Richtlijnen versus praktijk: hoe passen de huisartsen van het wachtgebied Waasland West de richtlijnen rond acute ongecompliceerde luchtweginfecties toe in de praktijk?

Cleo Schelfaut, UGent

Promotor: Professor Anselme Derese, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

RICHTLIJNEN VERSUS PRAKTIJK: HOE PASSEN DE HUISARTSEN VAN HET WACHTGEBIED WAASLAND WEST DE RICHTLIJNEN ROND ACUTE ONGECOMPLICEERDE LUCHTWEGINFECTIES TOE IN DE PRAKTIJK?

Haio: Cleo SCHELFAUT
Universiteit Gent
Promotor: Anselme DERESE
Praktijkopleider: Jorn LULLY

Context: Richtlijnen worden beschouwd als een goede leidraad voor artsen om te helpen bij hun praktijkvoering omwille van hun wetenschappelijke achtergrond. Hoewel blijkt dat richtlijnen de aanpak en de outcome van de gezondheidszorg verbeteren, blijkt uit verschillende studies dat de richtlijnen weinig geïntegreerd worden in de dagelijkse praktijk.

Onderzoeksvraag: Hoe staan de huisartsen van het wachtgebied Waasland West tegenover het gebruik van richtlijnen in de praktijk? Komen hun argumenten overeen met de gegevens gevonden in de literatuur? Bestaat er een discrepantie in de aanpak van acute luchtweginfecties (acute rhinosinusitis/acute keelpijn/acuut hoesten) tussen de richtlijnen en de huisartsen van het wachtgebied Waasland West? Kan ik de richtlijnen toegankelijker maken door een steekkaart te maken die gebaseerd is op deze discrepantie?

Methode: Mijn literatuuronderzoek baseerde ik op artikels gevonden via Pubmed, Web of Knowledge en Web of Science met de zoektermen 'clinical guidelines', 'implementation guidelines' en 'developing guidelines'. Ik bevroeg de huisartsen van het wachtgebied Waasland West omtrent hun gebruik van richtlijnen en liet hen en de HAIO's uit de seminariegroep onder leiding van Hans Wauters casussen oplossen die gebaseerd zijn op de richtlijnen voor acute luchtweginfecties (acute rhinosinusitis/acute keelpijn/acuut hoesten), opgesteld door de huisartsenverenigingen van Nederland (Nederlands Huisartsen Genootschap), België (Domus Medica) en het Verenigd Koninkrijk (NHS Clinical Knowledge Summaries). Voor het gebruik van antibiotica raadpleegde ik de BAPCOC richtlijnen. De interviews werden gecodeerd en vergeleken met de literatuur. Aan de hand van de interviews en de discrepantie tussen de antwoorden van de artsen en de richtlijnen stelde ik een steekkaart op die ik op de LOK-vergadering van 18/04/2013 aan de huisartsen voorstelde en via een anoniem feedbackformulier evalueerde.

Resultaten: Zowel uit de literatuur als uit mijn interviews blijkt dat de huisartsen minder geneigd zijn om de richtlijnen een plaats te geven bij hun dagelijkse consultaties. De redenen die beide groepen hiervoor geven, gaan voornamelijk over de inhoud, toegankelijkheid en uitvoerbaarheid in de praktijk. Hoewel de artsen vinden de richtlijnen niet nodig te hebben, werden de casussen door velen verkeerd beantwoord. De discrepantie tussen de antwoorden van de artsen en de richtlijnen situeert zich op volgende vlakken: de indeling van patiënten in bepaalde subgroepen en hun specifieke behandeling, het soort antibioticum dat gebruikt dient te worden, welke symptomatische therapie een wetenschappelijke basis heeft en welke onderzoeken een nuttige aanvulling kunnen betekenen. Mijn steekkaart is hierop gebaseerd en trekt daardoor de aandacht naar delen van de richtlijn waar het vaakst vanaf geweken wordt in de dagelijkse praktijk. Ik heb 3 richtlijnen die handelen over acute luchtweginfecties bijeengebracht en daarnaast elke richtlijn vergeleken tussen 3 verschillende landen (België, Nederland, Verenigd Koninkrijk). De steekkaart werd na de LOK-vergadering door de meeste huisartsen bestempeld als een handig hulpmiddel dat ze van plan zijn te gebruiken in de toekomst.

Conclusies: Ik heb geprobeerd om de discrepantie op het vlak van de aanpak van acute luchtweginfecties tussen wat de richtlijnen aanraden en wat de artsen van het wachtgebied Waasland West doen in kaart te brengen, en deze informatie te gebruiken om een instrument te maken dat de richtlijnen implementeert in de dagelijkse consultvoering van deze artsen. Zowel uit de literatuur als uit mijn interviews komt namelijk naar voren dat dit proces van implementatie niet optimaal gebeurt ondanks het feit dat de richtlijnen voldoen aan alle kwaliteitsnormen. Ik hoop met mijn steekkaart de richtlijnen iets toegankelijker te maken en hoop dat door het gebruik van de steekkaart de aanpak en outcome van de gezondheidzorg zal verbeteren.

E-mail: cleoschelfaut@hotmail.com

ICPC-code: R74

Voorwoord

Graag wil ik een aantal mensen bedanken.

Voor eerst mijn promotor, Prof. Dr. Anselme Derese. Zonder zijn enthousiasme en steun gedurende de laatste weken zou ik er niet gekomen zijn. Dank u om mij op tijd aan te sporen, bemoedigende commentaar te geven en alle fouten uit mijn masterproef te halen. Ik hoop dat deze scriptie een aanzet kan zijn tot verder onderzoek.

Mijn speciale dank gaat uit naar mijn praktijkopleider, Dr. Jorn Lully, die me het voorbije jaar heeft laten groeien als huisarts en op wiens steun ik altijd kon rekenen. Dank je Jorn voor alle raad en levenslessen, ik kijk vol enthousiasme uit naar het vervolg van onze samenwerking!

Ook zou ik graag mijn ouders en broer willen bedanken. Dank jullie wel om me alle kansen te geven om een goede huisarts te worden. Dank jullie wel voor het geduld, het luisterend oor en de onvoorwaardelijke steun. Dank je mama om mijn masterproef te herlezen en er de taalfouten uit te halen.

Dank je Sara en Valérie om me bij te staan tijdens het schrijven van deze scriptie, voor alle tips en overlegmomenten, en de nodige ontspanning tussendoor. Ik ben er zeker van dat jullie fantastische huisartsen worden!

Dank je Dave om de steun te zijn die je bent voor mij, we fietsen een heerlijke toekomst tegemoet.

Dank je wel aan iedereen die me doet glimlachen en me doet geloven in mezelf. Jullie zijn van onschatbare waarde.

Iedereen van harte bedankt!

Inhoudstafel

1. Inleiding 1
1.1 Literatuur rond klinische richtlijnen 1
1.1.1 Algemeen 1
1.1.2 Ontwikkeling aanbevelingen 1
1.1.3 Toetsing van de richtlijnen 2
1.1.4 Implementatie van richtlijnen 3
1.1.5 Voor- en nadelen van richtlijnen 4
1.1.5.1 Voordelen richtlijnen 4
1.1.5.2 Nadelen richtlijnen 5
1.2 Achtergrond 6
1.3 Concrete vraagstelling 6

2. Methodologie 7

3. Casussen 8
3.1 Bespreking casussen 8
3.1.1 Acute keelpijn 9
3.1.2 Acute rhinosinusitis 14
3.1.3 Acute hoest 18
3.1.4 Conclusies 23
3.2 Opstellen steekkaart 24
3.2.1 Indeling patiënten 24
3.2.2 Aanvullend onderzoek 26
3.2.3 Antibioticabeleid 27
3.2.4 Symptomatische therapie met een wetenschappelijke achtergrond 29

4 Interview 30
4.1 Algemene vragen richtlijnen 30
4.2 Opmerkingen omtrent richtlijnen 31
4.3 Mening rond opleiding HAIO's 33

5 Discussie 34
5.1 Interview en casussen 34
5.2 Suggesties naar implementatie van de richtlijnen 37

6 Besluit 39

7 Referenties 40

Bijlagen .....
Bijlage 1. Casussen 1
Bijlage 2. Vragen interview 4
Bijlage 3. Steekkaart 5
Bijlage 4. Presentatie LOK vergadering 18 april 2013 6
Bijlage 5. Feedbackformulier 17

1. Inleiding

1.1 Literatuur rond klinische richtlijnen

1.1.1 Algemeen

Richtlijnen of guidelines worden door het IOM (institute of medicine) gedefinieerd als "op systematische wijze ontwikkelde verslagen om beslissingen van hulpverleners en patiënten omtrent gezondheidzorg en de organisatie hiervan te ondersteunen"[1-2]. Het IOM verbindt volgende voorwaarden hieraan: ten eerste moet een strikt wetenschappelijke ontwikkeling verzekerd worden, ten tweede dienen de richtlijnen bruikbaar te zijn voor zowel hulpverleners als patiënten, ten derde dient de focus gelegd te worden op specifieke ziektebeelden met inbegrip van het volledige scala van klinische omstandigheden en problemen waarmee huisartsen geconfronteerd worden in plaats van te individuele of specifieke procedures, en ten vierde moet het resultaat een praktisch en expliciet werkdocument zijn en niet zomaar een lange samenvatting van de literatuur. De richtlijnen worden ontwikkeld door multidisciplinaire teams die op basis van evidentie consensusteksten opstellen[3]. Ze hebben als doel om de kwaliteit van de gezondheidzorg op het vlak van aanpak[4] en outcome[5-7] te verbeteren en beschrijven één of meer strategieën voor de aanpak van specifieke ziektebeelden[8].

In 2002 werd het Guidelines International Network (G-I-N) opgericht[9]. Het is een internationale en wetenschappelijke associatie van organisaties en individuen met drie grote doelen: ten eerste een netwerk en samenwerking bieden voor iedereen betrokken bij de ontwikkeling en toepassing van de richtlijnen, ten tweede duplicatie verminderen en efficiteit en effectiviteit verbeteren van de richtlijnen, en ten derde goede praktijkvoering promoten en ondersteunen door een goede kwaliteit te garanderen. Het GIN bezit een database met gepubliceerde en geplande richtlijnen, en daarnaast gerelateerde documenten en trainingmaterialen. Begin 2013 waren 48 landen lid. Meer info is te vinden via hun website: www.g-i-n.net.

1.1.2 Ontwikkeling aanbevelingen

Als we kijken naar hoe een richtlijn ontwikkeld wordt, dan zien we twee mogelijke manieren, namelijk de novo of een overname van een bestaande richtlijn uit een ander land of organisatie. De bedoeling van deze laatste manier is om onnodig werk en geld te besparen[10-16]. Fevers et al maakte hier rond een framework[17], maar er is verder onderzoek nodig om te besluiten dat deze wijze even kwaliteitsvolle richtlijnen oplevert.

De groep die instaat voor de Vlaamse aanbevelingen voor huisartsen omschreef in hun meest recente bundel 'aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering' hoe zij een richtlijn

ontwikkelen[18-19]. Onderstaande tabel geeft een samenvatting van de stappen die ondernomen moeten worden.

1	Keuze van het onderwerp		6	Validatie door de commissie Aanbevelingen
	a	Het onderwerp moet voldoende relevant zijn	7	Toetsing door experts
	b	Rond het onderwerp bestaat een probleem met de kwaliteit van de zorg	8	Toetsing door gebruikers (= huisartsen)
	c	Een aanbeveling moet potentieel voordeel bieden	9	Betrekken van patiënten
	d	Het ontwikkelen en toepassen van de aanbeveling moet haalbaar zijn	10	Bespreking door de redactie van *Huisarts Nu*
2	Samenstelling van de auteurs- en begeleidingsgroep		11	Finale consensus en afwerking
3	Voorstel van planning		12	Validatie door CEBAM (onafhankelijke toetsingsorgaan)
4	Literatuuronderzoek		13	Druk en verspreiding van de aanbeveling en bijbehorende steekkaart
5	Uitwerking van een ontwerpaanbeveling			
	a	Abstract	h	Conclusies en aanbevelingen
	b	Inleiding	i	Randvoorwaarden
	c	Klinische vragen	j	Economische beschouwingen
	d	Auteurs en zoekmethoden	k	Researchagenda
	e	Definities en begrippen	l	Totstandkoming
	f	Eigenlijke richtlijnen met antwoorden op de klinische vragen	m	Noten
	g	Informatie aan de patiënt	n	Inhoudstafel en index

Tabel 1. Opeenvolgende stappen in de ontwikkeling van de Vlaamse aanbevelingen [18-19]

1.1.3 Toetsing van de richtlijnen

De principes voor de ontwikkeling van richtlijnen zijn goed vastgelegd, en het uiteindelijke resultaat moet wetenschappelijke waarde hebben, nuttig en betrouwbaar zijn[3,20-21]. Nochtans ontbreekt het veel richtlijnen aan kwaliteit, waardoor niet langer een verbeterde outcome gegarandeerd kan worden[22-23]. Onderzoekers hebben dit proberen verhelpen met de ontwikkeling van toetsinginstrumenten waaraan je een richtlijn kan onderwerpen om zo een kwaliteitscontrole uit te voeren op een meer objectieve manier.

In 2000 vergeleek Graham et al 13 verschillende toetsingsinstrumenten, waarbij Cluzeau's 37 item instrument en Shaneyfelt's guideline quality appraisal questionnaire als de beste naar voren kwamen[24]. In 2003 werd het AGREE (*Appraisal of guidelines, research and evaluation collaboration*) instrument ontwikkeld, wat in 2010 herzien werd en de naam AGREE II meekreeg[25-28]. Het wordt

onderschreven door de Guidelines International Network (G-I-N) en wordt als de internationale standaard voor ontwikkeling, rapportering en evaluatie van richtlijnen beschouwd. Er worden 23 items verspreid over zes kwaliteitsdomeinen gescoord op een 7 punten schaal. Er worden ook een online training platform en vertalingen voorzien op www.agreetrust.org. Het grote nadeel van dit instrument is dat het te veel tijd in beslag neemt om een goede evaluatie te kunnen maken, en daarom werd GRS of de '*global rating scale'* in 2012 gemaakt[29]. Het scoort een richtlijn op het vlak van 4 elementen, waardoor het minder sensitief is in de detectie van echte kwaliteitsverschillen, maar het zou wel een belangrijke indicator zijn voor de outcome die verbonden is aan het gebruik van de richtlijn, waardoor het misschien een plaats heeft als eerste stap.

Een ander toetsingsinstrument dat veel gelijkenissen vertoont met AGREE II maar dieper ingaat op het vlak van implementatie, is GLIA uit 2005, wat staat voor '*guideline implementability appraisal'*[30]. Ook Gagliardi et al heeft in 2011 een instrument ontwikkeld om deze drempels te identificeren[31].

Feedback krijgen rond de richtlijnen van de hulpverleners waarvoor de richtlijnen initieel bedoeld zijn, is een ander belangrijk element in de ontwikkeling van richtlijnen. Door middel van interactieve LOK-toetsingen en schriftelijke bevragingen onder de vorm van stellingen of casussen wordt in Vlaanderen de haalbaarheid en toepasbaarheid van een Domus Medica-aanbeveling bekeken[18]. Ook in andere landen worden evaluatierondes georganiseerd met hetzelfde doel[18].

1.1.4 Implementatie van richtlijnen

Richtlijnen worden beschouwd als een goede leidraad voor artsen om te helpen bij hun praktijkvoering omwille van hun wetenschappelijke achtergrond. Hoewel blijkt dat richtlijnen de aanpak[4] en de outcome van de gezondheidszorg verbeteren[5-7], blijkt uit verschillende studies dat de richtlijnen weinig geïntegreerd worden in de dagdagelijkse praktijk[32-41]. De oorzaak kan te maken hebben met de richtlijnen zelf, namelijk met de inhoud, de presentatie, de aanwezigheid van een samenvatting of de transparantie naar de wetenschappelijke achtergrond [42-43]. Ook de vraag of alles wel te organiseren valt in de praktijk is belangrijk. De houding van hulpverleners tov de richtlijnen bepaalt echter voor het grootste stuk of richtlijnen gebruikt worden in de dagelijkse praktijk[44-46]. Artsen beoordelen richtlijnen aan de hand van het gebruiksgemak, evidentie, details omtrent competentie en opleiding, en de manier waarop zij hun ervaring (experience-based knowledge) met de wetenschappelijke achtergrond voorgesteld in de richtlijnen (evidence-based medicine) kunnen samenvoegen om een individuele patiënt te helpen[45, 47-50].

De concrete acties die ondernomen worden om beleid in goede resultaten om te zetten, heet de implementatie van de richtlijnen[30]. Het direct resultaat van deze acties is het feit dat de artsen de richtlijnen beter volgen en de outcomes verbeteren. Grol et al onderzocht of richtlijnen die beter geïmplementeerd worden bepaalde karakteristieken vertonen, en vond dat niet-controversiële, op

evidentie berustende richtlijnen het best gevolgd werden[45]. Richtlijnen die een verandering in routinehandelingen vroegen, werden slechter gevolgd dan zij die dat niet deden. Concrete richtlijnen die gedetailleerd advies geven over wat de artsen moeten doen in specifieke omstandigheden en bij specifieke patiëntengroepen werden meer toegepast in de praktijk dan algemene, vagere richtlijnen. Het gebruik van minder wetenschappelijke bewoordingen in korte samenvattingen en een meer individuele benadering doet artsen de richtlijnen ook nuttiger bevinden[51-54]. Goede richtlijnen ondersteunen artsen en laten ruimte voor interpretatie en shared decision-making[53,55-62]. De toegang tot richtlijnen is dezer dagen gemakkelijk via databases die online te raadplegen zijn, maar ook papieren samenvattingen worden positief onthaald[53]. Als artsen informatie krijgen over de manier waarop ze de richtlijnen kunnen gebruiken in de praktijk, zien we dat de intentie om de richtlijnen te gebruiken stijgt[63-64].

Naast al deze zaken is het belangrijk dat artsen duidelijkheid krijgen over de manier waarop een richtlijn ontwikkeld wordt[43,53-54,65-66]. Ondubbelzinnige bronbeschrijving en transparantie over het doel waarom een richtlijn gemaakt is, is onontbeerlijk om de geloofwaardigheid te laten stijgen. Praktijkvoerende artsen betrekken bij de ontwikkeling wordt ook positief onthaald[18,65].

