Niet-medicamenteuze adviezen bij functionele obstipatie

Dr. Verniers Eva, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Willems Sara, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Vanden Bussche Pierre, Universiteit Gent

Praktijkopleider: Dr. Poppe Bart, Praktijk Sterrestraat

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.

ABSTRACT

CONTEXT: Een belangrijk probleem in de eerste lijn is het onnodig voorschrijven van medicatie daar waar de richtlijnen adviseren te starten met niet-medicamenteuze adviezen en levensstijlveranderingen. Een voorbeeld bij uitstek in mijn huidige opleidingspraktijk was de aanpak van obstipatie. Een klacht waarvoor het merendeel van de patiënten medicamenteus werden behandeld met een laxativum, al dan niet in combinatie met een aantal levensstijladviezen.

ONDERZOEKSVRAAG: Schrijven de artsen met behulp van nieuwe praktijkrichtlijnen minder laxativa voor en krijgen patiënten als eerste stap in hun therapie levensstijladviezen mee? Zijn de gegeven adviezen effectief in het behandelen van obstipatie en zijn patiënten tevreden met de gekregen behandeling?

METHODE: Er werd gebruik gemaakt van het FOCUS-stappenplan en de PDCA-cirkel. Na een oriënterend literatuuronderzoek rond obstipatie werd een praktijkrichtlijn opgesteld met informatie om mee te geven aan de patiënten. Een retrospectief databank onderzoek werd uitgevoerd om de uitkomstindicatoren te bepalen. Een nieuwe databank analyse werd verricht na de afloop van het project om de evolutie in het beleid te onderzoeken. Via een vragenlijst werd de patiënt bevraagd over de toepassing en effectiviteit van de adviezen en de tevredenheid over het ingestelde beleid.

RESULTATEN: Tijdens het onderzoek kreeg 50% (46/92) een laxativum mee ten opzichte van 78,9% (60/76) voor de start van het onderzoek. Bovendien kreeg de overige 50% (46/92) enkel levensstijladviezen ten opzicht van 21% (16/76) in het vooronderzoek. In totaal kreeg 58,7% (54/92) geschreven adviezen mee, al dan niet in combinatie met een laxativum ten opzichte van 67,1% (51/76). Er is een significant verschil tussen het beleid in beide groepen. Het onderzoek naar de effectiviteit van de adviezen en de tevredenheid van de patiënten werd uitgevoerd bij personen die de vragenlijst invulden en die geen medicatie innamen. De meeste personen (63,2%; 12/19) ervaarden met het toepassen van deze adviezen beterschap. Slechts 2 patiënten (10,5%) voldeden niet meer aan twee of meer diagnostische criteria van obstipatie. De BSFS viel bij 57,9% (11/19) patiënten binnen de gewenste zone ten opzicht van 36,8% (7/19) in het vooronderzoek. Het verschil met de BSFS voor de start van het onderzoek is significant. De meeste patiënten (16/19; 84,2%) waren tevreden met de gekregen behandeling die bestond uit uitsluitend adviezen. Deze positieve attitude ten opzichte van levensstijlveranderingen is bij 94,7% van de patiënten aanwezig. De meeste levensstijladviezen zijn volgens de patiënten haalbaar om op te volgen.

CONCLUSIE: Gedurende het kwaliteitsverbeterend project kreeg de grootste groep patiënten alleen maar geschreven adviezen mee, waar dit voordien voornamelijk in combinatie met een laxativum werd gegeven. Er kan gesproken worden van een succesvol praktijkverbeterproject, gezien de artsen in vergelijking met de retrospectieve databank analyse erin slaagden minder laxativa voor te schrijven en dat patiënten frequenter alleen niet-medicamenteuze adviezen kregen. Men slaagde er echter niet in om het voorschrijven van laxativa te combineren met het geven van levensstijladviezen, ondanks dit in de richtlijnen geadviseerd wordt. Volgens de afgenomen vragenlijst ervaarden de patiënten subjectief en objectief beterschap, maar de meeste bleven voldoen aan de diagnostische criteria van obstipatie. De meeste respondenten waren tevreden met de toepasbaarheid en het effect van de gekregen adviezen.

DANKWOORD

Deze masterproef werd mogelijk gemaakt dankzij de hulp van enkele belangrijke spilfiguren, tot wie ik mij graag richt in dit woord van dank.

Mijn oprechte dank gaat uit naar mijn copromotor Dr. Pierre Vanden Bussche voor de verfrissende kijk en goeie raad, waardoor ik na elke vergadering met goeie moed verder kon. Ook ben ik dankbaar voor zijn opmerkzaamheid bij het nalezen van dit werk.

Mijn promotor, Prof. Dr. Sara Willems, verdient eveneens een belangrijke plaats in deze dankbetuiging voor haar inbreng. Dankzij haar inzicht en ervaring werd ik van bij het begin in de juiste richting gestuurd om een kwalitatief en relevant project te volbrengen.

Een belangrijke vermelding verdienen de artsen in mijn opleidingspraktijk voor hun medewerking aan de studie, hun oprechte interesse en onophoudelijke enthousiasme. Mijn praktijkopleiders Dr. Bart Poppe en Dr. Frederik Huysentruyt wil ik graag bedanken voor hun continue reflectie over het onderwerp en voor de gedetailleerde bemerkingen bij het nalezen. Daarnaast wil ik Dr. Piet Vermeiren en Dr. Anneloor Dierickx prijzen voor hun bijdrage gedurende de voorbije maanden.

Ook dank ik diëtist Sander Schelfout en apothekers Christian Huyghe, Piet Beauprez en hun collega's voor hun medewerking en hulp bij het brainstormen rond de visgraatanalyse.

Tot slot dank ik Dr. Leslie Naesens voor zijn adviezen en kritische blik bij het reflecteren over de studie en het lezen van dit eindwerk.

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT 3

DANKWOORD 4

INHOUDSTAFEL 5

A. INLEIDING 8

1. Richtlijnen 8

2. Obstipatie 8

3. Doel van het onderzoek 9

B. ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK 10

1. Richtlijnen en reviews rond de aanpak van obstipatie 10

1.1 Zoekstrategie 10

1.2 Conclusie 10

1.2.1 Diagnose 10

1.2.2 Beleid 12

1.2.2.1 Stap 1: Niet-medicamenteuze adviezen 12

1.2.2.2 Stap 2: Medicamenteuze therapie 12

1.2.3 Verwijzing 13

2. Kwaliteitsverbeterende projecten rond niet-medicamenteuze adviezen 14

2.1 Zoekstrategie 14

2.2 Conclusie 14

3. Effectiviteit van levensstijlveranderingen bij functionele obstipatie 14

3.1 Zoekstrategie 14

3.2 Conclusie 15

3.2.1 Levensstijladviezen 15

3.2.2 Vezels 15

3.2.3 Vocht 16

3.2.4 Beweging 16

3.2.5 Andere adviezen 16

C. ONDERZOEKSMETHODIEK 17

1. FOCUS 17

1.1 Algemeen 17

1.2 Understand problem 18
1.2.1 Visgraatanalyse 18
1.2.1.1 Mensen 18
1.2.1.1.1. Patiënt 18
1.2.1.1.2. Arts 19
1.2.1.1.3. Apotheker 19
1.2.1.2 Infrastructuur 20
1.2.1.3 Praktijkfunctioneren 20
1.2.1.4 Externe maatschappelijke factoren 20
1.2.2 Retrospectieve dataverzameling 20
2. PDCA 22
2.1 Plan 22
2.1.1 Praktijkrichtlijn 22
2.1.2 Onderzoeksgroep 22
2.1.2.1 Inclusiecriteria 22
2.1.2.2 Exclusiecriteria 23
2.2 Do 23
2.3 Check 23
2.3.1 Tussentijdse evaluaties 23
2.3.2 Eindanalyse kwaliteitsverbeterend project 23
2.3.2.1 Populatie 24
2.3.2.1.1 Geïncludeerde patiënten 24
2.3.2.1.2 Databank onderzoek 24
2.3.2.2 Analyse voorgeschreven behandeling 25
2.3.2.3 Effectiviteit van de adviezen 25
2.3.2.4 Patiëntentevredenheid 25
2.3.2.5 Statistische analyse 26
2.4 Act 26
D. RESULTATEN 27
1. Retrospectief onderzoek 27
1.1. Populatie 27
1.2. Behandeling 29
1.3. Opvolging 30

2. Kwaliteitsverbeterend project 32
2.1 Populatie 32
2.1.1 Databank onderzoek 32
2.1.2 Geïncludeerde patiënten 33
2.2 Voorgeschreven behandeling 37
2.2.1 Medicatiegebruik 37
2.2.2 Verschil in voorgeschreven behandeling 38
2.3 Effectiviteit van de adviezen 39
2.4 Patiëntentevredenheid 42
E. DISCUSSIE 43
1. Praktijkrichtlijn 43
2. Populatie 43
2.1 Inclusiecriteria 43
2.2 Frequentie 44
2.3 Restgroep 45
3. Behandeling 46
4. Opvolging 46
5. Effectiviteit en tevredenheid 47
F. BESLUIT 48
G. REFERENTIES 50
H. BIJLAGE 53
1. Bristol Stool Form Scale (BSFS) 53
2. Poster wachtkamer 54
3. Praktijkrichtlijn 55
3.1 Checklist 55
3.2 Adviezenlijst 56
3.3 Vezellijst 57
3.4 Informatiebrief voor de deelnemer 59
3.5 Toestemmingsformulier 61
3.6 Vragenlijst 62
4. Goedkeuring Ethisch Comité 64
5. Goedgekeurd protocol 66

A. INLEIDING

1. Richtlijnen

De introductie van evidence-based medicine (EBM) als standaard in de medische besluitvorming heeft geleid tot het ontwikkelen van richtlijnen met als doel de kwaliteit van de gezondheidszorg te kunnen verbeteren. In Vlaanderen neemt de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn de taak op zich om reeds bestaande aanbevelingen te herzien en nieuwe multidisciplinaire richtlijnen te ontwikkelen. Deze werkgroep is een samenwerking tussen Domus Medica, de vier Vlaamse universitaire huisartsencentra, het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM), Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid (BAPCOC), Minerva en andere zorgverstrekkers uit de eerste lijn. Het doel is deze aanbevelingen via de website van ebpracticenet (www.ebpnet.be) ter beschikking te stellen om de toegankelijkheid voor gezondheidszorgprofessionals maximaal te houden.

Huisartsen-in-opleiding worden geacht deze richtlijnen als basis voor hun huidige en toekomstige praktijkvoering te gebruiken. De inhoud van de 'kennistoets' voor huisartsgeneeskunde wordt opgesteld aan de hand van de Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering van Domus Medica en de Nederlandse Standaarden voor Huisartsgeneeskunde van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG). Ondanks deze systematische reviews stellen we vast dat deze waardevolle inzichten niet steeds hun weg vinden naar de dagelijkse praktijk. Een belangrijk probleem is het onnodig voorschrijven van medicatie daar waar de voorkeur bestaat voor het aanwenden van niet-medicamenteuze adviezen en levensstijlveranderingen. Een voorbeeld bij uitstek in mijn huidige opleidingspraktijk was de aanpak van obstipatie. Een klacht waarvoor het merendeel van de patiënten medicamenteus werd behandeld met een laxativum, al dan niet in combinatie met een aantal levensstijladviezen.

2. Obstipatie

Obstipatie (ICPC D12) is een frequent voorkomend probleem met een significante impact op de levenskwaliteit en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. (1-4) In Nederland ligt de prevalentie op 10-30%. (5) Slechts een beperkt deel van de mensen consulteert zijn huisarts met dit probleem. De gemiddelde prevalentie en incidentie binnen de Nederlandse huisartsenpraktijk bedroegen in 2016 respectievelijk 36,5 en 19,5 per 1000 patiëntenjaren. Hierbij valt op dat vrouwen ongeveer dubbel zo vaak klachten ervaren als mannen. (6) De Belgische Intego database toont voor het jaar 2015 een incidentie van 9,291 per 1000 patiënten per jaar die de huisarts consulteerden. Op basis van deze cijfers werd een schatting gemaakt van de incidentie van patiënten die op consultatie komen met de klacht obstipatie binnen de geschatte praktijkpopulatie, wat leidt tot een vermoed incidentiecijfer van 7,552 per 1000 patiënten per jaar. (7)

Patiënten met obstipatie krijgen meestal een laxativum voorgeschreven. Onderzoek uit 2011 in België schat de jaarlijkse omzet van de verkoop van laxativa die voorgeschreven werden door een arts op 7,5 miljoen euro. De totale omzet van de verkoop, zowel met als zonder voorschrift, bedroeg echter 47,5 miljoen euro, wat erop wijst dat het merendeel van de medicatie zonder voorschrift afgehaald werd. (8, 9) Deze geneesmiddelen lijken effectief in het behandelen van de klachten, toch zijn er weinig kwalitatieve

studies voorhanden om dit te staven. (3) Gerapporteerde bijwerkingen zijn eerder zeldzaam en bestaan onder meer uit abdominale pijn, flatulentie, borborygmata, diarree en elektrolietstoornissen.. Er is echter weinig onderzoek verricht naar de veiligheid van deze middelen en de mogelijkheid van ernstige bijwerkingen zoals schade aan het gladde spierweefsel en zenuwvezels van de darm. Deze laatste werden beschreven in proefdierstudies, maar konden nooit aangetoond worden in goede kwalitatieve onderzoeken bij een humane patiëntenpopulatie. (5, 10-13)

In de huidige NHG-richtlijn rond 'obstipatie' wordt geadviseerd om de behandeling in de eerste plaats te richten op een aanpassing van de levensstijl en het toepassen van niet-medicamenteuze adviezen. De meest voorkomende oorzaken van obstipatie in de eerste lijn zijn immers gerelateerd aan voeding, vochtinname en psychologische factoren. (13) Het toepassen van deze adviezen kan reeds een verlichting van de klachten geven zodat patiënten minder geneigd zijn te grijpen naar laxativa. Op die manier kan vermeden worden dat de doelgroep medicatie-gerelateerde bijwerkingen ondervindt en kan daarenboven het bijhorende kostenplaatje ruim beperkt worden.

3. Doel van het onderzoek

Het opzet van dit onderzoek is de kwaliteit van zorg binnen mijn opleidingspraktijk te verbeteren door het optimaliseren van de implementatie van de NHG-richtlijn 'obstipatie'. Het beoogde doel is het veranderen van de aanpak van functionele obstipatie door de artsen minder laxativa te laten voorschrijven en de patiënten altijd niet-medicamenteuze adviezen mee te geven. Daarnaast wil men de patiënten bewustmaken van de invloed van levensstijl op hun klachten. Een bijkomende analyse wordt uitgevoerd om de effectiviteit van onze adviezen en de tevredenheid van de patiënten te beoordelen.

B. ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

1. Richtlijnen en reviews rond de aanpak van obstipatie

1.1 Zoekstrategie

Het watervalprincipe werd gehanteerd om relevante wetenschappelijke literatuur te verwerven. Door middel van de zoektermen 'constipatie' of 'obstipatie' werden de desbetreffende standaarden van NHG, Domus Medica en ebpracticenet geraadpleegd. Via deze zoekstrategie weerhielden we 2 richtlijnen, meer bepaald de NHG-standaard 'obstipatie' en een buitenlandse richtlijn aangepast aan de Belgische zorgcontext 'obstipatie bij de volwassene'. (5, 14) De meest bruikbare informatie werd uit de NHG-richtlijn gehaald, die als basis voor onze praktijkrichtlijn gebruikt werd. Het doorzoeken van de EBM-tijdschriften (Minerva, Evidence Based Medicine) met de zoektermen 'obstipatie' en 'constipation' leverde 1 relevant artikel op. (15) Op basis van de trefwoorden 'constipation' en 'guidelines' werd de website van Cebam Digital Library for Health (CDLH) afgespeurd naar overige Westerse richtlijnen en bruikbare reviews rond obstipatie. (3, 16-22)

1.2 Conclusie

1.2.1 Diagnose

De meeste richtlijnen, onder meer de NHG-standaard 'Obstipatie' (2010), hanteren al dan niet partieel een versie van de Rome-criteria als basis voor de diagnosestelling van obstipatie bij volwassenen. (3, 5, 16, 18-22) Er is sprake van obstipatie wanneer er ten minste twee van onderstaande symptomen aanwezig zijn gedurende minimum 25% van de tijd:

- Defecatiefrequentie van maximaal 2 keer per week;
- Hard persen tijdens de defecatie;
- Harde en/of keutelige defecatie;
- Gevoel van incomplete defecatie;
- Gevoel van anorectale obstructie of blokkade;
- Digitale handelingen noodzakelijk om ontlasting te verwijderen.

