

- **STAP 6: Opstarten van het drink- en plasdagboek *(bijlage 2)* en meegeven van infofiche voor de ouders *(bijlage 3)***

- **STAP 7: Vervolgafspraak maken na 1 maand**

2. CONSULTATIE 2

- **STAP 1: Enuresis concreet diagnosticeren aan de hand van de gegevens uit het drink- en plasdagboek**

  a. Wordt het verwachte blaasvolume gehaald?

  Indien nee: waarschijnlijk overactieve blaas/te klein blaasvolume

  Indien ja: waarschijnlijk verminderde wekbaarheid en/of verhoogde nachtelijke diurese.

  b. Overschrijdt de nachtelijke diurese het verwachte blaasvolume?

  Indien ja, en uitgebreid: nachtelijke poluyrie

  Indien ja, maar amper: waarschijnlijk verminderde wekbaarheid

  Indien nee: waarschijnlijk overactieve blaas

  Er is meestal een combinatie van verschillende factoren maar het is belangrijk om de belangrijkste component te achterhalen.

- **STAP 2: Navragen van de nieuwe drink- en plasgewoontes**

  Wordt de minimale vochtinname gehaald? Zijn er nog ongelukjes en/of symptomen overdag?

- **STAP 3: Behandeling afstemmen op de juiste diagnose**

  Indien er nog symptomen van incontinentie zijn overdag zullen deze eerst trachten aangepakt te worden alvorens de enuresis te behandelen of kan onmiddellijk worden doorverwezen. Indien de vochtinname nog steeds onvoldoende is dient ook hier de nadruk op te worden gelegd. Wanneer er voornamelijk sprake is van OAB, te klein blaasvolume of een plasfrequentie hoger dan 8x per dag dient te worden gestart met de superplassen. Hierbij wordt het kind gevraagd om thuis, gedurende enkele dagen zoveel mogelijk te drinken en de plas zo lang mogelijk op te houden. Op deze manier wordt de blaascapaciteit groter en wordt bewustwording van de blaas gestimuleerd. Eventueel kan de plas worden opgevangen in een beker en kan ook het maximale blaasvolume worden achterhaald. Deze waarde is nuttig bij het nagaan van de evolutie en als klinisch gegeven bij doorverwijzing. Wanneer er sprake is van een verhoogde nachtelijke diurese en/of een verminderde wekbaarheid kan de plaswekker worden opgestart. Deze kan afgehaald worden in de zorgwinkels van de verschillende mutualiteiten en wordt in België bijna volledig terugbetaald indien op voorschrift.

- **STAP 4: Meegeven van de nachtkalender *(bijlage 4)***

  Wordt gebruikt ter opvolging van de evolutie van de klachten en als positief bekrachtigingsmiddel.

- **STAP 5: Controle na 1 maand tot 6 weken**

3. CONSULTATIE 3

- **STAP 1: Nagaan van de evolutie van het bedplassen aan de hand van de nachtkalender**
- **STAP 2: Bij onvoldoende evolutie wordt de behandeling aangepast op geleide van de huidige klachten en de juiste diagnose. Bij een duidelijk positieve evolutie is het belangrijk om de therapie nog gedurende minstens 1 maand verder te zetten**

  Desmopressine wordt opgestart bij onvoldoende effect van niet-medicamenteuze therapie bij enuresis die voornamelijk wordt veroorzaakt door een verhoogde nachtelijke diurese. Desmopressine kan ook geassocieerd worden aan de plaswekker bij onvoldoende effect na 6 weken plaswekker in monotherapie.
- **STAP 3: Meegeven van de nachtkalender**
- **STAP 4: Controle na 1 maand bij verderzetten niet-medicamenteus beleid. Bij opstarten van desmopressine is controle na 2 weken wenselijk**
- **STAP 5 : indien onvoldoende effect van de plaswekker na 6 weken en het kind komt niet in aanmerking voor desmopressine: doorverwijzing**

4. CONSULTATIE 4

- **STAP 1: aanpassen van de dosis desmopressine indien nodig. Peilen naar eventuele bijwerkingen van de medicatie**
- **STAP 2: Bij duidelijke positieve evolutie wordt het beleid verdergezet tot wanneer het kind volledig droog is**
- **STAP 3: Indien onvoldoende effect van desmopressine na 3 maand wordt doorverwezen naar een tertiair centrum**

7. Onderzoeksvraag

In dit onderzoek wordt nagegaan wat de struikelblokken zijn van de behandeling van enuresis nocturna in de eerste lijn om zo een verklaring te vinden voor de, naar mijn mening en ervaringen, te snelle en vaak ook onnodige doorverwijzingen of onmiddellijke aanmelding met deze klacht in de 2de lijn. Een gebrek aan gegevens omtrent epidemiologie, slaagpercentages, verwijspercentages en valkuilen voor de eerste lijn maakt het moeilijk om hierover juiste inschattingen te maken. Er wordt gepeild naar de verwachtingen van ouders bij aanmelding met deze klacht aan de hand van een gestructureerde vragenlijst en er wordt naar verbanden gezocht tussen deze verwachtingen en de moeilijkheden die de huisarts ondervindt bij het begeleiden van een kind met enuresis. Deze moeilijkheden en valkuilen worden enerzijds door mezelf in kaart gebracht door, aan de hand van de hierboven beschreven flowchart, zelf kinderen met enuresis nocturna te behandelen. Om tot deze flowchart te komen werden de verschillende bestaande richtlijnen voor de eerste lijn voor de behandeling van EN met elkaar vergeleken, herleid en samengevat tot een nieuwe, gemakkelijk hanteerbare en gebruiksklare richtlijn voor de huisarts. Vervolgens werd de flowchart in het tweede luik ingezet als hulpmiddel voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Verder zal een korte gestructureerde vragenlijst, ingevuld door collega-huisartsen, nog een aantal nieuwe valkuilen aan het licht brengen.

Methodologie

De studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité, mei 2016 (OZ project 2017/0417).

1. Verkennende literatuurstudie

In het academiejaar 2013-2014 werd door mezelf een masterproef geschreven rond de waarde van urotherapie bij kinderen met enuresis en incontinentiestoornissen. Deze scriptie bestaat uit een retrospectieve analyse van patiënten met EN en ID, behandeld in een tertiair centrum (UZ Gent). Omdat een groot deel aan informatie omtrent classificatie, etiologie, pathogenese en behandeling van EN ook hierin aan bod komt, werd deze masterproef als basis gebruikt voor het schrijven van een eerste luik in de nieuwe literatuurstudie, waar de focus meer gelegd wordt op de eerste lijn. Als basis voor beide literatuurstudies werd gebruik gemaakt van de ICCS of International Children's Continence Society Guidelines. In het tweede luik van de literatuurstudie werden de verschillende bestaande richtlijnen voor de behandeling van EN in de eerste lijn met elkaar vergeleken en herleid tot een gebruiksklare flowchart die in deze scriptie als hulpmiddel werd gebruikt om de valkuilen ondervonden in de eigen praktijk op gestandaardiseerde wijze in kaart te kunnen brengen. Er werden 4 richtlijnen grondig met elkaar vergeleken: de Duodecim richtlijn, de geadapteerde Duodecium richtlijn 'Enuresis bij het kind', de NHG-Standaard Enuresis Nocturna en de NICE Guideline Nocturnal Enuresis. Tot op heden is er nog geen richtlijn voor de behandeling van EN van Domus Medica voorhanden. De masterproef 'Enuresis bij het kind, adaptatie van een Duodecim richtlijn' werd geraadpleegd via de ICHO website. De NHG-Standaard werd teruggevonden via Google. Verder werd via de primaire bronnen CEBAM en Pubmed gezocht naar internationale artikels over de behandeling van enuresis in de eerste lijn. Gezien de zeer beperkte beschikbaarheid van gegevens voor de eerste lijn in de primaire bronnen, konden enkel de Duodecim richtlijn en de NICE-Guideline worden weerhouden. Ook de ICCS Guidelines werden via Pubmed geraadpleegd.

De volgende zoektermen werden gebruikt:

"enuresis and child"[Mesh], "primary care enuresis" [Mesh], "children incontinence primary care"[Mesh], "bedwetting primary care"[Mesh], "enuresis primary care treatment"[Mesh], "enuresis kind"[Mesh], "enuresis eerste lijn"[Mesh], "pitfall primary care enuresis"[Mesh], "problems primary care enuresis"[Mesh], "epidemiology primary care enuresis"[Mesh]

2. Gegevensverzameling

Vanaf mei 2017 tot februari 2018 werden 7 patiënten gerecruteerd op verschillende manieren: een poster in de wachtzaal, een aankondiging op de website van de praktijk waar ik sinds anderhalf jaar werkzaam ben, een vermelding van de praktijk op de website 'drogenachten.be' en bedplassen werd, door zowel mezelf als mijn PO, ook actief bevraagd bij kinderen tussen 5 en 11 jaar tijdens consultaties met andere aanmeldingsklachten. 1 patiënt meldde zich aan met deze klacht alvorens actieve recrutering was opgestart. Tot de inclusiecriteria van het onderzoek behoren kinderen tussen 5,5 (1ste leerjaar) en 11 jaar met bedplassen, al dan niet in combinatie met symptomen overdag. Het bedplassen moet, volgens de definitie, minstens 2 keer per week voorkomen bij kinderen tot 7 jaar en vanaf 7 jaar minstens 1 keer per maand. Exclusiecriteria voor het onderzoek zijn anatomische of functionele afwijkingen van de genitale regio en gedrags- en ontwikkelingsstoornissen. Patiënten die al elders in behandeling zijn voor EN werden ook geëxcludeerd. 9 patiënten meldden zich aan, waarvan 1 met gedragsstoornis en 1 al in behandeling bij de pediater gedurende enkele maanden. 7 patiënten voldeden aan alle inclusiecriteria. Tijdens het eerste consult werd gevraagd aan de ouders om een anonieme en gestructureerde vragenlijst *(bijlage 5)* in te vullen die peilt naar hun verwachtingen omtrent de duur en intensiteit van de behandeling en de manier waarop dit probleem zal worden aangepakt. Anderzijds schept deze vragenlijst ook een beeld van het profiel van het kind en de aard van de enuresis.

