Adaptatie Duodecimrichtlijn: tendinopathiën van de pols en onderarm: therapie

Teun Fransen, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Tom Poelman, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017– 2018

Abstract

Adaptatie van een Duodecimrictlijn: tendinopathiën van de pols en onderarm: therapie

Teun Fransen, Universiteit Gent & ICHO, correspondentie: teun.fransen@hotmail.com

In deze masterproef werd het onderdeel behandeling van de richtlijn 'De ziekte van de Quervain en andere tendinitiden van pols en onderarm' van het Finse Duodecim geadapteerd naar een up-to-date richtlijn voor de Belgische huisarts. De betrachting was om deze eveneens als praktijkconsensus in een direct toepasbare vorm te gieten voor de opleidingspraktijk.

Hiervoor werd een vastgelegd protocol gevolgd dat werd aangereikt door Ebpracticenet onder de vorm van een Excel matrix. Op basis van 6 gekozen klinische vragen in PIPOH-vorm (Patient/Population, Interventions, Professionals, Outcomes en Healthcare settings) werd via een systematisch literatuuronderzoek naar antwoorden gezocht. De richtlijnen werden met AGREE II, een tool om de kwaliteit van een richtlijn na te gaan. De consistentie en toepasbaarheid van de informatie uit de geselecteerde richtlijnen werd nagegaan en op advies van de leescommissie van Ebpracticenet werd al dan niet overgegaan tot adaptatie van de oorspronkelijke aanbevelingen van Duodecim. Aan deze aanbevelingen werd omwille van de beperkte theoretische bewijskracht een zwakke *grade of recommendation* (GRADE) toegekend. Nadien volgde een implementatiefase waarbij de huidige behandeling in de praktijk werd beschreven op basis van een onderzoek van het EMD (elektronisch medisch dossier) en interviews met collega's. Daarnaast werd hen ook de geadapteerde richtlijn voorgesteld (peer-review) en door middel van een visgraatanalyse verbeterpunten opgesteld, waaruit een praktijkconsensus volgde.

Deze masterproef slaagde in de ontwikkeling van een richtlijn voor de behandeling van de ziekte van De Quervain en andere tendinitiden van pols en onderarm, gericht aan de Belgische huisarts. De aanbevelingen behandelen de vermindering van de belasting voor de pols, NSAI gebruik, spalken en infiltratie met corticosteroïden. De toepasbaarheid in de praktijk wordt enigszins gehinderd door een gebrek aan reflectie en actieve leermogelijkheden vervat in de aanbevelingen (zoals een praktijkoverleg over de richtlijn). Omdat deze richtlijn een toetsing in onderging via peer-review in de praktijk wordt de waarde evenwel opgetrokken. Op deze manier ontstaat toch een praktisch bruikbare kapstok voor de behandeling van de ziekte van De Quervain en andere tendinitiden van pols en onderarm in de dagelijkse praktijk. Toekomstig onderzoek zal deze adaptatie ongetwijfeld verder verfijnen, zodat de individuele huisarts een evidence based keuze kan maken voor zijn of haar patiënt(e).

Inhoudsopgave

1. Inhoudsopgave 4
2. Dankwoord 5
3. Inleiding 6
4. Methodologie 7
5. Resultaten 11
6. Discussie 13
7. Persoonlijke bedenkingen 15
8. Besluit 16
9. Referenties 17
10. Bijlagen 18

Dankwoord

Allereerst wens ik mijn promotor en co-promotor te bedanken voor de ondersteuning bij het schrijven van deze masterproef. Niet alleen stonden zij mij bij met praktische raad, maar ze spoorden mij eveneens aan om wetenschappelijk correct te werk te gaan en tijdig de gestelde deadlines te halen. Ik ben hen dan ook uitermate dankbaar voor hun enthousiasme.

Daarnaast wens ik ook de leden van de leescommissie van Ebpracticenet te bedanken voor de begeleiding tijdens het eerste jaar van deze masterproef onder de vorm van de matrix, eveneens voor het stellen van deadlines en het aanscherpen van mijn wetenschappelijke attitude. In het bijzonder dien ik Martine Goossens te bedanken die steeds instond voor de praktische organisatie van dit wetenschappelijk project, alsook Dr. Nicolas Delvaux waarbij ik steeds met vragen rond de ontwikkeling van deze richtlijn terecht kon.

Eveneens wens ik mijn praktijkopleiders te bedanken die mij tijdens de voorbije twee jaar de kans hebben gegeven aan dit eindwerk tijd te besteden en mij bijstonden met advies wanneer ik dit nodig had.

Vervolgens wil ik Michiele bedanken omdat wij samen vele avonden hebben 'gethesist' en elkaar aanspoorden om in de hectiek van het dagelijkse leven als huisarts toch nog tijd te maken voor deze masterproef.

Tenslotte dank ik oprecht alle vrienden, mijn vriendin en mijn familie voor de onvoorwaardelijke steun tijdens mijn opleiding tot huisarts.

Inleiding

De totstandkoming van deze thesis kadert binnen het framework van Ebpracticenet, een initiatief van het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) uit 2010 voor de ontwikkeling van evidence based richtlijnen in samenwerking met het Finse Duodecim. Op basis van een selectie richtlijnen, gemaakt door Ebpracticenet, wordt jaarlijks door masterstudenten huisartsgeneeskunde een uitgebreid literatuuronderzoek over een gekozen onderwerp omgezet in een up-to-date richtlijn, bruikbaar voor de Belgische huisarts. Zo wordt een verouderde, onvoldoende kwaliteitsvolle of niet-toepasbare Engelstalige richtlijn uit de Finse Duodecim context geadapteerd naar een praktisch werkbare richtlijn voor de eerste lijn, geschreven in het Nederlands en gericht aan Belgische huisartsen.

Uit de voorgestelde onderwerpen kozen wij, Michiele Vanaenrode en Teun Fransen het onderwerp 'De ziekte van De Quervain en andere tendinitiden van de pols en onderarm.' Gezien Michiele haar eerste jaar HAIO-jaar 6 maanden stage liep op orthopedie en mijn achtergrond als kinesitherapeut leek een musculoskeletaal onderwerp voor de hand liggend. Daarnaast hadden we beiden de praktische ondervinding dat hand- en polsklachten eerder frequent voorkomen in de huisartsenpraktijk en een negatieve impact op het professioneel en sociaal leven kunnen hebben.

Vanaf het opstellen van de klinische vragen rond het gekozen onderwerp, werkte Michiele het onderdeel diagnostiek verder uit, terwijl ik het onderdeel therapie onder handen nam. Hierbij wensen wij te benadrukken dat, hoewel de opstart van dit project gezamenlijk verliep, wij uiteindelijk een afzonderlijke adaptatie hebben samengesteld over ons deeldomein van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn.

Wij stellen als doel om met deze thesis huisartsen in de praktijk een werkbare handleiding te bieden rond de diagnostiek en behandeling van De Quervain tendinopathie en andere onderarm- en polsklachten. Voor mij kwam daar nog het opstellen van een praktijkconsensus rond de behandeling van tendinitiden van onderarm en pols bij.

Methodologie

De praktische uitwerking van de masterproef verliep volgens een vastgelegd protocol, aangereikt door Ebpracticenet, beschreven in het handboek 'Adaptatie Duodecim Richtlijn' van 2016 (1). Deze handleiding is gebaseerd op de 'Adapte Manual and Resource Kit' (2) die opgesteld werd om op uniforme wijze richtlijn aan te passen naar de lokale zorgcontext. Hiervoor werd door Ebpracticenet een praktisch bruikbare Excel matrix aangereikt die werd toegevoegd aan deze masterproef. De methode omvat verschillende stappen die hieronder meer uitgebreid en toegepast zullen worden beschreven:

1. Screeningsfase

- Stap 1:

De scope van de aanbeveling wordt opgesteld op basis van een aantal klinische vragen, gekozen in functie van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn en geformuleerd als PIPOH (Patient/Population, Interventions, Professionals, Outcomes en Healthcare settings) en uitgewerkt in de matrix. Voor deze masterproef werden volgende klinische vragen gedefinieerd:

-Welke ergonomische maatregelen kunnen worden genomen bij patiënten met tendinopathie van De Quervain?
-Is kinesitherapie effectief bij volwassen patiënten met een tendinopathie van de voorarm of pols?
-Hebben NSAID's een effect op de klachten bij patiënten met een tendinopathie van de voorarm of pols?
-Wat is het effect van een corticosteroid-injectie bij patiënten met een De Quervain tendinopathie?
-Wat is het effect van een brace of spalk bij patiënten met een tendinopathie van de voorarm of pols?
-Wat is de meest correcte manier om een corticosteroid-injectie te geven bij patiënten met een De Quervain tendinopathie?