De NHG-standaard verwijst partieel naar de Rome-III-criteria. Een belangrijk verschil is dat patiënten bij de laatstgenoemde aan twee extra diagnostische criteria moeten voldoen alvorens ze de diagnose functionele constipatie (FC) krijgen: de patiënt mag zonder het gebruik van laxativa zelden losse stoelgang hebben en er mag niet voldaan worden aan de criteria van het prikkelbare darmsyndroom type constipatie (IBS-C). Naar analogie met de NHG-richtlijnen en het idee dat FC en IBS-C tot een continu spectrum behoren met een significante overlap, wordt de aanwezigheid van deze criteria in ons onderzoek niet beschouwd als exclusiemaatregel. Andere richtlijnen houden hiermee echter wel rekening. (3, 5, 16)

De Rome-III-criteria hanteren een tijdsvenster waarbij de symptomen minstens 6 maanden voor de diagnose zijn begonnen en gedurende de laatste 3 maanden aanwezig zijn. Dit criterium wordt in de NHG-standaard niet opgenomen, gezien patiënten vaak niet zo lang wachten om met de klacht op consultatie te komen. In ons onderzoek volgen we de NHG-standaard, bijgevolg wordt niet gedifferentieerd tussen acute en chronische obstipatie. (5, 16)

Chronische obstipatie kan verder onderverdeeld worden in drie types: ‘normal transit’-obstipatie, ‘slow transit’-obstipatie of een bekkenbodemdysfunctie. Aanvullend onderzoek in de tweede lijn is nodig om deze diagnose te stellen en is enkel geïndiceerd indien een primaire behandeling onvoldoende werkzaam is. (3, 5, 16)

Naast de onderverdeling in tijdsduur, wordt in de literatuur eveneens een opsplitsing gemaakt tussen functionele en secundaire obstipatie. (5, 17)

- Functionele obstipatie: Er zijn geen aanwijzingen voor een onderliggende somatische oorzaak.
- Secundaire obstipatie: Obstipatie door een onderliggende somatische oorzaak (Tabel 1). Alarmsymptomen zijn gewichtsverlies, bloed in de stoelgang, anemie, acute verandering in stoelgangpatroon boven de leeftijd van 50 jaar, uitgesproken abdominale pijn en familiale voorgeschiedenis van coloncarcinoom of inflammatoire darmziekten. De behandeling van dit type vergt verder diagnostisch onderzoek of de opstart van medicatie en wordt hier niet besproken. (3, 5, 16)

Tabel 1: Oorzaken secundaire obstipatie

- Maligniteit - Ileus - Medicatie: opioïden, anticholinergica, serotonineheropnameremmers, anti-epileptica, bisfosfonaten, ijzer- en calciumpreparaten, calciumantagonisten, NSAID’s, diuretica en aluminiumbevattende antacida - Hypothyreoïdie, diabetes mellitus, zwangerschap, ziekte van Parkinson, multiple sclerose - Bekkenbodempathologie

De Bristol Stool Form Scale (BSFS) (Bijlage 1) kan gebruikt worden bij de evaluatie van de ernst van obstipatie. Het is een visuele voorstelling van stoelgang, ontwikkeld om obstipatie te evalueren aan de hand van een 7-puntenschaal. De vorm van de stoelgang is afhankelijk van de transittijd. Het wordt voornamelijk gebruikt bij patiënten met zelfgerapporteerde obstipatie die toch een normale defecatiefrequentie hebben. Een score van 3 of 4 wijst op een normale stoelgang. De BSFS kan gebruikt worden om het effect van dieetaanpassingen en medicatie op te volgen, maar wordt niet opgenomen in de NHG-standaard. (3, 18, 23, 24)

De diagnose kan gesteld worden op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Doorverwijzing of aanvullende investigaties zoals een laboratoriumonderzoek of een radiografisch overzicht van het abdomen zijn niet noodzakelijk, tenzij een onderliggende oorzaak verwacht wordt of de behandeling niet aanslaat. De aanpak van complicaties o.a. fecale impactie wordt hier niet verder besproken. (3, 5, 18)

1.2.2 Beleid

De behandeling van functionele obstipatie behoort tot het takenpakket van de huisarts. Naast symptoomcontrole is de preventie van recidieven een doelstelling op zich. De huidige, Westerse richtlijnen raden aan te starten met voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen voor men overgaat tot het gebruik van laxativa. (5, 17-21)

1.2.2.1 Stap 1: Niet-medicamenteuze adviezen

De huisarts informeert over het normale defecatiepatroon. De stoelgangsfrequentie van een volwassene bedraagt gemiddeld 1 tot 2 keer per dag, maar kent sterke interindividuele verschillen. Daarnaast wordt het recidiverende karakter van functionele obstipatie benadrukt. Vervolgens geeft de huisarts adviezen over voeding en lichaamsbeweging (Tabel 2). Ondanks de algemene consensus in de huidige richtlijnen, berust hun aanbeveling op een beperkte wetenschappelijke onderbouwing. (5, 14, 16-18, 20, 21) Om die reden dient een controle plaats te vinden op korte termijn. (5)

Tabel 2: Niet-medicamenteuze adviezen bij functionele obstipatie

- De patiënt dient toe te geven aan het aandranggevoel en de defecatiereflex om de vicieuze cirkel van obstipatie te doorbreken. - Voldoende vochtinname is noodzakelijk, dit betekent 1,5 tot 2 liter vocht per dag. - Voldoende vezelinname moet geadviseerd worden, voor volwassenen bedraagt dit 20-40g per dag. Adviseer in de eerste plaats de inname geleidelijk aan te verhogen via een gezond en gevarieerd dieet. Als de patiënt hiertoe niet in staat is, schrijft de huisarts vezelpreparaten voor (zoals psylliumzaad of sterculiagom). Men waarschuwt voor mogelijke bijwerkingen zoals flatulentie. - Voldoende beweging zorgt voor een gunstige effect op de darmperistaltiek. Bij voorkeur beweegt men dagelijks een half uur matig intensief. - Een ontspannende, hurkende toilethouding wordt aangeraden, eventueel met bankje onder de voeten.

1.2.2.2 Stap 2: Medicamenteuze therapie

Medicamenteuze therapie wordt opgestart indien na twee weken niet-medicamenteuze therapie geen verbetering is opgetreden. Kwalitatief onderzoek naar de effectiviteit van laxativa is echter beperkt. Bij initieel uitgesproken klachten kan men onmiddellijk voor medicatie opteren, dit gebeurt op basis van een subjectieve inschatting van de arts. Ter preventie van opioïdgeïnduceerde obstipatie moet men meteen starten met een medicamenteus beleid. Het gebruik van laxativa dient steeds gecombineerd te worden met de niet-medicamenteuze levensstijlveranderingen. (5, 16, 21)

Eerstekeuzepreparaten zijn lactulose of macrogol, waarvan de effectiviteit in verschillende studies werd bevestigd. De NHG-standaard geeft geen voorkeur aan één van beide therapieën. (5, 25)

Tabel 3 toont een overzicht van de meest gebruikte producten die vrij verkrijgbaar zijn. Volumevergrotende middelen hebben een effect op de consistentie van harde stoelgang. Osmotische laxativa trekken vloeistof aan in het lumen van het colon. Ze worden beter getolereerd en veroorzaken minder abdominale krampen en pijn. Contactlaxativa verhinderen de absorptie van vloeistof in het colon, induceren secretie en versnellen de colontranist. Rectale laxativa werken lokaal osmotisch en verwekend en lokken een rectale contractie uit. Probiotica hebben geen bewezen plaats in de behandeling. (3, 5, 17, 26)

Na opstart van de medicatie dient een controle ingepland te worden (na 3 dagen bij ernstige klachten of na 2 weken bij milde klachten). Bij onvoldoende effect van de behandeling dient de medicatie aangepast te worden. Bij een succesvolle therapie kan het laxativum afgebouwd worden. (5)

Tabel 3: Types laxativa

Type	**Producten**
Osmotisch laxativum	Lactulose
Osmotisch en volumevergrotend laxativum	Macrogol zonder elektrolieten vb. Forlax®
	Macrogol met elektrolieten vb. Laxido®, Movicol®
Contactlaxativa	Bisacodyl
	Picosulfaat
	Sennoside
Rectale laxativa	Cleen®
	Glyceride®
	Microlax®
	Laxavit®

Hoewel er veel gelijkenissen zijn in de aanpak van obstipatie bij kinderen en volwassenen, wordt bij personen jonger dan 18 jaar aangeraden meteen te starten met medicatie. (5, 22) Wegens gebrek aan goed onderbouwde studies kan er geen keuze worden gemaakt in de aanpak van obstipatie bij een oudere populatie vanaf 55 jaar. Bij hen wordt een behandeling geadviseerd waarbij niet-medicamenteuze middelen en goedkope producten centraal staan. (15, 27)

1.2.3 Verwijzing

Bij een vermoeden van ileus of maligniteit verwijst de huisarts naar een gastro-enteroloog voor verder onderzoek en therapie. Hetzelfde geldt bij onvoldoende werkzaamheid van een reeds optimale behandeling. (3, 5, 16, 17)

De patiënt moet verwezen worden naar een gynaecoloog bij het vermoeden van een bekkenbodempathologie. (5)

Bij twijfel over de vezelinname verwijst men door naar een diëtist. (5)

2. Kwaliteitsverbeterende projecten rond niet-medicamenteuze adviezen

2.1 Zoekstrategie

Om het effect van projecten rond niet-medicamenteuze adviezen bij obstipatie in de huisartsenpraktijk op de kwaliteit van zorg te evalueren, werd literatuuronderzoek uitgevoerd met behulp van de wetenschappelijke databanken Pubmed, Embase en Google Scholar. Deze zoektocht met termen 'constipation', 'health care quality', 'life style modification' bracht geen relevantie studies aan het licht. Vervolgens werd de masterproeven databank van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) geraadpleegd. Er werd gezocht naar interventies waarbij richtlijnen geïmplementeerd worden die ofwel niet-medicamenteuze maatregelen als eerste stap aanbevelen, ofwel een symptomatische therapie adviseren voor men overgaat tot medicatiegebruik. Relevante studies die het effect op voorgeschreven behandeling en kennis van artsen onderzochten, werden geselecteerd. (28-33) Gebruikte zoektermen zijn 'niet-medicamenteus', 'adviezen', 'richtlijn', 'kwaliteit' en 'symptomatische therapie'.

2.2 Conclusie

De resultaten van de geselecteerde masterproeven kennen een wisselend succes. In studies rond faryngitis en cystitis kon, bij het initieel adviseren van symptomatische therapie, geen significante vermindering worden gezien in het aantal antibioticavoorschriften. (29, 30) Hetzelfde geldt bij studies met als onderwerp acute otitis media en acute rhinosinusitis. (31, 33)

Bij de behandeling van insomnia werden in verscheidene projecten omtrent de implementatie van niet-medicamenteuze adviezen geen verschil in medicamenteus beleid opgemerkt. (32) In één onderzoek zien we een goede implementatie van de adviezen, echter zonder informatie omtrent de statistische relevantie. (34)

Een studie over de niet-medicamenteuze aanpak van cardiovasculaire risicofactoren onderzocht de bereidheid van de patiënten voor het uitvoeren van levensstijlaanpassingen, waarbij respectievelijk 51% en 30% aanpassingen op het vlak van voeding en beweging kon bereiken. (28)

3. Effectiviteit van levensstijlveranderingen bij functionele obstipatie

3.1 Zoekstrategie

Ondanks de meeste richtlijnen niet-medicamenteuze adviezen aanbevelen, blijkt dat veel auteurs bedenkingen hadden bij hun effectiviteit. Volgende PICO-vraag werd opgesteld om interessante literatuur te ontdekken.

- **P**atient: Volwassen patiënten met functionele obstipatie;
- **I**ntervention: Levensstijladviezen, niet-medicamenteuze adviezen;
- **C**omparison: Laxeermiddelen, placebo;
- **O**utcome: Symptomen van obstipatie, kosteneffectiviteit, nevenwerkingen.

Bruikbare artikels werden geselecteerd uit de referentielijst van de reviews en richtlijnen. Daarnaast werden de online databanken 'Embase', 'Pubmed' en 'Google Scholar' geraadpleegd.

- EMBASE: De zoekterm 'constipation therapy' resulteerde in 239 artikels. Het toevoegen van de term 'lifestyle modification' leverde 2 artikels op. Bij de meer uitgebreide zoektocht met PICO-zoektermen (en afgeleiden) 'constipation' AND 'life style changes' AND 'drug therapy' OR 'quality of life' OR 'adverse event' werden meer dan 2000 resultaten voorgesteld. Het vernauwen van de criteria door enkel volwassenen met obstipatie te selecteren, leverde 552 resultaten op.
- PUBMED: De Mesh-termen 'constipation' en 'lifestyle' toonden 127 resultaten.
- GOOGLE SCHOLAR: Bij het invoeren van zoektermen 'constipation treatment', 'lifestyle modification', 'primary care', 'quality of life' en 'stool' werden meer dan 20 000 resultaten voorgesteld. Door te sorteren op relevantie kon op basis van titels geen nieuwe interessante artikels geselecteerd worden.

Gebruikte artikels werden uitgekozen op basis van titel, abstract en beschikbaarheid van full tekst in Engels, Nederlands, Frans of Duits. Daarnaast werden ook een aantal identieke artikels in de verschillende databanken teruggevonden. (1, 35-45)

3.2 Conclusie

3.2.1 Levensstijladviezen

In de LIFELAX studie, een gerandomiseerde, niet-placebogecontroleerde studie bij patiënten ouder dan 55 jaar, werd gezocht naar de klinische en de kosteneffectiviteit van het gebruik van laxativa ten opzichte van levensstijl- en dieetadviezen in de eerste lijn. Hierbij werd gebruik gemaakt van gestandaardiseerde schalen om de levenskwaliteit te bevragen. Daarnaast werd ook een onderscheid gemaakt tussen het gebruik van standaard- versus gepersonaliseerde adviezen. Gezien het lage aantal geïncludeerde patiënten (n=154) konden geen significante verschillen worden aangetoond, maar de resultaten suggereerden een voordeel van levensstijlaanpassingen ten opzichte van laxativa, met de voorkeur voor gepersonaliseerde adviezen. (1)

3.2.2 Vezels

Voedingsvezels fungeren in het maagdarmstelsel als substraat voor bacteriële fermentatie, het vasthouden van water, uitwisseling van kationen en adsorptieve functies. Inname zorgt voor een stijging in de output van stoelgang. Het effect is groter naarmate de vezelrijke voeding zo weinig mogelijk bewerkt is en naarmate de vezels meer behoren tot de niet-oplosbare, niet-fermenteerbare, niet-viskeuze soort. Het gebruik van niet-oplosbare vezels wordt echter beperkt door zijn nevenwerkingen, onder meer flatulentie, opgeblazen gevoel, abdominale opzetting en krampen. (5, 17, 45)

Een vezelrijk dieet zou beschermend werken in de preventie van obstipatie. Verhoging van vezelinname, of inname van vezelpreparaten bij een insufficiënt dieet, zou een gunstige invloed hebben op de symptomen van obstipatie, maar de evidentie is beperkt. De aanbevolen dagelijkse hoeveelheid bedraagt

20-40g. (5, 12, 16) Sommige subgroepen zouden geholpen zijn met het gradueel verhogen van de vezelinname, andere patiënten zullen echter meer klachten ondervinden. (35)

Europese epidemiologische studies beweren dat een aantal ziekten van het colon, onder meer het colorectaal carcinoom, gerelateerd zijn aan een insufficiënte vezelinname. (36, 37)

3.2.3 Vocht

Medische professionals adviseren een goede hydratatie, maar de evidentie is zeer beperkt. (12, 18) Er is geen wetenschappelijk bewijs dat patiënten die goed gehydrateerd zijn baat hebben bij het verhogen van de vochtinname. (35)

3.2.4 Beweging

Er is beperkt bewijs voor het gunstig effect van beweging en dieet op functionele obstipatie bij personen met een sedentaire levensstijl. Beweging zou een preventief effect hebben. Er is echter onvoldoende wetenschappelijke evidentie dat extra lichaamsbeweging bij een normaal bewegingspatroon eenzelfde werking heeft. Volwassenen worden aangeraden minimaal 5 keer per week een half uur matig intensief te bewegen. (5, 12, 18)

Bij ouderen kan functionele obstipatie gecorreleerd zijn aan verminderde fysieke activiteit, medicatie, cognitieve functie en dieet. Interventionele programma's om beweging te verhogen, kunnen plaats hebben in een breed revalidatieprogramma bij ouderen, maar zullen bij jongeren weinig effect hebben. (35)

3.2.5 Andere adviezen

Verschillende studies onderzochten het effect van specifieke voedingsmiddelen op functionele obstipatie. Zo blijken yoghurt met galacto-oligosacchariden, pruimen en lijnzaad de ernst van milde obstipatie bij ouderen te verminderen. (38) Ook yoghurt met pro- en prebiotica heeft een gunstig effect op klachten bij vrouwen met functionele obstipatie. (39) Pruimen en pruimensap hebben dankzij het hoge sorbitolgehalte een mild laxatief effect. (40) Er is groeiende evidentie voor de gezondheidsvoordelen van kiwi bij obstipatie en andere gastro-intestinale aandoeningen. Daarnaast zou het fruit een beschermende werking hebben op cardiovasculair vlak. (42) Het toevoegen van lijnzaadolie werkt therapeutisch bij obstipatie en diarree. (44) Een kleinere studie toont de effectiviteit aan van lijnzaad- en olijfolie bij hemodialyse patiënten met obstipatie. (43) Verdere evaluatie dient nog te gebeuren alvorens men deze middelen in richtlijnen kan includeren.

Een kleinere studie bevestigt het voordeel van een hurkende houding op het toilet in vergelijking met de zittende houding op een standaard Westers toilet. (41)

C. ONDERZOEKSMETHODIEK

De uitwerking van een kwaliteitsverbeterend onderzoek wordt uitgevoerd op systematische wijze. De planning gebeurt aan de hand van de FOCUS-procedure (**F**ind problem, **O**rganise meeting, **C**larify problem, **U**nderstand problem, **S**tart) (Tabel 4). Via de PDCA-cyclus (**P**lan, **D**o, **C**heck, **A**ct) worden de geplande aanpassingen in de praktijk getest. (46)

1. FOCUS

1.1 Algemeen

Tabel 4: FOCUS

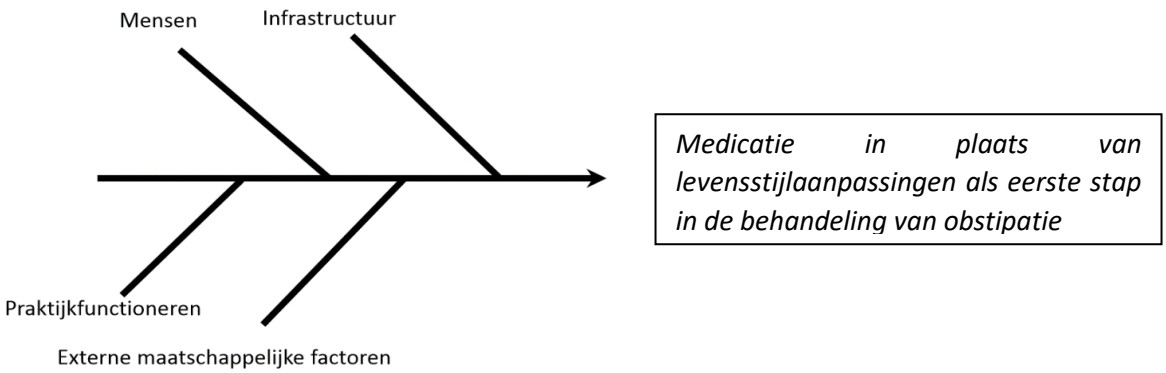
Find problem	Zoals vermeld in de inleiding wordt bij het toepassen van richtlijnen in de praktijk soms een eerste belangrijke stap overgeslagen. Artsen schrijven de patiënt medicatie voor, al dan niet gepaard gaande met enkele niet-medicamenteuze adviezen. De richtlijnen raden echter aan te starten met het geven van levensstijladviezen en indien nodig in tweede tijd over te stappen op medicamenteuze therapie.
Organise meeting	In overleg met de andere huisartsen in de praktijk werd functionele obstipatie als onderwerp gekozen. Ook de diëtist, werkzaam in de praktijk, en een aantal apothekers uit de omgeving werden betrokken bij het uitzoeken van de mogelijke oorzaken van het probleem.
Clarify problem	'Medicatie in plaats van levensstijlaanpassingen als eerste stap in de behandeling van obstipatie.' Bij de behandeling van functionele obstipatie moeten de richtlijnen gevolgd worden. Als eerste stap moet een niet-medicamenteuze behandeling gekozen worden. Indien deze therapie onvoldoende werkzaam blijkt te zijn, kan men overgaan tot het gebruik van laxativa.
Understand problem	Visgraatanalyse (Figuur 1, p. 18) ter uitwerking van mogelijke hindernissen en eventuele oplossingen hiervoor. Retrospectieve databank analyse om de problematiek in kaart te brengen en uitkomstindicatoren vast te leggen. (p. 20)
Start	Start onderzoek aan de hand van de PDCA cyclus.

1.2 Understand problem

1.2.1 Visgraatanalyse

Aan de hand van overleg met de collega-huisartsen in de praktijk, met een diëtist en meerdere apothekers, werd een visgraatanalyse opgesteld (Figuur 1). Dit wordt gebruikt om de oorzaken van een incident te analyseren. Er werd gezocht naar mogelijke oplossingen voor de aangebrachte hindernissen (Tabel 5, Tabel 6, Tabel 7, Tabel 8, Tabel 9 en Tabel 10).