Goede richtlijnen zouden ook op geregelde tijdstippen geüpdatet moeten worden. Shekele et al onderzocht op wat voor tijd een richtlijn minder bruikbaar wordt, en vond dat na 3.6 jaar 90% van de richtlijnen nog valide is, en dat dit 2 jaar later nog slechts 50% bedraagt[67]. De onderzoekers besluiten dat een richtlijn dus best na 3 jaar een update krijgt, een termijn die kan verkorten als het om een snel veranderende pathologie gaat, en wat langer kan worden bij stabiele ziekten. De manier waarop een richtlijn best opnieuw bekeken wordt, kan via een systematische literatuurstudie, al dan niet aangevuld met de mening van experten. Shekele et al besluiten dat de ontwikkeling van een richtlijn niet als een eenmalige gebeurtenis mag beschouwd worden, maar als een continu proces met idealiter om de 6-12 maand literatuuronderzoek en samenkomst van wisselende expertengroepen (d.i. de ontwikkelaars + mensen die niet mee in ontwikkeling zaten om bias te voorkomen)[67].

1.1.5 Voor- en nadelen van richtlijnen

1.1.5.1 Voordelen richtlijnen

Richtlijnen hebben als doel de kwaliteit van gezondheidszorg te verbeteren. Voor de patiënt betekent dit vooral dat door de richtlijnen de morbiditeit en mortaliteit verbonden aan een ziekte moet dalen, mede doordat een bepaalde pathologie op een zelfde, wetenschappelijk onderbouwde wijze aangepakt kan worden[68]. Hiernaast hebben de richtlijnen de intentie om de patiënten beter te informeren waardoor zij zelf meer gegronde beslissingen kunnen nemen afhankelijk van hun eigen voorkeur en noden[69]. Ook willen ze de aandacht vestigen op minder bekende ziektes, en behandelingen en preventieve maatregelen voor iedereen toegankelijk maken[70].

Richtlijnen verbeteren de kwaliteit van klinische beslissingen door onzekerheid weg te nemen en een eenduidig beleid voor te stellen, wat hulpverleners kan helpen in hun praktijkvoering[70]. Ze vermelden welke interventies wetenschappelijk onderbouwd zijn en ondersteunen een kwaliteitsverhogende aanpak. Daarnaast versterken ze de positie van de artsen doordat zij steeds kunnen terugvallen op de richtlijnen om hun doen en laten te rechtvaardigen.

Op beleidsvlak kan de ontwikkeling van richtlijnen lacunes aantonen waarnaar nog meer onderzoek nodig is[71]. Ook wordt er uitgegaan van het feit dat richtlijnen de efficiëntie van het gebruik van gezondheidsmiddelen verbeteren, waardoor overheidsgeld beter besteed wordt[72].

1.1.5.2 Nadelen richtlijnen

Ook al is het doel van de richtlijnen zeer veelbelovend, verschillende factoren kunnen ervoor zorgen dat er toch iets misloopt in de ontwikkeling van een standaard. Als eerste kan de wetenschappelijke achtergrond die de basis vormt voor een richtlijn, verkeerd geïnterpreteerd worden of misleidend werken door bias of verkeerd opgezette studies[70]. Daarnaast kan een richtlijn moeilijk losgekoppeld worden van de ontwikkelaars wiens ervaring en mening een richtlijn kan sturen in een bepaalde richting[73]. Vanuit de overheid worden de richtlijnen nagekeken of ze het beleid volgen en of ze voor iedereen toepasbaar en voorhanden zijn, wat zijn invloed heeft op de ontwikkeling van een richtlijn en waardoor de autonomie van de artsen soms in het gedrang komt[74-76]. Daartegenover staat dat artsen meer geneigd zijn om zichzelf te beschermen, waardoor de richtlijnen wat vertekend kunnen zijn. Als laatste blijkt dat niet alleen patiëntennoden prioriteit zijn: ook economische en sociale redenen naast beleidsbeslissingen worden in rekening gebracht[70].

Al deze factoren kunnen ervoor zorgen dat richtlijnen suboptimaal, inefficiënt of zelfs schadelijk kunnen zijn voor de behandeling van patiënten. De kwaliteit geboden door de artsen kan verminderen door de toepassing van slechte of tegenstrijdige en verwarrende informatie[77]. Richtlijnen die een bepaalde interventie al dan niet aanraden kunnen ervoor zorgen dat de overheid en toeleveranciers de middelen voorhanden voor gezondheidszorg anders gaan gebruiken[70], met als risico dat sommige interventies niet meer gefinancierd worden of er geen verder onderzoek meer gebeurt.

Richtlijnen worden ontwikkeld volgens het EBM-principe. Evidence-based medicine is het consciëntieus, expliciet en oordeelkundig gebruik van de beste evidentie in het maken van beslissingen omtrent de zorg van individuele patiënten[78]. Nochtans komt in de richtlijnen de individuele patiënt met zijn eigen voorkeuren en karakteristieken soms in botsing met een geneeskunde die gebaseerd is op populatie-onderzoek[79]. De creatie van een soort ‘kookboekgeneeskunde' is goed voor de overheid, maar slecht voor artsen en patiënten omdat er weinig ruimte overblijft voor een individuele aanpak[80]. Dit wordt nog duidelijker als overheden

dokters motiveren om bepaalde doelen te halen, waardoor de arts meer algemene keuzes moet maken, en niet meer louter kijkt naar de patiënt zelf[81-82].

1.2 Achtergrond

In de huidige opleiding tot arts en meer specifiek in de HAIO-opleiding leer je om als leidraad de bestaande richtlijnen voor de huisarts te gebruiken als je aan het werk gaat. Er wordt ons gezegd dat ze een basis vormen voor het handelen volgens het 'evidence-based medicine' principe en dat je er als (beginnend) arts ook op kan terugvallen als je niet goed weet hoe met een bepaalde aandoening om te gaan. Het feit dat je als 2e jaar HAIO een kennistoets moet doen die gebaseerd is op deze richtlijnen, bewijst het belang dat er gehecht wordt aan het goed kennen van deze Belgische en Nederlandse standaarden.

Als je aan praktiserende huisartsen vraagt of zij deze richtlijnen ook gebruiken, krijg je vaak het antwoord dat zij meer beslissingen nemen op basis van de opgebouwde praktijkkennis. Sommigen hebben nooit geleerd deze richtlijnen te gebruiken, of vinden de theorie niet praktisch toepasbaar.

De discrepantie in gebruik van de richtlijnen kan soms voor spanningen zorgen tussen jongere en oudere huisartsen, maar bij overleg blijkt vaak dat een combinatie van richtlijnen en praktijkervaring de ideale oplossing geeft.

1.3 Concrete vraagstelling

Hoe kijken de huisartsen uit het wachtgebied Waasland West tegen het gebruik van richtlijnen aan in de praktijk? Komen hun argumenten overeen met de gegevens gevonden in de literatuur?

Hoe staan deze huisartsen tegenover de richtlijnen voor acute luchtweginfecties (acute rhinosinusitis/acute keelpijn/acuut hoesten)? Bestaat er een discrepantie in de aanpak van deze pathologieën tussen de richtlijnen en de huisartsen uit het wachtgebied Waasland West?

Kan ik de richtlijnen toegankelijker maken door een steekkaart te maken die gebaseerd is op deze discrepantie?

2. Methodologie

Mijn masterproef bevat drie delen: een literatuuronderzoek, met daarnaast de bespreking van de casussen die ik toetste bij de huisartsen van het wachtgebied Waasland West en de HAIO's uit de seminariegroep onder leiding van Hans Wauters en de bespreking van de interviews die ik afnam bij de artsen uit het wachtgebied Waasland West. Als laatste werd op basis van de casussen en de interviews een steekkaart ontwikkeld.

Het literatuuronderzoek baseerde ik op artikels gevonden via de zoektermen 'clinical guidelines', 'implementation guidelines' en 'developing guidelines'. Voor de meest recente artikels raadpleegde ik volgende databasen: Pubmed, Web of Knowledge en Web of Science. De oudere artikels vond ik in de medische bibliotheken van UZ Gent en UZ Leuven terug. Artikels werden geselecteerd op basis van titel, abstract en taal.

De casussen heb ik gebaseerd op de beschikbare richtlijnen wat betreft acuut hoesten/acute keelpijn/acute rhinosinusitis (zie bijlage 1 'Casussen'). Ik heb mij hierbij beperkt tot de richtlijnen van Nederland (Nederlands Huisartsen Genootschap[83]), België (Domus Medica[84]) en het Verenigd Koninkrijk (NHS Clinical Knowledge Summaries[85]). Voor het gebruik van antibiotica raadpleegde ik ook de BAPCOC richtlijnen[86].

In de periode tussen 1/06/2012 en 1/10/2012 ben ik op gesprek gegaan bij de huisartsen van het wachtgebied Waasland West en heb hen bevraagd omtrent hun visie op de bestaande richtlijnen en wat zij zien als een struikelblok en/of voordeel om deze te bekijken en toe te passen. Het interview bestond naast het oplossen van bovenstaande casussen uit enkele algemene vragen omtrent het gebruik van de richtlijnen, gebaseerd op wat ik gevonden had tijdens mijn literatuuronderzoek (zie bijlage 2 'Vragen interview'). Ik heb de vragen eerst getest bij een drietal huisartsen, en nadien de overige huisartsen bezocht.

Elk interview werd uitgetikt en nadien gecodeerd (geslacht gevolgd door jaar van afstuderen) zodat de privacy behouden blijft. Nadien heb ik alle interviews geanalyseerd en vergeleken met de literatuur om gemeenschappelijke opmerkingen naar voren te laten komen. Ook uit de casussen heb ik geprobeerd conclusies te trekken, zodat ik een beter beeld kreeg waar de lacunes van de artsen lagen en op welke manier ik een steekkaart moest opstellen. Als laatste heb ik deze resultaten en de steekkaart voorgesteld op de LOK-vergadering van de huisartsen van wachtgebied Waasland West op 18 april 2013, waar ik van de gelegenheid gebruik gemaakt heb om via een anoniem feedbackformulier mijn steekkaart te evalueren.

3. Casussen

Om een concreet idee te krijgen of artsen de richtlijnen toepassen, besloot ik de richtlijnen 'acute keelpijn', 'acute rhinosinusitis' en 'acute hoest' in een aantal casussen te gieten en deze voor te leggen aan de artsen die ik bezocht.

Ik heb de casussen opgesteld op basis van de standaarden van Nederland (Nederlands Huisartsen Genootschap[83]), België (Domus Medica[84]) en het Verenigd Koninkrijk (NHS Clinical Knowledge Summaries[85]). Voor het gebruik van antibiotica raadpleegde ik ook de BAPCOC richtlijnen[86]. Alle antwoorden zijn terug te vinden in minstens één van de richtlijnen.

De bedoeling van deze casussen was tweeledig. Enerzijds wou ik testen op een meer objectieve manier dan de interviews of de artsen de richtlijnen gebruiken. Tijdens de gesprekken die ik voerde met de huisartsen kwam niet altijd goed naar voren of de artsen de richtlijnen wel kenden en/of gebruikten, al dan niet bewust. Door de antwoorden van alle artsen te vergelijken met de antwoorden die gepostuleerd worden in de richtlijnen, kon ik een beter beeld krijgen of de richtlijnen toegepast worden. Anderzijds wou ik aan de hand van de 'foutieve' antwoorden een beter zicht krijgen op wat de lacunes zijn in de kennis van de huisartsen van wachtgebied Waasland West en op die manier een nuttigere steekkaart vervaardigen waar ook deze zaken zeker in terug te vinden zijn.

Overzicht artsen

		Huisrtsen wachtgebied Waasland West	**HAIO's wachtgebied Waasland West en seminariegroep olv Dr. Wauters**
Verdeling man/vrouw	Man	13	2
	Vrouw	8	7
Soort praktijk	Solo	12	5
	Duo	5	2
	Groep	4	2
	HAIO aanwezig	4	9
Universiteit	Gent	7	8
	Brussel	0	1
	Leuven	13	0
	Antwerpen	1	0
Deelname wacht	Ja	19	9
	Nee	2	0
Afstudeerjaar	HAIO	0	9
	1-10 jaar	2	0
	11-20 jaar	7	0
	21-30 jaar	5	0
	31-40 jaar	5	0
	41-50 jaar	2	0
Deelname casus	Ja	21	9
	Nee	0	0
Deelname interview	Ja	21	0
	Nee	0	9

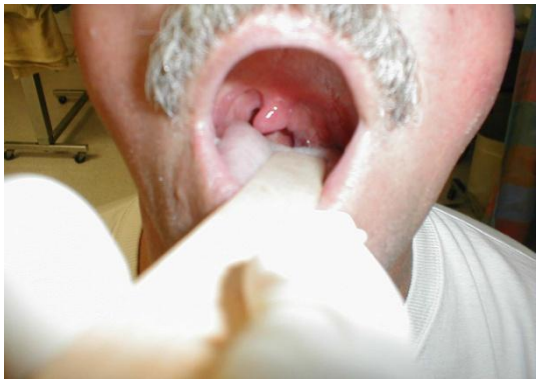
Tabel 2. Overzicht artsen die deelnamen aan interview en casussen.

3.1 Bespreking casussen

3.1.1 Acute keelpijn

Casus 1

Man van 52 jaar consulteert met keelpijn sinds gisteren. Hij voelt de pijn meer links dan rechts, en voelt hier ook een zwelling zitten. Hij voelt zich koortsig en ziek. Bij klinisch onderzoek zie je dit:



Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

Verwijzing want mogelijkheid van een abces (verplaatsing uvula).

Verdeling juist/fout



Bespreking antwoorden

De artsen die hier niet doorverwezen, erkenden de zwelling niet als een abces en besloten meestal een antibioticakuur (amoxicilline) op te starten. Vier artsen lieten de patiënt op controle komen na 24-48u . Drie artsen besloten de patiënt te behandelen met pijnstilling zonder meer.

Wat leert me dit?

Artsen moeten duidelijk weten wanneer er een urgentie dreigt en wanneer niet, die triagefunctie is namelijk één van de kerntaken van de huisarts. Op de steekkaart moeten de artsen snel onderscheid kunnen maken tussen banale en urgente zaken.

Casus 2

Jongen van 6 jaar met hevige keelpijn sinds gisteren. Hij heeft koorts tot 39,5°C. Mama heeft reeds pijnstilling/koortswering gegeven. Ze is ongerust omdat hij vandaag weigert te eten of te drinken. Je ziet een hangerig kindje met een rode keel en gezwollen amandelen. Verder NKO onderzoek en longauscultatie zijn normaal.

Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

Ernstige keelontsteking: hoge koorts, hangerig kindje dat weigert te eten/drinken, geen andere tekenen die wijzen op een virale infectie.

Smal spectrum penicilline: fenoxymethylpenicilline 50 000 IE/kg/d in 3-4 giften gedurende 7 dagen. Controle bij aanhoudende klachten.

Verdeling juist/fout



Bespreking antwoorden

Het overgrote deel van de artsen schreef geen antibiotica voor, en wou het kindje nog verder behandeling met antipyretica. Drie artsen startten een breedspectrum antibiotica op. Zeven artsen lieten het kindje na 48u terug op controle komen en zouden bij blijvende koorts starten met antibiotica. Als opmerking wil ik hier wel bij noteren dat alle artsen op hun hoede waren om niet 'te veel' antibiotica voor te schrijven, en dit kan dit antwoord wel wat kleuren.

Wat leert me dit?

Hoewel ik denk dat er in realiteit meer antibiotica geschreven wordt, geeft deze casus aan dat artsen misschien niet goed weten wanneer ze nu wel of niet een antibioticum moeten opstarten. Een goede en snelle manier om patiënten in te delen in de milde en ernstige groep dringt zich op.

Casus 3

Vorige week kwam een 21 jarige jongeman op consultatie met koorts en keelpijn. Je schreef rust en paracetamol voor. Nu komt hij terug met persisterende keelpijn, matige koorts en vermoeidheid. Tijdens het onderzoek merk je een rode keel en gezwollen halsklieren op.

Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

Klinisch sterk vermoeden van mononucleosis infectiosa. Altijd bedacht blijven op leukemie!

Enerzijds palpatie van de klierstations ter uitsluiting van andere adenopathieën. Anderzijds bloedname voor de bepaling van leukocyten en EBV IgM.

Verdeling juist/fout



Opmerking: deze verdeling geldt voor de erkenning van het ziektebeeld, niet voor de aanvraag van de laboratoriumtesten zoals de richtlijnen het voorstellen.

Bespreking antwoorden

Alle artsen buiten een enkeling herkenden de mogelijkheid op mononucleosis infectiosa en wilden de diagnose bevestigen met een vrij uitgebreide bloedname, met oa bepaling van PBO, CRP, levertesten, toxoplasma en CMV IgM. Het feit dat een onderliggende leukemie dient uitgesloten te worden, werd door geen enkele arts vernoemd.

Wat leert me dit?

De symptomen van mononucleosis infectiosa zijn goed gekend bij de artsen. Verschillende artsen wisten echter niet zo goed wat er moest gecontroleerd worden in het bloed, en duidden daarom verschillende testen aan. Hierbij werden leukocyten (met of zonder formule) ook steeds aangeduid, naar ik vermoed uit het feit dat leukemie niet als differentieel diagnose opgenomen werd meer als infectieparameter dan als middel om leukemie uit te sluiten. Het lijkt me nuttig om op de steekkaart te verwijzen naar de huidige richtlijnen over het aanvragen van laboratoriumtesten.

Casus 4

Vanaf wanneer stuur je iemand door voor een tonsillectomie?

Antwoord volgens de richtlijnen

De richtlijnen verschillen wat in hun advies:

- NHG: >5x/jaar of 3x in elk van afgelopen 2 jaar
- Domus medica: >5x/jaar gedurende 2 jaar na elkaar

Verdeling juist/fout



Bespreking antwoorden

De meeste huisartsen hanteren een subjectievere maatstaf om te oordelen of iemand een tonsillectomie moet ondergaan of niet, en hadden niet zo een goed idee wat de richtlijnen voorstellen als richtcijfers. Voor de HAIO's is dit wel meer parate kennis, aangezien zij nog meer nood hebben aan een objectief cijfer om een beslissing te nemen.

Wat leert me dit?

De meeste huisartsen gaan op hun gevoel af of iemand geopereerd moet worden of niet. De cijfers die de richtlijnen hanteren kunnen als voorstel gegeven worden zodat er een betere controle is op het voorschrijfgedrag van artsen.

Casus 5

Een vrouw van 65 jaar consulteert met keelpijn sinds 1 week. Ze heeft lichte koorts . Er zijn geen klachten van neusloop of hoest. Je volgt haar op omwille van borstkanker waarvoor ze nu nog steeds chemotherapie krijgt. In de voorgeschiedenis zie je dat ze een IgE gemedieerde penicilline allergie heeft.

Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

Risicopatiënte op ontwikkeling complicaties door huidige chemotherapie.

Aanvullend onderzoek naast opstart antibioticum: geen melding bij Domus. CKS raadt aan om bloed te nemen en contact op te nemen met de specialist. NHG raadt ook aan om een labo te doen voor leukocytentelling en – differentiatie.

Altijd opstarten van een neomacrolide, vb azithromycine 500mg 1x/d gedurende 3 dagen.

Verdeling juist/fout



Bespreking antwoorden

Deze patiënte is een risicopatiënte en moet om die reden opgestart worden met een antibioticum. De artsen kozen voor een antibioticum uit de groep van de neomacroliden. De meeste artsen die geen antibioticum opstartten, prikten wel bloed om neutropene koorts uit te sluiten. Op zich is dit zeker geen foute ingesteldheid omdat de meeste laboratoria heel snel tot resultaten komen en je binnen een korte tijdspanne toch nog kan starten met een antibioticum. Alleen raden de richtlijnen aan om sowieso al te starten en een bloedname als aanvulling te doen.

Wat leert me dit?

Goede indeling nodig tussen welke personen als risicopatiënten ingedeeld worden en welke niet.

3.1.2 Acute rhinosinusitis

Casus 6

Een mama komt met haar dochter van 6 jaar op consultatie. Ze heeft sinds 4 dagen een loopneus en lichte hoofdpijn. Sinds deze morgen is haar rechteroogje gezwollen en klaagt ze van pijn. Het kindje is suffer en minder actief dan anders. Haar temperatuur bedraagt 37,8°C. Je ziet dit beeld voor je:



Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

Verwijzing wegens peri-orbitaal oedeem met kans op orbitale cellulitis.

Verdeling juist/fout



Bespreking antwoorden

Alle HAIO's erkenden de mogelijkheid op een ernstig verloop en verwezen door. De huisartsen die niet doorverwezen schreven allen perorale antibioticatherapie voor en de meesten wilden het kindje op korte termijn terug zien voor herevaluatie.

Wat leert me dit?

Idem zoals casus 1: Artsen moeten duidelijk weten wanneer er een urgentie dreigt en wanneer niet, die triagefunctie is namelijk één van onze kerntaken als huisarts. Op de steekkaart moeten de artsen snel onderscheid kunnen maken tussen banale en urgente zaken.

Casus 7

Een man van 40 jaar komt langs omdat hij al 1 week een neusverkoudheid heeft. Hij heeft purulente neusslijmen en lichte verhoging (37.3°C). Hij klaagt van vermoeidheid, tand- en hoofdpijn. Hij heeft geen hoest of keelpijn. Je kent hem als een fervente roker. Klinisch onderzoek toont matte trommelvliezen, kloppijn thv de sinussen, lichte gekleurde post-nasale drip en bevestigt de lichte verhoging (37.2°C).

Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

Afwachtende houding met symptomatische behandeling: paracetamol en neusspray (op basis van fysiologisch water of decongestiva zoals xylometazoline of oxymetazoline).

Verdeling juist/fout



Bespreking antwoorden

Driekwart van de huisartsen en HAIO's schreef in deze casus antibiotica voor. Enkele artsen gebruikten ook corticoïden, nasaal en per os, voor de behandeling van sinusitis.

Wat leert me dit?

Er wordt nog steeds te veel antibiotica voorgeschreven als initiële therapie voor banale ziektes.

Casus 8

Een vrouw van 33 jaar komt op controle voor haar diabetes type 1 die slecht te regelen valt wegens moeilijke therapietrouw. Ze meldt dat ze sinds 1 week een verstopte neus heeft, een druk rond haar ogen voelt, hoofdpijn heeft die verergert als ze naar voor buigt en af en toe gelige slijmen snuit. Ze heeft geen koorts, maar voelt zich wel ziek.

Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

Risicofactor: ongecontroleerde diabetes.

Naast symptomatische behandeling zoals in casus 7, opstarten van amoxicilline of bij allergie een cefalosporine of een neomacrolide.

Verdeling juist/fout



Bespreking antwoorden

Bijna alle HAIO's zouden bij deze vrouw geen antibiotica opstarten, terwijl zij net wel in aanmerking komt doordat ze een verhoogd risico heeft op een afwijkend beloop van de klachten door haar ongecontroleerde diabetes. De artsen die initieel kozen voor een symptomatische behandeling, zouden de vrouw wel intensief opvolgen en bij deterioratie van de klachten alsnog een antibioticum opstarten.

Wat leert me dit?

Goede indeling tussen welke personen als risicopatiënten ingedeeld worden en welke niet.

Casus 9

14 dagen geleden zag je een man van 52 jaar op consultatie met rhinorroe, post-nasale drip, hoofdpijn en aangezichtspijn. Je besliste toen een afwachtende houding aan te nemen. Nu komt hij terug met blijvende gelaatspijn, lichte gekleurde neusslijmen en vermoeidheid.

Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

De richtlijnen stellen hier 3 mogelijke aanpakken voor:

- Symptomatische behandeling verderzetten, evt proeftherapie met corticoïdenneusspray
- Antibiotica zoals in casus 8 (hiervan zou 1 op 6 baat hebben (domus), NNT 7-14 (CKS))
- CT scan en bij positief resultaat antibiotica (hiervan zou 1 op 3 baat hebben (domus))

Verdeling juist/fout



Bespreking antwoorden

De meerderheid van de artsen koos voor het opstarten van antibiotica zonder eerst een CT-scan te doen. Een minderheid zou nog verder symptomatisch behandelen. Andere mogelijkheden die geopperd werden door de artsen, betroffen een bloedname (al dan niet met allergietesten) en per orale corticoïden. Een bloedname wordt nergens voorgesteld als diagnosemiddel in de richtlijnen. Het nut van corticoïden wordt betwist in de Belgische en Britse richtlijnen; in de Nederlandse wordt een proeftherapie met een corticoïdenneusspray voorgesteld bij patiënten met langdurige of recidiverende klachten.

Wat leert me dit?

Antibiotica worden door de richtlijnen voorgesteld als mogelijkheid bij een langdurige rhinosinusitis, maar met de opmerking dat slechts een minderheid er ook effectief baat bij heeft.

3.1.3 Acute hoest

Casus 10

Je wordt bij een vrouw van 55 jaar thuis geroepen. Je vindt haar ziek in bed. Ze heeft koorts tot 40°C gehad die goed gedaald is tot 38.3 °C met paracetamol. Ze hoest en is kortademig. Je onderzoekt haar: T 38,3°C, BD 100/60, pols 130/min (na hoestbui), NKO toont rode keel, matte trommelvliezen en post-nasale drip. Longauscultatie leert je niets doordat ze het moeilijk heeft om diep in te ademen. In haar voorgeschiedenis lees je dat ze geopereerd is voor een borst Ca.

Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

Ziekenhuisopname volgens de criteria vermeld in de richtlijn van domus medica:

- Patiënt ouder dan 50 (Bapcoc spreekt van 65)
- Voorgeschiedenis van congestief hartfalen, ziekte thv lever, nier of cerebrovasculair, neoplastische aandoening
- Verminderde mentale status, ademhaling > 30/min, systemische bloeddruk < 90 mmHg, temperatuur < 35°C of > 40°C, pols > 125/min

Als de arts beslist om de patiënte in eigen beheer te behandelen: aanvullend technisch onderzoek (Rx thorax en bloedname met bepaling hematocriet, uremie, natriëmie, glycemie, arteriële pH en pO_2) en doorgedreven opvolging noodzakelijk.

Verdeling juist/fout



Bespreking antwoorden

Op een uitzondering na erkenden de artsen de ernst van de pathologie, maar de helft van de huisartsen en een kwart van de HAIO's zouden minder doorgedreven aanvullend onderzoek doen en ofwel alleen starten met een antibioticum, ofwel een keuze maken tussen radiologisch en laboratoriumonderzoek. Nochtans zeggen de richtlijnen dat je enkel een goede risico-inschatting kan maken als je beide uitvoert.

Wat leert me dit?

Artsen vertrouwen bijzonder goed op hun klinisch onderzoek, maar bij ernstig zieke mensen heeft technisch onderzoek toch zijn plaats. Hen daaromtrent informeren lijkt noodzakelijk.

Casus 11

Een man van 36 jaar wenst een siroop omdat hij een vervelende slijmerige hoest heeft, die hem voornamelijk ’s avonds en ’s morgens tegensteekt. Hij heeft geen koorts, en klinisch onderzoek wijst niets ernstigs aan.

Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

Er is weinig evidentie voor hoestsiropen.

Dextromethorfan vermindert de hoestklachten, antitussiva op basis van codeïne niet.

Het expectorans guaifenesine verdunt het sputum en vermindert de hoestfrequentie en intensiteit (longbalsem, nortussine, vickx expectorant).

Verdeling juist/fout



Bespreking antwoorden

Niemand van de artsen schreef bij deze patiënt een antibioticum voor, maar er heerste grote onduidelijkheid over welke hoestsiropen effectief zijn en welke niet. De meeste artsen hanteren een vast product, maar hadden geen wetenschappelijk onderbouwd antwoord op de vraag waarom ze net dat product voorschreven.

Wat leert me dit?

Er heerst onduidelijkheid over de wetenschappelijkheid van symptomatische middelen, en dan vooral over het uitgebreid aanbod aan hoestsiropen. Het is daarom niet slecht een leidraad mee te geven aan de artsen welke hoestsiropen wel degelijk een wetenschappelijke achtergrond hebben zodat patiënten die een siroop wensen te gebruiken een goed advies van de artsen kunnen krijgen.

Casus 12

Een vrouw van 29 jaar komt op raadpleging omdat ze zich sinds gisteren enorm ziek voelt. Als ze hoest heeft ze pijn thv haar longen, links meer dan rechts. Ze hoest geen slijmen op, maar heeft wel het gevoel dat er vastzitten. Ze heeft koorts tot 38.5°C. Je hoort crepitaties links onderaan.

Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

Aanvullend onderzoek: meestal geen toegevoegde waarde, maar een Rx thorax en de bepaling van CRP kan gebruikt worden als risico-inschatting

Behandeling: amoxicilline 1g 3x/d

Verdeling juist/fout



Bespreking antwoorden

De artsen en de richtlijnen zijn het allemaal eens over de opstart van een antibioticum, de fouten die gemaakt werden bij de artsen gingen over het soort antibioticum (toevoeging clavulaanzuur). De richtlijnen laten de mogelijkheid tot verder technisch onderzoek open bij diagnostische onzekerheid ondanks het feit dat ze erbij vermelden dat er beperkte sensitiviteit en specificiteit bestaat omtrent het gebruik van beeldvorming en laboratoriumonderzoek. De helft van de HAIO's en driekwart van de huisartsen wensten bij deze casus toch aanvullend onderzoek uit te voeren.

Wat leert me dit?

De fouten die gemaakt werden gingen over welk antibioticum gebruikt moest worden, dus een stappenplan in het gebruik van antibioticum zou op een eenvoudige manier raadpleegbaar moeten zijn. Artsen verkiezen diagnostische zekerheid als het gaat over ernstige pathologieën, maar ze weten misschien niet dat de aangevraagde onderzoeken weinig meerwaarde hebben bij het begin van de behandeling van een pneumonie.

Casus 13

Vier dagen geleden zag je een patiënt van 38 jaar met klachten van acute hoest. Je gaf hem een hoestsiroop op basis van dextromethorphan en paracetamol. Hij consulteert nu met lichte verhoging, een hoest die voornamelijk 's avonds opkomt en heldere slijmen. Uit klinisch onderzoek komt enkel een licht verhoogde temperatuur (37.3), heldere post-nasale drip en een geïrriteerde keel. Zijn longen klinken zuiver.

Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

De richtlijnen raden aan om verder af te wachten en de post-nasale drip te behandelen met een neusspray (op basis van fysiologisch water of decongestiva zoals xylometazoline of oxymetazoline). Er is weinig evidentie voor het gebruik van hoestsiropen, maar als de patiënt toch eentje wil kunnen dezelfde als in casus 11 gebruikt worden.

Verdeling juist/fout



Bespreking antwoorden

Geen enkele arts startte een antibioticum op, maar de therapiekeuze verschilde wel tussen de HAIO's en de huisartsen. Bij de HAIO's wachtte de helft af zonder iets te doen, de andere helft startte een symptomatische therapie obv een neusspray op. Bij de huisartsen besloot één op drie af te wachten en een ander derde schreef een neusspray voor. De overige huisartsen kozen een puffer, hoestsiropen of namen bloed af.

Wat leert me dit?

Zoals bleek uit de vorige casussen waar een symptomatische therapie de juiste keuze was, is het voor de artsen niet duidelijk wat voor therapie nu de juiste is. Een oplijsting van de middelen die een wetenschappelijke achtergrond hebben kan nuttig zijn als leidraad.

Casus 14

Je volgt een kindje van 8 jaar op dat je eergisteren gediagnosticeerd hebt met een pneumonie. Je startte op met amoxicilline. De koorts blijft hangen rond 38.7°C, het hoesten betert niet echt en er worden af en toe slijmen opgebraakt. Het kindje zelf is ziek, maar niet suf en eet en drinkt nog goed.

Wat doe je?

Antwoord volgens de richtlijnen

Bij deze casus wordt aanvullend onderzoek onder de vorm van een Rx thorax aangeraden voor een gegronde risico-inschatting. De noodzaak van een laboratoriumonderzoek wordt niet specifiek vermeld.

Er wordt een verandering van spectrum aanbevolen: associatie van een neomacrolide (10 mg/kg eerste dag, dan 5 mg/kg per dag gedurende 4 dagen) aan amoxicilline, aangezien bij kinderen er een grotere kans bestaat op een atypische pneumonie.

Verdeling juist/fout

Rx thorax



Neomacrolide



Bespreking antwoorden

De grote meerderheid van de artsen vertrouwden op hun klinisch onderzoek en vonden aanvullend technisch onderzoek niet noodzakelijk in deze casus. De richtlijnen beschouwen dit kindje nochtans als een risico en raden een Rx Thorax aan om een goede inschatting te maken: zijn er infiltraten of is er een pleura-uitstorting zichtbaar? De artsen die bijkomend onderzoek wilden en niet voor een Rx Thorax kozen, namen bloed om infectieparameters te bepalen. De artsen wisten dat je na 48u je antibioticatherapie moet aanpassen als er blijvende koorts is, maar de meesten deden dit op een verkeerde manier. Bijna alle artsen voegden clavulaanzuur toe aan de amoxicilline.

Wat leert me dit?

Artsen kunnen een stappenplan voor het gebruik van technisch onderzoek gebruiken. Ook duidelijkheid rond antibiotica – wat en wanneer – kan hen helpen in de behandeling van patiënten.

3.1.4 Conclusies

Als we alle antwoorden naast elkaar leggen, blijkt dat een minderheid van de artsen over het algemeen bekeken goed scoort, en dat de helft van de artsen de vragen foutief of onvolledig beantwoordt. Zelfs dreigende urgenties worden gemist of krijgen onvoldoende aandacht. De HAIO's scoren een beetje beter, maar ook zij laten steken vallen.

	Huisartsen wachtgebied Waasland West		**HAIO's wachtgebied Waasland West en seminariegroep olv Dr. Wauters**	
	Juist	**Fout**	**Juist**	**Fout**
Acute keelpijn	62%	38%	88%	12%
	24%	76%	33%	67%
	95%	5%	100%	0%
	33%	67%	88%	12%
	43%	57%	44%	56%
	Totaal: 51%	**Totaal: 49%**	**Totaal: 70.6%**	**Totaal: 29.4%**
Acute rhinosinusitis	57%	43%	100%	0%
	14%	86%	22%	78%
	52%	48%	12%	88%
	86%	14%	88%	12%
	Totaal: 52.25%	**Totaal: 47.75**	**Totaal: 55.5%**	**Totaal: 44.5%**
Acute hoest	48%	52%	77%	23%
	19%	81%	67%	33%
	90%	10%	100%	0%
	66%	34%	89%	11%
	19%	81%	22%	78%
	Totaal: 48.4%	**Totaal: 51.6%**	**Totaal: 71%**	**Totaal: 29%**

Tabel 3. Overzicht percentages van de huisartsen en HAIO's.