- Stap 2:

Een systematische zoektocht naar relevante Belgische en internationale richtlijnen vond voor het merendeel plaats in januari 2017 via volgende databases:

-Internationaal: G-I-N, NCBI, guideline.gov, evidence.nhs.uk, Trip Database, NHG, Clinical Evindence, SIGN, NICE, Cochrane, Dynamed plus.
-Belgisch: KCE, Minerva, Farmaka, Riziv, BCFI, FOD volksgezondheid, , BAPCOC, Domus Medica.

Volgende zoektermen werden gebruikt:

-De Quervain, tendinopathy, wrist, forearm, tenosynovitis, tendinitis, forearm, wrist, voorarm, pols, hand, tendinopathie.

Op NCBI werd volgende Mesh-terms gebruikt:

- (((((tendinopathy[MeSH Terms]) OR tendinopathies[MeSH Terms])) AND ((wrist[MeSH Terms]) OR forearm[MeSH Terms]))) OR de quervain disease[MeSH Major Topic]
- (((tendinopathy[MeSH Terms]) OR tendinopathies[MeSH Terms])) AND ((wrist[MeSH Terms]) OR forearm[MeSH Terms])

De uitgebreide beschrijving van het systematisch literatuuronderzoek is terug te vinden in de matrix. De zoekstrategie resulteerde uiteindelijk in de selectie van 6 potentieel bruikbare richtlijnen of reviews van minder dan 10 jaar oud. Daarnaast werden nog een aantal potentieel geschikte recentere artikels achter de hand gehouden voor de uiteindelijke adaptatie. Tenslotte ontving de auteur gedurende het opstellen van deze masterproef regelmatig updates van de literatuur op NCBI in functie van de opgestelde zoekstrings.

- Stap 3:

De geselecteerde teksten werden gescreend op basis van verschillende criteria. Allereerst werd nagekeken of het gaat over richtlijnen of systematische reviews geschreven in het Nederlands of Engels. Bij nadere inspectie bleek dat voor 2 teksten uit de selectie van 6 niet het geval. Vervolgens werd gecontroleerd of de volledige versie beschikbaar was. Op die manier werd 1 artikel geëlimineerd. Tenslotte werd nagegaan of de resterende richtlijnen een antwoord konden geven op de klinische vragen. Dat lukte voor 4 van de 6 vragen. Het doorlopen proces is terug te vinden in de begeleidende matrix.

Hierna werden 3 richtlijnen weerhouden:
- NHG standaard hand- en polsklachten uit 2010. (3)
- Upper limb disorders: occupational aspects of management uit 2009. (4)
- Consensus on a Multidisciplinary Treatment Guideline for de Quervain Disease: Results From the European HANDGUIDE Study uit 2014. (5)

- Stap 4:

Deel 1: De geselecteerde richtlijnen werden op waarde beoordeeld via het AGREE II instrument (6). AGREE II waardeert de kwaliteit van een richtlijn door middel van 23 vragen verspreid over 6 deeldomeinen. Via de online versie werd elke richtlijn afzonderlijk door de 2 auteurs gescoord. Indien de score van beide evaluatoren meer dan 1 punt verschilde per vraag werd een definitieve score bereikt door consensus. Deze hoefde niet noodzakelijk dezelfde te zijn. Ondanks het feit dat 1 richtlijn duidelijk beter scoorde dan de 2 anderen, werden alle 3 richtlijnen verder gebruikt in deze masterproef gezien de kwaliteit voldoende bleek voor de adaptatie van de richtlijn (mits enkele modificaties). De scoring via AGREE II vind je in de bijlagen (bijlage 5).

Deel 2: De aanbevelingen uit de oorspronkelijke Duodecimrichtlijn en de geselecteerde richtlijnen werden opgelijst in de matrix in functie van de klinische vragen. Hierbij keken we het niveau van evidentie en de graad van aanbeveling na zoals die werd beschreven door de auteurs. We dienen echter aan te geven dat dit vaak niet werd vermeld. Veelal maar niet steeds gebeurde deze evaluatie volgens het GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) (7)(bijlage 2) systeem.

Deel 3: In dit onderdeel werd gecontroleerd of de zoekstrategie van de richtlijn consistent was met de klinische vraag waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd. Daarnaast werd (via evidentietabellen) gecheckt of de onderliggende evidentie overeenkomt met hoe de auteurs van de richtlijn deze samenvatten en interpreteren en of dit dan weer correspondeert met de formulering van de aanbeveling.

Deel 4: Er werd in deze stap nagegaan of de aanbevelingen voldoende recent waren. Aanbevelingen zijn gebaseerd op bronliteratuur van een systematische zoektocht tot een bepaalde periode. Indien recentere onderzoeken, verkregen via de systematische zoektocht en vermeld in stap 2, de adaptatie van een aanbeveling zouden kunnen beïnvloeden, werden ze neergepend in de matrix.

Deel 5: Ten slotte werd nagegaan of de geformuleerde aanbeveling toepasbaar is in de Belgische zorgcontext.

- Stap 5:

De oorspronkelijke aanbevelingen uit de Engelstalige Duodecimrichtlijn werden opgelijst waarna we beslisten of er tot adaptatie van de aanbeveling werd overgegaan. De beslissing om een aanbeveling aan te passen werd onderbouwd met de evidentie uit de geselecteerde richtlijnen, waarna een aangepaste aanbeveling werd geformuleerd.

- Stap 6:

De leescommissie van Ebpracticenet bekeek de opgestelde matrix en de voorstellen tot adaptatie en gaf een advies hieromtrent: Mogelijk mineure adaptatie van de aanbevelingen rond beleid.

2. Adaptatiefase

- Stap 7:

In deze fase werden de oorspronkelijke Duodecim richtlijn en onze aangepaste versie per klinische vraag naast elkaar gelegd en kenden we een aanbevelingsgraad toe op basis van het niveau van bewijskracht in de gebruikte richtlijn of, indien dit niet werd vermeld, op basis van de artikels die de grondslag vormen voor de richtlijn. Dit werd eventueel aangevuld met informatie uit systematische reviews of meta-analyses die werden gevonden via een systematisch literatuuronderzoek(8)(9)(10)(11)(12)(13). Zo werden artikels geschreven tussen de datum van de laatste literatuurzoektocht in de richtlijnen en het schrijven van deze adaptatie geïncorporeerd. De sterkte van aanbeveling werd dan toegekend op basis van het GRADE-systeem (14)(15) (bijlage 2).

3. Implementatiefase

- Stap 8:

De implementatie van opgestelde adaptatie gebeurde op verschillende manieren. Allereerst werd in het EMD van de praktijk gezocht naar geregistreerde (symptomen en klachten van) De Quervain tendinopathiën (opting out in bijlage 6). Op basis daarvan werden gegevens verzameld in verband met de frequentie, de diagnostiek, het aantal consultaties en het ingestelde beleid en een swot-analyse gemaakt. Vervolgens volgde er een overleg met de collega's (2 mannen) in de praktijk (informed consent in bijlage 7) waarbij aan de hand van een casus het beleid getoetst. Daarna werden een aantal vragen rond de therapie van hand- en polsklachten gesteld. Het verslag van deze bespreking is beschikbaar in de bijlagen, het besluit in de resultaten. Tenslotte werd de aangepaste richtlijn voorgesteld, de praktische haalbaarheid werd besproken en via een visgraatanalyse kwamen we tot enkele verbeterpunten. Zo kwamen er vragen over het type instructies dat gegeven diende te worden en eveneens over dat er geen contra-indicaties voor corticoid-injectie werden vermeld. Verder hadden ze het over wat de 'andere behandelvorm' nu net inhield, dat de kostprijs van een brace te hoog ligt en er geen nomenclatuurnummer (en

terugbetaling) voor is voorzien. Beide collega's opperden daarom dat een instructieblad voor de patiënt de belasting kon helpen reduceren. Eén van hen zou dit meegeven aan de patiënt, de andere argumenteerde dat hij de uitleg liever verbaal zou geven omdat de instructies voor de hand liggend zouden zijn. Voor het probleem van de kostprijs van een brace werd voorgesteld om een (terugbetaalbare) gips aan te leggen. Door deze tot orthese om te vormen zou die ook aan- en uitgedaan kunnen worden. Het tijdsaspect zou kunnen worden opgevangen door praktijkverpleging deze methode aan te leren. Filmpjes rond injectietechniek, een richtlijn of bijscholingen zouden een huisarts ook kunnen helpen om methodologisch correct te infiltreren in de pols. Ook een cursus gipsen zou een meerwaarde kunnen bieden. Tenslotte viel het de collegae ook op dat niet elke arts een corticoid voor infiltratie voor handen heeft en dat er zodoende tijd wordt verloren doordat de patiënt dit eerst dient te halen in de apotheek. Als verbeterpunt werd voorgesteld dat de huisarts dit aankoopt en de patiënt het op een later tijdstip terug laat brengen.