Figuur 1: Visgraatanalyse



1.2.1.1 Mensen

1.2.1.1.1. Patiënt

Tabel 5: Hindernissen en oplossingen voor de patient

Hindernissen	**Oplossingen**
Weerstand ten opzichte van levensstijlaanpassingen (extra inspanning, ophoudgedrag, geen tijd)	Overzichtelijke en gemakkelijke adviezen
Gemak van laxativa, snelle oplossing	Overzichtelijke en gemakkelijke adviezen
Foute perceptie eigen levensstijl	Actief bevragen door arts
Schaamte	Actief bevragen door arts
Langdurig probleem	Actief bevragen door arts
Onderschatten van ernst	Actief bevragen door arts
Laxativa zelf halen bij apotheker	Actief bevragen door arts
Geen medicatie = arts neemt mijn klachten niet serieus	Tijd maken om probleem na te vragen en om adviezen te geven
Adviezen niet onthouden	Overzichtelijke adviezen op papier meegeven

1.2.1.1.2. Arts

Tabel 6: Hindernissen en oplossingen voor de arts

Hindernissen	**Oplossingen**
Niet bekend met richtlijn	Informatiesessie tijdens praktijkoverleg en duidelijke lijst ter beschikking stellen
Weinig kennis over voedingsadviezen	Informatiesessie tijdens praktijkoverleg en duidelijke lijst ter beschikking stellen
Deurklinkvraag, tijdverlies	Agenda bevragen en gemakkelijke vragenlijst ter beschikking stellen
Patiënt verwacht medicatie, wil serieus genomen worden	Bewust worden dat patiënten dit niet steeds verwachten Vragenlijst afnemen om de volledige klacht uit te werken
Lage verwachtingen over adviezen	Evidentie bespreken
Medicatievoorschrift is sneller	In elk kabinet bundeltjes ter beschikking om vlot te kunnen werken
Weinig bewust van nevenwerkingen of kosten	Informatiesessie tijdens praktijkoverleg
Geen overzicht van gebruik laxativa	Actief bevragen
Laxativa wordt vaak niet gestopt bij chronisch gebruik	Informatiesessie tijdens praktijkoverleg
Verwacht weerstand bij patiënt om het onderwerp te bespreken	Subjectief, als arts bespreekbaar maken
Verwacht dat de informatie al meegegeven werd door een andere arts	Nota in dossier achterlaten
Geen opvolging van de gegeven adviezen	Nota in dossier achterlaten en bij de to do's plaatsen

1.2.1.1.3. Apotheker

Tabel 7: Hindernissen en oplossingen voor de apotheker

Hindernissen	**Oplossingen**
Patiënten verwachten medicatie	Overheidscampagnes
Verwijst zelden naar arts	Farmacotherapeutisch overleg
Geen kennis van richtlijnen	Farmacotherapeutisch overleg
Bron van inkomsten (Uit een vergelijking van deze cijfers blijkt dat het aandeel voorgeschreven verpakkingen 13% uitmaakt van het totaal aantal afgeleverde verpakkingen in de officina-apotheek.) (8)	Vergoeding voor het geven van adviezen Vergoeding op basis van geleverde kwaliteit in plaats van op basis van aantal verkochte artikelen
Adviezen werken niet en worden amper toegepast	Educatie en farmacotherapeutisch overleg

1.2.1.2 Infrastructuur

Tabel 8: Hindernissen door en oplossingen voor de infrastructuur

Hindernissen	**Oplossingen**
Geen uitgebreide lijst met adviezen	Bundeltje met overzichtelijke en gemakkelijke adviezen ter beschikking stellen
Adviezen niet afprinten bij huisbezoeken	In toekomst op te lossen door lijstje mee te nemen, voorlopig exclusie
Geen folders voor anderstaligen	In toekomst op te lossen door lijstjes te laten vertalen

1.2.1.3 Praktijkfunctioneren

Tabel 9: Hindernissen door en oplossingen voor het praktijkfunctioneren

Hindernissen	**Oplossingen**
Tijdsgebrek gezien vaak deurklinkvraag	Agenda bevragen Uitstellen naar volgend consult Aandachtspunt tijdens minder drukke periodes
Geen consensus in praktijk	Informatiesessie tijdens praktijkoverleg en duidelijke lijst ter beschikking stellen
Herhalingsvoorschriften	Actief proberen proefstoppen en includeren in studie

1.2.1.4 Externe maatschappelijke factoren

Tabel 10: Hindernissen door en oplossingen voor externe maatschappelijke factoren

Hindernissen	**Oplossingen**
Laxativa vrij verkrijgbaar	Voorschriftplichtig maken
Tijdsdruk	Investeren in kwaliteitsvolle opleiding van meer artsen
Hygiëne (openbare) toiletten	Sensibiliseren en investeren in reinheid van toiletten
Reclame laxativa	Regelgeving
Taboe, genant	Bespreekbaar houden via campagnes

1.2.2 Retrospectieve dataverzameling

Door middel van een retrospectieve dataverzameling werd gezocht naar het aantal patiënten dat zich gedurende het laatste jaar kwam aanmelden met de klacht 'obstipatie' en welke therapie door de arts aanbevolen werd. Dit gebeurde aan de hand van de module ‘databank analyse’ in het elektronisch medisch

dossier (EMD) ‘Health One’, dat in de praktijk gebruikt wordt. De gebruikte zoekcriteria waren de volgende:

- Leeftijd: 18 jaar en ouder; EN
- Periode: 1 juli 2016 tem 30 juni 2017; EN
- De term ‘constipatie’ of ‘obstipatie’ in de hoofddiagnose of behandeling; OF
- Behandeling of geneesmiddelvoorschrift bevat de woorden ‘laxido’, ‘movicol’, ‘dulcolax’, ‘dulcosoft’, ‘microlax’, ‘forlax’, ‘duphalac’, ‘fleet’, ‘lactulose’; OF
- Behandeling of vrije tekst bevat de woorden ‘blaadje obstipatie’. Dit verwijst naar een reeds aanwezige patiëntenfolder, maar deze werd slechts door één arts gebruikt.

Exclusiecriteria waren:

- Huisbezoeken;
- Vervolgconsulten;
- Dubbele consulten.

De geïncludeerde dossiers werden bestudeerd om herhalingsconsultaties, nieuwe episodes en feedback te kunnen identificeren. Er werd gekozen om een nieuwe episode te benoemen als de patiënt klachtenvrij was tussen de beide consultaties of indien het volgende consult met vraag naar laxativa plaatsvond na een periode van 3 maanden. Met deze resultaten werden de indicatoren gekozen waarmee de uitkomst van het praktijkverbeterend project op een kwantitatieve manier gemeten kan worden. (Tabel 11)

Tabel 11: Uitkomstindicatoren

Aantal patiënten die op consultatie komen met obstipatie
Feedback op de ingestelde behandeling vb. vervolgconsult of vragenlijst
Aantal patiënten bij wie laxativa werd voorgeschreven
Aantal patiënten bij wie een niet-medicamenteuze behandeling opgestart werd

Er gebeurde eveneens een databank analyse om te onderzoeken hoeveel patiënten ouder dan 18 jaar binnen dezelfde tijdsperiode op consultatie kwamen per leeftijdscategorie.

Via het statistisch programma IBM SPSS statistics version 25 werden volgende berekeningen uitgevoerd:

- Aantal patiënten met obstipatie;
- Verdeling volgens leeftijd;
- Verdeling volgens geslacht;
- Aantal patiënten dat een voorschrift of de adviezen of de combinatie meekreeg volgens leeftijd en geslacht;
- Aantal herhalingsconsulten binnen dezelfde of een nieuwe episode, aantal herhalingsvoorschriften en de relatie met het gekozen beleid.

2. PDCA

2.1 Plan

De start van het onderzoek valt samen met de planningsfase, beschreven volgens de PDCA-cyclus. Tijdens deze planningsfase werd een praktijkrichtlijn ontwikkeld met betrekking tot de aanpak van functionele obstipatie. Om het onderzoek en de databank analyse aan te kondigen, werd een informatieve poster opgehangen in de wachtzaal (Bijlage 2).

2.1.1 Praktijkrichtlijn

Om een eenduidig beleid te voeren bij de behandeling van functionele obstipatie werd een praktijkrichtlijn ontwikkeld aan de hand van de NHG-richtlijn. (26, 47-49) De opgestelde documenten bestaan uit een 'checklist' (Bijlage 3.1), een 'adviezenlijst' (Bijlage 3.2) inclusief een 'vezellijst' (Bijlage 3.3), en een 'informatiebrief voor de deelnemer' (Bijlage 3.4). Deze werden gebundeld en in elke consultatieruimte ter beschikking gesteld.

De 'checklist' werd ontwikkeld om de klacht obstipatie zo volledig en efficiënt mogelijk te bevragen tijdens de eerste consultatie. De 'adviezenlijst' werd opgesteld als leidraad voor de arts om de niet-medicamenteuze maatregelen aan de patiënt uit te leggen. Nadien werd deze lijst aan de patiënt meegegeven als geheugensteun. De 'informatiebrief' diende meegegeven te worden aan de patiënt om extra informatie te verschaffen over het onderzoek.

Gezien de beperkte evidentie omtrent de effectiviteit van niet-medicamenteuze adviezen, werd beslist de effectiviteit te analyseren aan de hand van een 'vragenlijst' (Bijlage 3.6). Op basis hiervan werden extra uitkomst-indicatoren vastgelegd: de haalbaarheid (op korte en lange termijn) en de effectiviteit van de adviezen en de tevredenheid van de patiënten.

Door het invullen van het 'toestemmingsformulier' (Bijlage 3.5) gaven de patiënten schriftelijke toestemming tot deelname aan het onderzoek.

2.1.2 Onderzoeksgroep

2.1.2.1 Inclusiecriteria

Patiënten, ongeacht hun geslacht, die op consultatie kwamen met de klacht obstipatie werden in het onderzoek geïncludeerd op voorwaarde dat ze minimum 18 jaar oud waren. Ook patiënten die chronisch laxativa kregen, konden met toestemming geïncludeerd worden door de arts, mits de medicatie stopgezet werd tijdens het onderzoek. Bij deze groep patiënten werd de 'checklist' afgenomen.

2.1.2.2 Exclusiecriteria

De volgende exclusiecriteria werden gehanteerd en opgenomen in de 'checklist':

- Patiënt is jonger dan 18 jaar;
- Huisbezoeken;
- Voldoet niet aan minimaal 2 criteria van obstipatie volgens de NHG-standaard;
- Actief laxativumgebruik;
- Vermoeden van onderliggende aandoening;
- Patiënt wenst niet deel te nemen aan het onderzoek;
- Alarmsymptomen en andere aanwijzingen voor een secundaire oorzaak van obstipatie: gewichtsverlies, RBPA, veranderend stoelgangspatroon bij een 50-plusser, abdominale pijn en tekenen van obstructie (3).

2.2 Do

De klacht werd verder uitgediept aan de hand van de 'checklist'. Na afname werd deze lijst bewaard en kreeg de patiënt het adviezenbundeltje mee. Er werd vermeden om meteen laxerende medicatie voor te schrijven. Indien er toch afgeweken werd van de praktijkrichtlijn, werd de reden idealiter door de arts gestaafd. Na een aantal weken werd de 'vragenlijst' door de onderzoeker opgestuurd naar de patiënt of naar een vooraf afgesproken Nederlandstalige contactpersoon.

2.3 Check

2.3.1 Tussentijdse evaluaties

Tijdens het wekelijks praktijkoverleg met alle artsen werd regelmatig een update gegeven over het verloop van het onderzoek en werd ingegaan op vragen en bezorgdheden. Het doel was de betrokkenheid en interesse van alle artsen te verhogen en hen te motiveren om patiënten te blijven includeren in de studie.

2.3.2 Eindanalyse kwaliteitsverbeterend project

Na een aantal maanden van registratie werd gecontroleerd of de artsen erin slaagden om minder laxativa voor te schrijven. Dit gebeurde aan de hand van een analyse van de 'checklist', de 'vragenlijst' en een nieuwe databank analyse in het EMD. Naast de uitkomstindicatoren vastgelegd door het retrospectief onderzoek, werden ook extra indicatoren geanalyseerd op basis van de 'vragenlijst'. Deze hadden betrekking op de haalbaarheid, duidelijkheid en effectiviteit van adviezen en de tevredenheid van de patiënt.

2.3.2.1 Populatie

2.3.2.1.1 Geïncludeerde patiënten

Deze groep bevat alle patiënten bij wie een checklist werd afgenomen omdat ze voldeden aan de inclusiecriteria en bij wie geen exclusiecriteria vastgesteld werden.

Op basis van de 'checklist' werd via het statistisch programma IBM SPSS statistics version 25 een analyse gemaakt van de volgende factoren:

- Patroon van hun klachten (aanmelding, duur, eerdere episodes, frequentie, hoeveelheid, BSFS);
- Diagnostische criteria: welke criteria waren voornamelijk aanwezig;
- Levensstijlanalyse: welke adviezen werden het meest opgevolgd.

2.3.2.1.2 Databank onderzoek

Het doel van deze nieuwe databank analyse was de patiënten die niet opgepikt werden met de 'checklist' te detecteren en op die manier een realistisch beeld te krijgen van de verandering in aanpak van functionele obstipatie. De doelgroep waren patiënten bij wie de arts de diagnose obstipatie stelt en een behandeling start voor de obstipatieklachten.

De gebruikte zoekcriteria waren gelijkaardig aan deze van het retrospectief onderzoek en zijn gebaseerd op de brede inclusiecriteria:

- Leeftijd: 18 jaar en ouder; EN
- Periode: 1 juli 2017 tem 28 februari 2018; EN
- De term 'constipatie' of 'obstipatie' in de hoofddiagnose of behandeling; OF
- Behandeling of geneesmiddelvoorschrift bevat de woorden 'laxido', 'movicol', 'dulcolax', 'dulcosoft', 'microlax', 'forlax', 'duphalac', 'fleet', 'lactulose'; OF
- Behandeling of vrije tekst bevat de woorden 'blaadje obstipatie'.

Exclusiecriteria waren:

- Huisbezoeken;
- Vervolgconsulten;
- Dubbele consulten.

Via het statistisch programma IBM SPSS statistics version 25 werden volgende berekeningen uitgevoerd:

- Aantal patiënten met obstipatie;
- Verdeling volgens leeftijd;
- Verdeling volgens geslacht;
- Verschil tussen geselecteerde groep bij wie de checklist werd afgenomen en de restgroep volgens leeftijd en geslacht.

Daarnaast werd een databank analyse uitgevoerd om te onderzoeken hoeveel patiënten ouder dan 18 jaar binnen dezelfde tijdsperiode de hulp van een arts inschakelden. Op basis van deze gegevens werd de incidentie van obstipatie berekend en werd deze vergeleken met het retrospectief deel van dit onderzoek.

2.3.2.2 Analyse voorgeschreven behandeling

Via de 'checklist' en de nieuwe databank analyse werden de voorgeschreven behandelingen tijdens de duur van het kwaliteitsverbeterend project ontleed. De uitkomstindicatoren, vastgelegd in het retrospectief onderzoek (Tabel 11, p. 21) werden opnieuw geanalyseerd om een eventuele verandering in aanpak door de artsen te kunnen vaststellen.

Via SPSS werden volgende vragen onderzocht:

- Vergelijking van het aantal geïncludeerde patiënten ten opzichte van het totaal aantal patiënten met obstipatie binnen dezelfde tijdspanne;
- Totaal aantal patiënten met obstipatie die adviezen kregen (alleen of in combinatie met laxativa);
- Totaal aantal patiënten met obstipatie die laxativa voorgeschreven kregen (alleen of in combinatie met levensstijladviezen);
- Vergelijking gekozen beleid tussen retrospectieve databank analyse, nieuwe databank analyse, geïncludeerde patiënten en restgroep.

2.3.2.3 Effectiviteit van de adviezen

Om de effectiviteit van de gegeven adviezen te evalueren, werd een analyse gemaakt van de teruggestuurde 'vragenlijsten'. Patiënten die positief antwoordden op de vraag of ze medicatie gebruikten, werden uitgesloten uit dit deel van het onderzoek.

Via SPSS werden volgende vragen onderzocht:

- Oorzaken uitval uit het onderzoek;
- Duidelijkheid van onze adviezenlijst;
- Toegepaste adviezen tijdens het onderzoek;
- Subjectief ervaren beterschap aangegeven door de patiënt;
- Evolutie BSFS tussen de 'checklist' en de 'vragenlijst';
- Evolutie aan- of afwezigheid diagnostische criteria.

2.3.2.4 Patiëntentevredenheid

Op basis van de 'vragenlijst' kreeg men een zicht op de tevredenheid van de patiënten. Patiënten die positief antwoordden op de vraag of ze medicatie gebruikten, werden uitgesloten uit dit deel van het onderzoek.

Met behulp van SPSS werden volgende indicatoren onderzocht:

- Haalbaarheid van de adviezen op lange termijn;
- Positieve attitude van de patiënt ten opzichte van levensstijlaanpassingen (huidig en algemeen).

2.3.2.5 Statistische analyse

Via het statistisch programma IBM SPSS statistics version 25 werden volgende berekeningen uitgevoerd:

- Normaliteitstesten aan de hand van de Shapiro-Wilk test;
- Vergelijking tussen ongepaarde categorische variabelen aan de hand van de Chi-kwadraat test (grote aantallen of meer dan 2 groepen) en de Fisher's exact test (kleine aantallen en maximaal 2 groepen);
- Vergelijking tussen gepaarde categorische variabelen aan de hand van de Wilcoxon signed rank test;
- Vergelijking tussen twee continue, normaal verdeelde groepen met de ongepaarde Students t-test.

2.4 Act

Op basis van analyse van de databank en de 'vragenlijst', werd beslist om het project aan te passen, af te wijzen of te implementeren.

D. RESULTATEN

1. Retrospectief onderzoek

1.1. Populatie

De retrospectieve databank analyse resulteerde in 230 transacties voor de klacht obstipatie gedurende één jaar voor de start van het praktijkverbeterend project. Na een analyse van de individuele dossiers werden dubbele consultaties, vervolgconsultaties en huisbezoeken geschrapt. Dit bracht een resultaat op van 79 patiënten.