Valkuilen werden in kaart gebracht door de gerecruteerde kinderen met EN te behandelen. Deze behandeling was gebaseerd op de flowchart, die door mezelf aan het begin van de studie werd opgesteld aan de hand van gegevens en richtlijnen uit de literatuur. De precieze totstandkoming van dit stappenplan werd reeds in een vorig hoofdstuk besproken. Grondige anamnese met kadrering van de klacht en aangepast advies en educatie waren tijdens het eerste consult de peilers waarbinnen mogelijke valkuilen werden opgespoord. De kinderen werden opgevolgd met intervallen van 1 maand waarna telkens het plasdagboek werd geanalyseerd en op deze manier de evolutie van de behandeling werd nagegaan. Indien nodig werd, conform de richtlijnen, aangepast advies gegeven en een nieuwe vorm van behandeling opgestart. Wanneer hier een indicatie voor bestond, werd ook doorverwezen. Na elk consult werd gereflecteerd en werden de ondervonden moeilijkheden genoteerd. Om deze moeilijkheden te objectiveren werd ook een anonieme, gestructureerde vragenlijst *(bijlage 6)* opgesteld en via mail verspreid naar 30 collega-huisartsen uit de praktijkregio/wachtkring. Aan 10 collega HAIO's werd gevraagd de korte enquête in te vullen tijdens een van de seminaries. Dit alles leverde 16 ingevulde vragenlijsten op, waarin gepeild wordt naar de valkuilen binnen de behandeling van EN voor

huisartsen in het algemeen. Het moet dus duidelijk zijn dat tijdens dit onderzoek niet gepeild wordt naar slaagpercentages, duur, beste methode,… van behandeling, maar dat het behandelproces onder de loep genomen wordt en eventuele moeilijkheden die tijdens dit proces aan het licht komen in kaart worden gebracht.

3. Gegevensverwerking

De gegevens uit beide enquêtes werden gecodeerd, geïmplementeerd en verwerkt in Excel. Figuren en tabellen werden ook in Excel opgemaakt. Valkuilen die door mezelf werden genoteerd werden handmatig vergeleken met de valkuilen gerapporteerd door collega-huisartsen gezien de moeilijkheid om deze informatie te coderen. Tenslotte werd gezocht naar de verbanden en de eventuele invloed van de verwachtingen van de ouders op de moeilijkheden die huisartsen ondervinden.

Resultaten

1. Vragenlijst voor huisartsen

Tussen mei 2017 en februari 2018 vulden 16 huisartsen de vragenlijst rond de behandeling van EN in hun eigen praktijk in. 12 huisartsen stonden minder dan 5 jaar in het vak, 2 huisartsen waren tussen 10 en 20 jaar werkzaam en 2 huisartsen oefenden het beroep al langer dan 20 jaar uit. Het gemiddeld percentage aan kinderen dat behandeld wordt in de verschillende praktijken is naar schatting 9,5%. De aanmeldingsklacht EN komt gemiddeld 4 keer per jaar voor. 1 arts ziet 10-20 verschillende patiënten per jaar met EN, 2 artsen kwamen nog nooit in aanraking met deze klacht.

N = 16			
Hoelang al in het vak?	<5 jaar	12	
	5-10 jaar	0	
	10-20 jaar	2	
	>20 jaar	2	
Percentage kinderen behandeld?	<5%	2	
	5-10%	9	
	10-20%	5	
		Gemiddelde bij benadering: 9,5%	
Frequentie aanmeldingsklacht EN?	10-20x/jaar	1	
	5-10x/jaar	4	
	<5x/jaar	9	
	Nooit	0	
		Gemiddelde bij benadering: 4x/jaar	

Tabel 2: beschrijving van de onderzoekspopulatie (huisartsen)

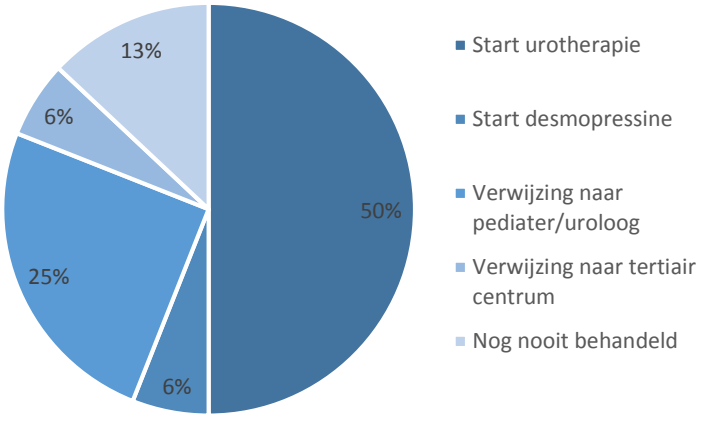
De gemiddelde leeftijd waarop de artsen denken dat EN als pathologisch wordt beschouwd en dus moet worden behandeld is 6,7 jaar. 2 huisartsen denken zelfs dat EN pas vanaf de leeftijd van 8 moet worden behandeld.

N = 16	
Gemiddelde leeftijd	6,6875
Mediaan	7
Modus	6
Standaarddeviatie	0,704154
Minimumleeftijd	6
Maximumleeftijd	8

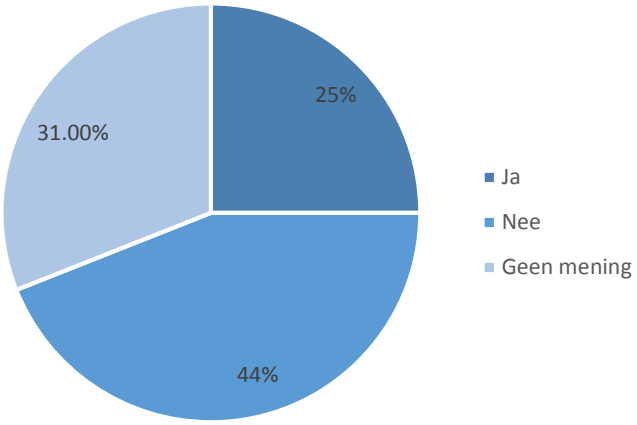
Tabel 3: leeftijd vanaf wanneer volgens de huisartsen EN moet worden behandeld

69% van de huisartsen is niet op de hoogte van de huidige aanbevelingen rond EN. 31% beweert op hoogte te zijn van deze aanbevelingen en tracht deze zo goed als mogelijk toe te passen. Hieruit vloeit voort dat 50% van de artsen bij het stellen van de diagnose MEN het kind eerst zelf behandelt op niet-medicamenteuze wijze (urotherapie), 6% start onmiddellijk desmopressine op en 31% verwijst onmiddellijk door naar pediater of uroloog of, eerder uitzonderlijk, naar een tertiair centrum. Hierbij moet rekening gehouden worden met het feit dat 13% nog nooit in contact kwam met deze klacht. De voornaamste redenen voor het niet toepassen van urotherapie in de eerste lijn zijn ten eerste het onvoldoende op de hoogte zijn van de verschillende niet-medicamenteuze interventies, 6 artsen geven dit aan als belangrijkste reden. Ten tweede, en in mindere mate, is ook het gebrek aan middelen en tijd een reden voor onmiddellijke opstart met medicatie of doorverwijzing. Slechts 7 artsen vulden deze vraag in, de andere artsen startten in het verleden al urotherapie op. 31%, ofwel 5 artsen, gaven in het verleden reeds advies tot opstarten van de plaswekker.

25% van de artsen vindt dat er een nomenclatuurnummer moet komen voor bedplasconsultaties gezien het tijdrovende karakter. 44% vindt dit echter niet nodig en 31% heeft hierover geen mening.



Figuur 1: Wat doet u wanneer de diagnose MEN wordt gesteld?



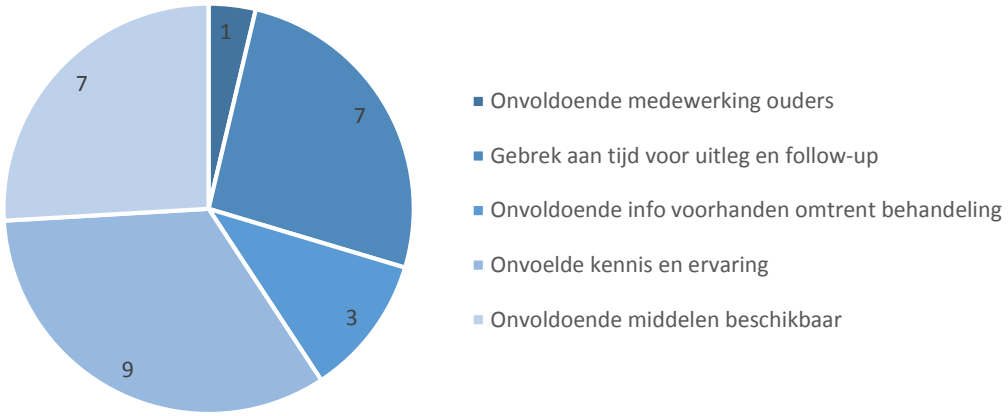
Figuur 2: Moet er een nomenclatuurnummer komen voor bedplasconsultaties?

Een succesvolle behandeling van EN in de eerste lijn betekent dat een kind, zonder doorverwijzing, gedurende tenminste 3 opeenvolgende maanden droog is. 27% van de artsen die eerste zelf EN trachten te behandelen beweert dat nog geen enkele behandeling succesvol was. 46% schat het aantal succesvolle behandelingen in op 10%. 18% beweert dat 50% van de behandelingen in het verleden succesvol waren en slechts 9% durft beweren dat 80% van de zelf-ingestelde behandelingen slaagde. 5 van de 16 artsen gaven geen antwoord op deze vraag omdat door hen nog nooit een behandeling werd opgestart (zowel medicamenteus als niet-medicamenteus). Uit deze cijfers kan geconcludeerd worden dat 21% van de behandelingen, door de huisartsen zelf opgestart, succesvol was.

A. Alle artsen	**N = 16**
Zelf urotherapie/medicatie opgestart	69% (11)
Nooit behandeling opgestart	31% (5)
B. Artsen die urotherapie/medicatie zelf opstartten	**N = 11**
0% succesvol	27% (3)
10% succesvol	46% (5)
50% succesvol	18% (2)
80% succesvol	9% (1)
	Gemiddeld aantal succesvolle behandelingen: 21% **SD: 26,6** **Steekproefvariantie: 709**

Tabel 4: overzicht van het aantal succesvolle behandelingen in de eigen praktijk volgens de huisartsen

Een gebrek aan kennis rond en ervaring met de aandoening wordt door de huisartsen naar voor geschoven als belangrijkste oorzaak van problemen tijdens de behandeling van EN. 9 artsen gaven dit als een valkuil aan. Andere problemen die gerapporteerd werden zijn onvoldoende tijd om de juiste uitleg te geven en de nodige folluw-up te doen en onvoldoende beschikbaarheid van middelen als plasdagboeken, maatbekers, infobrochures,… Telkens 7 artsen ondervonden deze problemen. 3 artsen vinden dat er onvoldoende beschikbaarheid van info is omtrent niet-medicamenteuze behandeling van EN en ook 1 arts vindt dat onvoldoende medewerking van de ouders een belangrijk struikelblok vormt voor de niet-medicamenteuze behandeling van EN.