Op het vlak van anamnese en klinisch onderzoek kan ik de artsen niets bijleren, maar uit de casussen blijkt dat een steekkaart een aanvullend instrument kan zijn op vier verschillende domeinen:

1) Indeling patiënten: banaal – matig – ernstig – urgent
2) Aanvullend onderzoek
3) Antibioticabeleid
4) Symptomatische therapie met een wetenschappelijke achtergrond

De drie richtlijnen die ik koos vertonen gemeenschappelijke punten op deze vier domeinen, waardoor ik een algemene steekkaart kan maken die als basis kan gebruikt worden bij de behandeling van patiënten met bovenste luchtwegklachten. De informatie voor het opstellen van de steekkaart haalde ik uit de standaarden van Nederland (Nederlands Huisartsen Genootschap[83]), België (Domus Medica[84]) en het Verenigd Koninkrijk (NHS Clinical Knowledge Summaries[85]). Voor het gebruik van antibiotica raadpleegde ik ook de BAPCOC richtlijnen[86]

3.2 Opstellen steekkaart

3.2.1 Indeling patiënten

3.2.1.1 Acute keelpijn

1) Banale keelpijn zonder verhoogde nood aan antibiotica
2) Verhoogde nood aan antibiotica
    a. Risicopatiënten –acuut reumatisch lijden in de voorgeschiedenis, verminderde algemene weerstand, ernstige comorbiditeit, immunosuppressie, geriatrische patiënt of zuigeling, ongunstige sociale factoren
    a. Ernstig zieke patiënten – toxisch syndroom, keelinfectie met ernstig algemeen ziek zijn, heftige keelpijn en slikklachten, en grote beperkingen in het dagelijks functioneren
    b. Een streptokokkenepidemie in een gesloten gemeenschap.
3) Reden tot doorverwijzing
    a. Peritonsilair abces
    b. Stridor of ademhalingsmoeilijkheden
    c. Leukemie of agranulocytose
    d. Ernstig zieke patiënt: erminderd bewustzijn, sepsis, slechte vochtbalans bij zuigelingen
4) Frequente recidieven: verwijzing voor tonsillectomie
    a. België: ≥ 5 per jaar, 2 jaar na elkaar,
    b. Nederland: ≥5 per jaar of ≥3 per jaar, 2 jaar na elkaar
5) Differentiaal diagnose te maken met
    a. Aftosis
    b. Herpes
    c. Mycotische faryngitis
    d. Mononucleosis infectiosa
    e. Ziekte van Kawasaki
    f. Difterie

3.2.1.2 Acute rhinosinusitis

1) Acute milde tot matige rhinosinusitis zonder verhoogde nood aan antibiotica
2) Verhoogde nood aan antibiotica
    a. Risicopatiënten – verminderde algemene weerstand, ernstige comorbiditeit, immunosuppressie, geriatrische patiënt of zuigeling, ongunstige sociale factoren
    b. Ernstig zieke patiënten – veel pijn, koorts en ernstig algemeen ziek-zijn

c. Milde tot matig zieke patiënten zonder verbetering 7-10 dagen (kinderen 14dagen) na begin symptomatische behandeling of recidief koorts na koortsvrije dagen

3) Reden tot doorverwijzing
    a. Eenzijdige roodheid en zwelling in het gelaat
    b. Visuele, orbitale, meningeale of cerebrale symptomen
    c. Verminderd bewustzijn
    d. Slechte vochtbalans bij zuigelingen
    e. IgE gemedieerde penicilline allergie bij kinderen
4) Frequente recidieven
5) Differentiaal diagnose te maken met
    a. Neusloop: virale, allergische of hyperreactieve rhinitis
    b. Hoofdpijn: spierspanning, migraine, griepaal
    c. Dentogene oorzaak
    d. Adenoïditis, tonsillitis
    e. Tumoraal proces, vreemd voorwerp

3.2.1.3 Acuut hoesten

1) Acuut hoesten zonder verhoogde nood aan antibiotica
2) Verhoogde nood aan antibiotica
    a. Risicopatiënten – verminderde algemene weerstand, ernstige comorbiditeit, immunosuppressie, geriatrische patiënt of zuigeling, ongunstige sociale factoren
    b. Community acquired pneumonie
3) Reden tot doorverwijzing
    a. Zeer ernstige lage luchtweginfectie met
        i. Uitputtingsverschijnselen of verminderd bewustzijn
        ii. Verhoogde ademhalingsfrequentie en versnelde pols
        iii. Temperatuur > 40° C of < 35°C
        iv. Verlaagde O_2 saturatie
        v. Verlaagde bloeddruk
    b. Ernstige pseudokroep
    c. Slechte vochtbalans bij zuigelingen
    d. IgE gemedieerde penicilline allergie bij kinderen
4) Differentiaal diagnose te maken met
    a. Kinkhoest
    b. Milde tot matige pseudokroep
    c. Bronchiolitis

d. Q-koorts
e. Legionellapneumonie

3.2.2 Aanvullend onderzoek

Welke technische onderzoeken raden de richtlijnen aan naast een uitgebreid anamnestisch en klinisch onderzoek?

3.2.2.1 Acute keelpijn

- Snelle streptest: niet aanbevolen wegens een te lage sensitiviteit
- Keelkweek en ALSO-titer: niet aanbevolen wegens een te lange wachttijd (antibiotica moet gestart worden binnen 48u na start symptomen)
- Labo bij blijvende keelpijn, een afwijkend beloop of vermoeden van mononucleosis infectiosa (IgM EBV) of leukemie (leukocytentelling en –differentiatie)

3.2.2.2 Acute rhinosinusitis

- Transilluminatie: diagnostische waarde is onduidelijk
- Conventionele radiologie: onderzoek van de maxillaire sinus mogelijk, afhankelijk van de criteria meer vals negatieven of vals positieven, goede uitsluiter (als geen sluiering, mucosazwelling of vochtniveau aanwezig, dan kan men rhinosinutis met 90% zekerheid uitsluiten), niet betrouwbaar bij kinderen, beste keuze als eerste onderzoek bij volwassenen
- Echografie: diagnostische waarde is onduidelijk
- CT-scan: onderzoek van alle sinussen mogelijk, lage specificiteit, te gebruiken als voorbereiding van chirurgie of bij zeer ernstig zieke kinderen
- MR: te gebruiken voor de diagnose van sinustumoren

3.2.2.3 Acuut hoesten

- Laboratoriumonderzoek
    - CRP bepaling: bij matig zieke volwassenen met enkele algemene/lokale ziekteverschijnselen
    - Bepaling van hematocriet, uremie, natriëmie, glycemie, arteriële pH en pO_2: als risico-inschatting bij patiënten met een verhoogd risico op een ernstiger verloop
    - Aanvullend onderzoek naar specifieke verwekkers bij uitblijven herstel of vermoeden meldingsplichtige ziekte
- Rx Thorax:
    - Als risico-inschatting bij patiënten met een verhoogd risico op een ernstiger verloop
    - Bij blijvende onzekerheid of onvoldoende snel herstel
    - Voor het maken van een goede differentiaal diagnose

3.2.3 Antibioticabeleid

3.2.3.1 Acute keelpijn

Eerste keuze	Fenoxymethyl-penicilline	Kind: 50 000 IE/kg per dag in 3 à 4 giften ged 7d Volw: 3 000 000 IE per dag in 3 giften ged 7d
	Clometocilline	Volw : 1,5 g per dag in 3 giften ged 5-7d (niet verkrijgbaar)
Alternatief bij niet-IgE gemediëerde penicilline-allergie	Cefadroxil	Kind: 30 mg/kg per dag in 2 à 3 giften ged 7d Volw: 1-4 g per dag in 2 à 3 giften ged 7d
	Cefalexine	Volw: 1-4 g per dag in 3 à 4 giften ged 7d
	Cefatrizine	Volw: 1-1,5 g per dag in 2 à 3 giften ged 7d
Alternatief bij IgE gemediëerde penicilline-allergie	Clarithromycine	Kind: 15 mg/kg per dag in 2 giften ged 7d Volw: 500-1 000 mg per dag in 2 giften ged 7d
	Azithromycine	Kind: 10 mg/kg eerste dag, dan 5 mg/kg per dag ged 4d Volw: 500 mg per dag ged 3d
	Roxithromycine	Volw: 300 mg per dag in 2 giften ged 7d

3.2.3.2 Acute rhinosinusitis

Eerste keuze	Amoxicilline	Kind: 75-100 mg/kg per dag in 3 à 4 giften ged 5-7d Volw: 3 gram per dag in 3 giften ged 5-7d
Alternatief bij niet-IgE gemediëerde penicilline-allergie	Cefuroxim axetil	Kind: 30-50 mg/kg per dag in 3 giften ged 5-7d Volw: 1,5 g per dag in 3 giften ged 5-7d
Alternatief bij IgE gemediëerde penicilline-allergie	Moxifloxacine	Volw: 400 mg per dag ged 5-7d
	Co-trimoxazol	Kind: 1-5 jaar: 40/8 mg/kg per dag in 2 giften gedurende 5-7d
	Azithromycine	Kind: 10 mg/kg eerste dag, dan 5 mg/kg per dag ged 4d
	Clarithromycine	Kind: 15 mg/kg per dag in 2 giften ged 5-7d
Indien er geen verbetering optreedt na 2 dagen	Amoxicilline + amoxicilline-clavulaanzuur	Kind: 37,5-50 mg/kg amoxicilline + 37,5-50 mg/kg amoxicilline-clavulaanzuur in in 3 à 4 giften Volw: 3 x [500 mg amoxicilline + 500 mg amoxicilline-clavulaanzuur]
	Amoxicilline-clavulaanzuur	Volw: 3 x 875 mg amoxicilline-clavulaanzuur

3.2.3.3 Acuut hoesten – pneumonie

Kind

Eerste keuze	Amoxicilline	75-100 mg/kg per dag in 3 à 4 giften ged 5-7d
Kans atypische pneumonie	Azithromycine	10 mg/kg eerste dag, dan 5 mg/kg per dag ged 4d
	Clarithromycine	15 mg/kg per dag in 2 giften ged 5-7d
Alternatief bij niet-IgE gemediëerde penicilline-allergie	Cefuroxim axetil	30-50 mg/kg per dag in 3 giften ged 5-7d
Alternatief bij IgE gemediëerde penicilline-allergie	Hospitalisatie voor IV therapie!	
Indien er geen verbetering optreedt na 2 dagen	Amoxicilline + azithromycine of clarithromycine	

Volwassenen

Eerste keuze zonder comorbiditeit	Amoxicilline	3 g per dag in 3 giften ged 8d
Eerste keuze met comorbiditeit	Amoxicilline-clavulaanzuur	3 x 875 mg per dag ged 8d
Alternatief bij niet-IgE gemediëerde penicilline-allergie	Cefuroxim axetil	1,5 g per dag in 3 giften ged 8d
Alternatief bij IgE gemediëerde penicilline-allergie	Moxifloxacine	400 mg per dag ged 8d
Indien er geen verbetering optreedt na 2 dagen	Amoxicilline + Azithromycine	500 mg per dag gedurende 3d
	Amoxicilline + Clarithromycine	1 g per dag in 2 giften gedurende 8d
	Amoxicilline + Roxithromycine	300 per dag in 2 giften gedurende 8d

3.2.4 Symptomatische therapie met een wetenschappelijke achtergrond

3.2.4.1 Acute keelpijn

- Pijnstilling: paracetamol/ibuprofen met voorkeur tot paracetamol
- Lokale middelen: weinig goede studies waardoor niet aangeraden, behalve bij aftosis/herpes waar pijnstilling op basis van lidocaïne en mondspoeling (vb chloorhexidine) voorgesteld wordt
- Lokale antimycotica bij schimmelinfecties

3.2.4.2 Acute rhinosinusitis

- Pijnstilling: paracetamol/ibuprofen
- Neusspoeling
    - Zoutwateroplossing
    - Intranasale decongestiva (xylometazoline, oxymetazoline): geen studies bij rhinosinusitis, verbetering neusdoorgankelijkheid bij verkoudheid
    - Intranasale corticoïden: effectief als adjuvans bij antibioticatherapie, geen studies over gebruik in monotherapie bij rhinosinusitis, eventueel te gebruiken bij langdurige of recidiverende klachten
- Perorale medicatie
    - Decongestiva: geen effect als adjuvans bij antibioticatherapie, geen studies over gebruik in monotherapie bij rhinosinusitis, verbetering neusdoorgankelijkheid bij verkoudheid
    - Corticoïden: geen studies gekend
    - Antihistaminica: geen studies gekend
    - Cromoglicaat: geen effect aangetoond

Besluit: alleen pijnstilling (paracetamol of ibuprofen) of spoelingen met zout water en bij volwassenen xylomethazoline of oxymethazoline neusdruppels naast inhalatie van warme dampen zijn nuttig. Intranasale corticoïden kunnen op proef bij langdurige of recidiverende klachten.

3.2.4.3 Acuut hoesten

- Hoestsiropen
    - Vermindering van hoestklachten enkel door dextromethorfan
    - Verdunning van het sputum, vermindering hoestfrequentie en -intensiteit enkel door het expectorans guaifenesine
    - Overige mucolytica, antihistaminica en combinaties van antihistaminica met decongestiva worden niet aangeraden
- B_2-antagonisten worden niet routinematig aangeraden

4 Interview

4.1 Algemene vragen richtlijnen

Gevraagd naar welke richtlijnen de artsen kennen, komen de richtlijnen van NHG en Domus medica als de bekendste naar voren. Andere bronnen die de artsen raadplegen zijn de antibioticarichtlijnen van BAPCOC (V95, V07), de WZC richtlijnen (M72), de transparantiefiches (M88, V98, V10) en de richtlijnen rond diabetes van de groep Diabetes Waasland (V94a).

Alle artsen vertellen dat ze minstens éénmaal online naar richtlijnen gezocht hebben, rechtstreeks of via de links terug te vinden via Cebam. Enkele artsen (V95, M72, M94) kunnen via een link in hun medisch programma de richtlijnen raadplegen. Ook de steekkaarten en tijdschriften die de artsen toegestuurd krijgen worden vermeld (M78, M88, M68, V99). Verder worden artikels opgezocht via Up to Date en Google Medical (M71). Een arts (M98) vertelt me dat jonge artsen nu de handigheid hebben om snel en efficiënt op te zoeken, maar dat opzoeken voor oudere artsen heel wat tijdrovender is door een gebrek aan knowhow waardoor zij dit niet of te weinig doen. Zij zijn meer gewend om te teren op hun basiskennis gecombineerd met wat ze leren uit de praktijk en dit aan te vullen met bijscholingen en toegestuurde informatie. Ook de andere artsen vertellen me dat een behandeling bij hen voornamelijk gebaseerd is op praktijkervaring. Als reden wordt gegeven dat alles wat een arts meemaakt zijn effect heeft op zijn toekomstige praktijkvoering (V95) en dat elke casus anders is, waardoor de theorie soms te weinig flexibel is (M68).

Geen enkele arts zegt tijdens het interview dat hij of zij de richtlijnen op regelmatige basis bekijkt. Wel wordt bij twijfel of bij specifieke ziektes opgezocht. Voorbeelden hiervan zijn alles rond schildklierpathologie (V95, V94a, V10), wat te doen als preventie bij mensen met in de familiale anamnese kanker (V95, V07), het antibioticabeleid (M78, V07), de opvolging van zwangerschap (M72), de aanpassing van anticoagulantia (M94) en de richtlijnen rond het cardiovasculair risicoprofiel (M94). De artsen die HAIO's begeleiden (V95, M71, M94, M86, M97, V94a) vertellen me dat zij wel soms de richtlijnen bekijken als voorbereiding van overlegmomenten.

De artsen geven aan veel informatie te halen uit de bijscholingen die ze volgen. Nochtans weten ze dat het afhankelijk is van de spreker en organisatie of de inhoud van een voordracht de huisartsrichtlijnen volgt of niet (V95, M77, V07, M85, V98, V94b). De LOK's worden door sommige artsen (V94a, V77, V98) betrouwbaarder geacht dan de gesponsorde bijscholingen.

4.2 Opmerkingen omtrent richtlijnen

De artsen begrijpen dat geneeskunde te snel verandert om snelle updates te krijgen, maar vinden toch dat verschillende richtlijnen aan hernieuwing toe zijn. Vooral de Belgische richtlijnen vinden ze vaak verouderd. Een arts (M86) vermeldt dat huisartsgeneeskunde gelukkig niet zo snel evolueert als de specialistische geneeskunde en dat de oudere richtlijnen nog steeds hun waarde hebben, maar dat een aanpassing soms toch nodig zou zijn.

De overgrote meerderheid van de artsen ziet geen verschil tussen de kwaliteit van de verschillende richtlijnen, maar dit wijten ze ook aan het feit dat ze de richtlijnen (te) weinig raadplegen om echte verschillen te zien. Gekeken naar kwaliteit, toegankelijkheid, updates en toepasbaarheid van de richtlijnen in praktijk vinden zes artsen (V95, M74, M78, M82, V10, V07) de Nederlandse standaarden duidelijk beter dan de Belgische, één enkele arts (V77) vindt de Belgische richtlijnen beter.

Ik stelde de artsen de vraag om opmerkingen te geven omtrent de inhoud en de moeilijkheden die ze ervaren om de richtlijnen toe te passen. De inhoud van de richtlijnen werd meermaals te academisch en te rigide gevonden (M74, M88, M71, V94b, M97, M77, M68). Een arts (V95) vertelde me dat geneeskunde alles behalve een exacte wetenschap is en je als arts de richtlijnen altijd moet aanpassen aan het individu dat voor je zit, waardoor de richtlijnen voor haar niet echt nuttig zijn. Haar stelling wordt beaamd door twee andere artsen (M87, M68). Dit wordt echter tegengesproken door enkele collega's van hen (M74, M87, M72, V10, M97) die vinden dat een theoretische basis wel zijn waarde heeft en het de taak is van de arts om de richtlijnen op een juiste manier te interpreteren en toe te passen.

Waar verschillende artsen het moeilijk mee hebben, is het feit dat de richtlijnen soms lang afwachten vooraleer ze aanraden een patiënt medicamenteus te behandelen of door te sturen voor verder onderzoek (M88, V7, V94b, M86, M97, V10). Ze vinden het een mooie theoretische gedachte, maar merken in de praktijk dat patiënten bijna altijd 'iets' willen krijgen of doen, waardoor de aanpak beschreven in de richtlijnen moeilijk toepasbaar wordt. De vier artsen die samenwerken in groep (V98, V94b, M86, V10) beschrijven dit als volgt: als één van de artsen de richtlijnen zou volgen en een patiënt zou laten afwachten zoals beschreven staat in de richtlijnen, dan zien ze dat die patiënt de volgende keer liever een andere arts van het viertal raadpleegt omdat hij of zij zich niet geholpen voelt door de eerste arts. Hierbij aansluitend vinden twee artsen (V07, M94) de discrepantie tussen wat de richtlijnen aanraden en wat specialisten doen veel te groot. Een voorbeeld gegeven door één van de artsen (V07): een kindje is ziek, de richtlijnen zeggen nog even af te wachten met de start van een antibioticum, maar een pediater start op dat zelfde moment wél met antibiotische therapie. Patiënten kunnen dat verschil in aanpak niet goed plaatsen, vinden dat de huisarts te lang wacht en lopen in de toekomst sneller naar een kinderarts dan naar hun huisarts. Erover praten met de

patiënten over het waarom van afwachten kan hiervoor een oplossing bieden, maar het is soms gemakkelijker om ook gewoon iets op te starten (V94b).

De artsen vinden de richtlijnen vaak zeer goed uitgeschreven en onderbouwd, maar hebben toch hun bedenkingen bij de toepassing in de praktijk, en dan voornamelijk op organisatorisch vlak (M74, M78, M82, V95). Ze vinden dat de Belgische richtlijnen zich te veel spiegelen aan de Nederlandse, wat niet zou mogen aangezien Belgische en Nederlandse huisartsen op een andere manier werken. In België zijn nog veel soloartsen werkzaam, zonder secretaresse of praktijkhulp, die vergoed worden per geleverde prestatie met een minimum aan overheidsteun. Groepspraktijken met verschillende artsen, een secretaresse en verpleegkundige hulp zijn de norm in Nederland, en er wordt gewerkt via een forfaitair systeem waarbij de overheid nog extra financiële steun geeft. Voornamelijk preventieve maatregelen kunnen op die manier veel beter opgevolgd worden in Nederland (M74).

Ook het feit dat patiënten in België vrij de keuze hebben om een arts te kiezen, maakt het moeilijker om helemaal te werken volgens het EBM principe, want afwachten kan betekenen dat patiënten een andere arts of specialist opzoeken (M97, V99). In Nederland zijn patiënten gebonden aan een huisarts en moeten zij doorgestuurd worden door de huisarts als ze een specialist willen raadplegen, waardoor de huisarts toch langer kan afwachten in de opstart van bijvoorbeeld antibiotica.