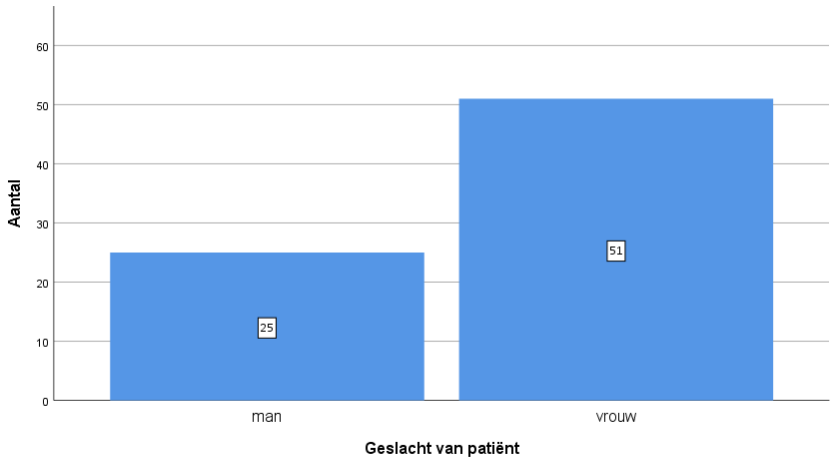
Bij 3 patiënten gingen de klachten gepaard met alarmsymptomen, waarvoor een coloscopie gepland werd. Dit onderzoek toonde bij 2 patiënten de aanwezigheid van adenomen ter hoogte van het colon. De andere patiënt werd gediagnosticeerd met colorectaal carcinoom. Zij werden geëxcludeerd uit de studie.

Uiteindelijk werden 76 patiënten geïncludeerd op 12 maanden tijd met een vermoeden van functionele obstipatie, waarvan 25 mannen en 51 vrouwen, wat overeenkomt met een verhouding van respectievelijk 1:2. (Tabel 12, Figuur 2) De mediane leeftijd bedroeg 46 jaar. De jongste patiënt was 18 jaar, de oudste patiënt 88 jaar. (Tabel 13)

Het totale aantal patiënten dat de praktijk bezocht binnen het onderzochte jaar bedroeg 3689, waarvan 46% mannen en 54% vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 50 jaar, met een maximumleeftijd van 98 jaar en een minimumleeftijd van 18 jaar. (Tabel 14, Figuur 3)

De incidentie van obstipatie bij patiënten die de praktijk bezochten tussen 1 juli 2016 en 30 juni 2017 bedroeg 21 op 1000 patiënten per jaar. Tabel 15 toont de verhouding van het aantal patiënten met obstipatie ten opzichte van het totaal aantal patiënten per leeftijdscategorie.

Figuur 2: Geslacht patiënten met functionele obstipatie voor start project



Tabel 12: Geslacht patiënten met functionele obstipatie voor start project

Geslacht	Aantal	Percentage
Man	25	32,8%
Vrouw	51	68,2%
Totaal	76	100,0%

Tabel 13: Leeftijd van patiënten met functionele obstipatie voor start project

Leeftijd	Mediaan	Minimaal	Maximaal
Totaal	46	18	88

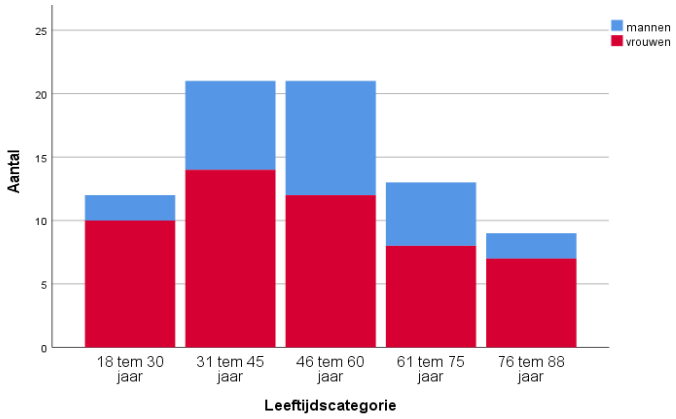
Tabel 14: Aantal patiënten met functionele obstipatie per leeftijd voor start project

Leeftijdscategorieën	Aantal mannen	Aantal vrouwen	Totaal	Percentage
18-30	2	10	12	15,8%
31-45	7	14	21	27,6%
46-60	9	12	21	27,6%
61-75	5	8	13	17,1%
76-88	2	7	9	11,8%

Tabel 15: Totaal aantal patiënten in verhouding tot patiënten met functionele obstipatie per leeftijd voor start project

Leeftijdscategorieën	Alle patiënten	Patiënten obstipatie	Percentage
18-30	585	12	2,1%
31-45	937	21	2,2%
46-60	1010	21	2,1%
61-75	762	13	1,7%
76-90	318	9	2,8%
91-98	25	0	/

Figuur 3: Aantal patiënten met functionele obstipatie per leeftijd voor start project



1.2. Behandeling

Voor de start van het kwaliteitsverbeterend project kreeg 78,9% (60/76) van de patiënten een laxativum voorgeschreven bij de eerste consultatie (Tabel 17). 32,9% (25/76) kreeg dit niet in combinatie met de geschreven adviezen mee en 46,1% (35/76) van alle patiënten kreeg een combinatie van beide behandelingen bij de eerste consultatie. Slechts 21,1% (16/76) kreeg enkel geschreven adviezen mee Geen enkele patiënt kreeg geen of een andere behandeling (Tabel 16).

Tabel 16: Behandeling tijdens de eerste consultatie voor start project

	Geschreven adviezen	**Geen geschreven adviezen**	**Totaal**
Laxativum	35 (46,1%)	25 (32,9%)	60 (78,9%)
Geen laxativum	16 (21,1%)	0 (0,0%)	16 (21,1%)
Totaal	51 (67,1%)	25 (32,9%)	76 (100,0%)

Tabel 17: Type voorgeschreven medicatie voor start project

Type medicatie	**Aantal**	**Percentage**
Laxido	34	44,7%
Movicol	13	17,1%
Laxido + Microlax	6	7,9%
Microlax	2	2,6%
Dulcolax	1	1,3%
Fleet	1	1,3%
Forlax	1	1,3%
Lactulose + Microlax	1	1,3%
Movicol + Fleet	1	1,3%

Het gekozen beleid werd vergeleken tussen mannen en vrouwen, maar toonde geen significant resultaat (Tabel 18). Ook tussen de verschillende leeftijdscategorieën kon geen significant verschil aangetoond worden (Tabel 19).

Tabel 18: Gekozen beleid en geslacht

	Man	**Vrouw**	**Totaal**
Enkel adviezen	3	13	16
Enkel laxativum	11	14	25
Beide	11	24	35
Totaal	25	51	76
p=0,237			

Tabel 19: Gekozen beleid en leeftijd

	18 - 30 jaar	31 - 45 jaar	46 - 60 jaar	61 - 75 jaar	76 - 88 jaar	Totaal
Enkel adviezen	3	4	5	3	1	16
Enkel medicatie	4	7	6	5	3	25
Beide	5	10	10	5	5	35
Totaal	12	21	21	13	9	76
p=0,542						

1.3. Opvolging

Volgend op het eerste consult werd per patiënt bekeken of er feedback gegeven werd op het ingestelde beleid. Dit gebeurde aan de hand van een analyse van de vervolgconsulten (binnen dezelfde episode of een nieuwe episode) en van nieuwe voorschriften voor laxativa. Uit Tabel 20, Tabel 21 en Tabel 22 bleek dat er een significant verschil bestaat tussen het gekozen beleid, voornamelijk het krijgen van adviezen en het optreden van een vervolgconsult.

Tabel 20: Gekozen beleid en vervolgconsult

	Vervolgconsult	Geen vervolgconsult
Enkel adviezen	1	15
Enkel laxativum	10	15
Beide	6	29
Totaal	17 (22,4%)	59 (77,6%)
p=0,024		

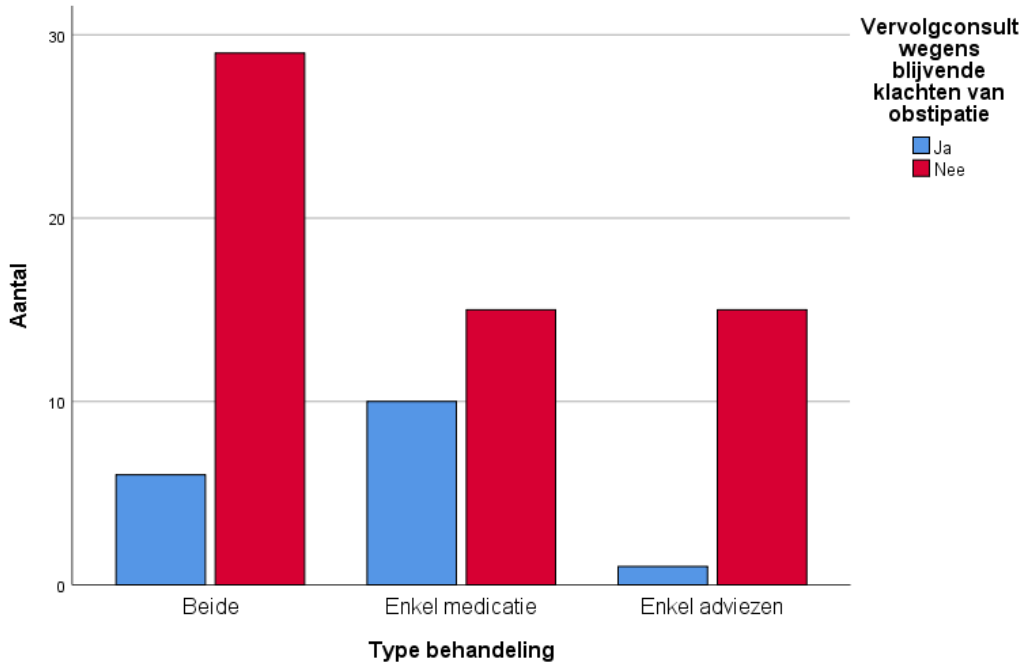
Tabel 21: Laxativum en vervolgconsult

	Vervolgconsult	Geen vervolgconsult
Laxativum	16	44
Geen laxativum	1	15
p=0,054		

Tabel 22: Adviezen en vervolgconsult

	Vervolgconsult	Geen vervolgconsult
Adviezen	7	44
Geen adviezen	10	15
p=0,010		

Figuur 4: Vervolgconsulten



Er bleek geen significant verschil te zijn tussen de keuze van beleid en het optreden van een nieuwe episode van functionele obstipatie of de vraag naar een nieuw voorschrift voor laxativa. (Tabel 23 en Tabel 24)

Tabel 23: Beleid en nieuwe episode obstipatie

	Nieuwe episode	**Geen nieuwe episode**
Enkel adviezen	2	14
Enkel laxativum	1	24
Beide	2	33
p=0,542		

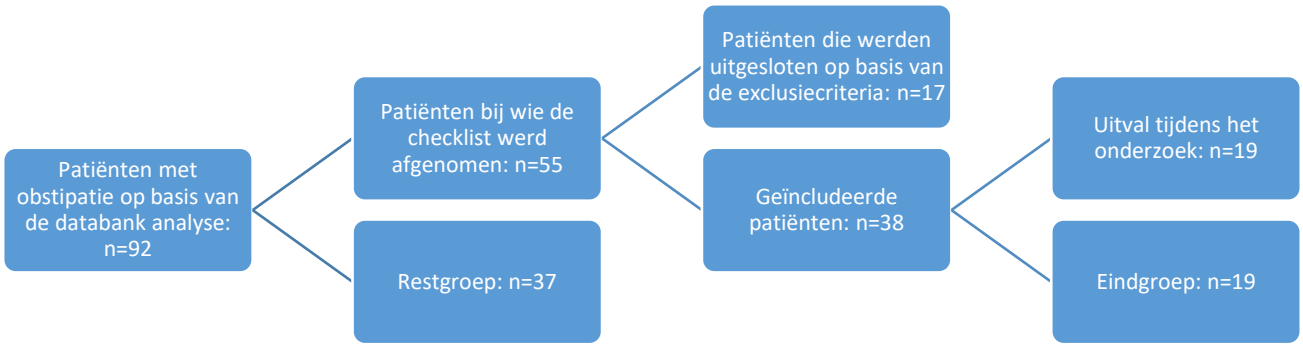
Tabel 24: Beleid en nieuw voorschrift laxativum

	Nieuw voorschrift	**Geen nieuw voorschrift**
Enkel adviezen	1	15
Enkel laxativum	6	19
Beide	7	28
p=0,341		

2. Kwaliteitsverbeterend project

2.1 Populatie

Figuur 5: Onderverdeling patiënten en aantallen per groep



2.1.1 Databank onderzoek

Het nieuwe databank onderzoek bracht aan het licht dat 92 patiënten gedurende de periode van het project op consulatie kwam en (functionele) obstipatie als diagnose kreeg met een behandeling voor de obstipatieklachten. De mediane leeftijd bedroeg 50 jaar, met een minimum van 18 en een maximum van 88 jaar (Tabel 25). De verdeling man/vrouw kwam ongeveer overeen met 1/2 (28/64) (Tabel 26).

Het totale aantal patiënten dat in die periode in de praktijk gezien werd met als nieuwe diagnose obstipatie, bedroeg 3963 op 8 maanden. De geschatte incidentie van obstipatie komt zo op 23 per 1000 patiënten per jaar.

Tabel 25: Leeftijd databank onderzoek

	Leeftijd
Gemiddelde	49,32 jaar
Mediaan	50 jaar
Minimum	18 jaar
Maximum	88 jaar

Tabel 26: Geslacht databank onderzoek

	Aantal	**Percentage**
Man	28	30,4%
Vrouw	64	69,6%
Totaal	92	100,0%

Slechts 55 (59,8%) personen uit deze groep werden door de artsen geselecteerd om deel te nemen aan het onderzoek door middel van het invullen van de checklist. Er bleek tussen beide groepen een significant verschil te zijn op basis van leeftijd, maar niet op basis van geslacht. (Tabel 27 en Tabel 28)

Tabel 27: Verdeling leeftijd restgroep en checklistgroep

		Leeftijd
Restgroep	Gemiddeld	56 jaar
	Mediaan	60 jaar
	Minimum	22 jaar
	Maximum	88 jaar
Patiënten bij wie een checklist werd afgenomen	Gemiddeld	45 jaar
	Mediaan	46 jaar
	Minimum	18
	Maximum	84
p=0,003		

Tabel 28: Verdeling geslacht restgroep en checklistgroep

		Aantal	**Percentage**
Restgroep	Man	15	40,5%
	Vrouw	22	59,5%
	Totaal	37	100,0%
Patiënten bij wie een checklist werd afgenomen	Man	13	23,6%
	Vrouw	42	76,4%
	Totaal	55	100,0%
p=0,118			

2.1.2 Geïncludeerde patiënten

In totaal werd bij 55 patiënten een checklist afgenomen. 17 (30,9%) onder hen werden uitgesloten op basis van de exclusiecriteria (Tabel 29). De overgebleven groep bevatte 38 (69,1%) patiënten die geïncludeerd werden in het volgende deel van de studie. De gemiddelde leeftijd bedroeg 42,58 jaar met een minimum van 18 jaar en een maximale leeftijd van 84 jaar (Tabel 30).

Tabel 29: Uitgesloten patiënten op basis van exclusiecriteria

Exclusiecriterium	**Aantal**
Aanwezigheid van alarmsymptomen	5
Patiënt voldoet niet aan minimaal 2 diagnostische criteria	5
Laxativum gecontinueerd	3
Patiënt wil niet deelnemen	4
Totaal	17

Tabel 30: Leeftijd geïncludeerde patiënten

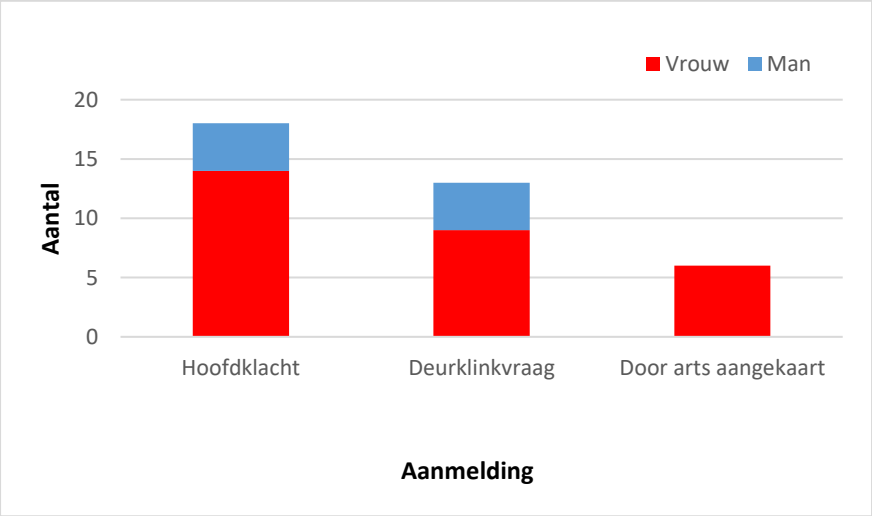
	Leeftijd
Gemiddelde	42,58 jaar
Mediaan	38,50 jaar
Minimum	18 jaar
Maximum	84 jaar

De manier waarop de patiënten hun klachten aanbrengen was divers. In 47,4% (18/38) van de gevallen werd obstipatie als hoofdklacht vermeld en bij 34,2% (13/38) kwam dit ter sprake als deurklinkvraag. Bij 15,8% (6/38) van de werd het actief bevraagd door de arts. (Tabel 31)

Tabel 31: Aanmelding

	Aantal	**Percentage**
Hoofdklacht	18	47,4%
Deurklinkvraag	13	34,2%
Door arts aangekaart	6	15,8%
Ongekend	1	2,6%
Totaal	38	100,0%

Figuur 6: Aanmelding volgens geslacht



Het merendeel van de patiënten (28/38; 73,7%) verklaarde dat de klachten reeds geruime tijd aanwezig waren en benoemde dit als een aantal maanden of jaren. De patiënten die sinds kort deze ongemakken ervaarden, hebben in het verleden dezelfde klachten doorgemaakt. (Tabel 32)

Tabel 32: Duur klachten en episodes

		Eerdere episodes	Eerste episode	Totaal
Duur klachten	Dagen	2	0	2
	Weken	5	0	5
	Maanden	8	3	11
	Jaren	16	1	17
	Onbekend	/	/	3
	Totaal	31	4	38

De beschrijving van het stoelgangspatroon varieerde sterk. De frequentie van het toiletbezoek per week bedroeg gemiddeld 3,42 keer, met een maximum van dagelijks tot minimaal 1x per week (Tabel 33). De hoeveelheid van de feces werd meestal als weinig (13/38; 34,2%) tot normaal (17/38; 44,7%) bestempeld door de patiënt zelf. (Tabel 34)