De aangepaste richtlijn werd eveneens voorgesteld in de seminariegroep (2 2de jaars, 9 1ste jaars en 1 STACO). Ook daar startten we met een kwalitatieve toetsing van de huidige aanpak van hand -en polsklachten in de praktijk. Daarna werd de aangepaste richtlijn geanalyseerd en werden verbeterpunten opgesteld. De conclusies van deze bevraging werden meegenomen in het opstellen van de richtlijn en vind je in de resultaten.

Hierbij dient te worden vermeld dat de implementatiefase werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ Gent (bijlage 4).

- Stap 9:

Op basis van de adaptatie, het onderzoek van het EMD en de diepte-interviews met de collega's werd een praktisch bruikbare praktijkconsensus voor de behandeling van een tendinopathie van de hand en de pols opgesteld.

Resultaten

Na het doorlopen van het hierboven beschreven proces kwamen we tot volgende geadapteerde richtlijn:

-Beoordeel de belasting voor het hand en reduceer deze. (Grade 2C)
-Overweeg een NSAI samen met relatieve rust of een andere behandelvorm. (Grade 2C)
-Wij suggereren bij pijn of dysfunctie een corticosteroid-injectie. Combineer dit met een orthese voor een beter effect. De injectie kan, indien nodig, herhaald worden na 4 tot 6 weken. (Grade 2B)
-Tracht bewegingen die klachten uitlokken te vermijden. Overweeg een brace ter ondersteuning zo nodig. (Grade 2C)

Tijdens de implementatiefase werd de seminariegroep bevraagd over deze richtlijn en werden volgende bemerkingen weerhouden:

A/ Sterktes: eenvoudig, flexibel, beknopt, verstaanbaar
B/ Zwaktes: vaag, zwakke onderbouwing, geen contra-indicaties vermeld, niets vermeld over wanneer verwijzen of type brace (dag/nacht), geen tijdsindicatie bij behandeling
C/ Mogelijkheden: houvast om op verder te bouwen, formuleren van type brace per indicatie, richtlijn met mogelijkheden voor therapie: je kan nog steeds een eigen beleid of interpretatie maken
D/Moeilijkheden: uitvoeren van corticoid-infiltratie, onzeker over risico tov baten, operatief ingrijpen na infiltratie moeilijker?, rekening houden met contra-indicaties voor NSAI

Een gestructureerde zoektocht in het EMD van de praktijk leverde enkele inzichten op omtrent de toegepaste behandelmethoden voor tendinitiden van onderarm en pols. Ook de moeilijkheden en beperkingen rond dit probleem werden in kaart gebracht. De zoektocht wordt beschreven in (bijlage 3). Daarnaast hadden de collega's in de praktijk de kans zich uit te spreken over de voorgestelde adaptatie. Zij kwamen tot volgende conclusies:

-De huidige richtlijn geeft niet aan welke instructies aan de patiënt met een polstendinopathie moeten worden gegeven.
-Er wordt niet gespecifieerd wat er nu net wordt bedoeld met 'een andere behandelvorm'.
-Niet alle artsen kennen de techniek voor een polsinfiltratie of de contra-indicaties. Daarenboven zou niet in alle praktijken een corticosteroid-injectie aanwezig zijn.
-Omwille van de kostprijs en het tijdsaspect zijn respectievelijk braces en gipsen moeilijk toe te passen in de praktijk.
Op basis van deze opmerkingen werd via een visgraatmodel (bijlage 1) volgende verbeterpunten opgesteld:
-Het opstellen van een instructieblad voor de patiënt over belasting en ontlasting van de pols.
-Duidelijke contra-indicaties voor corticoid-infiltraties formuleren.
-Cursussen organiseren rond infiltratietechnieken en gipsen. Eventueel filmpjes online beschikbaar maken.
-Braces terugbetaalbaar maken via een nomenclatuurcode. Gipsen laten aanleren door een getrainde praktijkassistent of –verpleegkundige.
-Een corticosteroid beschikbaar houden in de praktijk en de patiënt via een voorschrift nadien het product laten vervangen.

Met deze verbeterpunten in het achterhoofd werd een praktijkconsensus rond de behandeling van tendinopathiën van de pols en het hand opgesteld:

Indien op basis van klinisch onderzoek de diagnose van tendinopathie van de pols of onderam wordt gesteld, wordt dit gecodeerd in het elektronisch medisch dossier genoteerd.
Elke ingestelde behandeling wordt overwogen in functie van de medische achtergrond en persoonlijke voorkeuren van de patiënt.

In de eerste plaats kiezen we voor een lokaal en/of peroraal NSAI voor maximaal 7 dagen samen met mondelinge of schriftelijke instructies over hoe de patiënt de belasting van de pols kan reduceren. Indien nodig wordt arbeidsongeschiktheid voorgeschreven. Afhankelijk van de ernst van de klachten en de vraag van de patiënt zien we hem/haar terug na een tiental dagen of bij onvoldoende beterschap. Op vraag van de patiënt kunnen eventueel andere behandelvormen worden toegevoegd (traumeel, kinesitherapie).

In de tweede plaats stellen we, bij aanhoudende klachten en zonder contra-indicaties of persoonlijke bezwaren bij een geïnformeerde patiënt, een corticoid-infiltratie voor. Daarbij kiezen we voor depomedrol 40 mg/ml tussen 0,2 en 1cc peritendineus. De infiltratie kan éénmalig worden herhaald na ongeveer 14 dagen. Deze behandeling wordt eventueel gecombineerd met een brace in overleg met de patiënt waarvoor nomenclatuurnummer 145250 kan worden gebruikt. Als alternatief voor een orthese kan eventueel een softcast, gips of tape worden aangewend. Om deze technieken adequaat uit te kunnen voeren, trachten de huisartsen uit deze praktijk jaarlijks een (online) cursus gipsen en infiltratietechnieken te volgen.

Deze praktijkconsensus werd voorgesteld aan de huisartsen in de praktijk en mits enkele wijzigingen unaniem goedgekeurd.

Discussie

Deze masterproef heeft een verjongde richtlijn rond de behandeling van tendinopathiën van de pols en de onderarm opgesteld op basis van een bestaande doch verouderde Duodecim richtlijn. Het onderliggend framework van Ebpracticenet zorgt voor een methodologisch sterke onderbouwing van de masterproef. De aangepaste richtlijn werd tevens voorgesteld aan collega's in de praktijk en de bemerkingen werden genoteerd. Rond specifieke problemen werd naar concrete oplossingen gezocht. Op basis van de aangepaste richtlijn werd uiteindelijk een praktijkconsensus rond de behandeling van pols- en onderarmtendinitiden bereikt. Op deze manier heeft deze masterproef aangetoond een praktisch bruikbare richtlijn ontwikkeld te hebben die toepasbaar is in de Belgische huisartsenpraktijk.