Sommige artsen vinden dat de economische crisis te veel weerspiegeld wordt in de richtlijnen en maatregelen die de overheid de artsen oplegt (V98, V10, M78, M87, M74). Zij geven aan dat de gezondheid van een patiënt voor hen nog steeds primeert, en dat een te strikte opvolging van hun doen en laten een negatieve invloed heeft op hun praktijkvoering. Daarnaast vinden ze het niet echt duidelijk welke richtlijnen ‘verplicht’ zijn en gevolgd ‘moeten’ volgen, en welke gewoon een leidraad zijn (M87, V99). Één van de aanpassingen waar artsen het niet mee eens zijn, is het verdwijnen van de terugbetaling rond de bepaling van PSA bij mannen boven de 50, wat zij meer zien als een economische maatregel dan als een beslissing op basis van evidentie (M97, V95, V07, M87).

Als laatste vroeg ik de artsen wat zij goed vinden aan de richtlijnen, en op welke manier zij graag op de hoogte willen gehouden worden. De samenvattingkaarten worden als zeer positief en nuttig bevonden, omdat je snel iets kan opzoeken zonder dat je hele teksten moet doorlezen (V94a, V10). Ook de oplijsting van alarmsymptomen per ziektebeeld kan helpen bij praktijkvoering (V07), net als het te volgen antibioticabeleid in België (V94a, V07, M78). Hoewel de jongere artsen gewend zijn om via internet zaken op te zoeken, wordt het voorstel om info te verkrijgen via betrouwbare bijscholingen door alle artsen als een haalbaar en nuttig instrument beschouwd.

4.3 Mening rond opleiding HAIO's

Deze thesis kwam er doordat ik zelf als beginnend arts de discrepantie merk tussen de HAIO's die opgeleid worden met de richtlijnen als theoretische basis, en de oudere artsen die de richtlijnen niet kennen. Ik vroeg de artsen dan ook wat zij vinden van het feit dat de jongere artsen zo opgeleid worden, en hun antwoord was eenduidig: de richtlijnen zijn goed als basis en houvast, maar de ervaringen die je meeneemt uit de praktijk moeten ervoor zorgen dat je als arts je eigen richtlijnen maakt, met eigen stappen en manier van handelen. De angst die oudere artsen ervaren is dat jonge artsen de richtlijnen als 'keurslijf' aangemeten krijgen, waardoor ze geen eigen mening krijgen en te rigide te werk gaan (M88, M68, M77, M71). De artsen die nog meer net HAIO af zijn (V07, V10), vertelden me dat alles rond evidence-based medicine hun oren uitkwam op het einde van de opleiding, en dat ze blij waren dat ze eindelijk wat meer praktijkervaring opdeden. Zij beschouwen de richtlijnen als een goede leidraad, maar vinden dat ze pas een goede arts aan het worden zijn nu ze wat praktijkervaring aan de theorie kunnen toevoegen, zodat ze de richtlijnen op de juiste manier kunnen interpreteren en toepassen in de toekomst.

5 Discussie

5.1 Interview en casussen

Uit mijn literatuurstudie blijkt dat artsen de richtlijnen wel kennen, maar sceptisch staan tegenover de toepassing ervan in de praktijk. Ook uit mijn interview blijkt dat de artsen van het wachtgebied Waasland West weinig of geen gebruik maken van de richtlijnen. De redenen die beide groepen hiervoor geven, blijken grotendeels dezelfde te zijn en gaan voornamelijk over de inhoud, toegankelijkheid en uitvoerbaarheid in de praktijk. De richtlijnen worden té rigide en academisch gevonden. De artsen zeggen nooit geleerd te hebben hoe je iets op een tijdsefficiënte manier opzoekt en hoe je de richtlijnen toepast in de praktijk, waardoor ze minder geneigd zijn de richtlijnen te bekijken.

Een heikel punt dat de artsen aanhalen is dat de Belgische richtlijnen zich te veel baseren op de NHG standaarden, zonder dat er rekening wordt gehouden met de organisatie van de gezondheidzorg in België. Georganiseerde groepspraktijken met praktijkhulp en patiënten die aan een arts toegewezen worden zijn inderdaad de norm in Nederland. Dit vormt vanzelfsprekend een betere basis voor preventieve zorg en opvolging, maar als de Nederlandse artsen hieraan geen aandacht zouden besteden, zou er ook geen goede zorg geboden worden. Artsen hebben uiteindelijk zelf veel in handen wat de manier betreft waarop zij praktijk willen voeren, en met de groeiende steun onder de vorm van Impulseo en de trend om in groep te gaan werken wordt het gemakkelijker voor de artsen om rekening te houden met onder andere preventie. Welke steun een arts ook krijgt, het is de arts zelf die instaat voor de kwaliteit van zorg die hij biedt aan zijn patiënten.

Soms wordt getwijfeld over de motieven waarom een bepaalde richtlijn gemaakt werd en vraagt men zich af of de overheid geen te grote rol heeft in de ontwikkeling van richtlijnen, bijvoorbeeld om bezuinigingsmaatregelen door te voeren, waardoor de wetenschappelijke basis onvoldoende correct toegepast wordt. Nochtans worden de richtlijnen opgesteld door artsen of hun wetenschappelijke verenigingen en heeft de overheid hierin weinig invloed. Bij sommige artsen van het wachtgebied heerst het gevoel dat de richtlijnen een manier zijn om hen regels en verplichtingen op te leggen, waardoor ze hun vrijheid van handelen kwijt raken. Ze gaan er verkeerdelijk vanuit dat ze de richtlijnen ‘moeten’ toepassen, en voelen zich niet lekker in het keurslijf dat ze daardoor zichzelf opleggen. De richtlijnen zijn nochtans ontwikkeld als een hulpmiddel om patiënten beter te behandelen, en niet als verplichte leerstof. Ze geven een op wetenschappelijke evidentie berustende basis mee, die artsen zelf per individuele patiëntencasus moeten interpreteren en nadien pas toepassen. De rigiditeit die de richtlijnen verweten wordt werken de artsen zelf in de hand, en kan door interpretatie en eigen inbreng ondervangen worden. Hoe dan ook lijken de artsen vooral te

vertrouwen op hun eigen manier van handelen en de ervaring die ze opbouwen door in de praktijk te staan, en vinden ze het minder noodzakelijk om hun aanpak af te toetsen aan de richtlijnen.

Lijnrecht tegenover dit gevoel van de artsen dat ze de richtlijnen niet nodig hebben, staat het resultaat dat komt uit mijn cases: een minderheid van de artsen scoort over het algemeen bekeken goed, de meeste artsen beantwoorden de vragen foutief of onvolledig. Zelfs dreigende urgenties worden gemist of krijgen onvoldoende aandacht. De HAIO's scoren een beetje beter, en dan vooral op deze urgenties, maar ook zij laten steken vallen.

Verschillende oorzaken kunnen tot dit resultaat leiden. Het zou kunnen liggen aan de moeilijkheidsgraad van mijn casussen, of aan het feit dat de geschetste patiënten geen voorbeelden zijn van de dagdagelijkse problematiek waarmee huisartsen geconfronteerd worden. Nochtans klaagde geen enkele arts over één van beide aspecten tijdens het interview. Geneeskunde is geen exacte wetenschap en voor één probleem bestaan er dikwijls verschillende oplossingen. Ondanks het feit dat de artsen van mening zijn dat de richtlijnen zeer rigide en te simplistisch zijn in hun behandelingsmogelijkheden, houden de auteurs van de richtlijnen wel degelijk rekening met verschillende opties om een patiënt te behandelen naargelang de ernst van de pathologie en toestand waarin de patiënt zich bevindt. De antwoorden van de artsen die niet overeenkomen met de richtlijnen kunnen om die reden als foutief beschouwd worden.

Sowieso moet men rekening houden met de mogelijkheid dat de artsen onvoldoende aandacht besteed hebben aan het oplossen van de casussen waardoor het in theorie mogelijk zou zijn dat sommige patiënten in realiteit wel op een correcte manier behandeld of doorverwezen zouden worden, maar mijns inziens hebben de artsen de casussen naar best vermogen opgelost en schetsen hun antwoorden een reëel beeld van hun aanpak. Een andere kanttekening die gemaakt moet worden is het feit dat ik slechts een relatief klein aantal artsen een beperkt aantal casussen laten oplossen heb, waardoor de percentages en het resultaat een vertekend beeld geven.

De discrepantie tussen de antwoorden van de artsen en de richtlijnen situeert zich op volgende vlakken: de manier waarop patiënten moeten ingedeeld worden om snel duidelijkheid te krijgen over bepaalde subgroepen en hun specifieke behandeling, het soort antibioticum dat gebruikt dient te worden, welke symptomatische therapie een wetenschappelijke basis heeft en welke onderzoeken een nuttige aanvulling kunnen betekenen.

Vooreerst werden sommige urgenties niet herkend en bijgevolg ook niet als zodanig behandeld. De artsen hebben de neiging om af te wachten, terwijl de richtlijnen hen aanzet om in die gevallen sneller door te sturen. Deze bevinding is markant aangezien verschillende artsen tijdens het interview aangaven dat ze vinden dat net de richtlijnen hen te lang doen afwachten. De beschreven

urgenties komen dan wel niet veel voor, maar artsen horen toch alert te blijven en deze uit het scala van banale ziektes te halen. De HAIO's scoorden op deze cases duidelijk beter, wat logisch is aangezien ze meer recent alarmtekens onderwezen kregen.

De HAIO's lijken ook beter te weten welk bijkomend onderzoek een nuttige aanvulling kan zijn voor de opmaak van een differentiaal diagnose. Een bloedonderzoek wordt vaker voorgesteld door de artsen, tot radiologisch onderzoek wordt weinig overgegaan. Nochtans kan een aanvullend onderzoek bij een patiënt waar de arts een gevoel van onduidelijkheid heeft een optimaal stappenplan voor de aanpak van het probleem helpen uitstippelen. Correct gebruikt hoeven deze onderzoeken niet belastend te zijn voor de patiënt en geen negatieve economische balans te creëren.

Uit de antwoorden blijkt dat de meeste huisartsen nog steeds te snel of foute antibiotica voorschrijven. Hier tegenover staat dat zeer weinig artsen in casus 2 een antibioticum zouden geven, terwijl net daar wel een antibioticakuur aangeraden wordt. De HAIO's hebben in het algemeen de neiging om geen antibiotica toe te voegen, ook al raden de richtlijnen toch een antibioticum aan. Artsen gaan ervan uit dat zij in staat zijn om op basis van hun klinische bevindingen patiënten in te delen in subgroepen gaande van 'urgent' naar 'verhoogde nood aan antibiotica' tot 'banale ziekte'. Ieder arts heeft hiervoor zijn eigen criteria, maar de antwoorden van de artsen laten zien dat die indeling vaak incorrect is en niet gebaseerd is op een wetenschappelijke achtergrond. De richtlijnen kunnen hier voor de artsen een leidraad zijn om deze indeling opnieuw te bekijken en elke individuele patiënt op een wetenschappelijk meer gefundeerde manier te benaderen.

De meeste artsen hadden een voorkeursantibioticum waarvan ze moeilijk afweken, ook al bleek een ander in bepaalde casussen beter. Hoewel sommige artsen de richtlijnen te rigide vinden, blijken ze zelf weinig flexibel in de keuze van antibiotica. Sommige artsen hebben de neiging om te werken met een antibioticum met een zo breed mogelijk spectrum, en vooral de vaste combinatie van amoxicilline met clavulaanzuur werd door deze artsen het frequentst gebruikt. Als reden werd vaak gegeven dat ze anders toch soms moeten overschakelen en dat patiënten die omschakeling niet appreciëren. Een redenering zoals deze is niet gebaseerd op evidentie en werkt het verkeerd gebruik van antibiotica in de hand. Hoewel de voorbije jaren zowel artsen als patiënten wat zorgvuldiger omspringen met antibiotica, is er nog heel wat werk nodig om de artsen het juiste antibioticum op het juiste moment te laten voorschrijven. Ook hier kunnen de richtlijnen hulp bieden door enerzijds een goede indeling van patiënten aan te bieden, en anderzijds een lijst op te maken met situaties waarin iemand een bepaald antibioticum dient te gebruiken.

Daarnaast blijkt dat er geen lijn getrokken kan worden in het voorschrijfgedrag omtrent symptomatische therapie. Buiten de zeldzame urgenties waren de casussen stuk voor stuk veel

voorkomende situaties, die op zeer verscheidene manieren behandeld werden door zowel de huisartsen als de HAIO's. De artsen zelf geven aan dat de keuze van medicatie gebaseerd is op praktijkervaring en wat vertegenwoordigers van farmaceutische firma's hen vertellen. Zelf gaan ze niet of weinig actief op zoek naar wetenschappelijke argumenten om keuzes tussen therapieën te maken. De richtlijnen kunnen hier nochtans een brug vormen tussen de huisartsen en wetenschappelijke studies doordat zij reeds een oplijsting maken van de therapieën die hun nut bewezen hebben. Door de richtlijnen te volgen zou éénzelfde patiënt bij verscheidene artsen een gelijkaardige therapie krijgen, met als resultaat minder verwarring bij de patiënten en een betere gezondheidzorg geboden door de artsen.

5.2 Suggesties naar implementatie van de richtlijnen

De meeste artsen uit het wachtgebied Waasland West gaven tijdens het interview aan weinig tijd te hebben voor het opvolgen en lezen van de richtlijnen. Ze vinden de richtlijnen ook geen nuttig aanvullend instrument voor hun praktijkvoering omdat ze ervan overtuigd zijn dat hun praktijkervaring hen meer helpt dan de theorie van de richtlijnen. Uit mijn casussen is gebleken dat de artsen hierdoor toch vaak tot een gedrag komen dat niet overeenkomt met het wetenschappelijk meest verantwoorde en dat de richtlijnen een mogelijke hulp kunnen bieden om deze lacune op te vullen. Maar hoe overtuig je een groep sceptische artsen om de richtlijnen een kans te geven?

Uit de literatuur zijn er verschillende suggesties gekomen om richtlijnen beter te implementeren in de dagdagelijkse praktijk. Een richtlijn zou idealiter een korte op evidentie berustende samenvatting van de literatuur moeten zijn, opgemaakt in begrijpbare en duidelijke woorden. Ze zou ruimte moeten laten voor interpretatie door de arts waardoor een individuele benadering van patiënten mogelijk gemaakt wordt. Het doel van de richtlijn en de middelen waarmee een richtlijn gemaakt werd zouden duidelijk terug te vinden moeten zijn, net zoals de achtergrond van de auteurs. Ze zou zowel toegankelijk moeten zijn in de vorm van een papieren samenvatting als van een online document, van waaruit de arts indien gewenst op een gemakkelijke manier verdere informatie kan opzoeken. Al deze suggesties zijn voor de meeste richtlijnen van toepassing: zowat elke richtlijn heeft zijn eigen steekkaart die online beschikbaar is, de betrouwbaarheid stijgt door een goede bronvermelding, en de arts kan met de beschikbare gegevens aan de slag om zijn patiënten op de voor hem best mogelijke manier te helpen.

De artsen uit het wachtgebied kunnen zich in deze suggesties uit de literatuur vinden. Vooral het voorstel om een soort samenvattingkaart waarop alle belangrijke punten staan te maken wordt positief onthaald. Een ander voorstel van sommige artsen is de voorstelling van de richtlijnen door onafhankelijke sprekers op bijscholingen of LOK-vergaderingen. Ik heb geprobeerd om beide te

combineren door een steekkaart te maken (zie bijlage 3) en deze voor te stellen op de LOK-vergadering van de kring Waasland West op 18 april 2013 (zie bijlage 4).

Mijn steekkaart gaat verder dan de samenvattingen die gegeven worden door de richtlijnen zelf. Ik heb drie richtlijnen die handelen over acute luchtweginfecties bijeengebracht en daarnaast elke richtlijn vergeleken tussen 3 verschillende landen (België, Nederland, Verenigd Koninkrijk). De steekkaart zelf is gebaseerd op de foutieve antwoorden gegeven door de artsen en trekt daardoor de aandacht naar delen van de richtlijn waar het vaakst vanaf geweken wordt in de dagelijkse praktijk. Bij anamnese en klinisch onderzoek staat telkens genoteerd waarop zeker gelet moet worden om een goed onderscheid tussen banale en ernstige zaken te maken. Bij aanvullend onderzoek staat beschreven welke onderzoeken nut kunnen hebben om een goede risico-inschatting te maken. Daaronder kan men de symptomatische behandeling vinden die een wetenschappelijk bewezen effect heeft. Welke patiënten sneller een antibioticum nodig hebben, vindt men ook terug net als welke antibiotica aangeraden worden. Als er meerdere gelijkwaardige antibiotica voorgesteld worden werd één keuze gemaakt, de overige zijn via de website van BAPCOC[86] terug te vinden. Als laatste werden de patiënten opgesomd bij wie de richtlijnen specialistische hulp aanraden.

Ik stelde deze steekkaart uitgebreid voor op de hierboven vermelde LOK-vergadering (zie bijlage 4). De bedoeling van mijn presentatie was om de artsen eerst te confronteren met enkele van hun foutieve antwoorden en de manier waarop de richtlijnen deze casussen zouden aanpakken, zodat er via discussie nagedacht zou worden over hun manier van handelen. Nadien toonde ik hen op welke manier mijn steekkaart een aanvulling kan zijn tijdens hun consultvoering door de overige casussen gezamenlijk op te lossen met behulp van deze steekkaart.

Voor het krijgen van feedback over mijn steekkaart deelde ik na de vergadering een anonieme vragenlijst uit waar de artsen 11 vragen konden scoren op een 7 punten schaal van ‘helemaal niet akkoord’ naar ‘neutraal’ tot ‘helemaal akkoord’ (zie bijlage 5). De vragen handelen over het uitzicht en het nut van mijn steekkaart en de mening van de artsen over de voorgestelde aanpak, en peilen daarnaast of de artsen van plan zijn de steekkaart te gebruiken tijdens hun consultatievoering. De vragenlijst werd ingevuld door 23 huisartsen, waarvan er 17 artsen deelnamen aan het interview dat ik tijdens de zomer afnam.

Over het algemeen werd mijn steekkaart op zeer positieve wijze onthaald. Het design werd door iedereen duidelijk bevonden, er waren geen verwarrende elementen aanwezig. De artsen waren van mening dat de richtlijnen goed naar voren komen op mijn steekkaart, en de grote meerderheid (17 op 23 artsen) kon zich vinden in de aanpak die voorgesteld wordt. De steekkaart vormt volgens hen een meerwaarde voor hun consultvoering. Twintig artsen geven aan de steekkaart in de toekomst nog te gaan gebruiken, en ze tevens aan te raden aan andere collega’s.