Figuur 3: valkuilen gerapporteerd door huisartsen tijdens niet-medicamenteuze behandeling van EN

2. Vragenlijst voor ouders

Tussen mei 2017 en februari 2018 vulden 7 ouders de vragenlijst in aan de start van de behandeling van EN bij hun kind. 4 van hen heeft een zoon, 3 een dochter. De gemiddelde leeftijd van de kinderen bedraagt 6,8 jaar. Bij 4 kinderen komt EN familiaal voor. 4 kinderen plasten dagelijks in bed, 3 kinderen nog zo'n 3x/week en 1 kind slechts 2x/week. Geen van alle kinderen was al een periode langer dan 6 maanden droog. 3 kinderen hadden ook symptomen overdag, bij de overige 4 kinderen kwam bedplassen geïsoleerd voor.

N = 7	
Geslacht	
Jongen	4
Meisje	3
Leeftijd	
5,5 jaar	3
6 jaar	1
7 jaar	1
8 jaar	1
10 jaar	1
	Gemiddelde: 6,8
	SD: 1,70
Familiaal	
Ja	4
Nee	3
Frequentie EN	
7/7	4
3/7	2
2/7	1
Symptomen overdag	
Ja (NMEN)	3
Nee (MEN)	4

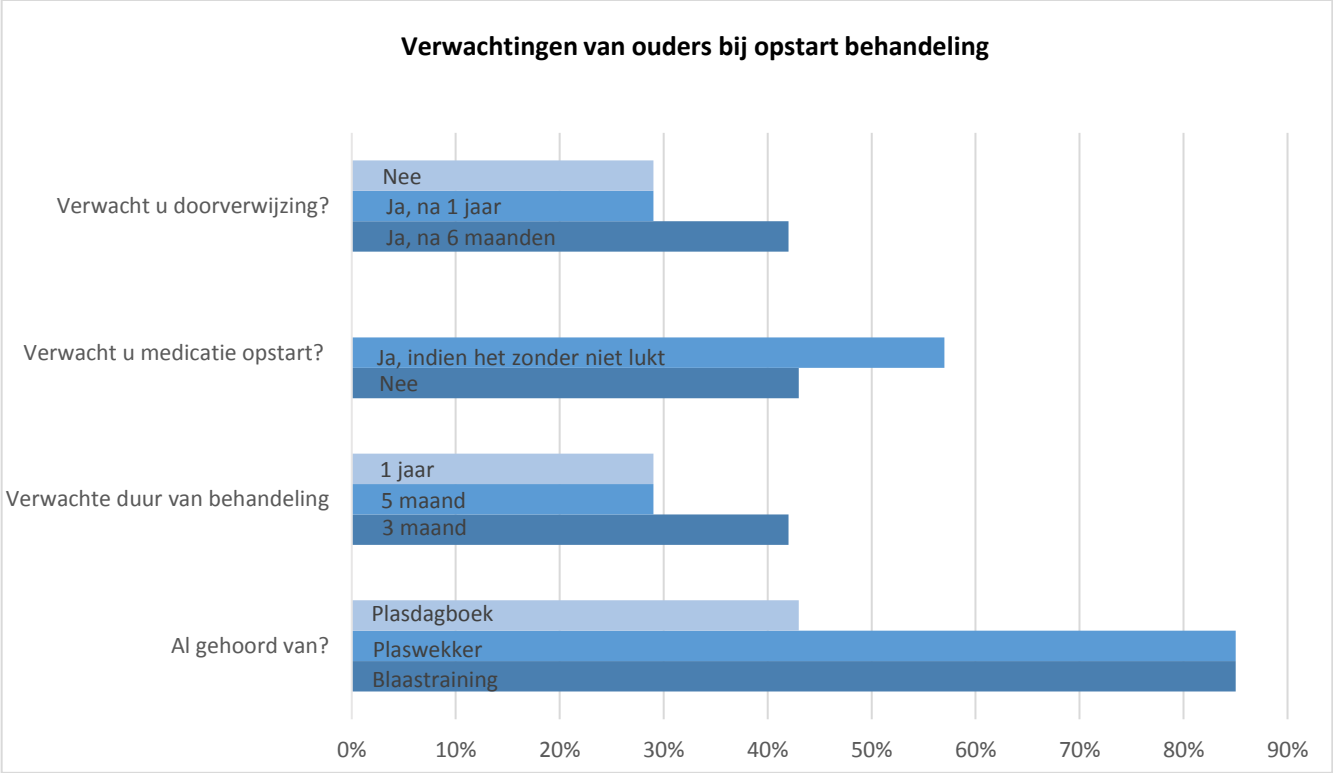
Tabel 5: beschrijving van de onderzoekspopulatie (ouders en hun kinderen)

4 ouders denken dat EN moet worden behandeld vanaf 6 jaar, 2 ouders denken dat dit nodig is vanaf 7-jarige leeftijd en 1 ouder denkt dat dit probleem al vanaf de leeftijd van 5 jaar moet

worden aangepakt. 3 ouders denken er al ongeveer 1 jaar aan een arts te raadplegen omwille van EN bij hun kind, 2 ouders overwegen dit al 6 maanden en de overige 2 ouders wachtten niet langer dan een maand tot het consulteren van een arts. 6 ouders raadpleegden voor de eerste keer een arts omwille van het bedplassen van hun kind, 1 ouder ging hiervoor al eens langs bij de uroloog.

De belangrijkste redenen waarom ouders een arts raadplegen voor het plasprobleem van hun kind is enerzijds omdat het kind zelf bezorgd is en/of het psychisch begint te lijden onder de klacht en anderzijds na screening van de huisarts. Telkens 3 ouders gaven dit aan als een van de redenen van het consult. Ook het feit dat het kind binnenkort op kamp of uit logeren gaat wordt als een reden naar voor geschoven om hulp te zoeken.

De plaswekker is gekend bij 6 van de 7 ouders, ofwel 85%. Ook heeft 85% al van blaastraining gehoord. Slechts 3 van de 7 ouders, of 43%, hoorde al van het plasdagboek. De meeste ouders verwachten dat het een 3-tal maanden duurt vooraleer hun kind droog is. 3 van de 7 ouders geven deze termijn aan als verwachte behandelduur. 2 ouders verwachten dat dit eerder 5 maand zal duren en ook 2 ouders denken dat een jaar nodig zal zijn voor de droogtraining van hun kind. 3 van de 7 ouders verwachten dat de huisarts geen medicatie zal opstarten voor het bedplassen. De overige 4 ouders verwachten dit wél maar enkel indien het zonder medicatie niet lukt. Geen van de ouders verwacht dat de huisarts onmiddellijk medicatie opstart. Ook wat betreft doorverwijzing zijn de meningen verdeeld. 2 ouders verwachten niet dat hun kind zal worden doorverwezen, de overige ouders wel, waarvan 2 ouders verwachten dat dit zal gebeuren wanneer behandeling na 1 jaar niet succesvol is en 3 ouders verwachten dat dit al na 6 maand gebeurt.



Figuur 4: Overzicht van de verwachtingen van ouders aan de start van de behandeling van EN.

3. Valkuilen ondervonden in de eigen praktijk

3.1. Anamnese, advies en educatie

Tijdens het eerste consult moet een grote hoeveelheid aan informatie worden gegeven aan ouders en kind. Hierdoor worden essentiële zaken vaak vergeten en/of niet goed begrepen, wat tijdens het 2de consult resulteert in onvoldoende of incorrect ingevulde dagboeken, foute drinkgewoontes en onvoldoende resultaat met vaak demotivatie bij zowel ouder als kind tot gevolg. Ook voor de arts geldt dat er een grote hoeveelheid aan informatie moet worden doorgespeeld aan de patiënt en dat er heel wat belangrijke anamnestische vragen moeten worden gesteld waardoor elementaire zaken gemakkelijk kunnen worden vergeten. In de bestaande richtlijnen rond enuresis voor de huisarts staan de formules voor verwachte blaascapaciteit en minimale vochtinname nergens vermeld. Dit is nochtans een objectief en gemakkelijk hanteerbaar hulpmiddel om kinderen te motiveren tot voldoende vochtinname, zowel bij opstart als bij follow-up van de aandoening. Deze specifieke gegevens zorgen ervoor dat een duidelijk doel kan worden vooropgesteld met een betere outcome tot gevolg. Daarenboven stoten we ook op tegenstrijdigheden in de literatuur wat betreft het geven van adviezen: wel dan niet drinken/eten 's avonds, opnemen uit bed, welke dranken mogen wel en niet genuttigd worden,… Het is duidelijk dat de anamnese en het geven van advies en educatie

aan de patiënt, ondanks het voorhanden zijn van stappenplannen en brochures, een hoop tijd in beslag neemt. Een gemiddelde eerste consultatie nam 30 tot 40 minuten in beslag, opvolgconsultaties duurden een 15-tal minuten minder lang. Dit is wat mij betreft het grootste struikelblok voor de behandeling van deze aandoening in de huisartsenpraktijk. Tenslotte is het ook belangrijk dat anamnese en educatie in optimale omstandigheden verlopen. Vaak zijn broers of zussen van de bedplasser mee op consultatie en zorgt hun aanwezigheid voor afleiding of kan dit een drempel zijn voor de patiënt om voluit over het probleem te praten.

3.2. Follow-up

Er werd al snel duidelijk dat het plasdagboek als diagnostisch en therapeutisch middel minder ideaal is dan in de richtlijnen wordt beschreven. Meer wel dan niet worden plasdagboeken onvolledig of foutief ingevuld of vergeten ouders deze mee te brengen naar de vervolgconsultatie. Dit maakt het moeilijk voor de arts om de juiste diagnose te stellen en bijgevolg de best passende therapie op te starten. De discipline die het invullen van het plasdagboek vergt is een belangrijk struikelblok voor zowel ouders als kind. Vaak haken deze af of geraken kinderen gedemotiveerd, wat leidt tot therapieresistentie of herval.

3.3. Plaswekker

Er zijn tal van bedrijven en mutualiteiten die de plaswekker aanbieden voor zowel verhuur als verkoop. De veelheid aan keuzemogelijkheden maakt het moeilijk voor de arts om hierin de juiste keuze te maken. De markt wordt ook steeds groter en het gamma meer uitgebreid. Privé firma's spelen in op de hoge incidentie van bedplassen. Het is dus van belang voor elke patiënt de meest geschikte plaswekker te kiezen. De terugbetalingsvoorwaarden zijn voor de verschillende mutualiteiten anders en in uitzonderlijke gevallen is het voordeliger voor de ouders om te kiezen voor huren via een privé firma dan via de mutualiteit. Ouders hebben bij de start van de behandeling heel wat vragen rond de plaswekker en onvoldoende kennis bij de arts hier omtrent kan opnieuw lijden tot demotivatie van zowel ouders als kind. Ook staan ouders en kind vaak weigerachtig tegenover deze vorm van behandeling omwille van de intensiteit en omslachtigheid. Tenslotte is het van groot belang dat de nadruk wordt gelegd op het volhouden van de behandeling na het droog worden van het kind. Het kind moet 6 weken droog zijn vooraleer de plaswekker mag worden stopgezet om de kans op recidief te verminderen. Ook dit is een belangrijk struikblok.