Uiteraard zijn er ook enkele beperkingen. Publicatiebias kan er toe hebben geleid dat de ontwikkelde richtlijn niet gebaseerd is op alle beschikbare evidence en daardoor leidt tot een overschatting van het effect doordat studies zonder aantoonbaar effect niet werden gepubliceerd. Door het opstellen van de klinische vragen op basis van de oorspronkelijke richtlijn, aangevuld met thema's gekozen door deze auteurs, kan het zijn dat bepaalde therapeutische opties onderbelicht werden in deze masterproef. Dit is het geval voor chirurgische behandelmethoden. De auteurs van deze masterproef gingen er echter van uit dat deze informatie minder relevant zou zijn voor de behandeling in de eerste lijn. Elke ontwikkelde richtlijn is in principe achterhaald. Deze masterproef verzamelde de bestaande kennis tot en met januari 2017. Daardoor zou het kunnen dat recente belangrijke wetenschappelijke informatie over het hoofd werd gezien. We raden dan ook aan deze richtlijn over 5 jaar te herzien. Tijdens de implementatiefase werd op verschillende manieren de huidige aanpak en de toepasbaarheid van de richtlijn nagegaan. Een groep jonge artsen werd bevraagd doch slechts 2 ervaren huisartsen. Idealiter werd de richtlijn getoetst bij een grotere groep huisartsen die al langer in het werkveld staan. Deze keuze geeft waarschijnlijk een vertekend beeld van het huidige beleid en de toepasbaarheid van de aangepaste richtlijn, maar werd voornamelijk om praktische redenen gemaakt.

Men ziet ook dat er een grote kloof gaapt tussen de theoretische ontwikkeling van een richtlijn en de implementatie in de praktijk met een effect op de kwaliteit van de zorg (16). Daarnaast word gesteld dat er weinig onderzoek gebeurt naar deze 'implementation science'. Het format dat in deze masterproef werd gekozen (feedback van huisartsen in de praktijk) voor de implementatie is uiteraard kleinschalig geweest, doch heeft een beperkt theoretisch versterkend effect op het gebruik van de richtlijn (17). Richtlijnen dienen voornamelijk kort en bondig te zijn, ontwikkeld vanuit de eigen ervaring van de gebruiker en de mogelijkheid tot feedback, reflectie en actief leren bevatten (18)(19). Concreet was dit laatste iets wat in de geadapteerde richtlijn sterker verweven had kunnen zijn. Een aantal beperkingen staan het toepassen van een richtlijn in de praktijk in de weg: de mate waarin moeilijkheden die de beoogde gebruiker ervaart uit de weg worden geruimd, de zorgcontext waarin de richtlijn dient gebruikt te worden en de waarden en normen van de zorgverlener en de patiënt (20). Het lijkt dan ook voor de hand liggend dat elke arts de richtlijnen kritisch bekijkt en ze niet blind volgt. Vele richtlijnen, net als deze, hebben een zeer beperkte theoretische onderbouwing. We moeten blijven inzetten op de wetenschappelijke attitude van artsen in opleiding om deze specifieke tekortkoming in de toekomst te blijven counteren.

Tenslotte dient vermeld te worden dat de richtlijn inderdaad zeer vaag werd geformuleerd. Dit vertegenwoordigt de verwoording van de beschikbare wetenschappelijke evidence rond de behandeling van tendinopathiën van de pols en onderarm. Deze auteur kan daarom besluiten dat er meer onderzoek noodzakelijk is rond dit onderwerp om de huisarts in de praktijk een bruikbare richtlijn met een sterke graad van aanbeveling aan te reiken.

Persoonlijke bedenkingen

De 'implementation science' beschreven in de discussie komt bij deze masterproef sterk op de voorgrond te staan. De toepasbaarheid van een richtlijn hangt nauw samen met de manier waarop huisartsen in de praktijk theoretische informatie includeren in hun behandelstrategie. In dit opzicht lijkt het mij aangewezen de gebruikers van de richtlijn in de aanbevelingen aan te sporen om op een open manier in discussie te gaan over de richtlijn. Dit kan via peer-review in de LOK-vergaderingen of intern in de praktijk. De toenemende digitalisering laat eventueel zelfs discussiefora toe. Daarnaast zou een toetsing in quizvorm de actieve leermogelijkheden kunnen versterken. Het voorstel tot infiltratie van de pols kan geassocieerd worden aan een filmpje met instructies voor het uitvoeren van deze injectie. Uiteraard werd via mijn implementatiefase de richtlijn eveneens toegankelijker gemaakt. Doordat een praktijkconsensus werd opgesteld, zijn de huisartsen in mijn praktijk actief mee aan de slag gegaan rond dit onderwerp en zijn hun persoonlijke behandelstrategieën onder de loep genomen en intern besproken. Op basis van dit overleg kwamen een aantal opties aan het licht die in de praktijk niet door iedereen op dezelfde manier werden toegepast. We moeten echter opletten dat deze implementatie niet leidt tot een generische vorm van behandelen, maar dat elke arts afzonderlijk therapieopties kan afwegen aan de theoretische aanbevelingen en de inzichten van zijn of haar collega's. Hierbij weegt de kritische attitude die wordt verwacht van elke arts uiteraard sterk. 'Implementation science' helpt ons om deze kritische blik toe te passen op een voorgestelde richtlijn en bruikbare elementen voor de praktijk te selecteren. Een aanbeveling kan werken als een schroevendraaier, maar daarmee zit de vijs nog niet in de muur.

Deze masterproef focust sterk op 3 bestaande richtlijnen die de mosterd dan weer haalden bij een aantal basisartikels. De kwaliteit van deze adaptatie staat of valt bijgevolg bij de waarde van deze ondersteunende artikels. Door de richtlijnen op kwaliteit te beoordelen via AGREE II werd deze zwakte reeds deels weggewerkt, doch blijven enkele problemen bestaan. Omdat publicatiebias inhoudt dat artikels die geen meerwaarde van een behandelvorm kunnen aantonen niet gepubliceerd zouden worden, registeren wij waarschijnlijk een overdreven effect van de voorgestelde therapeutische opties. Voeg daar aan toe dat de beschreven bewijskracht beperkt is en het merendeel van de studies niet in de eerste lijn gebeurde en je kan de aanbevelingen naar waarde schatten. De kwaliteit van bewijs kan enkel toenemen indien de geadapteerde richtlijn gestoeld zou zijn op kwaliteitsvolle onderzoeken in de eerste lijn. Om therapeutische behandelopties ten opzichte van elkaar of een placebo af te wegen, kom je al snel bij een randomised controlled clinical trial (RCT) uit. Dit soort onderzoek zou echter zeer moeilijk uit te voeren zijn in de eerste lijn omwille van de strikte klinische setting waarin het plaats dient te vinden. Daarnaast geldt dat het toedienen van een placebo als onethisch kan worden beschouwd. In dit opzicht kunnen observationele studies eveneens hun waarde bewijzen indien rekening wordt gehouden het feit dat er geen causaal verband kan worden aangetoond en dat confounders een belangrijke invloed kunnen hebben op de verkregen resultaten. Tenslotte kan kwalitatief onderzoek verder bijdragen aan het verhogen van de toepassing van theoretische aanbevelingen in de dagelijkse huisartsenpraktijk.

Besluit

De geadapteerde richtlijn kan gebruikt worden door de Belgische huisarts in de dagelijkse praktijk. Of de aanbevelingen worden gebruikt als kapstok voor het beleid of in een praktisch werkbare vorm worden gegoten, kan de zorgverlener zelf beslissen. Op basis van de beschikbare literatuur kan deze auteur aanraden om interactief met deze nieuwe richtlijn aan de slag te gaan, bijvoorbeeld in een zorgoverleg rond de behandeling van tendinopathiën van pols en onderarm. Daarenboven wordt de gebruiker aangespoord om de aanbevelingen kritisch te beschouwen en 'kookboekgeneeskunde' te vermijden.

Toekomstige adaptaties zullen bijkomende wetenschappelijke evidence rond dit onderwerp incorporeren en de aanbevelingen verfijnen. Deze masterproef hoopt dan ook bijgedragen te hebben aan de ontwikkeling van deze hulpbronnen om de huisarts in de praktijk te ondersteunen in de besluitvorming in de eerste lijn.

Referenties

(1) Delvaux N., Van de Velde S., Philips H., Van Royen P., Vanschoenbeek J., Goossens M. Adaptatie Duodecim richtlijn. Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op Ebpracticenet.be. Ebpracticenet. Versie 5, oktober 2016.

(2) The Adapte Collaboration. The Adapte Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation 2009. Versie 2.0. Beschikbaar via http://www.g-i-n.net. Geraadpleegd op 14 januari 2017.

(3) Peters-Veluthamaningal C, Willems W, Smeets JGE, Van der Windt DAWM, Spies MN, Strackee SD, Vos K, Wind LA, Geraets JJXR. NHG-Standaard Hand- en polsklachten Huisarts Wet 2010:53(1):22-39.