Tabel 33: Frequentie toiletbezoek

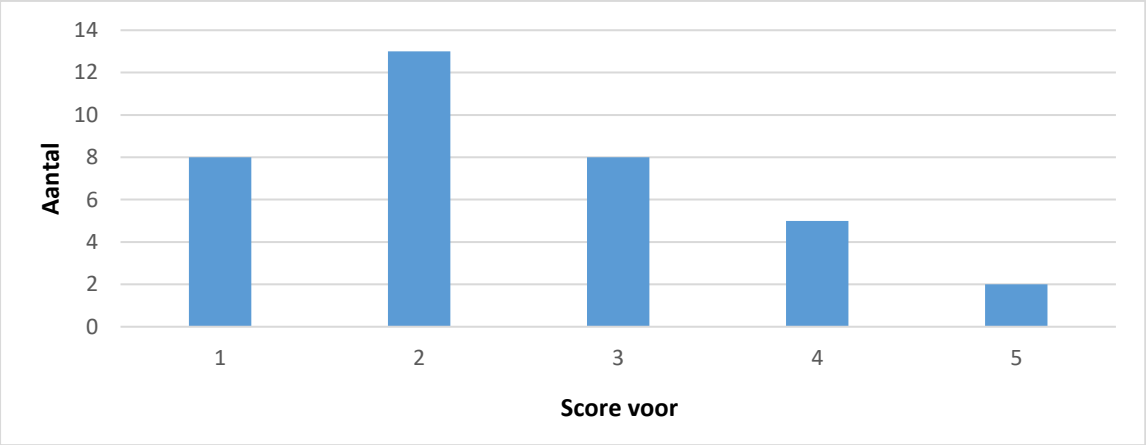
	Aantal
Gemiddelde	3,42
Mediaan	3
Minimum	1
Maximum	7

Tabel 34: Hoeveelheid feces

	Aantal	Percentage
Weinig	13	34,2%
Normaal	17	44,7%
Veel	4	10,5%
Ongekend	4	10,5%

De consistentie van de stoelgang werd onderzocht aan de hand van de BSFS, die zowel in het begin aan de hand van de 'checklist' werd bevraagd, als op een later tijdstip door middel van de vragenlijst. De consistentie bleek in 55,3% (21/38) harder te zijn dan normaal. Een normale score werd aangeduid door 34,3% (13/38) personen. 2 (5,3%) patiënten hadden stoelgang die een zachtere consistentie had dan normaal. (Tabel 35, Figuur 7)

Figuur 7: BSFS bij het begin

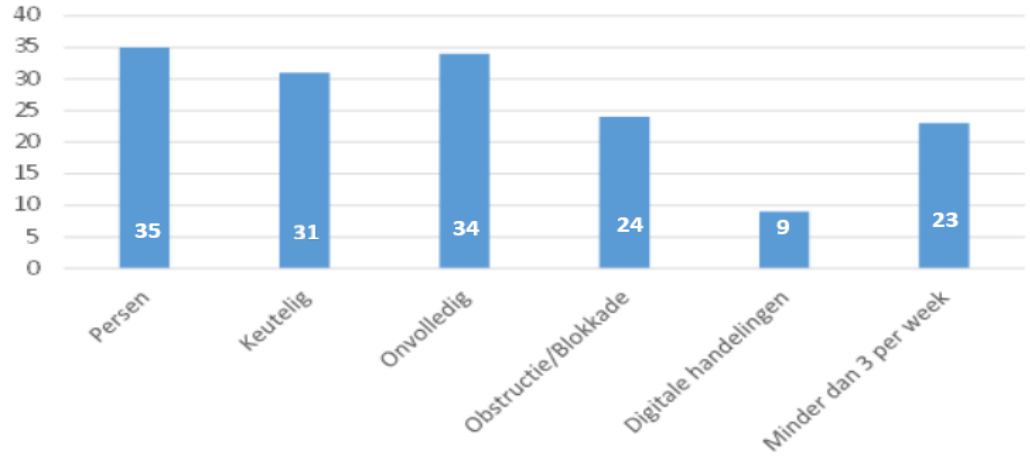


Tabel 35: BSFS bij het begin

BSFS	Aantal	Percentage
1	8	21,1%
2	13	34,2%
3	8	21,1%
4	5	13,2%
5	2	5,3%
Ongekend	2	5,3%

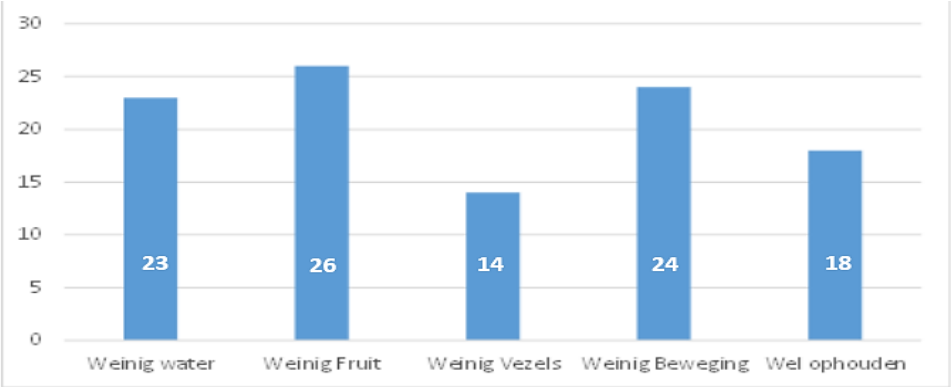
Hard persen tijdens de defecatie (92,1%; 35/38), harde en/of keutelige defecatie (81,6%; 31/38) en gevoel van incomplete defecatie (89,5%; 34/38) behoren tot de diagnostische criteria die het vaakst aanwezig zijn bij de patiënten. Slechts 23,7% (9/38) verklaarde over te moeten gaan tot digitale handeling om de stoelgang te evacueren. (Figuur 8)

Figuur 8: Diagnostische criteria



Het grootste deel van de patiënten scoorden slecht op de inname van water (60,5%; 23/38), fruit (68,4%; 26/38) en de dagelijkse hoeveelheid lichaamsbeweging (63,2%; 24/38). De vezelinname was ontoereikend bij een minderheid (36,8%; 14/38) en 47,4% (18/38) vertoonde ophoudgedrag. (Figuur 9)

Figuur 9: Levensstijl



Door 8 patiënten werd medicatie ingenomen die als mogelijke bijwerking obstipatie kunnen veroorzaken. Bij slechts 1 van hen werd deze medicatie stopgezet. Voor de start van het onderzoek namen 6 personen laxativa in, dit werd bij allen onderbroken.

2.2 Voorgeschreven behandeling

2.2.1 Medicatiegebruik

Op basis van de databank analyse kon worden besloten dat de helft van de 92 patiënten na de start van het onderzoek een laxativum voorgeschreven kreeg. Daarnaast kreeg 50% (46/92) enkel de geschreven adviezen mee. 8,7% (8/92) kreeg zowel adviezen als een laxativum voorgeschreven. (Tabel 36)

Tabel 36: Beleid alle patiënten met obstipatie op basis van databank analyse

	Geschreven adviezen	**Geen geschreven adviezen**	**Totaal**
Laxativum	8 (8,7%)	38 (41,3%)	46 (50,0%)
Geen laxativum	46 (50,0%)	0 (0,0%)	46 (50,0%)
Totaal	54 (58,7%)	38 (41,3%)	92 (100,0%)

De 38 geïncludeerde patiënten (Figuur 5, p. 32) kregen uitsluitend geschreven adviezen mee, zoals voorgeschreven door de praktijkrichtlijn. In de groep met geëxcludeerde patiënten kregen 7 patiënten enkel adviezen mee, 1 iemand een combinatie van de therapieën en de overige 9 enkel een laxativum.

Zoals eerder vermeld, bleek uit analyse van de databank van het EMD dat gedurende de periode van het onderzoek 37 personen niet geïncludeerd werden en toch met obstipatie gediagnosticeerd werden. Van hen kregen 7 (18,9%) personen zowel een medicatievoorschrift als schriftelijke adviezen. 1 (2,7%) persoon kreeg enkel schriftelijke adviezen. De overige 29 (78,4%) kregen enkel een laxativum. (Tabel 37)

Tabel 37: Beleid restgroep

	Geschreven adviezen	**Geen geschreven adviezen**	**Totaal**
Laxativum	7 (18,9%)	29 (78,4%)	36 (97,3%)
Geen laxativum	1 (2,7%)	0 (0,0%)	1 (2,7%)
Totaal	8 (21,6%)	29 (78,4%)	37 (100,0%)

2.2.2 Verschil in voorgeschreven behandeling

Tijdens het onderzoek kreeg 50% (46/92) een laxativum mee ten opzichte van 78,9% (60/76) voor de start van het onderzoek. Bovendien kreeg de overige 50% (46/92) enkel levensstijladviezen ten opzicht van 21% (16/76) in het vooronderzoek. Daarnaast kreeg 58,7% (54/92) geschreven adviezen mee, al dan niet in combinatie met een laxativum ten opzichte van 67,1% (51/76). Er is een significant verschil tussen het beleid in beide groepen (Tabel 38). De groep geïncludeerde patiënten kreeg enkel geschreven adviezen als behandeling, ook hier is er een significant verschil met de retrospectieve databank analyse (Tabel 39). De restgroep scoorde slechter op het vlak van laxativumvoorschriften: 78,4% (29/37) kreeg enkel een medicamenteuze behandeling ten opzicht van 2,7% (1/37) bij wie enkel adviezen gegeven werden. Ook dit verschil is significant ten opzichte van de retrospectieve databank analyse (Tabel 40).

Tabel 38: Beleid retrospectieve databank analyse ten opzicht van databank analyse tijdens studie

	Enkel adviezen	**Enkel medicatie**	**Beide**	**Totaal**
Retrospectieve databank analyse	16	25	35	76
Databank analyse tijdens studie	46	38	8	92
p<0,001				

Tabel 39: Beleid retrospectieve databank analyse ten opzichte van groep geïncludeerde patiënten

	Enkel adviezen	**Enkel medicatie**	**Beide**	**Totaal**
Retrospectieve databank analyse	16	25	35	76
Geïncludeerde patiënten tijdens studie	38	0	0	38
p<0,001				

Tabel 40: Beleid retrospectieve databank analyse ten opzichte van de restgroep

	Enkel adviezen	Enkel medicatie	Beiden	
Retrospectieve databank analyse	16	25	35	76
Restgroep waarbij geen checklist werd afgenomen	1	29	7	37
p<0,001				

2.3 Effectiviteit van de adviezen

Het onderzoek naar de effectiviteit van de adviezen en de tevredenheid van de patiënten werd uitgevoerd bij personen die de vragenlijst invulden en die geen medicatie innamen. In totaal werden 19 patiënten uitgesloten, wat overeenkomt met 50% van de 38 geïncludeerde patiënten. De vragenlijst werd door 39,5% (15/38) niet ingeleverd, de overige 4 personen antwoordden positief op de vraag of ze medicatie gebruikt hebben (Tabel 41). In totaal werden de gegevens van 19 personen gebruikt om de effectiviteit en haalbaarheid van de adviezen te analyseren. De vragenlijst werd gemiddeld na 4 weken ingevuld en afgeleverd (Tabel 42).

Tabel 41: Oorzaken uitval tijdens het onderzoek

Oorzaken	Aantal
Inleveren van vragenlijst	15
Toch gebruik van laxativa	4

Tabel 42: Tijd tussen afname checklist en indienen vragenlijst

	Aantal
Gemiddelde	4,37 weken
Minimum	2 weken
Maximum	9 weken

De adviezenlijst bleek voor de meeste patiënten duidelijk te zijn (73,7%; 14/19). Geen enkele patiënt vond de adviezen niet duidelijk. De vraag over de duidelijkheid van de adviezen werd door 5 patiënten niet ingevuld. (Tabel 43)

Tabel 43: Duidelijkheid van de adviezen

	Aantal	Percentage
Ja	14	73,7%
Nee	0	0,0%
Onbekend	5	26,3%

De meeste patiënten hebben de adviezen om meer water te drinken (73,7%; 14/9), meer vezels te eten (84,2%; 16/19) en niet op te houden (63,2%; 12/19) toegepast. Slechts 42,1% (8/19) slaagde erin om meer te bewegen (Tabel 44). De meeste personen (63,2%; 12/19) ervaarden met het toepassen van deze adviezen beterschap, in tegenstelling tot 15,8% (3/19) bij wie geen verbetering optrad (Tabel 45). Slechts 2 patiënten (10,5%) voldeden niet meer aan twee of meer diagnostische criteria van obstipatie (Tabel 46).

Tabel 44: Gevolgde adviezen

	Meer water drinken		**Meer vezels eten**		**Meer bewegen**		**Niet ophouden**	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Ja	14	73,7%	16	84,2%	8	42,1%	12	63,2%
Nee	5	26,3%	3	15,8%	8	42,1%	3	15,8%
Onbekend	0	0%	0	0%	3	15,8%	4	21,1%

Tabel 45: Subjectieve beterschap

	Aantal	**Percentage**
Ja	12	63,2%
Nee	3	15,8%
Onbekend	4	21%

Tabel 46: Voldoende diagnostische criteria obstipatie

	Aantal	**Percentage**
Ja	14	73,7
Nee	2	10,5
Onbekend	3	15,8

De BSFS viel bij 57,9% (11/19) patiënten binnen de gewenste zone. Slechts 2 personen (10,5%) hadden een hardere consistentie dan gewenst (Tabel 47). Bij 10 patiënten (52,%) werd een stijging vastgesteld. Het verschil met de BSFS voor de start van het onderzoek is significant. (Tabel 48)

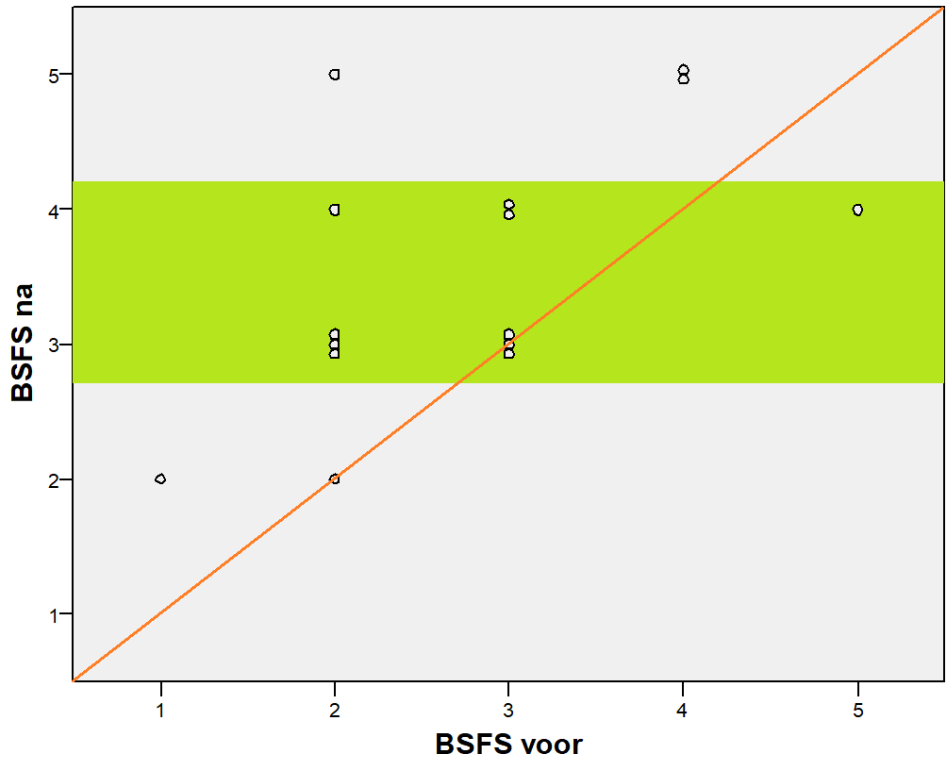
Tabel 47: BSFS vragenlijst

	Aantal	**Percentage**
2	2	10,5%
3	7	36,8%
4	4	21,1%
5	3	15,8%
Onbekend	3	15,8%

Tabel 48: Evolutie BSFS

	Aantal	Percentage
Daling	1	5,3%
Stijging	10	52,6%
Gelijk	4	21,1%
Onbekend	4	21,1%
p=0,010		

Figuur 10: Scatter diagram BSFS



De diagonale, oranje lijn komt overeen met een gelijke score tussen de twee metingen De punten boven de lijn zijn alle patiënten bij wie een zachtere stoelgang optrad. De groene zone wijst op een normale stoelgang na het onderzoek. Uit dit Scatter diagram kan afgeleid worden dat 10 personen in de gewenste, groene zone zaten ten opzicht van 8 personen met een normale stoelgang voor het experiment. Daarnaast verkregen 4 andere patiënten een zachtere stoelgang. Deze groep bevatte 2 patiënten die voordien reeds een goeie score hadden en bij wie de vastheid van de stoelgang nu net buiten de gewenste zone valt. Een enkele persoon bleef op dezelfde score als voorheen. (Figuur 10)

2.4 Patiëntentevredenheid

De meeste patiënten (16/19; 84,2%) waren tevreden met de gekregen behandeling die bestond uit uitsluitend adviezen. Slechts 2 personen (10,5%) waren ontevreden over het beleid (Tabel 49). Deze positieve attitude ten opzichte van levensstijlveranderingen was bij 94,7% van de patiënten aanwezig (Tabel 50). De meeste levensstijladviezen waren volgens de patiënten haalbaar om op te volgen. Het verhogen van de waterinname zou voor 17 van de 19 patiënten (89,5%) mogelijk zijn, 14 personen (73,7%) vonden de adviezen omtrent de vezelinname haalbaar en 12 personen (63,2%) reageerden positief op adviezen met betrekking tot bewegen en ophoudgedrag (Tabel 51).

Tabel 49: Tevredenheid omtrent adviezen gedurende de huidige episode

	Aantal	**Percentage**
Ja	16	84,2%
Nee	2	10,5%
Onbekend	1	5,3%

Tabel 50: Positieve ingesteldheid ten opzicht van levensstijlveranderingen

	Aantal	**Percentage**
Ja	18	94,7%
Nee	0	0%
Onbekend	1	5,3%

Tabel 51: Haalbaarheid van de levensstijladviezen in de toekomst

	Meer water drinken		**Meer vezels eten**		**Meer bewegen**		**Niet ophouden**	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Ja	17	89,5%	14	73,7%	12	63,2%	12	63,2%
Nee	0	0%	2	10,5%	4	21,1%	3	15,8%
Onbekend	2	10,5%	3	15,8%	3	15,8%	4	21,1%

E. DISCUSSIE

1. Praktijkrichtlijn

De gebruikte richtlijn in dit onderzoek is gebaseerd op de enige Nederlandstalige richtlijn, de NHG-standaard 'obstipatie', die gepubliceerd werd in 2010. Hoewel het literatuuronderzoek gelijkaardige aanbevelingen toont in verscheidene landen, blijkt de standaard toch verouderd te zijn. De diagnostiek is gebaseerd op de Rome-III-criteria, die in 2016 werden vervangen door de Rome-IV-criteria. Het verschil in de definiëring van functionele obstipatie in beide versies is minimaal. De oude versie bevat de vereiste dat de patiënt aan onvoldoende criteria voldoet om de diagnose IBS-C te krijgen. De nieuwe Rome-IV-criteria erkennen de mogelijke aanwezigheid van milde pijn en/of een opgeblazen gevoel, zonder dat deze klachten domineren. (50) De NHG-richtlijn houdt echter geen rekening met deze criteria, waardoor dit niet tot een verandering in ons onderzoek zou leiden.