3.4. Medicamenteuze therapie

Er is de laatste jaren heel wat te doen geweest rond het opstarten van desmopressine in de huisartsenpraktijk, de terugbetalingsvoorwaarden en bijwerkingen. De huisarts kan inderdaad desmopressine opstarten, maar dit pas wanneer het kind 7 is. Indien een kind onvoldoende reageert op de plaswekker en opstarten van desmopressine aangewezen is, kan dit dus enkel via de specialist gebeuren wanneer het jonger is dan 7 jaar. De opstart van desmopressine is omslachtig en bijgevolg tijdrovend. Desmopressine wordt pas na 3 maanden niet-medicamenteuze behandeling terugbetaald, op voorwaarde dat eerst een testverpakking van 15 dagen werd opgestart. Dit heeft tot gevolg dat de patiënt na 15 dagen terug moet worden gezien door de arts ter evaluatie van de testverpakking en mogelijke bijwerkingen en dat pas dan de terugbetaling kan worden aangevraagd. Dit impliceert een administratieve en tijdrovende belasting voor de praktijk. Bijkomend moet er ook een formulier voor klinische beschrijving en evaluatie van het bedplassen door de arts worden ingevuld en bijgehouden, wat opnieuw tijdrovend is en geen toegevoegde waarde heeft bovenop een goed ingevuld medisch dossier. Idealiter moet desmopressine worden opgestart aan 1 tablet 1u voor het slapengaan waarna, afhankelijk van de reactie van de patiënt, kan worden verhoogd naar 2 tabletten en dit gedurende de eerste week. De hoeveelheid geneesmiddel verschilt per patiënt en wordt aangepast naargelang de resultaten. Dit impliceert dat na opstart, gedurende de eerste week in se ook een herevaluatie van de klachten dient te gebeuren. De belangrijkste bijwerking van desmopressine is hoofdpijn (>10%). Andere bijwerkingen die niet over het hoofd gezien mogen worden zijn hyponatriëmie, duizeligheid, misselijkheid, braken, buikpijn, diarree, obstipatie vermoeidheid en droge mond (1-10%). Voornamelijk bij kinderen komen ook emotionele labiliteit, agressie, angst, nachtmerries en stemmingswisselingen niet zelden voor (1%) (17). De vaak voorkomende bijwerkingen kunnen een reden zijn tot vroegtijdig stopzetten van de behandeling. Tenslotte moet bij slagen van behandeling de medicatie geleidelijk aan afgebouwd worden volgens een patiënt afhankelijk schema en dient er tijdens de afbouw te worden nagegaan of het bedplassen opnieuw optreedt. Rekening houdende met al deze gegevens spreekt het voor zich dat het opstarten van desmopressine op een correcte en veilige manier geen evidentie is.

Discussie

1. Literatuuronderzoek en opstellen flowchart

De prevalentie van EN is moeilijk te bepalen waardoor schattingen variëren van bron tot bron. Dit komt enerzijds door het feit dat de prevalentiecijfers van EN sterk leeftijdsafhankelijk zijn. Anderzijds werken de verschillen in definiëring van EN in de verschillende bronnen de prevalentiecijfers ook in de hand (10). Specifieke gegevens over de prevalentie van EN in de huisartsenpraktijk, slaagpercentages van de behandeling van EN in de eerste lijn en cijfers in verband met doorverwijzing naar 2de en 3de lijn zijn in de literatuur onvindbaar. Hierdoor moest, om toch een inschatting te kunnen maken van de cijfers voor de 1ste lijn, een schatting worden gemaakt op basis van de prevalentiegegevens beschikbaar voor de algemene populatie en de incidentie van EN in de huisartsenpraktijk. De belangrijkste oorzaak voor de lage incidentie van deze aanmeldingsklacht in de huisartsenpraktijk en bijgevolg ook lage beschikbaarheid aan epidemiologische gegevens is, dat slechts een minderheid van de kinderen en hun ouders met EN medische hulp zoekt. Dit wordt vermoedelijk veroorzaakt enerzijds door het feit dat ouders de ernst van het probleem niet inzien, niet weten vanaf welke leeftijd bedplassen zou moeten behandeld worden, bedplassen niet als een medische aandoening wordt beschouwd en er dus geen arts geraadpleegd wordt maar ook dat ervan uitgegaan wordt dat het kind spontaan droog zal worden. Anderzijds gaan ouders ook vaak onmiddellijk ten rade bij de pediater/uroloog wanneer het een medisch probleem van hun kind betreft, wat een meer algemene tendens is in het landschap van de kindergeneeskunde. Dit alles kan verholpen worden door in de huisartsenpraktijk actief aan screening rond bedplassen te doen bij kinderen vanaf 5 jaar of door middel van een sensibiliseringscampagne.

Om een correct beeld te kunnen scheppen van de valkuilen ondervonden in de eigen praktijk was het van groot belang om de behandelingen gestandaardiseerd te laten verlopen. Om deze reden werd er door mezelf een flowchart ontwikkeld waarbij duidelijkheid, eenduidigheid en gebruiksvriendelijkheid voor de eerste lijn primeerden. Het opstellen van dit stappenplan werd echter bemoeilijkt door tegenstrijdigheden in de literatuur. Er werd voor het literatuuronderzoek en het opstellen van het stappenplan beroep gedaan zowel op de richtlijnen voor de eerste lijn als op de richtlijnen voor de meer gespecialiseerde aanpak van bedplassen, aangezien het naar mijn mening in de eerstelijnsrichtlijnen toch wel aan essentiële informatie ontbreekt. Voor het maken van keuzes tussen de tegenstrijdige richtlijnen werd vooral rekening gehouden met de volgende parameters: welk advies komt het vaakst naar voor in de literatuur? Welk advies kan de beste outcome garanderen? Welk advies is gebaseerd op wetenschappelijk

aangetoonde feiten? Welk advies is praktisch en meest toepasbaar in de huisartsenpraktijk? En tenslotte, wat zegt de eigen ervaring? Ondanks het feit dat het hier gaat om weloverwogen keuzes, blijft subjectiviteit hier onvermijdelijk.

Het opstarten van desmopressine in de eerste lijn is, door het frequent voorkomen van bijwerkingen, voor discussie vatbaar en is ook niet voor gelijk welke vorm van enuresis nocturna geïndiceerd. Desmopressine is geschikt voor de behandeling van primaire enuresis nocturna bij patiënten ouder dan 5 jaar, die in staat zijn de urine normaal te concentreren (17). In de literatuur worden nergens bezwaren aangetekend tegen het opstarten van desmopressine in de eerste lijn. Ik ben van mening dat een eerstelijnssetting meer geschikt is voor het opstarten van deze medicatie dan de ziekenhuissetting. De huisarts kan, meer dan de specialist, een adequate begeleiding van de patiënt garanderen bij het opstarten van de medicamenteuze therapie. Er is een betere en meer laagdrempelige bereikbaarheid. Bijgevolg kan er dus gemakkelijker worden ingegrepen bij het optreden van bijwerkingen en bij de eventuele nood tot wijzigen van de dosis. Toch is, naar mijn mening, grote voorzichtigheid wenselijk bij het opstarten van deze behandeling en dient dit enkel te gebeuren indien aan alle voorwaarden wordt voldaan en er geen tegenindicaties zijn. Bij enige twijfel dient onmiddellijk te worden doorverwezen.

2. Resultaten

2.1. Vragenlijst voor huisartsen

Ondanks persoonlijke aanspreking van 45 enquêtisten, was er slechts een lage respons op de enquête voor huisartsen: 16 artsen vulden de enquête in. Er werd bewust gekozen voor artsen uit de omgeving, allen met een verschillend profiel, in de hoop dat dit tot een hogere respons-rate zou leiden en de heterogeniteit onder de Vlaamse huisartsen ook in de onderzoekspopulatie kon worden teruggevonden. Er kan hier dus worden gesproken over selectiebias. Nadelig wat betreft de enquêtes die via mail werden verstuurd was dat vooral artsen geïnteresseerd in het onderwerp, en dus waarschijnlijk ook met enige voorkennis, deze enquête invulden. Dit kan tot gevolg hebben dat er een overschatting is van de kennis rond EN bij de huisartsen. De reden waarom de enquête ook werd afgenomen bij collega-HAIO's tijdens een van de seminaries, was omdat in datzelfde seminarie de flowchart rond behandeling van EN werd overlopen en ze erna niet meer in aanmerking kwamen voor het invullen van de enquête gezien té geïnformeerd. Hierdoor zijn er in verhouding meer HAIO's onder de huisartsen dan huisartsen die al langere tijd in het vak staan. Ervan uitgaande dat de kennis van de richtlijnen bij HAIO's net iets beter is dan deze van meer ervaren huisartsen, zal ook dit een overschatting geven van de kennis rond dit onderwerp. Anderzijds zal dit er ook toe lijden dat er minder resultatengegevens op ervaring

gebaseerd zijn. Omdat het hier gaat om een zeer kleine onderzoekspopulatie kunnen de verkregen resultaten niet naar alle Vlaamse huisartsen geëxtrapoleerd worden.

Opvallend is dat de gemiddelde leeftijd waarop de huisartsen denken dat EN moet worden behandeld bijna 2 jaar hoger licht dan wat in de richtlijnen wordt voorgeschreven. Dit gegeven kan een invloed hebben op het relatief lage slaagpercentage van de behandeling bij de huisartsen, aangezien kinderen die pas op latere leeftijd voor EN worden behandeld ook therapieresistenter zijn. Ook het feit dat 69% van de huisartsen beweert niet op de hoogte te zijn van de huidige aanbevelingen werkt het lage slaagpercentage in de hand aangezien niet op correcte wijze wordt behandeld.

Ondanks het feit dat 1 op 4 artsen vindt dat er een nomenclatuurnummer moet komen voor bedplasconsultaties denk ik niet dat dit een oplossing kan bieden voor het lage slaagpercentage (21%) en onnodige doorverwijzingen aangezien als voornaamste oorzaak hiervoor een gebrek aan kennis, eerder dan een gebrek aan tijd en middelen, naar voor wordt geschoven. Een gemakkelijke toegankelijkheid tot duidelijke, eenduidige richtlijnen, die voor de huisarts eenvoudig toepasbaar zijn, lijken me meer geschikt om hiervoor een oplossing te bieden.

2.2. Vragenlijst voor ouders

Om de gegevensverwerking van de vragenlijst voor ouders zo vlot mogelijk te laten verlopen werd geopteerd voor een vragenlijst met meerkeuze-antwoorden en de mogelijkheid tot toevoegen van een extra keuzemogelijkheid. Er werd geen gebruik gemaakt van open vragen in de peiling naar hun verwachtingen. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat bepaalde antwoorden een overschatting geven van de verwachtingen van ouders. Anders gezegd werden, door de aanwezigheid van antwoordmogelijkheden, de meningen en ideeën van de ouders over de behandeling van bedplassen in de eerste lijn eerder suggestief bevraagd.