6 Besluit

Ik heb met mijn masterproef geprobeerd om de discrepantie op het vlak van de aanpak van acute luchtweginfecties tussen wat de richtlijnen aanraden en wat de artsen van het wachtgebied Waasland West doen in kaart te brengen, en deze informatie te gebruiken om een instrument te maken dat de richtlijnen implementeert in de dagelijkse consultvoering van deze artsen. Zowel uit de literatuur als uit mijn interviews komt namelijk naar voren dat dit proces van implementatie niet optimaal gebeurt ondanks het feit dat de richtlijnen voldoen aan alle kwaliteitsnormen. Door de artsen te confronteren met de fouten die ze bij het oplossen van de casussen gemaakt hebben en hen te tonen op welke manier de richtlijnen een aanvulling kunnen zijn voor hun aanpak van acute luchtweginfecties, hoop ik hen geprikkeld te hebben om deze richtlijnen meer te gaan gebruiken. Ik denk met mijn steekkaart een handig en nuttig instrument gemaakt te hebben dat de richtlijnen iets toegankelijker maakt voor de artsen van het wachtgebied Waasland West en met uitbreiding voor alle huisartsen, en hoop dat door het gebruik van de steekkaart de aanpak en outcome van de gezondheidzorg zal verbeteren.

7 Referenties

[1] Field MJ and Lohr KN. Clinical practical guidelines: directions for a new program. Washington, DC: The National Academies Press, 1990, p 160

[2] Field MJ and Lohr KN. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington, DC: The National Academies Press, 1992, p 426

[3] Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann H: GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008, 336:924-6.

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

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

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

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

[8] Sutton PA. Clinical guidelines evaluation. Final report of Department of Health guidelines evaluation project. Hull Department of Public Health Medicine, University of Hull, 1996.

[9]Ollenschläger G, Marshall C, Qureshi S, Rosenbrand K, Burgers J, Mäkelä M, Slutsky J. Improving the quality of health care: using international collaboration to inform guideline programmes by founding the Guidelines International Network (G-I-N). Qual Saf Health Care 2004, 13: 455-460.

[10] MacLeod FE, Harrison MB, Graham ID. The process of developing best practice guidelines for nurses in Ontario: risk assessment and prevention of pressure ulcers. Ostomy Wound Manage 2002, 48: 30–38.

[11]Bro F, Waldorff FB. Guidelines—let's take a break and then move forward together! Scand J Prim Health Care 2004, 22: 2–5.

[12]Graham ID, Harrison MB, Lorimer K et al. Adapting national and international leg ulcer practice guidelines for local use: the Ontario Leg Ulcer Community Care Protocol. Adv Skin Wound Care 2005, 18: 307–318.

[13]Graham ID, Harrison MB, Brouwers M, Davies BL, Dunn S. Facilitating the use of evidence in practice: evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2002, 31: 599–611.

[14] Voellinger R, Berney A, Baumann P, Annoni JM, Bryois C, Buclin T et al. Major depressive disorder in the general hospital: adaptation of clinical practice guidelines. General Hosp Psychiatry 2003, 25: 185–193.

[15]Rhinehart E, Goldmann DA, O'Rourke EJ. Adaptation of the Centers for Disease Control guidelines for the prevention of nosocomial infection in a pediatric intensive care unit in Jakarta, Indonesia. Am J Med 1991, 91: 213S–220S.

[16]Reddy KS. Implementation of international guidelines on hypertension: the Indian experience. Clin Exp Hypertens 1999, 21: 693–701.

[17]Fervers B, Burgers J, Haugh M, Latreille J, Mlika-Cabanne N, Paquet L, Coulombe M, Poirier M, Burnand B. Adaption of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. International journal for Quality in Health Care 2006, 18, 167-176.

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

[19]Van Royen P, De Sutter A. Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering. Hoe worden ze ontwikkeld? In: Bundeling aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering. Berchem: 2009; 3-8.

[20]Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et al. Clinical guidelines: developing guidelines. BMJ 1999;318:593–6.

[21]Grimshaw JM, Russell IT. Achieving health gain through clinical guidelines. I: Developing scientifically valid guidelines. Qual Health Care 1993;2:243–8.

[22]Grilli R, Magrini N, Penna A, et al. Practice guidelines developed by specialty societies. The need for a critical appraisal. Lancet 2000;355:103–6.
[23]Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. JAMA 1999;281:1900–5.
[24]Graham ID, Calder LA, Hebert PC, Carter AO, Tetroe JM: A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments. Int J Tech Assess Health Care 2000, 16:1024-1038.
[25]The AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care 2003;12:18e23.
[26]Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. CMAJ 2010;182:839-842.
[27]Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers J, Cluzeau F, Feder G, et al. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. CMAJ 2010,182:1045-1052.
[28]Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers J, Cluzeau F, Feder G, et al. Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. CMAJ 2010,182:472-478.
[29]BrouwersaM, Khoc M, Browmand G, Burgerse J, Cluzeauf F, Federg G, Ferversh B, Grahami I, Grimshawk J, Hannal S, Littlejohnsm P, Makarskia J, Zitzelsberger L. The Global Rating Scale complements the AGREE II in advancing the quality of practice guidelines. Journal of Clinical Epidemiology 2012, 65:526-534
[30]Shiffman R, Dixon J, Brandt C, Essaihi A, Hsiao A, Michel G, O'Connell R. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. BMC Medical Informatics and Decision Making 2005, 5:23
[31]Gagliardi A, Brouwers M, Palda V, Lemieux-Charles L, Grimshaw J. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. Implementation Science 2011, 6:26.
[32]Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Fraser C, Vale L. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implantation strategies 1966-1998. J Gen Intern Med 2006: 21: 14-20.
[33] Bowman GP, Levine MN, Mohide A, Hayward RSA, Pritchard KI, Gafni A, Laupacis A. The practice guidelines development and implementation. Am J Clin Oncol 1995: 13: 502-512.
[34]McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. N Engl J Med 2003: 348: 2635-2645.
[35]FitzGerald JM, Boulet LP, McIvor RA, Zimmerman S, Chapman KR. Asthma control in Canada remains suboptimal: the reality of asthma control (TRAC) study. Can Respir J 2006: 13: 253-259.
[36]Brown LC, Johnson JA, Majumdar SR, Tsuyuki RT, McAlister FA. Evidence of suboptimal management of cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes mellitus and symptomatic atherosclerosis. CMAJ 2004: 171:1189-1192.
[37]Latosinsky S, Fradette K, Lix L, Hildebrand K, Turner D. Canadian breast cancer guidelines: have they made a difference? CMAJ 200: 176:771-776.
[38]Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals. A systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak 2008: 8:38.
[39]Brook RH. Practice guidelines and practising medicine. Are they compatible? JAMA 1989, 362: 3027-3030.
[40]Delamothe T. Wanted: guidelines that doctors will follow. BMJ 1993, 307: 218.
[41]Klazinga N. Compliance with practice guidelines: clinical autonomy revisited. Health Policy 1994, 28: 51-66.
[42]Hayward RS, Guyatt GH, Moore KA, McKibbon KA, Carter AO: Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. CMAJ 1997, 156:1715-23.
[43]Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schünemann HJ, Edejer TT, Varonen H, Vist GE, Williams JW Jr,

Zaza S, GRADE Working Group: Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2004, 328:1490.
[44]Stewart RE, Vroegop S, Kamps GB, Werf GTvd, Jong BM-d: Factors influencing adherence to guidelines in general practice. Int J Technol Assess Healthcare 2003, 19:546-554.
[45]Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld Cit, Rutten G, Mokkink H: Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. BMJ 1998, 317:858-861.
[46]Siriwardena AN: Clinical Guidelines in Primary-Care - a Survey of General- Practitioners Attitudes and Behavior. Br J Gen Pract 1995, 45:643-647.
[47] Rashidian A, Eccles MP, Russell I: Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. Health Policy (New York) 2008, 85:148-161.
[48] Harris JS, Mueller KL, Low P, Phelan J, Ossler C, Koziol-McLain J, Glass LS: Beliefs about and use of occupational medicine practice guidelines by case managers and insurance adjusters. J Occup Environ Med 2000, 42:370-6.
[49] Michie S, Pilling S, Garety P, Whitty P, Eccles MP, Johnston M, Simmons J: Difficulties implementing a mental health guideline: an exploratory investigation using psychological theory. Implement Sci 2007, 2:8.
[50] Nuckols TK, Lim YW, Wynn BO, Mattke S, MacLean CH, Harber P, Brook RH, Wallace P, Garland RH, Asch S: Rigorous development does not ensure that guidelines are acceptable to a panel of knowledgeable providers. J Gen Intern Med 2008, 23:37-44.
[51] Shekelle PG, Kravitz RL, Beart J, Marger M, Wang M, Lee M: Are non-specific guidelines potentially harmful? A randomized comparison of the effect of nonspecific versus specific guidelines on physician decision making. Health Serv Res 2000, 34:1429-1448.
[52] Michie S, Johnston M: Changing clinical behaviour by making guidelines specific. BMJ 2004, 328:343-345.
[53]Langley C, Faulkner A, Watkins C, Gray S, Harvey I. Use of guidelines in primary care – practioners' perspectives. Family practice, 1998, 15: 105-111.
[54]Watkins C, Harvey I, Langley C, Gray S, Faulkner A. General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. British Journal of General Practice, 1999, 49, 11-15.
[55] Straus S, Haynes RB: Managing evidence based knowledge: the need for reliable, relevant and readable resources. Can Med Assoc J 2009, 180:942-945.
[56] Denis JL, Hebert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier LH: Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. Health Care Manage Rev 2002, 27:60-73.
[57] Towle A, Godolphin W, Grams G, Lamarre A: Putting informed and shared decision making into practice. Health Expect 2006, 9:321-332.
[58] Legare F, Ratte S, Gravel K, Graham ID: Barriers and facilitators to implementing shared decision making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Educ Couns 2008, 73:526-35.
[59] Klein G: Naturalistic decision making. Hum Factors 2008, 50:456-460.
[60] Bucknall T: A gaze through the lens of decision theory toward knowledge translation science. Nurs Res 2007, 56(Suppl 4):60-66.
[61]Van der Weijden T, Légaré F, Boivin A, Burgers J, van Veenendaal H, Stiggelbout A, Faber M, Elwyn G. How to integrate individual patient values and preferences in clinical practice guidelines? A research protocol. Implementation Science 2010, 5:10
[62]Boivin A, Légaré F, Gagnon MP: Competing norms: Canadian rural family physicians' perceptions of clinical practice guidelines and shared decision-making. J Health Serv Res Policy 2008, 13:79-84.
[63] Cochrane LJ, Olson CA, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S: Gaps between knowing and doing: Understanding and assessing the barriers to optimal health care. J Contin Educ Health Prof 2007, 27:94-102.
[64] Carlsen B, Glenton C, Pope C: Thou shalt versus thou shalt not: a metaanalysis of GPs attitudes to clinical practice guidelines. Br J Gen Pract 2007, 57:971-8.
[65]Carlsen B, Norheim O. "What lies beneath it all?" – an interview study of GPs' attitudes to the use of guidelines. BMC Health Services Research 2008, 8:218

[66]Kotzeva A, Solà I, Carrasco J, del Campo P, Gracia F, Calderón E, de Gaminde I, Estrada M, Martínez F, Orrego C, Rotaeche R, Salcedo F, Velázquez P, Alonso-Coello P. Perceptions and attitudes of clinicians in Spain toward clinical practice guidelines and grading systems: a protocol for a qualitative study and a national survey. BMC Health Services Research 2010, 10:328
[67]Shekelle, P. G., Ortiz, E., Rhodes, S., Morton, S. C., Eccles, M. P., Grimshaw, J. M., Woolf, S. H. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? Journal of the American Medical Association 2001, 286, 1461–7.
[68]Chassin MR, Brook RH, Park RE, Keesey J, Fink A, Kosecoff J, et al. Variations in the use of medical and surgical services by the Medicare population. N Engl J Med 1986;314:285-90.
[69]Entwistle VA, Watt IS, Davis H, Dickson R, Pickard D, Rosser J. Developing information materials to present the findings of technology assessments to consumers: the experience of the NHS Centre for Reviews and Dissemination. Int J Tech Assess Health Care 1998, 14:47-70.
[70]Woolf S, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999;318:527–30
[71]Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. Ann Intern Med. 1997,126:376-80.
[72]Shapiro DW, Lasker RD, Bindman AB, Lee PR. Containing costs while improving quality of care: the role of profiling and practice guidelines. Annu Rev Public Health. 1993;14:219-41.
[73]Kane RL. Creating practice guidelines: the dangers of over-reliance on expert judgment. J Law Med Ethics. 1995, 23:62-4.
[74] Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A: Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. J Health Serv Res Policy 2002, 7:239-44.
[75] Ouimet M, Landry R, Amara N, Belkhodja O: What factors induce health care decision-makers to use clinical guidelines? Evidence from provincial health ministries, regional health authorities and hospitals in Canada. Soc Sci Med 2006, 62:964-976.
[76] Lemieux-Charles Louise, Champagne Francois: Using Knowledge and Evidence in Health Care - Multidisciplinary Perspectives Toronto: University of Toronto Press; 2004.
[77]Feder G. Management of mild hypertension: which guidelines to follow? BMJ 1994, 308, 470-471.
[78] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996, 312:71-2.
[79] Bensing J: Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Pat Educ Couns 2000, 39:17-25.
[80]Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR: Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999, 282:1458-65.
[81]Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW: Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid disease: implications of pay for performance. JAMA 2005, 294:716-24.
[82]Baratt A: Evidence based medicine and shared decision making: The challenge of getting both evidence and preferences into healthcare. Pat Educ Couns 2008, 73:407-12.
[83] http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden.htm
[84]http://www.domusmedica.be/kwaliteit/aanbevelingen/overzicht.html
[85]http://www.cks.nhs.uk/home
[86]http://www.bcfi.be/files/832250_BW_NL_01_84_IC.pdf

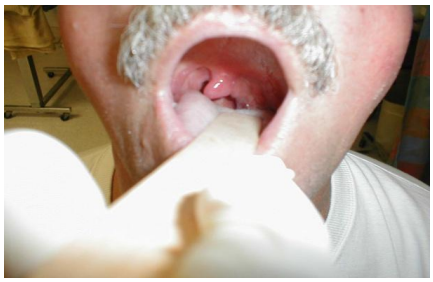
Bijlagen

Bijlage 1. Casussen

Acute keelpijn

Casus 1

Man van 52 jaar consulteert met keelpijn sinds gisteren. Hij voelt de pijn meer links dan rechts, en voelt hier ook een zwelling zitten. Hij voelt zich koortsig en ziek. Bij klinisch onderzoek zie je dit:



Wat doe je?

Casus 2

Jongen van 6 jaar met hevige keelpijn sinds gisteren. Hij heeft koorts tot 39,5°C. Mama heeft reeds pijnstilling/koortswering gegeven. Ze is ongerust omdat hij vandaag weigert te eten of te drinken. Je ziet een hangerig kindje met een rode keel en gezwollen amandelen. Verder NKO onderzoek en longauscultatie zijn normaal.

Wat doe je?

Casus 3

Vorige week kwam een 21 jarige jongeman op consultatie met koorts en keelpijn. Je schreef rust en paracetamol voor. Nu komt hij terug met persisterende keelpijn, matige koorts en vermoeidheid. Tijdens het onderzoek merk je een rode keel en gezwollen halsklieren op.

Wat doe je?

Casus 4

Vanaf wanneer stuur je iemand door voor een tonsillectomie?

Casus 5

Een vrouw van 65 jaar consulteert met keelpijn sinds 1 week. Ze heeft lichte koorts . Er zijn geen klachten van neusloop of hoest. Je volgt haar op omwille van borstkanker waarvoor ze nu nog steeds chemotherapie krijgt. In de voorgeschiedenis zie je dat ze een IgE gemedieerde penicilline allergie heeft.

Wat doe je?

Acute rhinosinusitis

Casus 6

Een mama komt met haar dochter van 6 jaar op consultatie. Ze heeft sinds 4 dagen een loopneus en lichte hoofdpijn. Sinds deze morgen is haar rechteroogje gezwollen en klaagt ze van pijn. Het kindje is suffer en minder actief dan anders. Haar temperatuur bedraagt 37,8°C. Je ziet dit beeld voor je:



Wat doe je?

Casus 7

Een man van 40 jaar komt langs omdat hij al 1 week een neusverkoudheid heeft. Hij heeft purulente neusslijmen en lichte verhoging (37.3°C). Hij klaagt van vermoeidheid, tand- en hoofdpijn. Hij heeft geen hoest of keelpijn. Je kent hem als een fervente roker. Klinisch onderzoek toont matte trommelvliezen, kloppijn thv de sinussen, lichte gekleurde post-nasale drip en bevestigt de lichte verhoging (37.2°C).

Wat doe je?

Casus 8

Een vrouw van 33 jaar komt op controle voor haar diabetes type 1 die slecht te regelen valt wegens moeilijke therapietrouw. Ze meldt dat ze sinds 1 week een verstopte neus heeft, een druk rond haar ogen voelt, hoofdpijn heeft die verergert als ze naar voor buigt en af en toe gelige slijmen snuit. Ze heeft geen koorts, maar voelt zich wel ziek.

Wat doe je?

Casus 9

14 dagen geleden zag je een man van 52 jaar op consultatie met rhinorroe, post-nasale drip, hoofdpijn en aangezichtspijn. Je besliste toen een afwachtende houding aan te nemen. Nu komt hij terug met blijvende gelaatspijn, lichte gekleurde neusslijmen en vermoeidheid.

Wat doe je?

Acute hoest

Casus 10

Je wordt bij een vrouw van 55 jaar thuis geroepen. Je vindt haar ziek in bed. Ze heeft koorts tot 40°C gehad die goed gedaald is tot 38.3 °C met paracetamol. Ze hoest en is kortademig. Je onderzoekt haar: T 38,3°C, BD 100/60, pols 130/min (na hoestbui), NKO toont rode keel, matte trommelvliezen en post-nasale drip. Longauscultatie leert je niets doordat ze het moeilijk heeft om diep in te ademen. In haar voorgeschiedenis lees je dat ze geopereerd is voor een borst Ca.

Wat doe je?

Casus 11

Een man van 36 jaar wenst een siroop omdat hij een vervelende slijmerige hoest heeft, die hem voornamelijk ’s avonds en ’s morgens tegensteekt. Hij heeft geen koorts, en klinisch onderzoek wijst niets ernstigs aan.

Wat doe je?