De NHG-richtlijn zorgt dus niet voor een uitsluiting van patiënten met IBS-C. In sommige studies worden dezelfde dieetmaatregelen ook voor IBS-C geadviseerd, anderen raden aan de inname van vezelrijk voedsel te limiteren en fruit te beperken tot drie stuks per dag. (17, 51, 52)

Ook het tijdsvenster dat men hanteert bij de Rome-III-criteria wordt zowel in de NHG-standaard als in onze studie niet toegepast (5, 16). Op basis van de 'checklist' kan wel besloten worden dat de geïncludeerde patiënten vaak langere tijd (maanden tot jaren) last hadden van obstipatie. De patiënten die deze klachten sinds dagen of weken ondervonden, verklaarden in het verleden gelijkaardige episodes door te maken.

Er werd gekozen geen onderscheid te maken tussen 'slow transit'-, 'normal transit'-obstipatie en bekkenbodemdysfunctie (3, 5, 16). Hiervoor is verder technisch onderzoek nodig, wat buiten de eerste lijn valt. Bij het niet aanslaan van de adviezen kan dit alsnog gebeuren.

2. Populatie

2.1 Inclusiecriteria

In dit onderzoek werden geen kinderen en jongeren onder de 18 jaar geïncludeerd, gezien de richtlijnen niet van toepassing zijn bij hen. Voor functionele obstipatie bij kinderen en jongeren wordt aangeraden nooit alleen voedingsadviezen toe te passen. De behandeling hoort te bestaan uit een combinatie van laxativa, gedragsinterventies en aanpassingen van het dieet met voldoende vocht- en vezelinname. (22) Als onderhoudstherapie wordt gestart met macrogol met elektrolieten. Bij onvoldoende respons wordt een contactlaxativum aan de behandeling toegevoegd. (22) Meerdere studies bevestigen de superioriteit van macrogol ten opzichte van andere laxativa. (7, 53)

Een tweede groep patiënten die niet geïncludeerd werden, zijn de patiënten die op huisbezoek gezien werden. Deze beslissing werd puur praktisch genomen, gezien men de lijsten niet standaard op zak had en geen printer beschikbaar was. Een grote en belangrijke groep patiënten werd zo uitgesloten, gezien dit vooral een bejaarde populatie is in onze praktijk. Het gebruik van laxativa is in deze leeftijdscategorie hoger en ligt het hoogst bij residentiële ouderen. Ouderen zijn vaak minder mobiel, hebben comorbiditeiten of nemen medicijnen die gepaard gaan met obstipatie. Ze blijken minder behoefte te hebben aan vocht en

voedsel of kunnen door een slechte toestand van het gebit moeilijk vezelrijke voeding innemen. (8) Het is de bedoeling deze groep in de toekomst ook te betrekken bij een uitbreiding van het onderzoek. In woonzorgcentra kan in samenspraak met de Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) gezocht worden naar oplossingen om de voeding meer vezelrijk te maken, de vochtinname te verhogen en in te zetten op beweging. Bij bejaarde, thuiswonende patiënten kunnen adviezen gegeven worden, maar ook daar worden maaltijden vaak door anderen bereid. Hier kunnen thuiszorgorganisaties betrokken worden om de inname van vezels te optimaliseren. De thuisverpleegkundige kan ingeschakeld worden om te helpen bij het verhogen van de vochtinname en via de kinesist of de familie kan een poging gedaan worden om de lichamelijke activiteit te vermeerderen.

2.2 Frequentie

De geschatte incidentie bedroeg in het retrospectief onderzoek 21 per 1000 patiënten per jaar. Na het onderzoek werd de berekening opnieuw gemaakt en steeg dit naar 23 per 1000 per jaar, afgaand op de nieuwe databank analyse. Het incidentiecijfer zakte naar 14 per 1000 per jaar wanneer men enkel de personen betrekt die in de studie geïncludeerd waren en waarvan men bijgevolg zeker weet dat ze aan alle criteria voldeden. In Nederland bedroeg de incidentie 19,5 per 1000 in het jaar 2016. (6) Voor Vlaanderen werd dit in 2015 voor de hele contactgroep op 9,291 per 1000 per jaar geschat. Wanneer men de groep jongeren tot en met 19 jaar buiten beschouwing laat, kwam dit uit op 9,097 per 1000 per jaar. Uit de gegevens van de voorgaande jaren bleek dit in stijgende lijn te gaan, waarbij voor het jaar 2014 het cijfer 8,035 per 1000 bedroeg. (7) Uit deze cijfers blijken er grote verschillen te zijn tussen Nederland, Vlaanderen en onze praktijk.

De stijging tussen het retrospectief onderzoek en de nieuwe analyse kan vermoedelijk verklaard worden door het meer gericht bevragen en beter coderen van de diagnose obstipatie. In het retrospectief onderzoek werd obstipatie niet volgens de Rome-III-criteria gediagnosticeerd, eerder op basis van de klacht ‘moeilijke stoelgang en iets nodig om vlotter naar het toilet te kunnen gaan’. Dit komt overeen met bevindingen uit de literatuur, waarin beschreven wordt dat de Rome-criteria voornamelijk voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt worden (3). Als praktijk zijn we ons meer bewust van de diagnostische criteria en helpt dit in het correct diagnosticeren van de aandoening, doch werd dit bij een grote groep patiënten (37/92) niet toegepast.

De hogere incidentie kan eveneens verklaard worden door het uithangen van een poster in de wachtzaal, die de patiënten probeerde uit te nodigen tot het brengen van hun klachten aan de huisarts in plaats van meteen naar de apotheker te gaan. Ook artsen werden aangemoedigd vaker in te gaan op het stoelgangspatroon van de patiënt. Vermoedelijk speelde dit ook al mee in de laatste maanden van het retrospectief onderzoek, vlak voor de start van het kwaliteitsverbeterend project. De artsen waren zich immers bewust van de komende studie en hadden het FOCUS-model mee doorlopen. Op die manier kan verklaard worden dat dit cijfer ook hoger ligt dan het gemiddelde cijfer in Nederland en Vlaanderen, waarbij men minder op zoek gaat naar de diagnose. Daarnaast ziet men een stijging van het incidentiecijfer over de jaren heen en zijn de cijfers uit Vlaanderen en Nederland wat verouderd.

Het incidentiecijfer in Nederland ligt dichter bij het databank onderzoek en dat van Vlaanderen eerder bij de geïncludeerde groep. Een mogelijke verklaring is het verschil in codering, waarbij men wel of niet

volgens de diagnostische Rome-criteria werkt. Dit kan echter niet afgeleid worden uit de beschikbare gegevens. Daarnaast zullen patiënten in Nederland sneller bij de huisarts terecht komen dan bij de gastro-enteroloog wegens de getrapte zorg. Gezien de medicatie zowel in Vlaanderen als in Nederland meestal vrij verkrijgbaar is, kan dit niet voor een verschil zorgen.

De verdeling volgens geslacht bleek gelijkaardig te zijn aan de Nederlandse en Vlaamse registraties. Vrouwen komen ongeveer dubbel zo vaak als mannen met deze klacht op consultatie bij de huisarts. Er was geen significant verschil tussen patiënten uit de restgroep en de checklistpatiënten op basis van geslacht.

Er werd een significant verschil vastgesteld tussen de leeftijden van de restgroep en de groep patiënten bij wie een checklist werd afgenomen, waarbij de restgroep voornamelijk oudere patiënten bevatte. Mogelijke verklaringen zijn dat men bij de oudere patiënt minder snel het onderzoek zal voorstellen omdat men verwacht op meer weerstand te stuiten bij het afschaffen van de (vaak chronisch gebruikte) laxativa of omdat men minder mogelijkheden ziet tot het veranderen van de levensstijl. De stijgende incidentie volgens leeftijd kwam in ons onderzoek minder duidelijk naar voor, wat vermoedelijk verklaard kan worden door het niet includeren van een grote groep residentiële patiënten.

Voorlopig werden geen patiënten gediagnosticeerd met een secundaire oorzaak, maar gezien de korte periode kan niet met zekerheid gezegd worden dat alle patiënten aan functionele obstipatie lijden.

2.3 Restgroep

Ondanks de afspraak om ook gegevens bij te houden van patiënten die men niet kon includeren, blijkt uit de nieuwe databank analyse dat dit niet steeds gebeurde (slechts 55 patiënten werden geïncludeerd van de 92 patiënten bij wie obstipatie werd gediagnosticeerd en behandeld; 59,8%). Het is voor deze groep patiënten niet duidelijk om welke reden zij niet geïncludeerd werden (onvoldoende inclusiecriteria, alarmsymptomen, vraag van patiënt). Uit individuele analyse van deze dossiers konden een aantal conclusies getrokken worden:

- De patiënt gebruikte chronisch laxativa;
- Er was sprake van acute obstipatie en de arts doelde op een onmiddellijke verlichting van de klacht;
- Taalbarrière;
- Onderliggende aandoening vb. ziekte van Crohn, IBS-C;
- Opstart van obstipatie-veroorzakende medicatie;
- Arts-gerelateerde factoren: oude gewoonte, onvoldoende tijd.

Daarnaast kan een mogelijke verklaring zijn dat de artsen en patiënten voor de eerste keer deelnamen aan een studie in het kader van een masterproef, gezien ik de eerste HAIO in de praktijk was. Mogelijks moesten alle partijen wennen aan het nieuwe project en verloopt dit bij volgende onderzoeken beter.

Hoewel het mogelijk is dat een aantal van deze patiënten niet voldeden aan de criteria van functionele obstipatie, kregen zij toch deze diagnose en een behandeling van de arts. Het is nuttig hen te betrekken in de studie, gezien bij hen nog het meest met laxativa gestart werd.

3. Behandeling

De cijfers over de behandeling met laxativa dienen in de maatschappelijke context geplaatst te worden. Laxeermiddelen zijn vrij van voorschrift verkrijgbaar en worden meestal niet terugbetaald. Patiënten gaan zeer vaak niet naar de huisarts met de klacht obstipatie en kunnen meteen terecht bij de apotheker voor een laxativum. Dit wordt gestaafd door het grote verschil tussen de algemene jaarlijkse omzet van deze producten (47,5 miljoen euro) en de omzet van de voorgeschreven laxeermiddelen (7,5 miljoen euro) (gegevens 2011). Uit het vergelijken van de cijfers blijkt dat het aandeel voorgeschreven verpakkingen 13% uitmaakt van het totaal aantal afgeleverde verpakkingen in de officina-apotheek. (8) In deze studie kan men dus niet met zekerheid weten welke patiënten uiteindelijk wel of geen laxeermiddel genomen hebben. Het doel van deze studie is echter de artsen minder medicatie te laten voorschrijven en meer levensstijladviezen te laten geven, wat wel kan vergeleken worden door de analyses van de databank.

Het retrospectieve onderzoek toonde geen verschil in gekozen behandeling op basis van leeftijd of geslacht. De preparaten van eerste keus, die macrogol bevatten, werden het meest voorgeschreven.

Gedurende het kwaliteitsverbeterend project kreeg de grootste groep patiënten enkel geschreven adviezen mee, waar dit voordien voornamelijk in combinatie met een laxativum werd gegeven. Het aantal patiënten dat enkel een laxativum kreeg, is gedaald. Procentueel gezien werden er echter minder adviezen meegegeven ten opzichte van het retrospectief onderzoek. Dit wordt verklaard door te trend dat voornamelijk de combinatie van beide therapieën minder voorgeschreven werd. In absolute aantallen ziet men wel een stijging van het aantal patiënten dat geschreven adviezen meekreeg (van 51 op 12 maanden naar 54 op 8 maanden). Men kan dus besluiten dat de artsen erin geslaagd zijn meer te starten met het geven van levensstijladviezen en dat ze minder laxativa voorschrijven. Een minpunt in dit project is dat men zelden de voorgeschreven laxativa combineerde met levensstijladviezen, terwijl men dit voordien wel nog deed.

Men zou verwachten dat de restgroep patiënten bevat waarbij de artsen een checklist vergaten af te nemen, maar dit blijkt niet het geval te zijn. Zij kregen veel meer laxativa voorgeschreven en zelden enkel adviezen. Vermoedelijke oorzaken zijn een gebrek aan tijd voor afname van de checklist of de gedachte dat deze patiënten niet konden geïncludeerd worden. Ondanks de herhaalde vraag om ook bij deze patiënten een checklist af te nemen, is dit niet gebeurd. Hierdoor kan niet onderzocht worden waarom deze grote groep patiënten de diagnose obstipatie kregen en kan geen besluit getrokken worden uit de analyse.

4. Opvolging

De analyse van de dossiers in het retrospectief onderzoek tonen een onderscheid op het vlak van vervolgconsulten afhankelijk van de voorgeschreven behandeling. Patiënten die geschreven adviezen kregen, keren minder vaak terug naar hun arts met dezelfde klacht. Een mogelijke oorzaak is dat de patiënt geen klachten meer ervaart, maar daarentegen kan een gebrek aan opvolging aan de basis liggen omdat er geen duidelijk spoor achtergelaten is in het medisch dossier. Bij het chronisch gebruik van laxativa staat dit wel duidelijk genoteerd in de medicatielijst van het EMD. Er was geen significant verschil tussen het

wel of niet voorschrijven van laxativa en het terugzien van de patiënt met dezelfde klacht. Er was echter wel een trend zichtbaar waarbij personen die een laxativum kregen frequenter op vervolgconsult kwamen dan personen die geen laxativum kregen. Er kan met de huidige gegevens geen correlatie aangetoond worden tussen de behandeling en de vraag naar een nieuw voorschrift of het voorkomen van een nieuwe episode. De gegevens zijn moeilijk te interpreteren gezien de medicatie vrij verkrijgbaar is. Daarnaast gaat het om een kleine populatie en kan dit een invloed hebben op de significantie.

Om opvolging van de klacht te garanderen, moeten de artsen de klacht en de gegeven behandeling correct noteren in het EMD, zowel in de huidige transactie als in de medische voorgeschiedenis.

5. Effectiviteit en tevredenheid

Uit de vragenlijst blijkt dat het grootste deel van de patiënten subjectief beterschap ondervond door de gegeven adviezen. De adviezen werden door de meeste patiënten opgevolgd en op langere termijn werd de haalbaarheid hiervan nog hoger ingeschat door de patiënten zelf. Patiënten blijken voornamelijk problemen te hebben met het opvolgen van het bewegingsadvies. Specifieke, patiëntgerichte adviezen zouden een mogelijke oplossing kunnen bieden

Objectief ziet men een verbetering van de BSFS, maar de meeste patiënten bleven echter voldoen aan de criteria voor obstipatie. Over het algemeen waren de patiënten wel tevreden over de geadviseerde levensstijlveranderingen. Het doel van deze studie is het inschatten van de reactie van onze patiënten op de verandering in beleid. Dit lijkt positief te zijn voor de meeste patiënten, maar dit kan niet veralgemeend worden voor de hele populatie.

Deze longitudinale studie kent een aantal tekortkomingen, waaronder het lage deelnemersaantal en het onderzoeksdesign. Het onderzoek werd uitgevoerd zonder controlegroep en is onderhevig aan wetenschappelijke bias. De selectie bias zorgt ervoor dat artsen voornamelijk patiënten selecteren die gemotiveerd lijken om een grotere inspanning te leveren voor hun gezondheid. De non-responders bias wordt veroorzaakt door het verschil in mening tussen patiënten die de vragenlijst wel of niet terugsturen. De opkomst van gezondheidsgoeroes die het concept ‘gezond leven’ promoten, toont dat levensstijlaanpassingen ten voordele van een betere gezondheid in onze maatschappij aan populariteit wint. Vermoedelijk horen de responders eerder tot de groep die vaker met gezondheid bezig is. Een andere mogelijkheid is de respondent bias, waarbij patiënten een sociaal gewenst antwoord zullen geven zonder dit ook effectief te ervaren.

Hoewel er weinig evidentie is van het effect van levensstijlaanpassing op functionele obstipatie, wordt een groot deel van de gegeven adviezen ook aangeraden voor hun positieve invloed op de algemene gezondheid en het cardiovasculair risico. Het toepassen van een gezonde levensstijl dient hoe dan ook aangemoedigd te worden.

F. BESLUIT

Deze studie had als voornaamste doel de kwaliteit van zorg binnen mijn opleidingspraktijk te verbeteren door het optimaliseren van de implementatie van de NHG-richtlijn 'Obstipatie'. Het beoogde doel was het veranderen van het de aanpak van functionele obstipatie door als eerste stap te starten met niet-medicamenteuze adviezen.

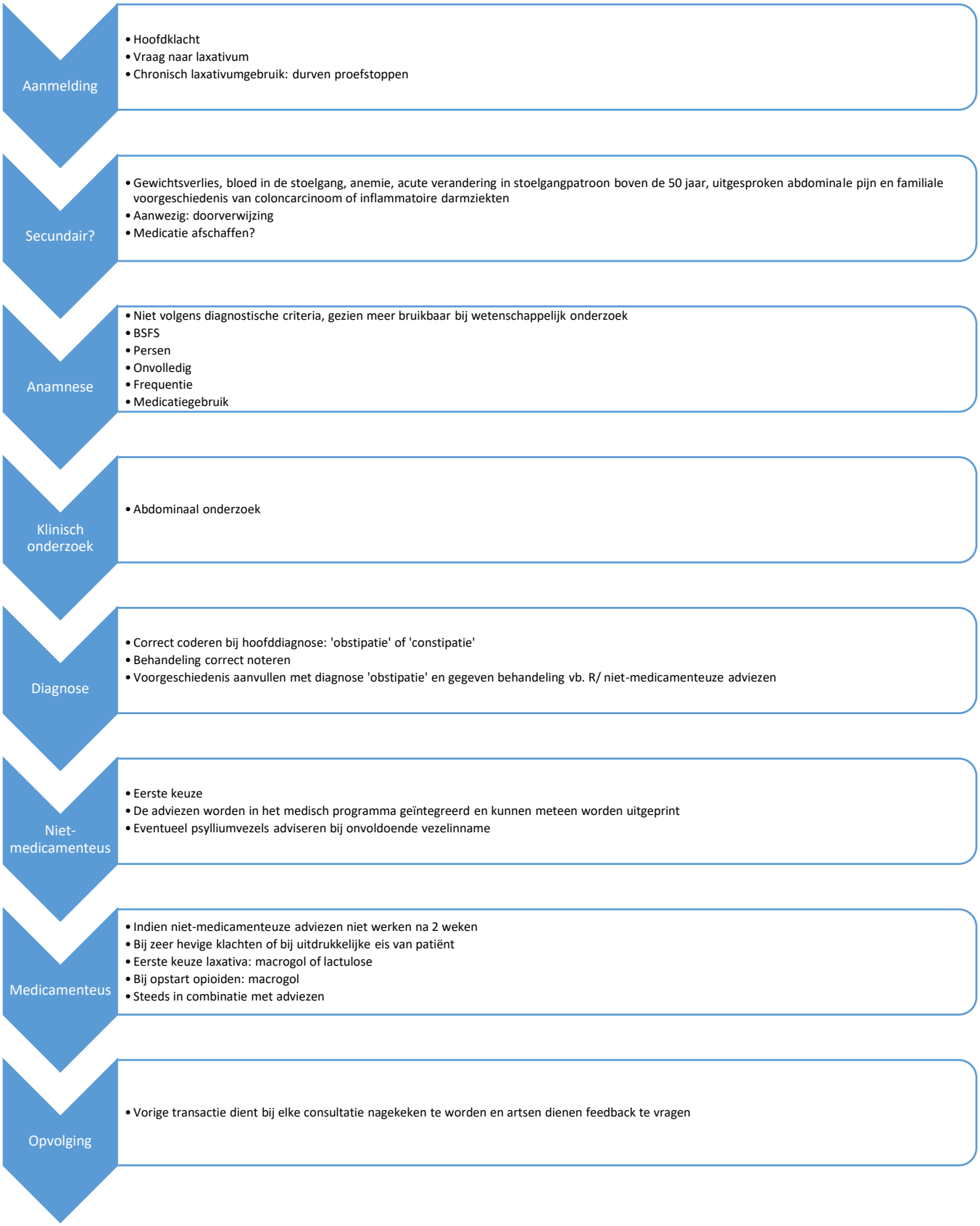
Er kan gesproken worden van een succesvol praktijkverbeterproject, gezien de artsen in vergelijking met de retrospectieve databank analyse minder laxativa voorschreven en de patiënten frequenter enkel niet-medicamenteuze adviezen kregen. Men vergat echter bij het voorschrijven van laxativa eveneens levensstijladviezen te geven, ondanks dit in de richtlijnen geadviseerd wordt.