Omdat alle ouders die een enquête invulden ook een kind hebben dat door mezelf werd behandeld en de incidentie van bedplassen in de eerste lijn relatief laag ligt, was er een kleine steekproef voorhanden. Hierdoor kunnen de gegevens rond de verwachtingen van de ouders niet geëxtrapoleerd worden naar de algemene populatie van ouders met kinderen die lijden aan EN.

Bij het interpreteren van de gegevens moet rekening gehouden worden met bias. Enerzijds zijn ouders die een arts raadplegen omwille van het plasprobleem van hun kind vaak het soort ouders dat erin gelooft dat de arts het probleem zal kunnen oplossen. We gaan er dus van uit dat de verwachtingen bij deze ouders hoger liggen dan de verwachtingen van ouders in de algemene populatie of verwachtingen van ouders die onmiddellijk naar de specialist gaan. Door actief het

bedplassen te gaan bevragen en de patiënten uit te nodigen voor een eerste consult werd het effect van deze bias echter wat verminderd. 1 van de 7 kinderen had ook al een broer of zus dat voor EN behandeld werd, wat ook tot een overschatting van de kennis van de ouders leidt.

Wat opvalt is dat ouders vaak lange tijd aarzelen om met het plasprobleem van hun kind langs te gaan bij de huisarts en dat er zelfs vaak gewacht wordt tot wanneer er een bijkomende reden is om het bedplassen te behandelen zoals het psychisch lijden van het kind of slapen op verplaatsing. Ook hier kan sensibilisering en screening naar EN late aanmeldingen vermijden.

De verwachtingen van de ouders rond de behandeling van EN in de eerste lijn zijn in deze studie realistisch te noemen. De meeste ouders (43%) verwachten dat hun kind na een 3-tal maanden droog zal zijn, wat vaak ook het geval is. Een positief gegeven is dat geen van alle ouders denkt dat het probleem in minder dan 3 maanden kan worden opgelost. Hierdoor wordt de kans op teleurstelling en demotivatie beperkt. Door het feit dat 85% van de ouders de plaswekker kent, ligt de drempel tot het opstarten van deze intensieve therapie ook lager. Wat betreft het opstarten van medicatie door de huisarts zijn de resultaten verrassend positief. Geen van de ouders verwacht namelijk dat de huisarts onmiddellijk medicatie opstart. 43% van de ouders verwacht dit zelfs helemaal niet. Dit maakt het voor de huisarts gemakkelijker om medicamenteuze therapie uit te stellen en bij het begin van de behandeling de focus te leggen op niet-medicamenteuze behandeling, zonder dat ouders hierover moeilijk gaan doen of zich onvoldoende geholpen voelen. Ouders verwachten ook niet dat hun kind onmiddellijk wordt doorverwezen. Dit is enerzijds logisch aangezien deze studie de behandeling van EN in de eerste lijn omvat en ouders hier ook van op de hoogte waren. Anderzijds is de termijn waarbinnen ouders verwachten dat doorverwijzing zal gebeuren ook verrassend lang. Geen van alle ouders verwacht eerdere doorverwijzing dan na 6 maanden behandeling. Ook dit is een positief gegeven voor de eerste lijn.

2.3. Valkuilen in de eigen praktijk

Omdat ik eerder al een thesis schreef over dit onderwerp, lag mijn eigen voorkennis over EN hoger dan deze van de doorsnee huisarts. Hierdoor, en mede ook omdat ik mijn zelf opgestelde flowchart hanteerde, geeft het overzicht van de verschillende valkuilen die ik zelf ondervond niet volledig weer wat een doorsnee huisarts aan mogelijke valkuilen kan ondervinden. Er zal dus waarschijnlijk nog een onderschatting zijn van de tijd die een consult in beslag neemt en de zaken die stroef kunnen verlopen. De vlotheid en vertrouwdheid waarmee kinderen behandeld worden hangt ook sterk af van arts tot arts aangezien niet elke arts even bedreven is in het behandelen van kinderen. Ook voor dit gegeven was ik zelf bevoordeeld ten opzichte van de gemiddelde huisartsenpopulatie.

Telkens wanneer een kind op consultatie kwam voor het bedplassen was ik hier op voorhand van op de hoogte. Dit impliceert dat ik de consultatie goed kon voorbereiden, voldoende tijd kon inplannen en de consultatie in optimale omstandigheden kon laten verlopen. Dit is in de dagelijkse praktijk niet steeds het geval. Er moet dus ook rekening gehouden worden met bijkomende factoren als extra tijdsdruk en onvoorbereidheid van de arts bij het extrapoleren van deze gegevens naar de algemene populatie. Een belangrijke valkuil voor zowel arts als ouders is de grote hoeveelheid aan informatie die moet verkregen en verwerkt worden tijdens de eerste consultatie, wat vaak resulteert in onvolledige anamnese, onvoldoende en incorrect ingevulde plasdagboeken en bijgevolg ook demotivatie van ouders en kind. Dit probleem kan worden vermeden door het meegeven van patiëntenbrochures en het opstellen van gestructureerde anamnestische vragenlijsten, eventueel geïmplementeerd in het EMD. De tijd die een bedplasconsultatie in beslag neemt, wat ook het belangrijkste struikelblok is, kan tot een minimum worden herleid, doch met maximale efficiëntie, door gebruik te maken van een gemakkelijk hanteerbaar en gebruiksvriendelijk stappenplan. Het is belangrijk dat het stappenplan eenduidig en overzichtelijk is maar toch alle nodige informatie omvat die nuttig kan zijn tijdens de consultatie (formules, streefdoelen, behandelingstermijnen,…) zodat extra opzoekingswerk overbodig wordt. De flowchart is hier een voorbeeld van.

Er werd al snel duidelijk dat de follow-up van kinderen met EN niet altijd even vlot verloopt. Ondanks het meegeven van patiëntenbrochures worden plasdagboeken toch nog foutief en/of onvolledig ingevuld wat implicaties heeft op de verdere behandeling. Het is dus van groot belang om als arts de nadruk te leggen op de therapeutische waarde van het plasdagboek en gedurende het hele verloop van de behandeling zowel ouders als kind te motiveren om vol te houden. Een vervolgconsult na minder dan een maand kan in sommige gevallen nuttig zijn.

Zowel het opstarten van de plaswekker als het opstarten van desmopressine vereisen heel wat voorkennis en energie van zowel de arts als de patiënt en zijn ouders. Voldoende en correcte informatie geven en motiveren zijn de belangrijkste pijlers voor het slagen van deze behandelingen. Bijgevolg is het ook duidelijk dat regelmatig bijscholen rond de plaswekker en de opstart van desmopressine voor de arts onontbeerlijk is, wat vaak door tijdsgebrek onvoldoende mogelijk is.

Besluit

Het belangrijkste struikelblok dat in dit onderzoek aan het licht kwam is het feit dat de behandeling van bedplassen tijdrovend en arbeidsintensief is. Dit niet in het minst voor de huisarts maar ook voor ouders en kind. Naast de rol als arts heeft de huisarts ook een belangrijke rol als motivator. De ruime kennis die de behandeling van bedplassen vereist en de lage beschikbaarheid aan eenduidige informatie maakt het voor artsen die weinig bedreven zijn in het behandelen van kinderen en van bedplassen in het bijzonder niet eenvoudig om de stap te zetten tot het zelf in handen nemen van deze behandeling. Toch zijn de verwachtingen van de ouders eerder verrassend te noemen. De meeste ouders gaan er namelijk van uit of weten dat deze behandeling inderdaad veel tijd in beslag neemt en heel wat energie vergt. Daarenboven wordt er door hen ook niet verwacht dat er onmiddellijk medicatie wordt opgestart. De ouders rekenen er ook op dat het in eerste instantie de huisarts is die dit probleem aanpakt en onmiddellijke doorverwijzing onnodig is. Hieruit kan besloten worden dat de bestaande valkuilen niet extra in de hand gewerkt worden door enerzijds te hoge en anderzijds te lage verwachtingen van de ouders. Tenslotte is uit dit onderzoek ook gebleken dat een gestandaardiseerd stappenplan een duidelijke meerwaarde biedt voor de behandeling van enuresis nocturna omdat door het gebruik ervan de belangrijkste valkuilen die aan het licht zijn gekomen omzeild kunnen worden.

Referenties

1. Neveus T, von GA, Hoebeke P, Hjalmas K, Bauer S, Bower W, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. J Urol 2006;176(1):314-24.

2. Bottomley G. Treating nocturnal enuresis in children in primary care. Practioner 2011 Jun;255(1741):23-6, 2-3.

3. De Vuyst, H. (2014). Waarde van urotherapie bij kinderen met enuresis en/of incontinentiestoornissen. Een retrospectieve analyse. UGent. Gent. Geraadpleegd van originele versie.

4. Van der Meulen, E. Meul, AS (2015). Enuresis bij het kind, adaptatie van een Duodecim richtlijn 'Enuresis in a child'. Geraadpleegd via http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B1ad08397-27d1-78ee-848f-5cb9dd0e3378%7D_Masterproef_DEFINITIEF_enuresis.pdf

5. Kunnamo, I (2009). Duodecim EBM Guidelines - Enuresis in a child. Geraadpleegd via: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home

6. NICE. Nocturnal enuresis: The management of bedwetting in children and young people. 2010/10. Geraadpleegd via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg111

7. Boomsma LJ, Van Dijk PA, Dijkstra RH, Van der Laan JR, Van der Meulen P, Ubbink J et al. NHG Standaard Enuresis Nocturna (eerste herziening) Huisarts Wet 2006;49(13):663-71.

8. Campos RM, Gugliotta A, Ikari O, Perissinoto MC, Lucio AC, Miyaoka R, Et al. Comparative, prospective, and randomized study between urotherapy and pharmacological treatment of children with urinary incontinence. Einstein (Sao Paulo) 2013; Apr;1152):203-8.

9. Van LE, Raes A, Vande WJ, Hoebeke P. Adequate fluid intake, urinary incontinence, and physical and/or intellectual disability. J Urol 2009 Oct;182(4 Suppl):2079-84.

10. Kajiwara M, Inoue K, Kato M, Usui A, Kurihara M, Kurihara M, Usui T. Nocturnal enuresis and overactive bladder in children: an epidemiological study. Int J Urol 2006 Jan;13(1):36-41.

11. Neveus T. Nocturnal enuresis-theoretic background and practical guidelines. Pediatr nephrol 2011 Aug:26(8):1207-14.
12. Glazener, C.M., J.H. Evans, and R.E. Peto, Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database Syst Rev, 2004(1): p. CD004668.

13. Glazener, C.M., J.H. Evans, and R.E. Peto, Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database Syst Rev, 2005(2): p. CD002911.

14. R.A., H., Richtsnoer 'Enuresis nocturna'. Ned Tijdschr Geneeskd, 1994. 138: p. 1360-6.

15. Vande WJ, Rittig S, Tekgül S, Austin P, et al. Enuresis: practical guidelines for primary care. Br J Gen Pr, 2017 Jul;67(660):328-329.