Casus 12

Een vrouw van 29 jaar komt op raadpleging omdat ze zich sinds gisteren enorm ziek voelt. Als ze hoest heeft ze pijn thv haar longen, links meer dan rechts. Ze hoest geen slijmen op, maar heeft wel het gevoel dat er vastzitten. Ze heeft koorts tot 38.5°C. Je hoort crepitaties links onderaan.

Wat doe je?

Casus 13

Vier dagen geleden zag je een patiënt van 38 jaar met klachten van acute hoest. Je gaf hem een hoestsiroop op basis van dextromethorphan en paracetamol. Hij consulteert nu met lichte verhoging, een hoest die voornamelijk ’s avonds opkomt en heldere slijmen. Uit klinisch onderzoek komt enkel een licht verhoogde temperatuur (37.3), heldere post-nasale drip en een geïrriteerde keel. Zijn longen klinken zuiver.

Wat doe je?

Casus 14

Je volgt een kindje van 8 jaar op dat je eergisteren gediagnosticeerd hebt met een pneumonie. Je startte op met amoxicilline. De koorts blijft hangen rond 38.7°C, het hoesten betert niet echt en er worden af en toe slijmen opgebraakt. Het kindje zelf is ziek, maar niet suf en eet en drinkt nog goed.

Wat doe je?

Bijlage 2. Vragen interview

Deze vragen hebben een leidraad gevormd doorheen het gesprek dat ik voerde met de artsen.

Praktijk gerelateerd

- Hoe lang bent u al huisarts?
- Wanneer studeerde u af?
- Aan welke universiteit heeft u gestudeerd?
- In welke setting werkt u?
- Hoeveel patiënten ziet op per dag/week?
- Neemt u deel aan de wachten?

Richtlijnen

- Welke richtlijnen kent u?
- Op welke manier raadpleegt u deze?
- Maakt u veel gebruik van de richtlijnen?
  - Waarom wel/niet? (vb: kennis van de richtlijnen, financiële en concurrentieoverwegingen, ICE patiënten/arts,…)
  - Bij bepaalde ziektebeelden frequenter? Bij bepaalde patiënten frequenter?
  - Bij een eerste contact of indien een probleem niet opgelost geraakt?
- Is een behandeling bij u vooral gebaseerd op de richtlijnen of op praktijkkennis?
  - Waarom?
  - Wat ziet u als reden om de richtlijnen te gebruiken ipv uw praktijkkennis? En omgekeerd?
- Heeft u bepaalde opmerkingen omtrent de richtlijnen?
  - De inhoud?
  - De toegang?
  - De versie/updates?
  - De verschillende richtlijnen onderling?
- Worden de richtlijnen gevolgd op bijscholingen waar u aan deelneemt?
- Wat vindt u ervan dat jonge huisartsen opgeleid worden met de richtlijnen als basiskennis?

Bijlage 3. Steekkaart

Acute keelpijn



A/ mate van ziek zijn, invloed op functioneren, duur klachten, voorgeschiedenis

KO/ exsudaat, abcesvorming, lymfeklieren

AO/ IgM EBV en leucocyten bij abnormaal verloop of vermoeden mononucleosis/immuunstoornis

Banale keelpijn: pijnstilling (paracetamol)

Verhoogde nood antibiotica

a. Risicopatiënten : acuut reumatisch lijden in de voorgeschiedenis, verminderde algemene weerstand, ernstige comorbiditeit, immunosuppressie, geriatrische patiënt of zuigeling, ongunstige sociale factoren.
b. Ernstig zieke patiënten : toxisch syndroom, keelinfectie met ernstig algemeen ziek zijn, heftige keelpijn en slikklachten, en grote beperkingen in het dagelijks functioneren.
c. Streptokokkenepidemie in gesloten gemeenschap.

Voorgestelde antibiotica

a. 1ste keuze:

Fenoxymethyl-penicilline	Kind: 50 000 IE/kg/dag in 3 à 4 gift ged 7d Volw: 3 000 000 IE/dag in 3 gift ged 7d

b. Niet-IgE gemedieerde penicilline allergie

Cefadroxil	Kind: 30 mg/kg per dag in 2 à 3 gift ged 7d Volw: 1-4 g per dag in 2 à 3 giften ged 7d

c. IgE gemedieerde penicilline allergie

Azithromycin	Kind: 10 mg/kg 1e dag, dan 5 mg/kg per dag ged 4d Volw: 500 mg per dag ged 3d

Reden tot doorverwijzing:

Onmiddellijk

a. Peritonsilair abces
b. Stridor of ademhalingsmoeilijkheden
c. Leukemie of agranulocytose
d. Ernstig zieke patiënt - verminderd bewustzijn, slechte vochtbalans bij zuigelingen, sepsis

Bij frequente recidieven: verwijzing voor tonsillectomie

a. België: ≥ 5 per jaar, 2 jaar na elkaar,
b. Nederland: ≥5 per jaar of ≥3 per jaar, 2 jaar na elkaar

Acute rhinosinusitis



A/ mate van ziek zijn, invloed op functioneren, duur klachten, voorgeschiedenis

KO/ unilateraal oedeem/roodheid, neurologisch

AO/ RX als 1e onderzoek bij volwassenen, CT/NMR bij planning chirurgie, kinderen of 2e keuze diagnose

Banale rhinosinusitis: pijnstilling (paracetamol), neusspoeling (zout water, xylo/oxymethazoline druppels), inhalatie dampen. Evt intranasale corticoïden bij langdurige klachten

Verhoogde nood antibiotica

a. Risicopatiënten : verminderde algemene weerstand, ernstige comorbiditeit, immunosuppressie, geriatrische patiënt of zuigeling, ongunstige sociale factoren.
b. Ernstig zieke patiënten : veel pijn, koorts en ernstig algemeen ziek-zijn.
c. Milde tot matig zieke patiënten zonder verbetering 7-10 dagen (kinderen 14dagen) of recidief koorts na koortsvrije dagen.

Voorgestelde antibiotica

a. 1ste keuze:

Amoxicilline	Kind: 75-100 mg/kg/d in 3à4 gift ged 5-7d Volw: 3 gram per dag in 3 giften ged 5-7d

b. Niet-IgE gemedieerde penicilline allergie

Cefuroxim axetil	Kind: 30 mg/kg per dag in 2 à 3 gift ged 7d Volw: 1-4 g per dag in 2 à 3 giften ged 7d

c. IgE gemedieerde penicilline allergie

Azithromycine	Kind: 10 mg/kg 1e dag, dan 5 mg/kg per dag ged 4d
Moxifloxacine	Volw: 400 mg per dag ged 5-7d

d. Geen verbetering na 2 dagen

Amoxicilline + amoxicilline-clavulaanzuur	Kind: 37,5-50 mg/kg amoxicilline + 37,5-50 mg/kg amoxicilline-clavulaanzuur in 3 à 4 giften Volw: 3 x [500 mg amoxicilline + 500 mg amoxicilline-clavulaanzuur]

Reden tot doorverwijzing

a. Eenzijdige roodheid en zwelling in het gelaat
b. Visuele, orbitale, meningeale of cerebrale symptomen
c. Verminderd bewustzijn
d. Slechte vochtbalans bij zuigelingen
e. IgE gemedieerde penicilline allergie bij kinderen

Acute hoest



A/ mate van ziek zijn, invloed op functioneren, duur klachten, oorzaak hoesten, voorgeschiedenis

KO/ bewustzijn, tachypneu, dyspnoe, hemoptoe, tachycardie, hypotensie

AO/ risico-inschatting dmv Rx Tx en CRP, bij ernstig ziek uitgebreider labo (hematocriet, uremie, natriëmie, glycemie, arteriële pH en pO2)

Banale hoest: pijnstilling (paracetamol), hoestsiroop (dextromethorphan, expectorans guaiafenesine)

Verhoogde nood antibiotica

a. Risicopatiënten : gedaalde algemene weerstand, ernstige comorbiditeit, immunosuppressie, geriatrische patiënt of zuigeling, ongunstige sociale factoren.
b. Diagnose van community acquired pneumonie.

Voorgestelde antibiotica

a. 1ste keuze:

Amoxicilline	Kind: 75-100 mg/kg/d in 3à4 gift ged 5-7d Volw: 3 gram per dag in 3 giften ged 8d

b. Alternatieve keuze:

Kind: hogere kans atypisch	Azithromycine 10 mg/kg eerste dag, dan 5 mg/kg per dag ged 4d
Volw met comorbiditeit	Amoxicilline-clavulaanzuur 3 x 875 mg per dag ged 8d

c. Niet-IgE gemedieerde penicilline allergie

Cefuroxim axetil	Kind: 30-50 mg/kg/dag in 3 gift ged 5-7d Volw: 1,5 g per dag in 3 giften ged 5-7d

d. IgE gemedieerde penicilline allergie

Moxifloxacine	Volw: 400 mg per dag ged 5-7d
Kind hospitaliseren voor IV therapie!	

e. Geen verbetering na 2 dagen

Amoxicilline + azithromycine	Volw: 500 mg per dag gedurende 3d Kind: 10 mg/kg eerste dag, dan 5 mg/kg per dag ged 4d

Reden tot doorverwijzing

a. Zeer ernstige lage luchtweginfectie met uitputtingsverschijnselen of gedaald bewustzijn, verhoogde ademhalingsfrequentie, versnelde pols temperatuur > 40° C of < 35°C, verlaagde O2 saturatie, verlaagde bloeddruk
b. Ernstige pseudokroep
c. Slechte vochtbalans bij zuigelingen
d. IgE gemedieerde penicilline allergie bij kinderen

Informatie rond gebruik steekkaart

Bij anamnese en klinisch onderzoek staat telkens genoteerd waar zeker opgelet moet worden om een goed onderscheid tussen banale en ernstige zaken te maken. Bij aanvullend onderzoek staat beschreven welke onderzoeken nut kunnen hebben om een goede risico-inschatting te maken. Daaronder kan je de symptomatische behandeling vinden die een wetenschappelijk bewezen effect heeft. Welke patiënten sneller een antibiotica nodig hebben, vind je ook terug net als welke antibiotica aangeraden worden. Als er meerdere gelijkwaardige antibiotica voorgesteld worden werd één keuze gemaakt, de overige zijn via de website van BAPCOC terug te vinden. Als laatste werden de patiënten opgesomd waar de richtlijnen specialistische hulp aanraden.

Richtlijnen

Deze steekkaart is gebaseerd op de Belgische, Nederlandse en Britse richtlijnen terug te vinden via volgende websites:

België: Domus medica
http://www.domusmedica.be/kwaliteit/aanbevelingen/overzicht.html

België: BAPCOC richtlijnen
http://www.bcfi.be/files/832250_BW_NL_01_84_IC.pdf

Nederland: NHG standaarden
http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden.htm

Verenigd Koninkrijk: CKS guidelines
http://www.cks.nhs.uk/home

Afkortingen

A – anamnese
KO – klinisch onderzoek
AO – aanvullend onderzoek
Rx Tx – Rx thorax
Volw – volwassene
Ged – gedurende



Achtergrondinformatie

Steekkaart gemaakt door Dr. Cleo Schelfaut in het kader van de opleiding tot huisarts.
Universiteit: Gent
Promotor: Prof. Dr. Anselme Derese
Praktijkopleider: Dr. Jorn Lully

Deze steekkaart kwam tot stand in het kader van de masterproef "Richtlijnen versus praktijk: hoe passen de huisartsen van het wachtgebied Waasland West de richtlijnen rond acute ongecompliceerde luchtweginfecties toe in de praktijk?".

Aan de hand van casussen werd gekeken of de richtlijnen 'acute keelpijn', 'acute hoest' en 'acute rhinosinusitis' gebruikt worden door de huisartsen van het wachtgebied Waasland West en de resultaten werden vergeleken met de antwoorden gegeven door de HAIO's van de seminariegroep o.l.v. Dr. Hans Wauters.

De discrepantie tussen de antwoorden van de artsen en de antwoorden uit de richtlijnen situeren zich op volgende vlakken: op welke manier patiënten moeten ingedeeld worden om snel duidelijkheid te krijgen over bepaalde subgroepen en hun specifieke behandeling, het soort antibioticum dat gebruikt dient te worden, welke symptomatische therapie een wetenschappelijke basis heeft en welke onderzoeken een nuttige aanvulling kunnen betekenen.

Er werd geprobeerd om deze zaken in deze steekkaart naar voor te laten komen.

We hopen dat we met deze steekkaart een handig en nuttig instrument gemaakt heb zodat de richtlijnen omtrent acute luchtwegaandoeningen iets toegankelijker worden voor de artsen van het wachtgebied Waasland West en dat de aanpak en outcome van de gezondheidzorg geboden door deze artsen verbetert.

Steekkaart voor de aanpak van acute luchtweginfecties



Acute rhinosinusitis
Acute keelpijn
Acute hoest

Bijlage 4. Presentatie LOK vergadering 18 april 2013

Richtlijnen versus praktijk



Hoe passen de huisartsen van het wachtgebied Waasland West de richtlijnen rond acute ongecompliceerde luchtweginfecties toe in de praktijk?

Dr. Cleo Schelfaut – 18 april 2013

Achtergrond



HAIO's		Huisartsen
Richtlijnen in opleiding		Geen richtlijnen in opleiding
Geleerd hoe te gebruiken		Nooit geleerd hoe te gebruiken
Richtlijnen worden vaak gebruikt		Richtlijnen worden weinig gebruikt

Discrepantie op vlak van manier van praktijkvoeren

Doel masterproef



Hoe kan ik de richtlijnen toegankelijker maken voor jullie artsen?

Opmerkingen uit interviews



- Knowhow rond opzoeken ontbreekt
- Slechte updates
- Inhoud té academisch en té rigide
  - AB beleid
  - Te lang afwachten
- Organisatorisch onmogelijk
  - België vs Nederland
- Overheid te grote rol
  - Regels vs adviezen
  - Economische redenen spelen mee

Potentiële voordelen richtlijnen



- Kwaliteit van zorg verbeteren
  - Eenduidig wetenschappelijk onderbouwd beleid
  - Onzekerheid omtrent beslissingen verminderen
  - Efficiënt gebruik van gezondheidsmiddelen
  - Lacunes in het licht brengen => gericht onderzoek
- Patiënt beter informeren
- Versterken positie arts door rechtvaardigen van beslissingen

Potentiële nadelen richtlijnen



- Gedaalde kwaliteit van zorg
  - Incorrecte wetenschappelijke achtergrond
  - Bias door
    - Ontwikkelaars: eigen belang prioriteit
    - Overheid: (economische) beleidsbeslissingen
- 'Kookboekgeneeskunde'
  - Te weinig rekening houden met individuele patiënt
  - Big brother door overheid

De ideale richtlijn



- Korte op evidentie berustende samenvatting van de literatuur
- Begrijpbare, duidelijke woorden
- Ruimte voor interpretatie door de arts => individuele benadering van de patiënt
- Online + papieren samenvatting
- Doel + middelen + achtergrond auteurs zichtbaar



Maar… die bestaat toch al?

Acute luchtweginfecties



Acute hoest

Acute keelpijn

Acute rhinosinusitis

Bronnen



- Opgesteld op basis van de richtlijnen acute luchtweginfecties
- Bronnen:
  - België: Domus medica en BAPCOC
  - Nederland: NHG standaarden
  - Verenigd Koninkrijk: CKS guidelines

Onderzoekspopulatie



- **21** huisartsen van het wachtgebied Waasland West
- **8** derdejaars HAIO's uit de seminariegroep van dr. Hans Wauters + **1** tweedejaars HAIO uit het wachtgebied Waasland West

'Juist' versus 'fout'



- Doel = antwoorden vergelijken met richtlijnen
- Geneeskunde is geen exacte wetenschap

Sommige antwoorden als foutief beschouwd, maar discussie mogelijk



Enkele casussen…

Acute keelpijn



Jongen van 6 jaar met hevige keelpijn sinds gisteren. Hij heeft koorts tot 39,5°C. Mama heeft reeds pijnstilling/koortswering gegeven. Ze is ongerust omdat hij vandaag weigert te eten of te drinken.

Je ziet een hangerig kindje met een rode keel en sterk gezwollen amandelen. Verder NKO onderzoek en longauscultatie zijn normaal.

Wat doe je?

Acute keelpijn



Ernstige keelontsteking:
Hoge koorts, hangerig kindje dat weigert te eten/drinken, geen andere tekenen die wijzen op een virale infectie.

Smal spectrum penicilline:
Fenoxymethylpenicilline 50 000 IE/kg/d in 3-4 giften gedurende 7 dagen. Controle bij aanhoudende klachten.

Juiste antwoorden:
- Huisartsen: 24%
- HAIO's: 33%

Verschil met richtlijnen:
- Afwachten met antibiotica
- Ander antibioticum

Acute rhinosinusitis



Een mama komt met haar dochter van 6 jaar op consultatie. Ze heeft sinds 4 dagen een loopneus en lichte hoofdpijn.
Sinds deze morgen is haar rechteroogje gezwollen en klaagt ze van pijn. Het kindje is suffer en minder actief dan anders. Haar temperatuur bedraagt 37,8°C.

Je ziet dit beeld voor je:



Wat doe je?

Acute rhinosinusitis



Verwijzing wegens peri-orbitaal oedeem met kans op orbitale cellulitis.

Juiste antwoorden:
- Huisartsen: 57%
- HAIO's: 100%

Verschil met richtlijnen:
- Niet ingeschat als urgentie

Acute rhinosinusitis



Een man van 40 jaar komt langs omdat hij al 1 week een neusverkoudheid heeft. Hij heeft dikke neusslijmen en lichte verhoging (37.3°C). Hij klaagt van vermoeidheid, tand- en hoofdpijn. Hij heeft geen hoest of keelpijn. Je kent hem als een fervente roker.

Klinisch onderzoek: matte trommelvliezen, kloppijn thv de sinussen, heldere post-nasale drip, 37.2°C.

Wat doe je?

Acute rhinosinusitis



Afwachtende houding met symptomatische behandeling:
- Paracetamol
- Neusspray
  - Fysiologisch water
  - Decongestiva: xylometazoline of oxymetazoline.

Juiste antwoorden:
- Huisartsen: 14%
- HAIO's: 22%

Verschil met richtlijnen:
- Antibiotica

Acute hoest



Je volgt een kindje van 8 jaar op dat je eergisteren gediagnosticeerd hebt met een pneumonie. Je startte op met amoxicilline.

De koorts blijft hangen rond 38.7°C, het hoesten betert niet echt en er worden af en toe slijmen opgebraakt. Het kindje zelf is ziek, maar niet suf en eet en drinkt nog goed.

Wat doe je?