(4) NHS Plus, Royal College of Physicians, Faculty of Occupational Medicine. Upper limb disorders: occupational aspects of management. A national guideline. London: RCP, 2009

(5) Huisstede BM, Coert JH, Fridén J, Hoogvliet P, European HANDGUIDE Group. Consensus on a multidisciplinary treatment guideline for de Quervain disease: results from the European HANDGUIDE study. Phys Ther. 2014 Aug;94(8):1095-110.

(6) AGREE Next Steps Consortium. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. Mei 2009. Beschikbaar via: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Dutch.pdf. Geraadpleegd op 26 mei 2017.

(7) BMJ publishing group limited. Wat is GRADE? 20 september 2012. Beschikbaar via: http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/ebm/learn/665072.html. Geraaadpleegd op 24 maart 2018.

(8) Ashraf et al. Systematic review and meta-analysis on steroid injection therapy for de Quervain's tenosynovitis in adults. European Journal of Orthopaedic Surgery and Traumatology. 2014:24(2): 149-157.

(9) Rowland et al. The Effectiveness of Corticosteroid Injection for De Quervain's Stenosing Tenosynovitis (DQST): A Systematic Review and Meta-Analysis. Open Orthopaedic Journal. 2015:9:437-444.

(10) Cavaleri et al. Hand therapy versus corticosteroid injections in the treatment of de Quervain's disease: A systematic review and meta-analysis. Journal of hand therapy.2016:29:3-11.

(11) Stahl et al. Systematic review and meta-analysis on the work-related cause of de Quervain tenosynovitis: a critical appraisal of its recognition as an occupational disease. Plastic reconstructive Surgery. 2013:132(6):1479-1491.

(12) Lane LB, Boretz RS, Stuchin SA. Treatment of de Quervain's disease:role of conservative management. J Hand Surg Br 2001;26:258-60.

(13) Richie CA 3rd, Briner WW Jr. Corticosteroid injection for treatment of de Quervain's tenosynovitis: a pooled quantitative literature evaluation. J Am Board Fam Pract 2003;16:102-6.

(14) Atkins D, Best D, Briss P, et al., Grading quality of evidence and strength of recommendations., BMJ 2004;328:1490-500.

(15) Masterclass GRADE. NHG en Domus Medica , Rotterdam 14 mei 2009.

(16) Chevalier P. Betekent het toepassen van de richtlijnen ook winst voor de gezondheid? Minerva 2010;9(3):25.

(17) Chan WV, Pearson TA, Bennett GC, et al; ACC/AHA Special Report: Clinical Practice Guideline Implementation Strategies: A Summary of Systematic Reviews by the NHLBI Implementation Science Work Group: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2017;69:1076-92. DOI: 10.1016/j.jacc.2016.11.004.

(18) Ingemansson M, Bastholm-Rahmner P, Kiessling A. Practice guidelines in the context of primary care, learning and usability in the physicians' decision-making process - a qualitative study. BMC Family Practice 2014;15:141.

(19) Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009, Issue 2.

(20) De Maeseneer J, Boeckxstaens P. Multimorbiditeit: van 'probleemgeoriënteerde' naar 'doelgeoriënteerde' zorg. Minerva 2013;12(4):40.

Bijlagen

Bijlage 1: visgraatmodel

Bijlage 2: GRADE

Bijlage 3: systematische zoektocht in het elektronisch medisch dossier van de praktijk

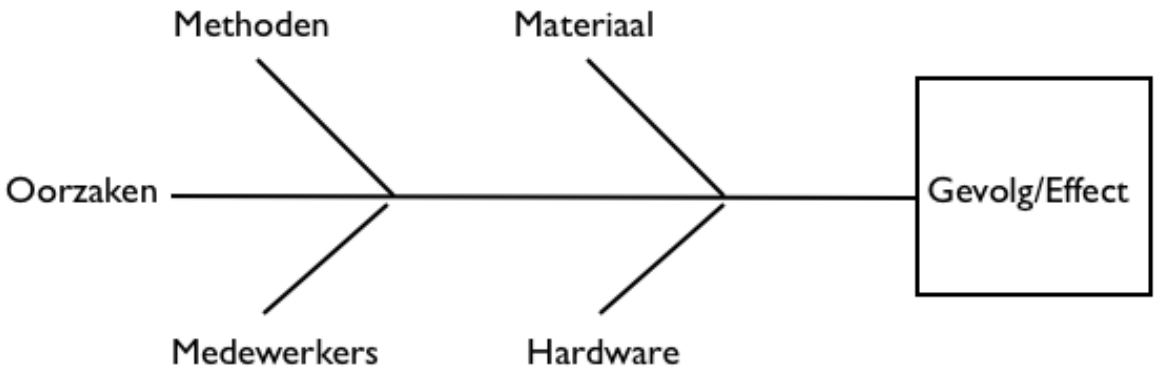
Bijlage 4: goedkeuring commissie ethiek

Bijlage 5: AGREE II evaluaties

Bijlage 6: opting out

Bijlage 7: informed consent

Bijlage 1: visgraat model



Bijlage 2: GRADE

GRADE omvat 2 onderdelen: enerzijds een beoordeling van de bewijskracht en anderzijds een beoordeling van de graad van aanbeveling. De bewijskracht wordt vertaald naar een lettercode, de graad van aanbeveling in een cijfer.

Kwaliteit van het bewijs (≈ niveaus van bewijskracht, evidentie niveau)

Hoog = verder onderzoek zal ons vertrouwen in de schatting van het effect zeer waarschijnlijk niet veranderen = **letter A**

Matig = verder onderzoek zal waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zou deze schatting kunnen veranderen= **letter B**

Laag en zeer laag = verder onderzoek zal zeer waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zal waarschijnlijk deze schatting veranderen of eender welke schatting van het effect is zeer onzeker = **letter C**

GRAAD VAN AANBEVELING (≈ strength of recommendation)

Sterke aanbeveling ("1")

- Gebaseerd op het beschikbare bewijs
- Als artsen erg zeker zijn dat de voordelen de nadelen niet / wel waard zijn

⇒Formulering : " we bevelen aan of we raden af"

Zwakke aanbeveling ("2")

- Gebaseerd op het beschikbare bewijs
- Als artsen geloven dat:
    - Voordelen en nadelen (ongeveer) in balans zijn met elkaar
    - Een redelijke onzekerheid bestaat over de grootte van de voor- en nadelen

⇒ Formulering : " we suggereren iets te doen of wij suggereren iets niet te doen "

GRADE (Samenvattende tabel)

Graden van aanbeveling		**Voordelen vs nadelen en risico's**	**Methodologische kwaliteit van de studies**	**Implicaties**
1 A	Sterke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de

1 B	Sterke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies	meeste patiënten en in de meeste omstandigheden '*Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
1 C	Sterke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht		Observationele studies of case studies	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere bewijskracht beschikbaar komt '*Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
2 A	Zwakke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden '*Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*
2 B	Zwakke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidentie van observationele studies	
2 C	Zwakke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Observationele studies of case studies	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn '*Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*

Bijlage 3: systematische zoektocht ik het EMD van de praktijk

Voor het systematisch onderzoek van het elektronisch medisch dossier werden dezelfde zoektermen gebruikt als beschreven in stap 2 van de methodologie, met exclusie van de Engelstalige woorden. Dit leverde 12 hits op tussen de start van het elektronisch dossier en 1 maart 2018. Drie patiënten bleken geen tendinopathie van pols of onderarm te hebben maar een polscyste (2) of een tenosynovitis van de middenvinger (1). De 9 andere casussen worden samengevat in onderstaande tabel:

Patiënt	Aantal consulten	Duur klachten	Behandelingsvormen
Vrouw	1	-	Traumeel
Vrouw	? (voor EMD)	? (voor EMD)	Chirurgische release
Vrouw	1	?	Chirurgische release
Man	2	3 maanden	NSAI, chirurgische release
Vrouw	3	3 weken	NSAI, chirurgische release
Vrouw	12	2,5 jaar	Biopunctuur, chirurgische release
Vrouw	6	5 maanden	Lokaal NSAI, NSAI, gips, diprophos 1cc, chirurgische release
Vrouw	3	3 maanden	NSAI, infiltratie depo-medrol + lidocaine 40mg/ml 0,5cc peritendineus
Vrouw	4	5 maanden	Lokaal NSAI + traumeel, NSAI, chirurgische release

Concreet zien we minder consultaties dan verwacht op basis van de frequentie. Dit kan te wijten zijn aan de manier van noteren in het dossier en de gebruikte zoekmethode. Het aantal consulten voor het probleem en de toegepaste therapie komt in grote mate overeen met de beschrijving van de huidige aanpak door collega's. Het frappantste feit dat voortkomt uit dit onderzoek van het medisch dossier is dat voor de overgrote meerderheid van de patiënten uiteindelijk een chirurgische release nodig bleek, waarna er geen nieuwe consultaties volgden. Dit correspondeert met het feit dat de eerste stap in de therapie zeer vaak onvoldoende blijkt. De aangepaste richtlijn stelt de infiltratie met een corticosteroid in een nieuw daglicht op basis van iets uitgebreidere evidence. In de praktijk werd deze behandeltechniek slechts 2 maal toegepast. Uiteraard hangen de verzamelde gegevens sterk samen met de kwaliteit van het EMD en de registratie door de artsen.