16. Glazener MA, Evans HC. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database of systematic Reviews, 2002 Jul;3.

17. Zorginstituut Nederland. Farmakotherapeutisch Kompas. (2018). Geraadpleegd op 9 april 2018 via https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/d/desmopressine

Bijlagen

1. Bijlage 1: anamnestische vragenlijst

Anamnestische vragenlijst consult 1

1. Leeftijd kind
2. Startdatum enuresis?
   Reeds een enuresisvrije periode geweest van minimum 6 maanden zonder enuresisbehandeling?
   Medische, emotionele of psychische triggers?
3. Hoeveel nachten per week?
4. Hoeveel keer per nacht?
5. Grote hoeveelheden urine? Zware pampers?
6. Familiale antecedenten van EN?
7. Reden van droogtraining/motivatie?
8. Symptomen overdag?
   - Incontinentie of lekkage overdag? (onderliggende blaasdysfunctie)
   - Frequentie >4-7x/dag (OAB)
   - Urgency overdag? Net te laat? (OAB)
   - Houdingsmanoevres? (OAB)
   - Zwakke onderbroken straal? (dysfunctionele mictie)
   - Dysurie? (dysfunctionele mictie)
   - Abdominale druk? (dysfunctionele mictie)
9. Vochtinname. Aard en hoeveelheid? Nog inname na het avondeten? 's Nachts?
10. Comorbiditeit
    - Constipatie
    - Fecale incontinentie
    - Diabetes mellitus
    - Ontwikkelings-/aandacht-/leerstoornissen
    - Emotionele problemen/gedragsproblemen/familiale problemen
11. Welke technieken al zelf geprobeerd?

2. Bijlage 2: drink- en plasdagboek

(Bron: www.drogenachten.be)

Dag 1 – overdag/datum :

Tijdstip	Hoeveel gedronken (ml)	Soort drank	Volume urine (ml)	Drang (ja/neen)	Ongelukje (ja/neen)	Stoelgang*

* Lopend, hard, normaal

Dag 2 – overdag/datum :

Tijdstip	Hoeveel gedronken (ml)	Soort drank	Volume urine (ml)	Drang (ja/neen)	Ongelukje (ja/neen)	Stoelgang*

* Lopend, hard, normaal

Week 1 – 's nachts/datum :

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
Tijdstip slapen							
Tijdstip opstaan							
Droge nacht (ja/neen)							
Natte nacht (ja/neen)							
's Nachts opstaan om te plassen, noteer volume (ml)							
's Morgens, gewicht natte luier* (ml)							
Volume van de ochtendplas (ml)							
Nachtelijke urineproductie = gewicht natte luier + volume ochtendplas + volume plas 's nachts (ml)							
Stoelgang overdag of 's nachts (ja/neen)							
Veegje of hoop (stoelgang) in de broek (ja/neen)							

* Gewicht natte luier – gewicht droge luier (1g = 1ml)

Week 2 – 's nachts/datum :

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
Tijdstip slapen							
Tijdstip opstaan							
Droge nacht (ja/neen)							
Natte nacht (ja/neen)							
's Nachts opstaan om te plassen, noteer volume (ml)							
's Morgens, gewicht natte luier* (ml)							
Volume van de ochtendplas (ml)							
Nachtelijke urineproductie = gewicht natte luier + volume ochtendplas + volume plas 's nachts (ml)							
Stoelgang overdag of 's nachts (ja/neen)							
Veegje of hoop (stoelgang) in de broek (ja/neen)							

* Gewicht natte luier – gewicht droge luier (1g = 1ml)

3. Bijlage 3: infofiche voor ouders

Bedplassen: informatie voor ouders.



Waarom plast mijn kind nog altijd in bed?

Er kunnen 3 factoren een rol spelen:

Een eerste factor is de **capaciteit tot ontwaken**. Uw kind wordt niet wakker bij een volle blaas. Ook niet als zijn blaas plots samentrekt. Dat komt, omdat de interne wekker om te ontwaken bij uw zoon of dochter niet goed functioneert. Het betekent niet dat uw kind heel diep slaapt. Het zou er zelfs op wijzen dat het niet diep genoeg slaapt. Het **niet goed werken van de blaas** is een tweede factor, die bedplassen kan veroorzaken. Meestal gaat het om een zogenaamde onstabiele blaas. De blaas trekt plots en onbewust samen, waardoor het kind in bed plast. Een derde factor die kan meespelen, is een **te hoge urineproductie** tijdens de nacht. Normaal gezien valt de urineproductie 's nachts stil. Gebeurt dat niet, dan maken kinderen tijdens hun slaap meer urine aan dan hun blaasvolume aankan. Gevolg: 's ochtends een natte luier of een nat bed. Als uw kind in bed plast, is dat vaak door een combinatie van de factoren hierboven. Alleen uw dokter kan uitmaken welke de juiste oorzaken zijn.

Psychologisch?

Het is wetenschappelijk nooit aangetoond dat bedplassen veroorzaakt wordt door psychologische problemen. Factoren zoals stress, angst en vermoeidheid kunnen het probleem wel versterken. Alhoewel ze zelden de hoofdoorzaak zijn kunnen ze wel aanleiding geven tot tijdelijk en niet frequent bedplassen.

Is bedplassen erfelijk?

Bij bedplassen speelt erfelijkheid inderdaad een rol. Hadden u en uw partner beiden last van bedplassen? Dan is er 77% kans dat ook uw kinderen zullen bedplassen. Plaste slechts één van u beiden in bed, dan is de kans dat uw kinderen dat ook doen ongeveer 44%.

Wat mogen wij als ouder zeker niet doen? Wat wel?

Uw kind is niet lui en het wacht niet te lang met naar het toilet gaan. Bij bedplassen is er niemand schuldig, u trouwens ook niet. Daarom zijn uw steun en begrip voor uw kind goud waard!

Niet OK

- Beschuldig uw kind niet.
- Verneder of straf uw kind niet.
- Zeg niet dat uw kind 'lui' is.
- Verbied uw kind niet om 's avonds te drinken.
- Maak uw kind 's nachts niet wakker. Het helpt hem niet om controle over zijn blaas te krijgen.

Wel OK

- Blijf kalm en rustig. Moedig uw kind aan.
- Zorg ervoor dat uw kind 's avonds geen te grote hoeveelheden drinkt. Moedig drinken overdag aan.
- Zorg ervoor dat uw kind de hoofdmaaltijd niet te dicht bij het slapengaan eet.
- Laat uw kind tijdens de dag regelmatig plassen (ongeveer om de 2 uur, zonder persen).
- Let erop dat uw kind zeker plast voor het naar bed gaan.
- Ga de praktische ongemakken tegen door aangepaste luierbroekjes te gebruiken. Deze luierbroekjes kan je kopen in de supermarkt. Vandaag de dag zijn er ook luierbroekjes die helemaal niet lijken op luiers, maar net echte onderbroekjes zijn.

Dag-, week- en nachtkalenders: wie, wat en wanneer?

Bedplassen heeft verschillende oorzaken of is een combinatie van meerdere factoren. Om het probleem van uw kind beter te begrijpen, vraagt uw arts om samen met uw kind een dag- en weekkalender in te vullen. Op die kalenders vult u de urineproductie overdag en 's nachts in. Maar ook informatie over het blaasvolume van uw kind, over de frequentie van plassen, het urineverlies en de vochtinname. Die 5 parameters geven uw dokter een vollediger beeld.

De dagkalender

2x 24u lang vult u de totale vochtinname, het aantal en de grootte van de plasjes en het aantal ongelukjes in.

De weekkalender

Die kalender gebruikt u 2 weken.

14 dagen lang noteert u het aantal ongelukjes 's nachts en het aantal keer dat uw kind opstaat om te plassen. U schrijft ook op wanneer uw kind gaat slapen en wanneer het opstaat. Tijdens die 2 weken moet u ook de nachtelijke hoeveelheid urine meten. U noteert dagelijks of er stoelgang gemaakt is.

Dag-, en weekkalender doen uw arts beter begrijpen wat er aan de hand is. Het gebruik zelf leidt soms al tot een vermindering van het bedplassen. Vul ze daarom consequent in!

NACHTKALENDER

Deze kalender is van: .....
Periode van ..../..../.... Tot ..../...../....

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
Week 1							
Week 2							
Week 3							
Week 4							

D= droog gebleven
N= natte nacht
O= opgestaan om te plassen

5. Bijlage : vragenlijst voor ouders

Vragenlijst voor ouders in het kader van de masterproef

'Valkuilen van niet-medicamenteuze behandeling van enuresis nocturna bij kinderen tussen 5 en 11 jaar en verwachtingen van hun ouders in de eerste lijn.'

---

1. Hoe oud is uw kind?
   .....

2. Is uw kind een jongen of een meisje?
   .....

3. Zit bedplassen in de familie? Zoja, bij wie?
   .....

4. Hoe vaak plast uw kind nog in bed?
   - Dagelijks
   - Een paar keer per week
   - Een paar keer per maand
   - Minder dan 1x/maand

5. Is uw kind reeds een periode van minimum 6 maanden droog geweest?
   - Ja. Op de leeftijd van: .....
   - Nee

6. Lijdt uw kind nog aan een van onderstaande symptomen? Zoja, kruis aan welk(e).
   - Broekplassen overdag
   - Incontinentie voor stoelgang
   - Onderbroken of zwakke plasstraal
   - Meer dan 8x/dag plassen
   - Moet lopen naar het toilet of is meestal net te laat
   - Pijn bij het plassen

7. Vanaf welke leeftijd denkt u dat bedplassen een probleem is dat onder medische begeleiding moet worden aangepakt?
   - Vanaf 4 jaar
   - Vanaf 5 jaar
   - Vanaf 6 jaar
   - Vanaf 7 jaar
   - Vanaf 8 jaar

8. Hoelang denkt u er al aan een arts te consulteren omwille van het bedplassen van uw kind?
   - Meer dan 1 jaar
   - Ongeveer 1 jaar
   - Ongeveer 6 maand
   - Ongeveer 1 maand
   - Ongeveer 1 week

9. Wat is de voornaamste reden waarom u vandaag een arts consulteert omwille van het bedplassen van uw kind?
   - Mijn kind maakt zich zorgen en stelt zich vragen bij dit probleem/mijn kind lijdt psychisch onder dit probleem
   - Mijn kind gaat binnenkort op kamp/logeren en ik wil dat dit probleem tegen die tijd opgelost is
   - De praktische rompslomp en kosten die bedplassen met zich meebrengt worden me teveel
   - Op aanraden van de schooljuf, familie of vrienden
   - Omdat de huisarts mij attent heeft gemaakt op dit probleem
   - Ik ben ongerust dat een onderliggend probleem aan de basis ligt
   - Andere:
     .....