Een bijkomende analyse werd uitgevoerd om de effectiviteit van de gegeven adviezen en de tevredenheid van de patiënten te beoordelen. Volgens de afgenomen vragenlijst ervaarden de patiënten subjectief en objectief beterschap, maar de meeste bleven voldoen aan de diagnostische criteria van obstipatie. De meeste respondenten waren tevreden met de toepasbaarheid en het effect van de gekregen adviezen.

Gezien de gunstige invloed van de levensstijladviezen op de algemene gezondheid en de klachten van functionele obstipatie, en gezien de tevredenheid van de patiënten, werd besloten de praktijkrichtlijnen aan te passen en te behouden.

In de toekomst wordt de klacht volgens onderstaande flowchart uitgewerkt (Figuur 11).

Figuur 11: Flowchart aanpak obstipatie



G. REFERENTIES

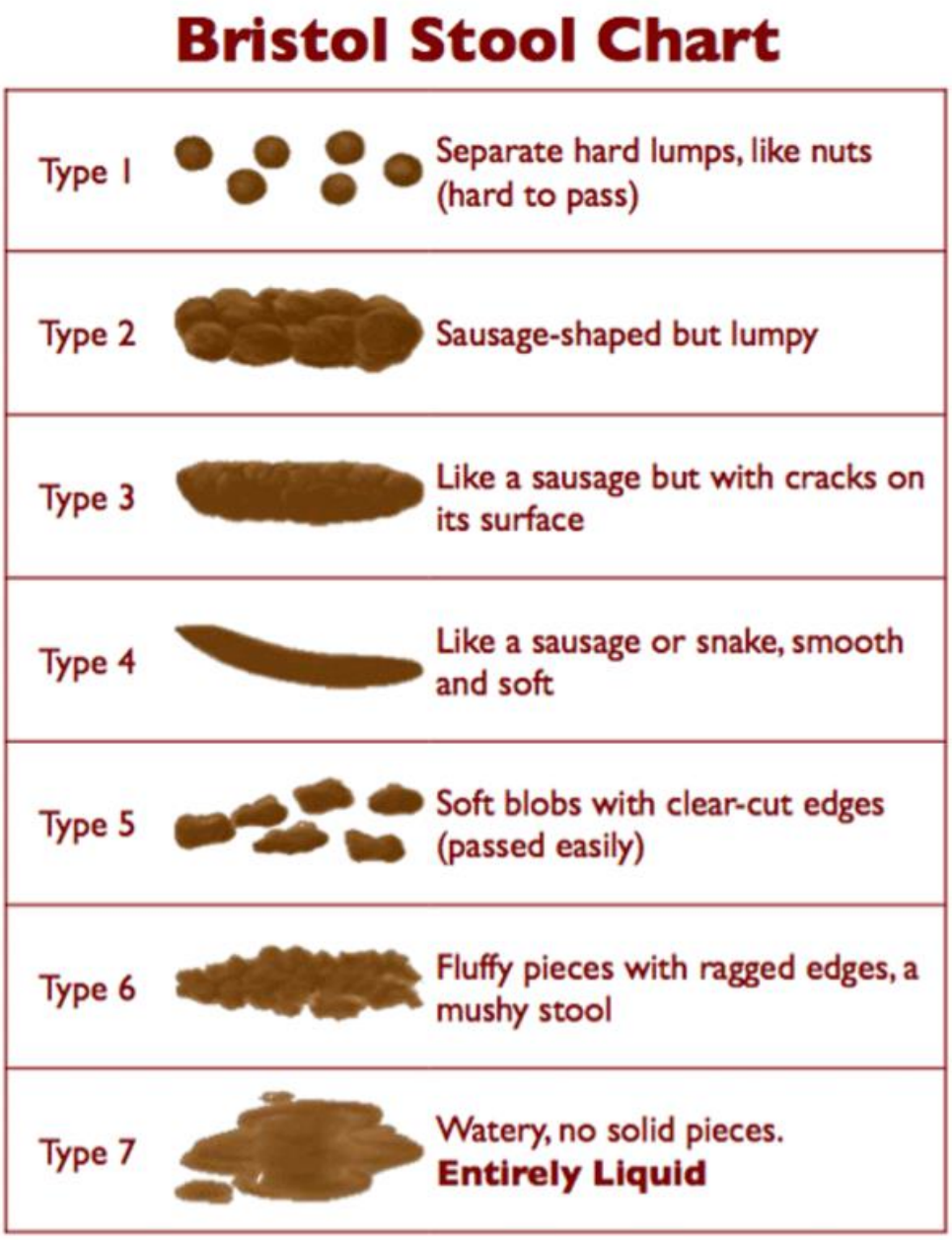
1. Speed C, Heaven B, Adamson A, Bond J, Corbett S, Lake AA, et al. LIFELAX - diet and LIFEstyle versus LAXatives in the management of chronic constipation in older people: Randomised controlled trial. Health Technology Assessment. 2010;14(52):1-105.
2. Dennison C, Prasad M, Lloyd A, Bhattacharyya SK, Dhawan R, Coyne K. The health-related quality of life and economic burden of constipation. PharmacoEconomics. 2005;23(5):461-76.
3. Tack J, Müller-Lissner S, Stanghellini V, Boeckxstaens G, Kamm MA, Simren M, et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation - a European perspective. Neurogastroenterology and Motility. 2011;23(8):697-710.
4. Belsey J, Greenfield S, Candy D, Geraint M. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. Alimentary pharmacology & therapeutics. 2010;31(9):938-49.
5. Diemel J, Van den Hurk A, Muris J, Pijpers M, Verheij A, Kurver M. NHG-Standaard Obstipatie. Huisarts Wet 2010;53(9):484-98.
6. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2016 [Internet]. 2017 [cited 2017 12 24]. Available from: www.nivel.nl/node/4309.
7. Department of general practice, KU Leuven. Intego-project. [Online]. 2011 [cited 2017 10 29]; Available from: URL:http://www.intego.be
8. RIZIV. Laxeermiddelen - InfospotJanuari - februari - maart 2013. Available from: http://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/infospot-laxatifs.aspx.
9. Bouterse M, Hooiveld M, Berger M. Obstipatie. Huisarts en Wetenschap. 2010;53(9):463-.
10. Ford AC, Talley NJ. Laxatives for chronic constipation in adults. BMJ : British Medical Journal. 2012;345.
11. Xing JH, Soffer EE. Adverse effects of laxatives. Diseases of the Colon & Rectum. 2001;44(8):1201-9.
12. Mueller-Lissner S, Wald A. Constipation in adults. BMJ Clinical Evidence. 2010;2010:0413.
13. Camilleri M, Thompson W, Fleshman JW, Pemberton JH. CLinical management of intractable constipation. Annals of Internal Medicine. 1994;121(7):520-8.
14. Arkkila P. Obstipatie bij de volwassene: Duodecim Medical Publications Ltd; 2013 [Available from: www.ebmpracticenet.be.
15. Declercq T. Obstipatie bij ouderen: hoe te behandelen? Minerva. 2001;30(9):429-30.
16. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel Disorders. Gastroenterology. 2016;150(6):1393-407.e5.
17. Sharma A, Rao S. Constipation: Pathophysiology and Current Therapeutic Approaches. In: Greenwood-Van Meerveld B, editor. Gastrointestinal Pharmacology. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 59-74.
18. McCallum I, Ong S, Mercer-Jones M. Chronic constipation in adults. BMJ. 2009;338(mar20_1):b831-b.
19. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR, 3rd. American Gastroenterological Association technical review on constipation. Gastroenterology. 2013;144(1):218-38.
20. Lindberg G, Hamid SS, Malfertheiner P, Thomsen OO, Fernandez LB, Garisch J, et al. World Gastroenterology Organisation global guideline: Constipation--a global perspective. Journal of clinical gastroenterology. 2011;45(6):483-7.
21. National Institute for Health and Clinical Excellence (2015). Clinical Knowledge Summary: Constipation. NICE, Manchester, 2015.
22. National Institute for Health and Clinical Excellence (2010) Constipation in children and young people: diagnosis and management. Clinical guideline. (CG99).

23. Lewis SJ, Heaton KW. Stool Form Scale as a Useful Guide to Intestinal Transit Time. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 1997;32(9):920-4.
24. Mínguez Pérez M, Benages Martínez A. Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces? Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2009;101:305-11.
25. Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, Nelson RL. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation. Cochrane Database Syst Rev. 2010(7):Cd007570.
26. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Laxativa. Geraadpleegd op 17 maart 2018 via http://www.bcfi.be/nl/chapters/4?matches=Laxeermiddelen%7CLaxativa%7Claxativa%7Claxatieve&frag=2980 [Available from: http://lib.ugent.be/catalog/dbs01:001250285.]
27. Petticrew M, Watt I, Brand M. What's the 'best buy' for treatment of constipation? Results of a systematic review of the efficacy and comparative efficacy of laxatives in the elderly. British Journal of General Practice. 1999;49(442):387-93.
28. Beeckman A. Niet-medicamenteuze aanpak van cardiovasculaire risicofactoren: Universiteit Gent; 2009.
29. Buelens S. De aanpak van een patiënt met acute keelpijn en mogelijke verbeterstrategieën in de huisartsenpraktijk: Een praktijkverbeterend project.: KU Leuven; 2016.
30. Denckens P, Willems L. Gebruik van de aanbeveling 'cystitis bij de vrouw' in de wachtpost regio Turnhout: een interventie-onderzoek KU Leuven; 2009.
31. Denayer A. Antibioticavoorschrijfgedrag bij acute otitis media bij kinderen in de huisartsenwachtpost van Turnhout: interventie-onderzoek met voor-en nameting: Universiteit Antwerpen; 2015.
32. Andries S. Knelpunten tussen praktijkrichtlijn en huidige aanpak van insomnia in de huisartsenpraktijk. Een praktijkverbeterend project. : KU Leuven; 2012.
33. Van Roost I. Het antibioticavoorschrijfgedrag bij rhinosinusitis in de huisartsenpraktijk: een praktijkverbeterproject met voor- en nameting: KU Leuven; 2016.
34. Vanderspickken F. Aanpak van slaapproblemen in de eerste lijn : implementatie van een praktijkrichtlijn.: KU Leuven; 2013.
35. Muller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and misconceptions about chronic constipation. The American journal of gastroenterology. 2005;100(1):232-42.
36. Burkitt DP, Walker ARP, Painter NS. EFFECT OF DIETARY FIBRE ON STOOLS AND TRANSIT-TIMES, AND ITS ROLE IN THE CAUSATION OF DISEASE. The Lancet. 1972;300(7792):1408-11.
37. Bingham SA, Day NE, Luben R, Ferrari P, Slimani N, Norat T, et al. Dietary fibre in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. The Lancet. 2003;361(9368):1496-501.
38. Sairanen U, Piirainen L, Nevala R, Korpela R. Yoghurt containing galacto-oligosaccharides, prunes and linseed reduces the severity of mild constipation in elderly subjects. European Journal Of Clinical Nutrition. 2007;61:1423.
39. De Paula JA, Carmuega E, Weill R. Effect of the ingestion of a symbiotic yogurt on the bowel habits of women with functional constipation. Acta gastroenterologica Latinoamericana. 2008;38(1):16-25.
40. Stacewicz-Sapuntzakis M, Bowen PE, Hussain EA, Damayanti-Wood BI, Farnsworth NR. Chemical composition and potential health effects of prunes: a functional food? Critical reviews in food science and nutrition. 2001;41(4):251-86.
41. Sikirov D. Comparison of Straining During Defecation in Three Positions: Results and Implications for Human Health. Digestive diseases and sciences. 2003;48(7):1201-5.
42. Richardson DP, Ansell J, Drummond LN. The nutritional and health attributes of kiwifruit: a review. European Journal of Nutrition. 2018.

43. Ramos CI, Andrade de Lima AF, Grilli DG, Cuppari L. The short-term effects of olive oil and flaxseed oil for the treatment of constipation in hemodialysis patients. Journal of renal nutrition : the official journal of the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation. 2015;25(1):50-6.
44. Hanif Palla A, Gilani AH. Dual effectiveness of Flaxseed in constipation and diarrhea: Possible mechanism. Journal of ethnopharmacology. 2015;169:60-8.
45. Kay RM. Dietary fiber. Journal of lipid research. 1982;23(2):221-42.
46. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij; 2008. p. 58.
47. Voedingscentrum. Vezels. Geraadpleegd op 17 maart 2018 via http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vezels.aspx.
48. Nederlands Huisartsen Genootschap (2014). Ik heb last van verstopping. Geraadpleegd op 17/03/2018 via https://www.thuisarts.nl/verstopping/ik-heb-last-van-verstopping 2014
49. Vlaams Instituut Gezond Leven (2018). Voedingsdriehoek. Geraadpleegd op 17 maart 2018 via https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek
50. Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. Update on Rome IV Criteria for Colorectal Disorders: Implications for Clinical Practice. Current Gastroenterology Reports. 2017;19(4):15.
51. National Institute for Health and Care Excellence (2016) Irritable bowel syndrome in adults. NICE quality standard 114.
52. National Institute for Health and Clinical Excellence (2010) Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management. Clinical guideline. (CG61).
53. Gordon M, MacDonald JK, Parker CE, Akobeng AK, Thomas AG. Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation. Cochrane Database Syst Rev. 2016(8):CD009118.

H. BIJLAGE

1. Bristol Stool Form Scale (BSFS)



FOCUS OP NIET-MEDICAMENTEUZE ADVIEZEN BIJ OBSTIPATIE: EEN PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT

BESTE PATIËNT,

In onze praktijk loopt momenteel een project rond de implementatie van niet-medicamenteuze adviezen bij het behandelen van obstipatie. Deze studie kadert binnen de masterproef van Dr. Eva Verniers.

DOEL

- de aanpak van obstipatie bij volwassenen meer conform de richtlijnen te laten verlopen
- dit wil zeggen: focussen op levensstijlveranderingen en adviezen voor men overgaat tot het voorschrijven van medicatie
- gevolgen: minder medicatie = minder bijwerkingen én minder kosten voor de patiënt en de maatschappij

GEVOLGEN VOOR ONZE PATIËNTEN

- uw behandelende arts analyseert de medische dossiers om data uit het verleden te verzamelen
- indien u uw arts raadpleegt met de klacht obstipatie, zal worden nagegaan of u kan en wil deelnemen aan de studie
- mits uw toestemming krijgt u een lijst met adviezen mee en wordt u een vragenlijst opgestuurd, waarna uw arts ook die gegevens verwerkt

BELANGRIJK

- uw persoonlijke en klinische gegevens worden volledig geanonimiseerd en enkel behandeld door de artsen uit de praktijk, **uw identiteit blijft vertrouwelijke informatie!**
- deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent
- indien u verkiest niet deel te nemen aan deze studie en wenst niet betrokken te worden in de data-analyse, mag u dit steeds melden: dit heeft op geen enkele manier invloed op uw verdere relatie en behandeling met de artsen

Wenst u graag meer informatie? Twijfel niet om ons hierover aan te spreken!

3. Praktijkrichtlijn

3.1 Checklist

Duur: 5 min

CHECKLIST OBSTIPATIE

Naam en geboortedatum patiënt: ***Noteer bij anderstaligen ook een Nederlandstalige contactpersoon***	**Arts (omcirkel): P / F / B / E / A** **Hoofdklacht/Deurklinkvraag/Door arts aangekaart?**
NB: minimumleeftijd 18 jaar, geen huisbezoeken	**Datum consultatie:**

UITSLUITEN (omcirkel)	
RBPA of melena	JA/NEE
Tekenen obstructie: toenemende buikpijn, opzetting en (fecaal) braken	JA/NEE
Achteruitgang algemene toestand, algemene malaise	JA/NEE
Niet-pluisgevoel	JA/NEE
Is er een vermoeden van een tot op heden onbekende onderliggende aandoening die behandeling vereist? (hypothyreoïdie, multiple sclerose, parkinson, diabetes type 1 of 2)	JA/NEE
Patiëntgerelateerde factoren waardoor men NIET deelneemt	Wil niet deelnemen/Eist laxativa/NVT
Artsgerelateerde factoren waardoor men NIET deelneemt	Geen tijd/NVT

NAVRAGEN (omcirkel of vul in bij ...)	
Duur klachten	...
Eerdere episodes	JA/NEE
PATROON MOMENTEEL	
Frequentie?	...
Hoeveelheid?	...
Score Bristol Stool Chart?	Type ...
DIAGNOSTISCHE CRITERIA	
Hard persen	JA/NEE
Harde/keutelige defecatie	JA/NEE
Gevoel van onvolledige defecatie	JA/NEE
Gevoel van anorectale obstructie/blokkade	JA/NEE
Digitale handelingen noodzakelijk om ontlasting te verwijderen	JA/NEE
Minder dan 3 defecaties per week	JA/NEE
LEVENSSTIJL	
Drinkt min. 1,5l water dagelijks	JA/NEE
Fruit (aantal + soort)	... stuks per dag
Vezels, volkoren (dagelijks bij elke maaltijd)	JA/NEE
Beweging (30min 5x/w; + type)	JA/NEE
Ophoudgedrag	JA/NEE
Neemt de patiënt medicatie die obstipatie kan veroorzaken vb. opioïden of afgeleiden, anticholinergica, SSRI, anti-epileptica, bisfosfonaten, ijzer, calcium, calciumantagonisten, NSAID, diuretica, antacida, ...	JA/NEE
→ Indien ja: is de medicatie gestopt?	JA/NEE/NVT
Neemt de patiënt laxativa?	JA/NEE
→ Indien ja: is de medicatie gestopt?	JA/NEE/NVT

Is het klinisch onderzoek (inspectie, auscultatie, percussie, palpatie) NORMAAL (geen massa's, geen ileus)?	JA/NEE
Boekje meegegeven (informatiebrief + lijstje adviezen + vezellijst)	JA/NEE

3.2 Adviezenlijst

Beste patiënt,

U krijgt dit lijstje mee naar huis gezien u zich bij uw arts aanmeldde met obstipatie/verstopping. Bepaalde aanpassingen van de levensstijl kunnen voor u een groot verschil betekenen. Hieronder sommen we op met welke adviezen u voor een verlichting van uw klachten kan zorgen.