Bijlage 4: Aanvraag en goedkeuring Commissie Ethiek

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

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

HOE BEHANDELEN HUISARTSEN TENDINOPATHIEËN VAN POLS EN ONDERARM? DOSSIERONDERZOEK EN GESTRUCTUREERD INTERVIEW

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

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DIRK AVONTS
- FUNCTIE: GASTPROFESSOR VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: GENEESKUNDE/HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 093323612
- FAX: 093324967
- E-MAIL: DIRK.AVONTS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: AN DE SUTTER

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. TOM POELMAN
- FUNCTIE: ASSISTEREND ACADEMISCH MEDEWERKER VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: GENEESKUNDE/HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 093328779
- FAX: 093324967
- E-MAIL: T.POELMAN@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): AN DE SUTTER

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

- NAAM: TEUN FRANSEN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0494468278
- E-MAIL: TEUN.FRANSEN@HOTMAIL.COM

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: KRIS VANDERLINDEN
- ADRES: STATIONSSTRAAT 67, 9810 EKE
- TELEFOONNUMMER: 093854346
- E-MAIL: KRIS@DOKTERKRIS.BE
- TYPE-PRAKTIJK (-DUO-): DUO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

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

- START ONDERZOEK: 15/1/18 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 31/8/18

7. SOORT ONDERZOEK

X PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK

❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)

❑ VRAGENLIJSTEN

X INTERVIEW

❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK

❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD

X **GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE**

X WELKE PERIODE: 1/9/17-31/8/18

❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK

❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)

❑ FASE I

❑ FASE II

❑ FASE III

❑ FASE IV

❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE

❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN

❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN

❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)

❑ MEDICAL DEVICE

❑ BLOEDAFNAME, RX,…

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

Het onderzoek start met een retrospectief dossieronderzoek.(in de huisartsenpraktijk van dokter Vanderlinden in Eke en de huisartsenpraktijk Medi-Mine in Genk) over diagnose, evolutie en therapie bij een een De Quervain tendinopathie. Door deze data te analyseren willen we vooral de huidige sterktes in kaart brengen, maar ook mogelijke verbeterpunten opstellen. Dit zal gebeuren aan de hand van een SWOT-analyse.

Ten tweede zal via kwalitatief onderzoek (diepte-interviews) met de collega's in beide praktijken en een focus groep van HAIO's worden nagegaan hoe De Quervain tendinopathie op dit moment in de huisartsenpraktijk wordt gediagnosticeerd en aangepakt. De belangrijkste thema's zijn onderaan deze samenvatting neergeschreven. Tevens komen de sterktes, zwaktes, verbeterpunten en moeilijkheden van de aangepaste richtlijn aan bod. Met de antwoorden die we hieromtrent worden verzameld, wordt opnieuw een SWOT-analyse gemaakt.

Uit de verzamelde informatie van het kwalitatief onderzoek en het dossieronderzoek zullen niet enkel de voornaamste beperkingen van de huidige aanpak en de nieuwe richtlijn naar voren komen, maar vooral worden getracht om mogelijkheden te identificeren en verbeterpunten op te stellen. Kernthema's diepte-interviews:

-frequentie van voorkomen van de klachten (en de diagnose), meest voorkomende klachten

-hoe wordt de diagnose gesteld: klachtenpatroon, klinisch onderzoek, bloedanalyse, beeldvorming?

-hoe wordt dit in het dossier genoteerd en gecodeerd?

-welke behandeling wordt opgestart, waarom deze keuze?

-welk verloop, welke evolutie van de aandoening zien jullie?

-hoeveel consulten voor deze klacht per patiënt?

-welke problemen worden ervaren, wat kan beter en hoe?

-hoe controleren we of onze voorgestelde oplossingen werken?

9. IS HET ONDERZOEK

DIAGNOSTISCH
❑ FYSIOLOGISCH
❑ MORFOLOGISCH
X **THERAPEUTISCH**
❑ FYSIOPATHOLOGISCH
❑ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

❑ JA
X NEEN

INDIEN JA

❑ 1 ZIEKENHUISDIENST

❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN

- NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
- NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

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

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN)UNIVERSITEIT GENT (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN : COLLEGA'S HUISARTSEN EN HAIO'S

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

X JA
NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : TENDINOPATHIE VAN DE ONDERARM

A. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

X JA
NEEN

A. AANTAL PROEFPERSONEN: MAXIMAAL 15

A. LEEFTIJD : 18-99

B. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN

C. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? VANUIT DE EIGEN HUISARTSENPRAKTIJKEN

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

X **JA**
❑ NEEN

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

SCHRIFTELIJK :
X **JA**
NEEN

MONDELING :
X **JA**
NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

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

X JA
❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? COLLEGA'S HUISARTSEN EN HAIO'S

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

JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
X NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
X NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA
X NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

X JA
NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

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

X JA
NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

16. VERZEKERING

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

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

NEEN

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

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

X JA
NEEN

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

X JA, ER WORDT EEN RICHTLIJN VOOR VLAAMSE HUISARTSEN OPGESTELD DIE DE DIAGNOSTIEK EN THERAPIE VAN HAND- EN POLSKLACHTEN OP PUNT STELT.
❑ NEEN

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

X JA, DE GEÏNTRODUUCEERDE AANGEPASTE RICHTLIJN KAN GEBRUIKT WORDEN VOOR ALLE (VLAAMSE) HUISARTSEN
❑ NEEN

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

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

X **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

A. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?

(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

….

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

X JA
❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? DE PRAKTIJKOPLEIDER EN DE ONDERZOEKERS

A. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

X JA
❑ NEEN

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

X JA
❑ NEEN

A. NAAM VAN DEZE ARTS ? DR. KRIS VANDERLINDEN

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

…

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA
❑ **NEEN**

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

A. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

B. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

C. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

WELKE ? …

❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : INTERVIEW EN FOCUSGROEP.....

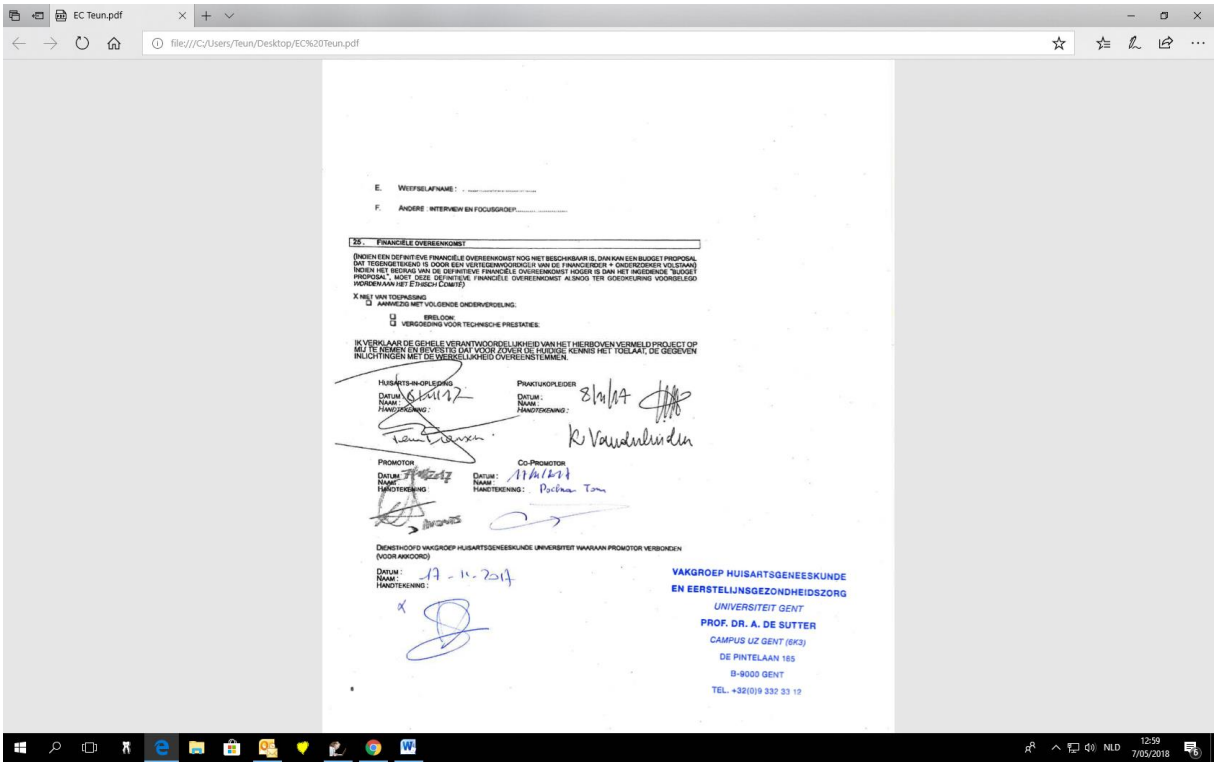
25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