10. Is het de eerste keer dat u een arts consulteert omwille van dit probleem?
    - Ja
    - Nee, ik raadpleegde al een huisarts.
    - Nee, ik raadpleegde al een specialist.

11. Hoelang verwacht u dat het zal duren vooraleer uw kind droog is?
    - 1 maand
    - 3 maand
    - 5 maand
    - 8 maand
    - Ongeveer 1 jaar

12. Van welke van de volgende zaken heeft u al gehoord? Kruis aan.
    - Plaswekker
    - Plasdagboek
    - Blaastraining

13. Verwacht u dat de huisarts medicatie zal opstarten tegen het bedplassen?
    - Nee
    - Ja, onmiddellijk.
    - Ja, indien het zonder medicatie niet lukt.

14. Verwacht u dat uw kind zal worden doorverwezen naar een specialist?
    - Nee
    - Ja, onmiddellijk.

    Ja, indien mijn kind na ..... (vul in) maanden nog niet droog is.

6. Bijlage 6: vragenlijst voor huisartsen

Vragenlijst voor huisartsen in het kader van de masterproef

'Valkuilen van niet-medicamenteuze behandeling van enuresis nocturna bij kinderen tussen 5 en 11 jaar en verwachtingen van hun ouders in de eerste lijn.'

---

1. Hoe lang staat u al in het vak?
   - Minder dan 5 jaar
   - 5-10 jaar
   - 10-20 jaar
   - Meer dan 20 jaar

2. Hoe hoog is het percentage kinderen dat door u behandeld wordt in de praktijk?
   - <5%
   - 5-10%
   - 10-20%
   - >20%

3. Wat is de frequentie van de aanmeldingsklacht enuresis nocturna in uw praktijk?
   - >20x/jaar
   - 10-20x/jaar
   - 5-10x/jaar
   - <5x/jaar
   - Nooit

4. Vanaf welke leeftijd moet volgens u enuresis worden behandeld?
   - 4 jaar
   - 5 jaar
   - 6 jaar
   - 7 jaar
   - 8 jaar

5. Kent u de aanbevelingen rond de behandeling van enuresis nocturna?
   - Ja, en ik tracht deze aanbevelingen zo goed als mogelijk te volgen
   - Ja, maar ik pas een eigen beleid toe
   - Ik ben niet op de hoogte van deze aanbevelingen

6. Vind u dat er een nomenclatuurnummer moet komen voor bedplasconsulten?
   - Ja
   - Nee
   - Geen mening

*Indien u op **vraag 3** 'Nooit' antwoordde, hoeft u op vraag 7, 7b, 8 en 9 niet te antwoorden.*

7. Wat doet u wanneer u de diagnose monosymptomatische enuresis nocturna heeft gesteld?
   - Ik behandel het kind eerst enkele maanden zelf op niet-medicamenteuze wijze (urotherapie)
   - Ik start desmopressine op
   - Ik verwijs het kind door naar pediater/uroloog
   - Ik verwijs het kind door naar een tertiair centrum
   - Andere: .....

7b. Indien u nog nooit urotherapie heeft toegepast, wat zijn de belangrijkste redenen hiervoor?

- Er bestaat geen nomenclatuurnummer voor deze medische interventie
- Ik ben onvoldoende op de hoogte van de verschillende niet-medicamenteuze therapeutische opties
- Ik geloof niet dat advies, educatie en het plasdagboek voldoende kunnen zijn in de behandeling van enuresis nocturna
- Ik heb de middelen niet in de praktijk om de therapie voldoende goed op te starten en te vervolledigen
- Tijdsgebrek
- Andere:
  .....

8. Gaf u ooit zelf het advies tot opstarten van de plaswekker?
   - Ja
   - Nee

Vragen 9 en 10 *dienen enkel beantwoord te worden indien u zelf al enuresis nocturna behandelde op niet-medicamenteuze wijze.*

9. Wat is het percentage aan succesvolle behandelingen van enuresis nocturna binnen uw praktijk (een behandeling is succesvol indien een kind, zonder doorverwijzing, gedurende 3 opeenvolgende maanden droog is)?
   - 0%
   - 10%
   - 33%
   - 50%
   - 80%
   - >80%

10. Met welke problemen kwam u zelf al in contact bij behandeling van enuresis nocturna op niet-medicamenteuze wijze?
    - Onvoldoende medewerking van de ouders
    - Onvoldoende medewerking van het kind
    - Onvoldoende tijd om de juiste uitleg te geven en voldoende op te volgen
    - Onvoldoende beschikbare informatie rond niet-medicamenteuze behandeling van enuresis nocturna
    - Onvoldoende kennis rond/ervaring met deze aandoening
    - Onvoldoende beschikbare middelen als plasdagboeken, maatbekers, infobrochures,…
    - Andere:
      .....
      .....
      .....

7. Bijlage 7: aanvraagformulier ethisch comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

VALKUILEN VAN NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING BIJ KINDEREN MET ENURESIS NOCTURNA TUSSEN 5 EN 11 JAAR EN VERWACHTINGEN VAN HUN OUDERS IN DE 1STE LIJN.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. AN DE SUTTER
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 093326104
- FAX: 093324967
- E-MAIL: AN.DESUTTER@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. TOM DECLERCQ
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 093323610
- FAX: 093324967
- E-MAIL: TOMRW.DECLERCQ@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: HELEEN DE VUYST
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0472887364
- E-MAIL: HELEEN_DE_VUYST@HOTMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. ELS DEBEKKER
- ADRES: KLEIN ZOTTEGEM 76, 9520 VLIERZELE
- TELEFOONNUMMER: 053608080
- E-MAIL: PRAKTIJK@DOKTERDEBEKKER.BE
- TYPE-PRAKTIJK: SOLO-PRAKTIJK

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 15/03/2017 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 1/09/2018

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ☐ VRAGENLIJSTEN
  - ☐ INTERVIEW
- ☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ☐ WELKE PERIODE: ….
- ☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ☐ FASE I
    - ☐ FASE II
    - ☐ FASE III
    - ☐ FASE IV
    - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ☐ MEDICAL DEVICE
    - ☐ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Enuresis nocturna of bedplassen is een vaak voorkomend probleem bij kinderen en meestal, wanneer er geen comorbiditeit is, ook gemakkelijk behandelbaar. Toch worden kinderen met deze aandoening meestal te snel doorverwezen naar 2de of zelfs 3de lijn en regelmatig gaan ouders zelfs zonder doorverwijzing naar de pediater of uroloog. De, voor vele ouders, toch wel grote stap naar het ziekenhuis kan zorgen voor uitstel van de aanpak van het probleem en hardnekkiger worden van de klachten met alle psychologische, logistieke en sociale gevolgen van dien. Ondanks het feit dat er duidelijke en makkelijk toepasbare protocols bestaan voor de aanpak van dit probleem in eerste lijn is bij het leeuwendeel van de huisartsen onmiddellijke doorverwijzing de standaard geworden.

In dit project wil ik nagaan wat de struikelblokken zijn van de behandeling van enuresis nocturna in de eerste lijn om zo een verklaring te vinden voor te snelle doorverwijzingen. Ik zal ook peilen naar de verwachtingen van ouders bij aanmelding van deze klacht en naar hun tevredenheid tijdens en na afronden van de behandeling of bij doorverwijzing. Ik zal trachten verbanden te vinden tussen deze verwachtingen en de moeilijkheden die de huisarts ondervindt bij het begeleiden van een kind met enuresis. '*Valkuilen van niet-medicamenteuze behandeling bij kinderen met enuresis nocturna tussen 5 en 11 jaar en verwachtingen van hun ouders in de eerste lijn'* is dan ook de logische titel voor deze masterproef.

Patiënten worden gerecruteerd op verschillende manieren: een poster in de wachtzaal, een aankondiging op de website van de praktijk alsook actieve bevraging naar bedplassen bij kinderen tussen 5 en 11 jaar. Tijdens het eerste consult wordt gevraagd aan de ouders om een vragenlijst in te vullen die peilt naar hun verwachtingen omtrent duur, intensiteit en manier van aanpakken en die ook een beeld schept van het profiel van het kind en de aard van de enuresis. Voor de behandeling van het kind wordt gebruik gemaakt van de geadapteerde duodecimrichtlijn 'Enuresis in a child'. Grondige anamnese met kadrering van de klacht en

aangepast advies en educatie zullen tijdens het eerste consult de peilers zijn waarbinnen mogelijke valkuilen zullen worden opgespoord. Het kind wordt opgevolgd met intervallen van 1 maand waarbij telkens het plasdagboek wordt geanalyseerd en op deze manier de evolutie wordt nagegaan. Indien nodig wordt, conform de richtlijnen, aangepast advies gegeven en een nieuwe vorm van behandeling opgestart. Wanneer hier een indicatie voor bestaat, zal ook worden doorverwezen. Bij beëïndigen van de behandeling of bij doorverwijzing van het kind zal opnieuw aan de ouders gevraagd worden een vragenlijst in te vullen. Na elk consult zullen de door mezelf ondervonden moeilijkheden worden opgelijst. Aan de hand van deze oplijsting en een vragenlijst omtrent de behandeling van enuresis ingevuld door verschillende collega-huisartsen, in combinatie met de door de ouders ingevulde vragenlijsten, zal ik trachten te achterhalen waarom huisartsen deze behandeling liever uit handen geven. Ik zal ook trachten deze moeilijkheden te omzeilen met mogelijke oplossingen. Op deze manier hoop ik de behandeling van enuresis nocturna meer haalbaar te maken voor de huisarts en zo de drempel voor de patiënt te verlagen, met minder therapieresistentie en psychologische en logistieke gevolgen bij zowel ouders als kind als resultaat.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ NEE

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE : UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
   - ❑ JA
   - ❑ NEEN

NOOT : HET ONDERZOEK WORDT NIET GEDAAN OP DE PATIËNTEN (KINDEREN) LIJDEND AAN ENURESIS NOCTURNA, MAAR ER WORDT GEPEILD NAAR DE VERWACHTINGEN VAN HUN OUDERS ROND THERAPIE DOOR MIDDEL VAN EEN VRAGENLIJST. HET ONDERZOEK HOUDT DUS GEEN NIEUWE THERAPEUTISCHE INTERVENTIE IN, MAAR AAN DE HAND VAN BESTAANDE RICHTLIJNEN WORDT EEN STANDAARD INTERVENTIE UITGEVOERD EN WORDT OP VERSCHILLENDE MANIEREN NAGEGAAN WELKE DE STRUIKELBLOKKEN VAN DEZE STANDAARD ZIJN.

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
   - ❑ JA
   - ❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: OUDERS VAN 9 À 12 KINDEREN BEHANDELD VOOR ENURESIS + EEN 10-TAL HUISARTSEN.