Acute hoest



Aanvullend onderzoek
- Rx thorax: gegronde risico-inschatting
- Laboratoriumonderzoek: niet aanbevolen

Antibioticabeleid
- Verandering van spectrum: associatie van een neomacrolide aan amoxicilline
- Reden: bij kinderen grotere kans op atypische pneumonie.

Acute hoest



Juiste antwoorden:
- Huisartsen: 19%
- HAIO's: 11%

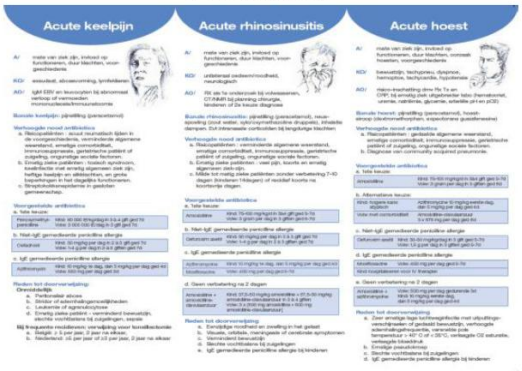
Verschil met richtlijnen:
- Aanvullend onderzoek
- Aanpassing antibioticum

Discrepantie



- Indeling patiënten:
  banaal – matig – ernstig – urgent
- Aanvullend onderzoek
- Antibioticabeleid
- Symptomatische therapie met een wetenschappelijke achtergrond

Steekkaart



Steekkaart



- 3 richtlijnen
  - Acute keelpijn
  - Acute hoest
  - Acute rhinosinusitis
- 3 verschillende landen
  - België
  - Nederland
  - Verenigd Koninkrijk

Uitleg steekkaart



- Anamnese en klinisch onderzoek
  ➡ indeling patiënten
- Aanvullend onderzoek
  ➡ risico-inschatting
- Symptomatische behandeling
- Antibioticabeleid
- Doorverwijzing

Doel steekkaart



Richtlijnen toegankelijker maken door aandacht te trekken naar delen van richtlijnen waar meest van af geweken wordt

Aanpak en outcome van de gezondheidzorg verbeteren



De rest van de casussen

Acute keelpijn



Man van 52 jaar consulteert met keelpijn sinds gisteren. Hij voelt de pijn meer links dan rechts, en voelt hier ook een zwelling zitten. Hij voelt zich koortsig en ziek. Bij klinisch onderzoek zie je dit:



Wat doe je?

Acute keelpijn



Verwijzing want mogelijkheid van een abces (verplaatsing uvula).

Acute keelpijn



Vorige week kwam een 21 jarige jongeman op consultatie met koorts en keelpijn. Je schreef rust en paracetamol voor.

Nu komt hij terug met persisterende keelpijn, matige koorts en vermoeidheid.

Tijdens het onderzoek merk je een rode keel en gezwollen halsklieren op.

Wat doe je?

Acute keelpijn



Klinisch sterk vermoeden van mononucleosis infectiosa.

Altijd bedacht blijven op leukemie!

To do

- Palpatie van de klierstations: uitsluiting andere adenopathieën.
- Bloedname: leukocyten en EBV IgM.

Acute keelpijn



Vanaf wanneer stuur je iemand door voor een tonsillectomie?

Acute keelpijn



NHG: >5x/jaar of 3x in elk van afgelopen 2 jaar

Domus medica: >5x/jaar gedurende 2 jaar na elkaar

Acute keelpijn



Een vrouw van 65 jaar consulteert met keelpijn sinds 1 week. Ze heeft lichte koorts . Er zijn geen klachten van neusloop of hoest.

Voorgeschiedenis

- Borstkanker, nog steeds chemotherapie.
- IgE gemedieerde penicilline allergie

Wat doe je?

Acute keelpijn



Risicopatiënte op ontwikkeling complicaties door huidige chemotherapie

Aanvullend onderzoek

- Domus: geen melding
- CKS: labo, contact met specialist
- NHG: labo (leukocytentelling en – differentiatie)

Altijd opstarten van een neomacrolide
vb azithromycine 500mg 1x/d gedurende 3 dagen.

Acute keelpijn



A/ mate van ziek zijn, invloed op functioneren, duur klachten, voorgeschiedenis

KO/ exsudaat, abcesvorming, lymfeklieren

AO/ IgM EBV en leukocyten bij abnormaal verloop of vermoeden mononucleosis of immuunstoornis

Banale keelpijn



Pijnstilling: paracetamol/ibuprofen

Andere middelen geen wetenschappelijk bewezen effect.

Verhoogde nood AB bij…



- Risicopatiënten:
  acuut reumatisch lijden in de voorgeschiedenis, verminderde algemene weerstand, ernstige comorbiditeit, immunosuppressie, geriatrische patiënt of zuigeling, ongunstige sociale factoren.
- Ernstig zieke patiënten:
  toxisch syndroom, keelinfectie met ernstig algemeen ziek zijn, heftige keelpijn en slikklachten, en grote beperkingen in het dagelijks functioneren.
- Streptokokkenepidemie in gesloten gemeenschap.

Voorgestelde AB



- 1e keuze: Fenoxymethylpenicilline
  Kind: 50 000 IE/kg/dag in 3 à 4 gift ged 7d
  Volw: 3 000 000 IE/dag in 3 gift ged 7d
- Niet-IgE gemedieerde penicilline allergie: Cefadroxil
  Kind: 30 mg/kg per dag in 2 à 3 gift ged 7d
  Volw: 1-4 g per dag in 2 à 3 giften ged 7d
- IgE gemedieerde penicilline allergie: Azithromycine
  Kind: 10 mg/kg 1e dag, dan 5 mg/kg per dag ged 4d
  Volw: 500 mg per dag ged 3d

Reden tot doorverwijzen



- **Onmiddellijk**
  - Peritonsilair abces
  - Stridor of ademhalingsmoeilijkheden
  - Leukemie of agranulocytose
  - Ernstig zieke patiënt: verminderd bewustzijn, slechte vochtbalans bij zuigelingen, sepsis
- **Bij frequente recidieven: verwijzing voor tonsillectomie**
  - België: ≥ 5 per jaar, 2 jaar na elkaar,
  - Nederland: ≥5 per jaar of ≥3 per jaar, 2 jaar na elkaar

Acute rhinosinusitis



Een vrouw van 33 jaar komt op controle voor haar diabetes type 1 die slecht te regelen valt wegens moeilijke therapietrouw.

Ze meldt dat ze sinds 1 week een verstopte neus heeft, een druk rond haar ogen voelt, hoofdpijn heeft die verergert als ze naar voor buigt en af en toe groenige slijmen snuit. Ze heeft geen koorts, maar voelt zich wel ziek.

Wat doe je?

Acute rhinosinusitis



Risicofactor: ongecontroleerde diabetes.

Symptomatische behandeling

Opstarten van een antibioticum

Acute rhinosinusitis



14 dagen geleden zag je een man van 52 jaar op consultatie met rhinorroe, post-nasale drip, hoofdpijn en aangezichtspijn. Je besliste toen een afwachtende houding aan te nemen.

Nu komt hij terug met blijvende gelaatspijn, lichte gekleurde neusslijmen en vermoeidheid.

Wat doe je?

Acute rhinosinusitis



De richtlijnen stellen hier 3 mogelijke aanpakken voor:

- Symptomatische behandeling verderzetten, evt proeftherapie met corticoïdenneusspray
- Antibiotica volgens schema
- CT scan en bij positief resultaat antibiotica

Acute rhinosinusitis



A/ mate van ziek zijn, invloed op functioneren, duur klachten, voorgeschiedenis

KO/ unilateraal oedeem/roodheid, neurologisch

AO/

RX als 1e onderzoek bij volwassenen

CT/NMR bij planning chirurgie, kinderen of 2e keuze diagnose

Banale rhinosinusitis



Pijnstilling (paracetamol/ibuprofen)

Neusspoeling (zout water, xylo/oxymethazoline druppels) en inhalatie dampen.

Evt intranasale corticoïden bij langdurige klachten.

Verhoogde nood AB bij…



- Risicopatiënten
  verminderde algemene weerstand, ernstige comorbiditeit, immunosuppressie, geriatrische patiënt of zuigeling, ongunstige sociale factoren
- Ernstig zieke patiënten
  veel pijn, koorts en ernstig algemeen ziek zijn
- Milde tot matig zieke patiënten zonder verbetering 7-10 dagen (kinderen 14dagen) of recidief koorts na koortsvrije dagen

Voorgestelde AB



- 1e keuze: Amoxicilline
  Kind: 75-100 mg/kg/d in 3à4 gift ged 5-7d
  Volw: 3 gram per dag in 3 giften ged 5-7d
- Niet-IgE gemedieerde penicilline allergie: Cefuroxim axetil
  Kind: 30-50 mg/kg/dag in 3 gift ged 5-7d
  Volw: 1,5 g per dag in 3 giften ged 5-7d
- IgE gemedieerde penicilline allergie:
  Kind: Azithromycine 10 mg/kg 1e dag, dan 5 mg/kg per dag ged 4d
  Volw: Moxifloxacine 400 mg per dag ged 5-7d
- Geen verbetering na 2 dagen: Amoxicilline + amoxicilline-clavulaanzuur
  Kind: 37,5-50 mg/kg amoxicilline + 37,5-50 mg/kg amoxicilline-clavulaanzuur in 3 à 4 giften
  Volw: 3 x [500 mg amoxicilline + 500 mg amoxicilline-clavulaanzuur]

Reden tot doorverwijzen



- Eenzijdige roodheid en zwelling in het gelaat
- Visuele, orbitale, meningeale of cerebrale symptomen
- Verminderd bewustzijn
- Slechte vochtbalans bij zuigelingen
- IgE gemedieerde penicilline allergie bij kinderen

Acute hoest



Je wordt bij een vrouw van 55 jaar thuis geroepen. Je vindt haar ziek in bed. Ze heeft koorts tot 40°C gehad die gedaald is tot 38.3°C met paracetamol. Ze hoest en is kortademig.

Je onderzoekt haar:
- T 38,3°C, BD 100/60, pols 130/min (na hoestbui)
- NKO toont rode keel, matte trommelvliezen en post-nasale drip.
- Longauscultatie leert je niets doordat ze het moeilijk heeft om diep in te ademen.

Voorgeschiedenis: operatie wegens borst Ca.

Wat doe je?

Acute hoest



Ziekenhuisopname volgens de criteria vermeld in de richtlijn van domus medica:

- Patiënt ouder dan 50 (Bapcoc spreekt van 65)
- Voorgeschiedenis van congestief hartfalen, ziekte thv lever, nier of cerebrovasculair, neoplastische aandoening
- Verminderde mentale status, ademhaling > 30/min, systemische bloeddruk < 90 mmHg, temperatuur < 35°C of > 40°C, pols > 125/min

Acute hoest



Als de arts beslist om de patiënte in eigen beheer te behandelen:

- Aanvullend technisch onderzoek
  - Rx thorax
  - Labo met bepaling hematocriet, uremie, natriëmie, glycemie, arteriële pH en pO_2
- Doorgedreven opvolging

Acute hoest



Een man van 36 jaar wenst een siroop omdat hij een vervelende slijmerige hoest heeft, die hem voornamelijk 's avonds en 's morgens tegensteekt.

Hij heeft geen koorts, en klinisch onderzoek wijst niets ernstigs aan.

Wat doe je?

Acute hoest



Er is weinig evidentie voor hoestsiropen.

Dextromethorfan vermindert de hoestklachten, antitussiva op basis van codeïne niet.

Expectorans guaiafenesine verdunt het sputum en vermindert de hoestfrequentie en intensiteit (longbalsem, nortussine, vickx expectorant).

Acute hoest



Een vrouw van 29 jaar komt op raadpleging omdat ze zich sinds gisteren enorm ziek voelt. Als ze hoest heeft ze pijn thv haar longen, links meer dan rechts. Ze hoest geen slijmen op, maar heeft wel het gevoel dat er vastzitten.

Ze heeft koorts tot 38.5°C. Je hoort crepitaties links onderaan.

Wat doe je?

Acute hoest



Aanvullend onderzoek:

- Meestal geen toegevoegde waarde
- Rx thorax en bepaling van CRP (risico-inschatting)

Behandeling: amoxicilline 1g 3x/d

Acute hoest



Vier dagen geleden zag je een patiënt van 38 jaar met klachten van acute hoest. Je gaf hem een hoestsiroop op basis van dextromethorphan en paracetamol.

Hij consulteert nu met lichte verhoging, een hoest die voornamelijk 's avonds opkomt en heldere slijmen.

Klinisch onderzoek: licht verhoogde temperatuur (37.3), heldere post-nasale drip, geïrriteerde keel. Zijn longen klinken zuiver.

Wat doe je?

Acute hoest



Verder afwachten

Post-nasale drip behandelen met een neusspray

- Fysiologisch water
- Decongestiva: xylometazoline of oxymetazoline

Eventueel veranderen van hoestsiroop (expectorans guaiafenesine)

Acute hoest



A/ mate van ziek zijn, invloed op functioneren, duur klachten, oorzaak hoesten, voorgeschiedenis

KO/ bewustzijn, tachypneu, dyspnoe, hemoptoe, tachycardie, hypotensie

AO/ risico-inschatting dmv Rx Tx en CRP, bij ernstig ziek uitgebreider labo (hematocriet, uremie, natriëmie, glycemie, arteriële pH en pO_2)

Banale hoest



Pijnstilling (paracetamol/ibuprofen)

Hoestsiroop
- Dextromethorphan
- Expectorans guaiafenesine

Verhoogd nood AB bij…



- Risicopatiënten
  gedaalde algemene weerstand, ernstige comorbiditeit, immunosuppressie, geriatrische patiënt of zuigeling, ongunstige sociale factoren
- Diagnose van community acquired pneumonie

Voorgestelde AB



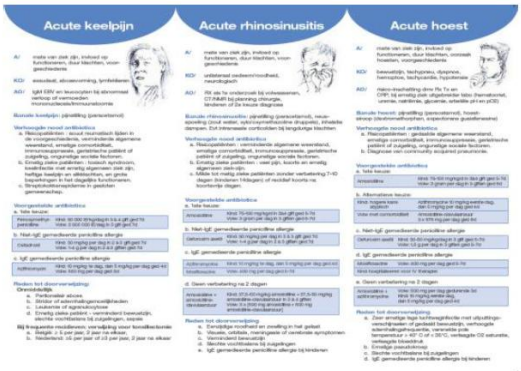
- 1ste keuze: Amoxicilline
  Kind: 75-100 mg/kg/d in 3à4 gift ged 5-7d
  Volw: 3 gram per dag in 3 giften ged 8d
- Alternatieve keuze:
  Kind: Azithromycine 10 mg/kg eerste dag, dan 5 mg/kg per dag ged 4d
  reden: hogere kans atypische bacterie
  Volw met comorbiditeit: Amoxicilline-clavulaanzuur 3 x 875 mg per dag ged 8d
- Niet-IgE gemedieerde penicilline allergie: Cefuroxim axetil
  Kind: 30-50 mg/kg/dag in 3 gift ged 5-7d
  Volw: 1,5 g per dag in 3 giften ged 5-7d
- IgE gemedieerde penicilline allergie: Moxifloxacine
  Volw: 400 mg per dag ged 5-7d
  Kind hospitaliseren voor IV therapie!
- Geen verbetering na 2 dagen: Amoxicilline + azithromycine
  Volw: 500 mg per dag gedurende 3d
  Kind: 10 mg/kg eerste dag, dan 5 mg/kg per dag ged 4d

Reden tot doorverwijzing



- Zeer ernstige lage luchtweginfectie met
  - Uitputtingsverschijnselen of gedaald bewustzijn
  - Verhoogde ademhalingsfrequentie, versnelde pols
  - Temperatuur > 40° C of < 35°C
  - Verlaagde O_2 saturatie
  - Verlaagde bloeddruk
- Ernstige pseudokroep
- Slechte vochtbalans bij zuigelingen
- IgE gemedieerde penicilline allergie bij kinderen

Steekkaart





En, wat vinden jullie?

Bijlage 5. Feedbackformulier

FEEDBACK OMTRENT DE STEEKKAART

RICHTLIJNEN VERSUS PRAKTIJK: HOE PASSEN DE HUISARTSEN VAN HET WACHTGEBIED WAASLAND WEST DE RICHTLIJNEN ROND ACUTE ONGECOMPLICEERDE LUCHTWEGINFECTIES TOE IN DE PRAKTIJK?

MASTERPROEF VAN DR. CLEO SCHELFAUT (HAIO UGENT)

ONDER LEIDING VAN PROF. DR. ANSELME DERESE

PRAKTIJKOPLEIDER DR. JORN LULLY

Ik vind de steekkaart duidelijk opgesteld

Helemaal niet akkoord			Neutraal			Helemaal akkoord
O	O	O	O	O	O	O

Ik vind de steekkaart verwarrend overkomen

Helemaal niet akkoord			Neutraal			Helemaal akkoord
O	O	O	O	O	O	O

De steekkaart geeft de richtlijnen omtrent acute luchtweginfecties goed weer

Helemaal niet akkoord			Neutraal			Helemaal akkoord
O	O	O	O	O	O	O

De steekkaart geeft de aanpak van acute luchtweginfecties goed weer

Helemaal niet akkoord			Neutraal			Helemaal akkoord
O	O	O	O	O	O	O

Ik kan me <u>niet</u> vinden in de voorgestelde behandeling

Helemaal niet akkoord			Neutraal			Helemaal akkoord
O	O	O	O	O	O	O

Ik vind de steekkaart nuttig voor de aanpak van acute luchtweginfecties

Helemaal niet akkoord			Neutraal			Helemaal akkoord
O	O	O	O	O	O	O

De steekkaart vormt een meerwaarde voor mijn consultvoering

Helemaal niet akkoord			Neutraal			Helemaal akkoord
O	O	O	O	O	O	O

De steekkaart vult een gemis op in de aanpak van acute luchtweginfecties

Helemaal niet akkoord			Neutraal			Helemaal akkoord
O	O	O	O	O	O	O

Ik vind de steekkaart overbodig voor de aanpak van acute luchtweginfecties

Helemaal niet akkoord			Neutraal			Helemaal akkoord
O	O	O	O	O	O	O

Ik ga de steekkaart gebruiken in de toekomst

Helemaal niet akkoord			Neutraal			Helemaal akkoord
O	O	O	O	O	O	O

Ik zou de steekkaart aanraden aan mijn collega's

Helemaal niet akkoord			Neutraal			Helemaal akkoord
O	O	O	O	O	O	O

Algemene opmerkingen of feedback:

Hartelijk bedankt voor jullie medewerking! Cleo