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

X NIET VAN TOEPASSING
❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

❑ ERELOON:
❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

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



Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2017/1642	16-jan-18	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Hoe behandelen huisartsen tendinopathieën van pols en onderarm aan? Dossieronderzoek en gestructureerd interview (MaNaMa Teun Fransen)

Belgisch Registratienummer: B670201734634

* Implementatiefase samenvatting
* Antwoord onderzoekers via mail dr. T. Fransen dd. 01/01/2018 (ontv. dd. 02/01/2018) op opmerkingen EC dd. 20/12/2017
* Adviesaanvraagformulier dd. 31/12/2017 (versie ontv. dd. 02/01/2018)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemer (versie 1) dd. 31/12/2017
* Opting out formulier (versie ontv. dd. 02/01/2018)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 10/01/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 10/01/2019, 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 10/01/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 10/01/2019, 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 16/01/2018
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/01/2018

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**
	2017/1642	16-jan-18	Zie "CC"

- *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)*

- *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
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 5: AGREE II evaluaties

A critical appraisal of: Consensus on a Multidisciplinary Treatment Guideline for de Quervain Disease: Results From the European HANDGUIDE Study using the AGREE II Instrument

Created with the AGREE II Online Guideline Appraisal Tool.

No endorsement of the content of this document by the AGREE Research Trust should be implied.

Appraiser: teun fransen

Email: teun.fransen@hotmail.com

Date: 26 May 2017

URL of this appraisal: http://www.agreetrust.org/appraisal/45146

Guideline URL: https://academic.oup.com/ptj/article-lookup/doi/10.2522/ptj.20130069

Overall Assessment

Title: Consensus on a Multidisciplinary Treatment Guideline for de Quervain Disease: Results From the European HANDGUIDE Study

Overall quality of this guideline: 4/7

Guideline recommended for use? Yes with modifications.

Domain	Total
1. Scope and Purpose	8
2. Stakeholder Involvement	7
3. Rigour of Development	23
4. Clarity of Presentation	10
5. Applicability	9
6. Editorial Independence	5

---

1. Scope and Purpose

1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.

Rating: 4

Beschreven maar niet uitgediept in de abstract, later wel wat uitgediept.

2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.

Rating: 2

Nergens duidelijk beschreven, zeer summier in objective

3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.

Rating: 2

Niet verder beschreven dan "De Quervain tendinopathie"

---

2. Stakeholder Involvement

4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.

Rating: 2

Handchirurgen, handkinesistherapeuten en fysische geneeskunde. Geen huisartsen.

5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.

Rating: 1

niet beschreven

6. The target users of the guideline are clearly defined.

Rating: 4

All physicians and health care professionals who are involved in the treatment of patients with de Quervain disease can use this guideline. Geen manier van gebruik beschreven.

---

3. Rigour of Development

7. Systematic methods were used to search for evidence.

Rating: 6

Methode staat beschreven in appendix 1.

8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.

Rating: 3

Enkel zoekstrategie en enkele inclusies beschreven

9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.

Rating: 2

Ze beschrijven dat er weinig/geen bruikbare RCT's zijn, maar niet heel specifiek wat de voor- en nadelen van de expert consensus.

10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.

Rating: 5

Er wordt beschreven hoe er in verschillende rondes tot een consensus gekomen wordt voor elk onderdeel van de diagnose en behandeling.

11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.

Rating: 2

Er wordt minder aandacht besteed aan de outcome, geen beschrijving van kortere duur/symptoomverlichting/werkhervatting gegeven.

12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.

Rating: 2

Niet duidelijk beschreven hoe van evidentie naar aanbeveling (consensus)

13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.

Rating: 1

Niet beschreven

14. A procedure for updating the guideline is provided.

Rating: 2

the guideline should be re-evaluated and adjusted, geen timing en methode

---

4. Clarity of Presentation

15. The recommendations are specific and unambiguous.

Rating: 3

Weinig gestructureerd maar wel beschreven

16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.

Rating: 4

Weinig overzichtelijk beschreven, soms nuttige tabel

17. Key recommendations are easily identifiable.

Rating: 3

aanbevelingen worden niet duidelijk en apart aangegeven

5. Applicability

18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.

Rating: 4

Niet specifiek, maar geeft wel aan wie de guideline kan gebruiken op welke manier en met welk doel (Use of the guideline in the clinical practice).

19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.

Rating: 3

Verdoken beschreven op het einde

20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.

Rating: 1

Niet beschreven

21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.

Rating: 1

Niet beschreven

6. Editorial Independence

22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.

Rating: 4

Funding gebeurd door een instantie die losstaat van de experts die de consensusrichtlijn opstellen, doch niet duidelijk beschreven

23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.

Rating: 1

Niet beschreven

A critical appraisal of:
NHG standaard hand- en polsklachten using the AGREE II Instrument

Created with the AGREE II Online Guideline Appraisal Tool.

No endorsement of the content of this document by the AGREE Research Trust should be implied.

Appraiser: teun fransen

Date: 26 May 2017

Email: teun.fransen@hotmail.com

URL of this appraisal: http://www.agreetrust.org/appraisal/45145

Guideline URL:
https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-hand-en-polsklachten

---

Overall Assessment

Title: NHG standaard hand- en polsklachten

Overall quality of this guideline: 3/7

Guideline recommended for use? Yes with modifications.

Domain	Total
1. Scope and Purpose	13
2. Stakeholder Involvement	10
3. Rigour of Development	16
4. Clarity of Presentation	14
5. Applicability	7
6. Editorial Independence	4

---

1. Scope and Purpose

1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.

Rating: 5

Doel omschreven doch niet letterlijk vermeld

2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.

Rating: 2

De vragen zijn niet letterlijk beschreven maar worden beperkt in stellingen verwerkt

3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.

Rating: 6

richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van patiënten met klachten van de hand en pols in de huisartsenpraktijk

---

2. Stakeholder Involvement

4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.

Rating: 5

Voornamelijk huisartsen, enkele epidemiologen, apothekers, arbeidsgeneesheren,...

5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.

Rating: 1

Niet beschreven

6. The target users of the guideline are clearly defined.

Rating: 4

Huisartsen, doch in bedekte termen beschreven.

---

3. Rigour of Development

7. Systematic methods were used to search for evidence.

Rating: 1

Niet beschreven

8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.

Rating: 1

Niet beschreven

9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.

Rating: 1

Niet beschreven

10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.

Rating: 1

Niet beschreven

11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.

Rating: 3

Beperkt beschreven bij beleid.

12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.

Rating: 5

Via voetnoten, link kan duidelijker

13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.

Rating: 3

Door 2 experts (totstandkoming).

14. A procedure for updating the guideline is provided.

Rating: 1

Niet beschreven

---

4. Clarity of Presentation

15. The recommendations are specific and unambiguous.

Rating: 4

Redelijk duidelijk beschreven per klacht.

16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.