- Eten en drinken: Voor een vlotte stoelgang heeft u voldoende vezels en vocht nodig
    - Drink minstens 1,5 à 2 liter water per dag. (1 glas water = 0,15 liter; 1 beker water = 0,25 liter; 1 kop soep = 0,2 liter; 1 bord soep = 0,25 liter)
    - Eet gezond, zodat u voldoende vezels inneemt. Zorg dat u dagelijks 30g vezels inneemt. U kan dit uitrekenen aan de hand van de vezellijst (zie bijlage), maar volgende opsomming geeft een samenvatting van de meest vezelrijke producten:
        - **volkoren- en graanproducten**: volkoren brood, roggebrood, volkorenpasta, volkorenbiscuit, mueslirepen
        - **zilvervliesrijst**, **aardappelen**
        - **peulvruchten** (erwten, bonen, linzen)**, zaden**
        - **groenten (dagelijks 300g) en fruit (dagelijks 2-3 stuks)** vb. kiwi en pruimen (NIET: bananen)
        - **peperkoek**
        - GEEN VEZELS: vlees, ei, kaas, melkproducten

- Beweging: Voldoende beweging zorgt voor een vlottere stoelgang gezien het de darmtransit of -beweeglijkheid in gang zet
    - Beweeg **dagelijks minstens 30 minuten** intensief (mag ook 3x10 minuten of 2x15 minuten zijn)
    - Elke vorm van beweging is goed: wandelen, lopen, fietsen, zwemmen, tuinieren …

- Toiletgang: Indien uw stoelgang te lang in de darm blijft, wordt deze harder en droger en zorgt dit mee voor de moeilijkere ontlasting
    - Ga naar toilet indien u **aandrang** voelt en hou de stoelgang niet op
    - Geef uzelf de **tijd** en ontspan, zorg voor een gemakkelijke positie op het toilet

- Medicatie: Medicatie kan obstipatie veroorzaken, maar kan ook helpen om de stoelgang zachter te maken in ernstige situaties
    - Bespreek steeds met uw arts welke medicatie u reeds inneemt om zo na te gaan of er aanpassingen nodig zijn
    - Indien u bovenstaande adviezen opvolgt en na 2 weken nog steeds geen verandering merkt in uw stoelgangspatroon, neemt u terug contact op met uw arts. Mogelijks zal er dan medicatie (laxativa) opgestart worden. Gezien elke vorm van medicatie het risico geeft op **bijwerkingen** en er een zekere **kostprijs** aan vasthangt, wordt aangeraden eerst te starten met de bovenstaande niet-medicamenteuze adviezen. Ook bij het innemen van laxativa moet u steeds de adviezen blijven opvolgen.

Bronnen:
https://www.thuisarts.nl/verstopping/ik-heb-last-van-verstopping
http://www.bcfi.be/ - hoofdstuk laxativa
http://www.vigez.be/themas/voeding-en-beweging/actieve-voedingsdriehoek
http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vezels.aspx

3.3 Vezellijst

VEZELLIJST

De meest vezelrijke groenten zijn broccoli, rodekool en sperziebonen. De meest vezelrijke fruitsoorten zijn passievrucht, bessen en frambozen. Ongeschild fruit bevat meer vezels.

Een volwassene heeft zo'n 30 g voedingsvezels nodig per dag. Hier kom je aan door te kiezen voor bruine of volkoren broodsoorten, volkoren deegwaren of bruine rijst. Daarnaast moet je voldoende groenten, fruit en regelmatig gekookte aardappelen eten.

Vezels in brood en graanproducten	Eenheid	Gewicht per eenheid (g)	Hoeveelheid voedingsvezel (g)
Broodje, volkoren	**stuks**	**50**	**3,8**
Roggebrood, donker	**snee**	**45**	**3,7**
Krentenbrood, volkoren	**snee**	**35**	**2,5**
Broodje, bruin	**stuks**	**50**	**2,4**
Mueslibrood	**snee**	**35**	**2,4**
Volkorenbrood	**snee**	**35**	**2,3**
Meergranenbrood	**snee**	**35**	**2,2**
Krentenbol	**stuks**	**50**	**2,1**
Roggebrood, licht	**snee**	**25**	**1,9**
Bruinbrood	**snee**	**35**	**1,8**
Knäckebröd, volkoren	**stuks**	**10**	**1,5**
Broodje, wit	**stuks**	**50**	**1,4**
Krentenbrood	**snee**	**35**	**1,2**
Knäckebröd	**stuks**	**10**	**1,0**
Cracker, volkoren	groot	10	0,9
Croissant	stuks	40	0,9
Witbrood	snee	35	0,9
Beschuit, volkoren	stuks	10	0,8
Beschuit	stuks	10	0,2
Cracker	groot	10	0,2

Vezels in ontbijtproducten en vezelproducten	Eenheid	Gewicht per eenheid (g)	Hoeveelheid voedingsvezel (g)
Muesli	**voor 1 schaaltje**	**45**	**3,6**
Muesli, krokant	**voor 1 schaaltje**	**40**	**2,7**
Tarwezemelen	**eetlepel**	**5**	**2,2**
Lijnzaad	**eetlepel**	**5**	**1,7**
Havermout	**voor 1 bord**	**20**	**1,4**

Cornflakes	voor 1 schaaltje	30	0,9

Vezels in pasta, rijst aardappelen, peulvruchten, groente en fruit			
	Eenheid	Gewicht per eenheid (g)	Hoeveelheid voedingsvezel (g)
Pasta, rijst en aardappelen			
Pasta, volkoren, gekookt	**opscheplepel**	**50**	**2,1**
Zilvervliesrijst, gekookt	**opscheplepel**	**60**	**1,3**
Aardappelen, gekookt	klein	50	0,8
Pasta, gekookt	opscheplepel	50	0,7
Rijst, gekookt	opscheplepel	55	0,4
Peulvruchten			
Bruine/ witte bonen, gekookt	**opscheplepel**	**60**	**6,8**
Kapucijners, gekookt	**opscheplepel**	**55**	**4,4**
Linzen, gekookt	**opscheplepel**	**55**	**2,9**
Groente			
Groente, gemiddeld, gekookt	**opscheplepel**	**50**	**1,4**
Rauwkost	schaaltje	35	0,6
Fruit			
Vijgen, gedroogd	**3 stuks**	**60**	**5,9**
Dadels, geconfijt	**10 stuks**	**60**	**4,5**
Fruit	**schaaltje**	**125**	**2,1**
Sinaasappelsap met vruchtvlees	glas	150	0,9
Vruchtensap	glas	150	0,8
Rozijnen	handje	20	0,7

Noten en pinda's			
	Eenheid	Gewicht per eenheid (g)	Hoeveelheid voedingsvezel (g)
Noten, gemengd	**eetlepel**	**20**	**1,2**
Studentenhaver	**eetlepel**	**20**	**1**
Pindakaas	voor 1 snee	15	0,8

BRON: http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vezels.aspx

3.4 Informatiebrief voor de deelnemer

Informatiebrief voor de deelnemers

'Focus op niet-medicamenteuze adviezen bij obstipatie: een praktijkverbeterend project'

Beste patiënt,

U krijgt deze informatiebrief omdat u bij uw huisarts kwam met de diagnose 'obstipatie'.

In onze praktijk loopt momenteel een project rond de implementatie van niet-medicamenteuze adviezen bij het behandelen van obstipatie. Deze studie kadert binnen de masterproef van Dr. Eva Verniers.

Beschrijving en doel van het project:
Doel van het onderzoek is de aanpak van obstipatie bij volwassenen meer conform de richtlijnen te laten verlopen. Bij het bestuderen van richtlijnen voor huisartsen valt op dat de focus ligt op het uitproberen van levensstijlveranderingen en adviezen voor men overgaat tot het voorschrijven van medicatie. Het toepassen van deze adviezen kan zorgen voor een verlichting van de klachten, zodat er minder medicatie (laxativa) voorgeschreven wordt. Het voordeel is dat medicatiegerelateerde bijwerkingen vermeden worden en dat het kostenplaatje ruim beperkt wordt.

Bijgevolg krijgt u een uitgebreide lijst met adviezen mee als belangrijkste stap in de behandeling. Zoals bij andere diagnoses is het ook hier de bedoeling dat u de hulp van een arts inroept bij het verergeren of niet verbeteren van de klachten.

Binnen een aantal weken zal u een vragenlijst opgestuurd worden, zodat we ons een beeld kunnen vormen van de doeltreffendheid van de behandeling en de mening van onze patiënten. Dit is een uiterst belangrijk onderdeel van het onderzoek en uw deelname zou erg geapprecieerd worden. Gelieve de enquête terug te bezorgen bij ons op de praktijk. Daarnaast zal een data-analyse van uw dossier plaatsvinden door uw behandelende arts.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Toestemming en weigering:
De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts. Door het invullen van de enquête en het tekenen van bijgevoegd toestemmingsformulier geeft u uw toestemming tot medewerking aan de studie.

Vertrouwelijkheid:
Uw persoonlijke en klinische gegevens worden volledig geanonimiseerd en enkel behandeld door de artsen uit de praktijk. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terug koppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier). Verslagen waarin U wordt geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

Verzekering:
De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Alvast bedankt voor uw medewerking namens alle artsen van praktijk Sterrestraat!

Dr. Eva Verniers (HAIO) - *contactpersoon*
Dr. Bart Poppe
Dr. Frederik Huysentruyt
Dr. Piet Vermeiren
Dr. Anneloor Dierickx (HAIO)
Sterrestraat 16 bus 1
9160 Lokeren
praktijksterrestraat@outlook.com
09/348 38 82

3.5 Toestemmingsformulier

Beste patiënt,

U krijgt deze vragenlijst toegestuurd omdat u een aantal weken geleden op raadpleging kwam met de klacht 'obstipatie'. Gezien wetenschappelijk onderzoek uitwijst dat men bij deze klacht best tracht te focussen op een aantal levensstijlveranderingen, hebben wij dit in onze aanpak van uw klacht toegepast. U kreeg een lijstje mee met allerlei adviezen en uw ervaring hiermee is voor ons van uiterst belang: met deze vragen proberen wij een beeld te scheppen van de haalbaarheid en het succes van deze aanpak in onze praktijk. Gelieve deze enquête en dit toestemmingsformulier zorgvuldig in te vullen en terug te bezorgen aan ons, zo geeft u de toestemming dat deze informatie in ons onderzoek verwerkt mag worden. Uw gegevens worden geheel anoniem behandeld. Bij vragen mag u steeds contact opnemen met de praktijk op ons vast nummer 09/348 38 82.

Met vriendelijke groeten,

Namens alle artsen van Praktijk Sterrestraat,

Dr. Eva Verniers



Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie. Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studie. Ik stem erin toe deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studie geen bijkomende kosten meebrengt en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is. Ik kan me op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere behandeling en de relatie met de arts.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam van de vrijwilliger:

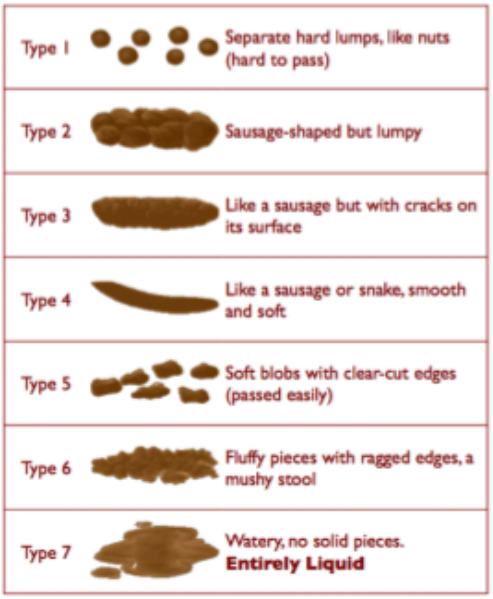
Datum:

Handtekening:

3.6 Vragenlijst

		JA	NEE	GEEN MENING
1	Vindt u de lijst met adviezen duidelijk?			
2	Heeft u volgende adviezen toegepast? (korte termijn)			
2a	*Meer water drinken*			
2b	*Meer vezels eten*			
2c	*Meer bewegen*			
2d	*Niet ophouden*			
3	Ondervindt u beterschap van uw klachten met de adviezen?			
4	Vindt u volgende adviezen haalbaar op lange termijn?			
4a	*Meer water drinken*			
4b	*Meer vezels eten*			
4c	*Meer bewegen*			
4d	*Niet ophouden*			
5	Bent u tevreden dat uw arts geen medicatie voorschreef?			
	Heeft u zelf nog middelen gevonden die uw klachten verlichten?			
	Zo ja: welke?			
7a	Heeft u medicatie gebruikt om de stoelgang zachter/vlotter te maken?			
	Zo ja: welke?			
7b	*Zo ja: werden deze voorgeschreven door een arts?*			
8	Staat u positief tov veranderingen in levensstijl om zo minder medicatie te gebruiken?			
9	Voldoet u nog aan twee of meer criteria van obstipatie? *Zie volgende pagina**			
10	Zie volgende pagina: score BSC nu en vroeger			
11	Handtekening onderaan pagina 1 geplaatst?			

Bristol Stool Chart



Vraag 10:

SCORE NU:

SCORE VROEGER:

*CRITERIA VAN OBSTIPATIE

- hard persen (minstens 1 keer op 4);
- harde en/of keutelige stoelgang (minstens 1 keer op 4);
- gevoel van onvolledige stoelgang, achtergebleven stoelgang in darm (minstens 1 keer op 4);
- gevoel van blokkage, moeilijke passage van stoelgang (minstens 1 keer op 4)
- noodzaak tot manueel verwijderen van stoelgang (minstens 1 keer op 4)
- minder dan 3 keer stoelgang per week

Opmerkingen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek (UZP074)

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0335	11-apr-17	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Focus op niet-medicamenteuze adviezen bij obstipatie: een praktijkverbeterend project (MaNaMa Eva Verniers)
Belgisch Registratienummer: B670201731861
Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier (versie 1) dd. 24/02/2017 (volledig ontvangen dd. 13/03/2017) + aanpassingen ontvangen dd. 26/03/2017
Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 19/03/2017
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 26/03/2017 (ontv. dd. 27/03/2017) op opmerkingen EC dd. 19/03/2017
* Begeleidende brief (bij het antwoord) dd. 19/03/2017
* Informatieformulier voor de deelnemers (versie 2) dd. 19/03/2017
* Toestemmingsformulier (versie 2) dd. 19/03/2017
* Vragenlijsten (versie 2) dd. 19/03/2017
* Poster wachtkamer (versie 1 - ontv. dd. 27/03/2017)

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 5/04/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 5/04/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra 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 5/04/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 5/04/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 18/04/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 18/04/2017

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de Nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0335	11-apr-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0335

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-Dutch informed consent forms with the Dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

5. Goedgekeurd protocol

In de NHG-standaarden wordt regelmatig de focus gelegd op het uitproberen van levensstijlverandering en andere niet-medicamenteuze adviezen voor men overgaat tot het voorschrijven van medicatie. Dit is onder meer het geval bij functionele obstipatie, een frequent voorkomende klacht met regelmatig een chronisch verloop. Het toepassen van deze adviezen kan bij een groep patiënten reeds een verlichting van de klachten geven zodat ze minder geneigd zijn te grijpen naar laxativa. Bijgevolg kan men zo vermijden dat de doelgroep medicatiegerelateerde bijwerkingen ondervindt en kan men het bijhorende kostenplaatje ruim beperken.
Gezien bovenstaande bedenkingen heeft deze masterproef als doel het voorschrijven van laxativa te beperken door te focussen op het geven van levensstijladviezen.

Opzet van het onderzoek:

Voorschrijfgedrag van artsen bestuderen, patiënten bewustmaken van het voordeel van gedragsverandering, analyse van de effectiviteit van adviezen en patiëntentevredenheid.

Geplande methode:

Dit onderzoek is een kwaliteitsverbeterend praktijkproject. Onze doelgroep omvat alle patiënten in de praktijk van 18 jaar en ouder, die zich komen aanmelden met de klacht obstipatie. Er wordt gebruik gemaakt van de PDCA-cyclus, waarbij achtereenvolgens 4 verschillende stappen doorlopen worden: 1. Plan; 2. Do; 3. Check; 4. Act;

Plan: In de planningsfase van het onderzoek wordt retrospectief gezocht naar het aantal patiënten dat zich de laatste maanden kwam aanmelden met de klacht 'obstipatie', welke therapie er telkens werd voorgeschreven en hoe vaak een patiënt met die klacht op raadpleging kwam. Deze analyse gebeurt door de behandelende arts binnen de normale praktijkvoering en de gegevens worden op een geanonimiseerde wijze verwerkt. Daarnaast worden praktijkrichtlijnen ontwikkeld met de focus op niet-medicamenteuze adviezen die meegegeven kunnen worden aan de patiënt. Ter ondersteuning wordt een praktijkwebsite opgestart met een onderdeel adviezen. De obstipatierichtlijn zal het eerste onderwerp zijn dat men op onze site kan raadplegen.

Do: Bij implementeren van onze nieuwe praktijkrichtlijn krijgen patiënten met een nieuwe diagnose van obstipatie de adviezen mee en worden ze bewust gemaakt van het bestaan van de praktijkwebsite. Er wordt vermeden om meteen laxerende medicatie voor te schrijven. Indien er toch afgeweken wordt van de praktijkrichtlijn, zal de reden door de arts gestaafd worden. De patiënten krijgen eveneens een informatieformulier mee over het onderzoek en kunnen zo reeds mondeling toestemming geven over hun medewerking aan het praktijkverbeterend project.

Check: Na aantal maanden van registratie wordt gecontroleerd of we erin slagen om minder laxativa voor te schrijven. Het aantal laxativavoorschriften wordt geanalyseerd (het voorschrijfgedrag van de arts) en er wordt nagegaan of patiënten terugkomen met de klachten na het geven van adviezen (doeltreffendheid van de maatregelen en gedragsverandering bij de patiënt). De patiënten krijgen een vragenlijst (zie bijlage) opgestuurd in verband met het opvolgen van de adviezen, de doeltreffendheid van de adviezen, de patiëntentevredenheid en het gebruik van laxativa. Door het invullen van de vragenlijst en het bijgevoegd toestemmingsformulier geven de patiënten schriftelijke toestemming tot deelname aan het onderzoek.

Act: Op basis van analyse van de voorschriften en de vragenlijsten, wordt beslist om het project aan te passen, af te wijzen of te implementeren. Indien er een gedragsverandering bij artsen en patiënten bewerkstelligd wordt en indien patiënten hun tevredenheid uiten, zal dit leiden tot het uitbreiden van onze adviezen naar andere aandoeningen waarbij de standaarden niet-medicamenteuze adviezen als behandeling van eerste keuze aanraden, onder meer hoesten.