D. LEEFTIJD : OUDERS VAN KINDEREN TUSSEN 5 EN 11 JAAR EN IN HET BEROEP ACTIEVE HUISARTSEN.

E. GESLACHT : BEIDEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?
   EEN POSTER IN DE WACHTZAAL EN EEN AANKONDIGING OP DE WEBSITE VAN DE PRAKTIJK WAARIN WORDT MEEGEDEELD DAT BEDPLASSEN IN DE PRAKTIJK WORDT AANGEPAKT ALSOOK ACTIEVE BEVRAGING NAAR BEDPLASSEN BIJ KINDEREN TUSSEN 5 EN 11 JAAR. HUISARTSEN ZULLEN WORDEN GEMAILD ALSOOK PERSOONLIJK WORDEN AANGESPROKEN MET HET VERZOEK DE BIJGEVOEGDE VRAGENLIJST IN TE VULLEN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- ☐ JA
- ☐ NEEN

MONDELING :

- ☐ JA
- ☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEE

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ☐ JA
- ☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ☐ JA
- ☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT. WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

DOOR HET VERSCHIJNEN VAN DE DUODECIMRICHTLIJN 'ENURESIS IN A CHILD' EN DE RECENT AANGEBRACHTE BELGISCHE AANPASSINGEN VAN DEZE RICHTLIJN, BESTAAT EEN DUIDELIJK PROTOCOL VOOR DE AANPAK VAN DEZE AANDOENING IN DE EERSTE LIJN. TOCH VERWIJST EEN GROOT DEEL VAN DE HUISARTSEN PATIËNTEN MET DEZE KLACHT ONMIDDELLIJK DOOR. ONDERZOEK NAAR REDENEN VOOR DEZE SNELLE DOORVERWIJZING WERD, ZOWEL IN BELGIË ALS DAARBUITEN, NOG NIET GEDAAN. OOK WERD NOG NIET GEPEILD NAAR DE VERWACHTINGEN VAN DE OUDERS OMTRENT DEZE BEHANDELING EN EEN MOGELIJK VERBAND MET HET SLAGEN VAN THERAPIE IN DE EERSTE LIJN. HET IS EEN ALGEMENE TREND DAT ONDERZOEK NAAR THERAPEUTISCHE MOGELIJKHEDEN VAN ENURESIS NOCTURNA VOORNAMELIJK GEDAAN WORDT IN 2DE EN 3DE LIJN, WAT DIT ONDERZOEK UNIEK MAAKT.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?
   - ☐ JA
   - ☐ NEEN

KINDEREN ZULLEN WORDEN BEHANDELD VOLGENS DE ALGEMENE RICHTLIJNEN, EN KRIJGEN DUS ZORG VAN DE BESTE KWALITEIT TIJDENS DIT ONDERZOEK.

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?
   - ☐ JA
   - ☐ NEEN

STRUIKELBLOKKEN MBT DE BESTAANDE RICHTLIJNEN ZULLEN WORDEN OPGESPOORD EN, INDIEN MOGELIJK, WORDEN AANGEPAKT, WAT PATIËNTEN MET ENURESIS (EN HUN OUDERS) ALLEEN MAAR TEN GOEDE KOMT.

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?
   - ☐ JA
   - ☐ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:
   - ☐ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
   - ☐ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.
     WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...
   - ☐ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.
     WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
   (DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ☐ JA
- ☐ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? DR. HELEEN DE VUYST

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?
   - ☐ JA
   - ☐ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?
   - ☐ JA
   - ☐ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? DR. HELEEN DE VUYST

SECTIE 21-24 WEGGELATEN GEZIEN NIET INTERVENTIONEEL.

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

☒ NIET VAN TOEPASSING
☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

- ☐ ERELOON:
- ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 24/02/17
NAAM : Heleen De Vuyst
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 24/02/2017
NAAM : Debekker E.
HANDTEKENING :

Dokter Debekker E.
Klein Zottegem 76
9520 Vlierzele
1/47104/45/004

PROMOTOR

DATUM : 21.07.2017
NAAM : A. De Sutter
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 24 02 2017
NAAM :
HANDTEKENING :

DECLERCQ Tom Huisarts
Huisartsengroepspraktijk
"De Stroom"
Gaversesteenweg 254 - 9820 MERELBEKE
1-46460-10-004 Tel. [illegible] 31 32

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

8. Bijlage 8: informatieformulier voor proefpersonen

Informatieformulier voor deelname aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek.

Behandeling van bedplassen door de huisarts: wat verwachten ouders ervan en waarom verwijzen huisartsen zo snel door?
'Valkuilen van niet-medicamenteuze behandeling bij kinderen met enuresis nocturna tussen 5 en 11 jaar en verwachtingen van hun ouders in de eerste lijn.'

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. U ontvangt deze brief omdat uw kind aan bedplassen lijdt en hiervoor in behandeling gaat bij uw huisarts, of omdat u zelf huisarts bent. Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft.

1. Algemene informatie
Dit onderzoek, met als opdrachtgever Universiteit Gent, wordt gedaan door Huisarts in Opleiding Dr. Heleen De Vuyst en zal gebeuren binnen deze huisartsenpraktijk. Voor dit onderzoek zijn ongeveer 10 ouders van kinderen met bedplassen nodig, alsook ongeveer 10, nog in het beroep actieve, huisartsen.
Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie.

2. Doel van het onderzoek
Het doel van dit onderzoek is nagaan wat de struikelblokken zijn van de behandeling van bedplassen binnen de huisartsenpraktijk om op deze manier oplossingen te vinden voor mogelijke problemen en zo de behandeling van bedplassen meer haalbaar te maken voor de huisarts. De struikelblokken van deze behandeling zullen door de onderzoeker al doende worden achterhaald door kinderen met bedplassen volgens de bestaande richtlijnen te behandelen. Problemen die zich voordoen tijdens deze behandeling zullen worden opgelijst. Aan collega-huisartsen zal worden gevraagd een vragenlijst in te vullen over de behandeling van bedplassen in de eigen praktijk. Tot slot zal aan de ouders van de behandelde kinderen worden gevraagd om, aan de hand van een vragenlijst aan het begin en op het einde van de behandeling, hun verwachtingen rond deze behandeling te rapporteren.

3. Wat meedoen inhoudt
De duur van deelname hangt af van de duur van behandeling van uw kind.
Aan het begin van behandeling zal u gevraagd worden een korte vragenlijst in te vullen en dit ook op het einde van behandeling of bij doorverwijzing naar een geneesheer-specialist. De gemiddelde enuresis behandeling in de huisartsenpraktijk duurt ongeveer 6 maanden. Indien u huisarts bent zal u slechts eenmalig gevraagd worden een korte vragenlijst in te vullen.

U bent geschikt om mee te doen aan dit onderzoek wanneer u een kind heeft tussen 5 en 11 jaar met bedplassen zonder onderliggende aandoening. Of wanneer u een, in het beroep actieve, huisarts bent. Volgens de standaard richtlijnen rond de behandeling van bedplassen zal uw kind met intervallen van 1 maand worden opgevolgd. Enkel tijdens het 1ste en laatste consult bij de huisarts zal u worden gevraagd een korte vragenlijst in te vullen. Indien nodig zal uw kind worden doorverwezen naar een geneesheer-specialist. Indien u huisarts bent zal u slechts eenmaal een vragenlijst invullen.

4. Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u niet wilt meedoen, wordt uw kind op de gebruikelijke manier behandeld voor zijn aandoening. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. Uw kind wordt dan gewoon op de gebruikelijke manier verder behandeld. U hoeft niet te zeggen waarom u stopt.

5. Einde van het onderzoek

Uw deelname aan het onderzoek stopt als

- Uw kind gedurende 3 opeenvolgende maanden droog is, zowel 's nachts als overdag
- Uw kind wordt doorverwezen naar een geneesheer-specialist
- U of uw kind zelf kiest om te stoppen
- U als huisarts de volledige vragenlijst heeft doorlopen

6. Gebruik en bewaren van de gegevens

Het invullen van de vragenlijsten gebeurt gecodeerd. Dit wil zeggen dat aan deze vragenlijsten een code zal worden toegekend waarvan alleen de onderzoeker op de hoogte is. Informatie over uw kind, bekomen tijdens de consultatie, zal ook worden opgenomen in het onderzoek, maar informatieverwerking zal in dit geval ook gecodeerd en dus vertrouwelijk gebeuren.

7. Ondertekening toestemmingsformulier

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, zullen wij u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek.

Het handtekeningenblad wordt door uw behandelend arts bewaard.

Dank voor uw aandacht.

9. Bijlage 9: toestemmingsformulier voor proefpersonen

Toestemmingsformulier voor deelname aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek.

Behandeling van bedplassen door de huisarts: wat verwachten ouders ervan en waarom verwijzen huisartsen zo snel door?

'Valkuilen van niet-medicamenteuze behandeling bij kinderen met enuresis nocturna tussen 5 en 11 jaar en verwachtingen van hun ouders in de eerste lijn.

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet meer mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik weet dat de onderzoeker de gegevens van mijn kind kan inkijken. Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van de door mij ingevulde vragenlijsten en de tijdens de consultatie verworven gegevens van mijn kind op de manier en voor de doelen die in de informatiebrief staan.
- Ik sta toe dat de onderzoeker mij, indien hij dit nodig vindt, tijdens of na het verloop van de studie telefonisch contacteert met eventueel verdere vragen die betrekking hebben op dit onderzoek.
- Ik geef toestemming om mijn gegevens nog na dit onderzoek te bewaren.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam proefpersoon:

Handtekening: Datum : __ / __ / __

Ik verklaar dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker:

Handtekening: Datum: __ / __ / __

10. Bijlage 10: goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Att.: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr D. Mallys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 55 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2017/0417	27-apr-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Valkuilen van niet-medicamenteuze behandeling bij kinderen met enuresis nocturna tussen 5 en 11 jaar en verwachtingen van hun ouders in de 1ste lijn. Manafvia: Heleen De Vuyst

Belgisch Registratienummer: B670201732148

* Antwoord onderzoekers ontvangen via mail dd. 19/04/2017 van Heleen De Vuyst op opmerkingen HC dd. 4/04/2017
* Antwoord onderzoekers ontvangen via mail dd. 19/04/2017 van Heleen De Vuyst op opmerkingen EC dd. 4/04/2017
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 7/04/2017
* Informatieformulier (bijlage 1) - (versie 2) dd. 7/04/2017
* Toestemmingsformulier (bijlage 2) -(versie 2) dd. 7/04/2017
* Vragenlijsten
  - vragenlijst 1 voor de ouders (bijlage 3) - (versie 2 dd. 07/04/2017)
  - vragenlijst 2 voor de ouders (bijlage 4) - (versie 2 dd. 07/04/2017)
  - vragenlijst voor de huisarts (bijlage 5) - (versie 2 dd. 07/04/2017)
* Rekrutering materiaal
  poster voor in wachtzaal (bijlage 6) - (versie 2 dd. 07/04/2017)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 19/04/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 19/04/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Voorafgaand het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bijmetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 19/04/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 19/04/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bijmetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/05/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/05/2017

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185 B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Pesse
09/332 26 99
sandra.depesse@uzgent.be