Rating: 4

verschillende opties niet voldoende apart beschreven, slechts voor enkelen doelgroep aangegeven

17. Key recommendations are easily identifiable.

Rating: 6

Redelijk duidelijk: per stukje: richtlijnen diagnostiek, richtlijnen beleid,.. Geen tabel. Summary bovenaan

---

5. Applicability

18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.

Rating: 1

Niet beschreven

19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.

Rating: 4

Overwegingen worden beschreven na elke aanbeveling

20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.

Rating: 1

Niet beschreven

21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.

Rating: 1

Niet beschreven

---

6. Editorial Independence

22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.

Rating: 1

Niet beschreven

23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.

Rating: 3

"Er werd geen belangenverstrengeling gemeld."

Created online at www.agreetrust.org 26 May 2017

A critical appraisal of: Upper limb disorders: occupational aspects of management 2009 using the AGREE II Instrument

Created with the AGREE II Online Guideline Appraisal Tool.

No endorsement of the content of this document by the AGREE Research Trust should be implied.

Appraiser: teun fransen

Date: 26 May 2017

Email: teun.fransen@hotmail.com

URL of this appraisal: http://www.agreetrust.org/appraisal/45147

Guideline URL: https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/upper-limb-disorders-occupational-aspects-management-2009

Overall Assessment

Title: Upper limb disorders: occupational aspects of management 2009

Overall quality of this guideline: 6/7

Guideline recommended for use? Yes.

Domain	Total
1. Scope and Purpose	16
2. Stakeholder Involvement	19
3. Rigour of Development	38
4. Clarity of Presentation	15
5. Applicability	10
6. Editorial Independence	12

---

1. Scope and Purpose

1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.

Rating: 5

Staat letterlijk in het begin van de guideline.

2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.

Rating: 6

Staat letterlijk in de samenvattig, per onderdeel.

3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.

Rating: 5

Staat er niet letterlijk in, maar wordt wel duidelijk in de richtlijn: werknemers met klachten van het bovenste lidmaat, onderverdeeld in 4 groepen van klachten.

---

2. Stakeholder Involvement

4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.

Rating: 7

Uit arbeidsgeneeskunde, (minder) huisartsen, kinesisten, orthopedisten: relevante groepen

5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.

Rating: 5

Ze hebben geluisterd naar zowel patiënten als werkgevers, maar er staat niet beschreven op welke manier (Patient and employer representation).

6. The target users of the guideline are clearly defined.

Rating: 7

Staat letterlijk in de summary.

---

3. Rigour of Development

7. Systematic methods were used to search for evidence.

Rating: 7

Duidelijk beschreven en stappen in appendix

8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.

Rating: 6

Voor alle searches wordt beschreven op basis van welke criteria artikels geselecteerd worden of afvallen

9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.

Rating: 5

Wordt voor alle geselecteerde artikels beschreven.

10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.

Rating: 4

Beschreven in aparte paragraaf doch onvolledig

11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.

Rating: 4

Struikelblokken staan beschreven in 'Developement'.

12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.

Rating: 6

Voor elk van de geselecteerde studies wordt beschreven welke de conclusies zijn en welke besluiten de researchers er kunnen uit trekken om richtlijnen te maken.

13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.

Rating: 2

A one-month consultation period took place via the NHS Plus website: public and stakeholder consultation. Niet onafhankelijk en onvoldoende informatie

14. A procedure for updating the guideline is provided.

Rating: 4

In 2008 werd er een 2e literatuursearch gedaan,voor de richtlijn gepubliceerd werd. Een termijn voor herziening van 5 jaar werd beschreven, geen methode.

---

4. Clarity of Presentation

15. The recommendations are specific and unambiguous.

Rating: 5

De meeste aanbevelingen zijn vaag in die zin dat ze geen specifieke invulling van 'education' of aanpassing van het werkstation,.. geven, dit omdat in de verschillende RCT's niet volledig dezelfde invulling aan deze aanpassingen gegeven werd.

16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.

Rating: 4

Aan het einde van elk onderdeel staat een tabel met de aanbevelingen voor dat onderdeel. In het begin en op het einde staat er ook een samenvatting van de aanbevelingen, doch niet mooi afgelijnd.

17. Key recommendations are easily identifiable.

Rating: 6

In de samenvatting en in tabellen.

---

5. Applicability

18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.

Rating: 2

Enkel dit vermeld: The recommendations cited in this guideline are a guide and may not be appropriate for use in all situations. The decision to adopt any of the recommendations cited here must be made by the healthcare professional, employer and employee in light of individual circumstances, the wishes of the patient, clinical expertise and resources.

19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.

Rating: 4

Er bestaan folders voor patiënten en werkgevers op de website van het Royal College of Physicians.

20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.

Rating: 2

Komt minder tot niet aan bod.

21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.

Rating: 2

Nergens as such vermeld, wel voorgelegd aan patiënten en werkgevers, maar wat mee gedaan. Revisie na 5 jaar aangeraden.

---

6. Editorial Independence

22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.

Rating: 5

The principal scientific officer van de financierende instelling zat in de ontwikkelingsgroep.

Verklaringen werden hierover vastgelegd bij de meetings van de ontwikkelingsgroep. Indien nodig elke meeting herzien. De guideline leader en project managers waren van OHCE.

23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.

Rating: 7

Duidelijk beschreven

Created online at www.agreetrust.org 26 May 2017

Bijlage 6: opting out

Geachte heer, mevrouw,

Graag had ik uw medewerking gevraagd om mee te doen aan een studie met als titel: “Hoe behandelen huisartsen tendinopathieën van pols en onderarm? Dossieronderzoek en gestructureerd interview.”

In het verleden werd u bij ons behandeld als gevolg van pijn aan de pols.

UITLEG INHOUD VAN DE STUDIE.

Vanuit het elektronisch patiëntendossier willen we de volgende informatie retrospectief opzoeken: het aantal consultaties voor polspijn en de ingestelde behandeling.

De verwachte totale duur van de studie is de tijd die we nodig hebben om de informatie op te zoeken in de dossiers van de opgenomen patiënten voor de jaartallen 2008 tot en met 2017

Er zullen maximaal 20 personen aan deze studie deelnemen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

U hoeft voor deze studie geen actieve medewerking te verlenen.

Wanneer U er geen bezwaar tegen heeft dat we uw medisch dossier consulteren met als enige doelstelling op een anonieme wijze nota te nemen van de nodige beschikbare gegevens, hoeft U niets te doen. Indien U toch bezwaar wenst aan te tekenen, kan U dat doen binnen de maand na het ontvangen van deze brief via onderstaande mogelijkheden.

Wanneer U bezwaar heeft dat we uw dossier consulteren voor dit onderzoek, dan vragen we U bijgevoegd document terug te sturen. Op dit document geeft U te kennen geen toestemming te geven om uw dossier te consulteren.

Met de meeste hoogachting,

Dr. Teun Fransen

Huisarts in opleiding

Stationsstraat 67, 9810 Eke

09/3854346

teun@dokterkris.be

Opting Out:

"Hoe behandelen huisartsen tendinopathieën van pols en onderarm? Dossieronderzoek en gestructureerd interview"

Ik,……., ben **niet akkoord** om mijn toestemming te verlenen om mijn patiëntengegevens te gebruiken voor deze studie.

Datum:

Naam Patiënt:

Handtekening:

Bijlage 7: informed consent deelnemende artsen

Informatie voor de deelnemer

Project:

Hoe behandelen huisartsen tendinopathieën van pols en onderarm? Dossieronderzoek en gestructureerd interview

Beschrijving en doel van het project.
U zal binnenkort een uitnodiging ontvangen voor een gestructureerd interview in verband met bovenstaand onderwerp.
De onderzoeker voert een onderzoek uit naar de behandeling van tendinopathieën van de pols en onderarm in de huisartsenpraktijk in het kader van het opstellen van richtlijnen rond deze behandeling voor huisartsen.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om dit gestructureerd interview met ons te doorlopen. Dit zal ongeveer 30 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis, en zal worden 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. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Dirk Avonts.

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.

U kunt weigeren de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw relatie met de onderzoeker

Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot een meer efficiënte behandeling van hand- en polsklachten in de huisartsenpraktijk.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). n overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

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.

Toestemmingsverklaring

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 studies.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het 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 studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De patiënt kan zich 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 relatie met de onderzoeker.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam onderzoeker:	Naam deelnemer
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening