Diagnose en niet-medicamenteuze behandeling van hemorroïden

Adaptatie Duodecim richtlijn 'Haemorrhoids' naar de Belgische zorgcontext

Julie Van Acker, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Paul Van Royen, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

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

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

Inhoudstafel

Abstract

Inleiding

Methode

- Fase 1: Screeningsfase
  - Stap 1: Het definiëren van klinische vragen
  - Stap 2: Zoektocht naar relevante richtlijnen
  - Stap 3: Screening van de gevonden richtlijnen
  - Stap 4: Waardering van de geselecteerde richtlijnen
    - Stap 4.1 t.e.m. 4.5: Waardeer geselecteerde richtlijnen
  - Stap 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie
  - Stap 6: Nazicht door leescommissie
- Fase 2: Adaptatiefase
  - Stap 7: Eerste versie opmaken
- Fase 3: Implementatiefase
  - Stap 8: Peer review
  - Stap 9: Formuleren van praktijkconsensus

Resultaten

- Fase 1: Screeningsfase
  - Stap 1: Het definiëren van klinische vragen
  - Stap 2: Zoektocht naar relevante richtlijnen
  - Stap 3: Screening van de gevonden richtlijnen
  - Stap 4: Waardering van de geselecteerde richtlijnen
    - Stap 4.1: AGREE II
    - Stap 4.2 t.e.m. 4.5: Inventariseer inhoud van de aanbevelingen, waardeer de aanbevelingen op samenhang, courantheid en toepasbaarheid
  - Stap 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie
  - Stap 6: Nazicht door leescommissie
- Fase 2: Adaptatiefase

Stap 7: Eerste versie opmaken

Fase 3: Implementatiefase

Stap 8: Peer review

Stap 9: Formuleren van praktijkconsensus

Discussie

Conclusie

Referenties

Bijlagen

Abstract

Titel

Diagnose en niet-medicamenteuze behandeling van hemorroïden. Adaptatie Duodecim richtlijn naar de Belgische zorgcontext.

Auteur: Julie Van Acker, huisarts in opleiding, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Paul Van Royen, Faculteit Geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen

Context

In 2010 werd vanuit het Rijkinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) het online platform EBMPracticeNet opgericht. Belgische zorgverleners kunnen hierop makkelijk nationale en internationale richtlijnen raadplegen. De Finse Duodecim richtlijnen zijn hierop tevens terug te vinden. De opzet van de masterproef is de Duodecim richtlijn 'Haemorrhoids' te evalueren, zo nodig bij te werken en aan te passen aan de Belgische zorgcontext. Dit omdat hemorroïden een frequente aandoening is in de huisartsenpraktijk. Naar schatting heeft 30% van de volwassenen er ooit last van. Ondanks het feit dat hemorroïden vaak gezien worden als een banaal en onschuldig medisch probleem, kunnen patiënten er veel hinder van ondervinden door symptomen zoals jeuk, bloedverlies en pijn.

Onderzoeksvraag

Is de Finse Duodecim richtlijn 'Haemorrhoids' toepasbaar in de huidige Belgische zorgcontext of dient ze geadapteerd te worden? In deze masterproef werden twee klinische vragen behandeld: "Hoe stel je de diagnose van hemorroïden?" en "Wat is de niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden?".

Methode

Voor het aanpassen van de Duodecim richtlijn over hemorroïden aan de Belgische zorgcontext, werd gebruik gemaakt van de methode zoals beschreven in de handleiding 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen – Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op Ebpracticenet.be'. Op basis van twee opgestelde klinische vragen werd via een systematische literatuurzoektocht naar relevante richtlijnen gezocht in verschillende databanken. De gevonden richtlijnen werden vervolgens beoordeeld d.m.v. de AGREE procedure. De aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijnen werden vervolgens geïnventariseerd in een matrix en beoordeeld op inhoud, samenhang, courantheid en toepasbaarheid. Op basis van de informatie uit deze stappen werd bepaald of de aanbevelingen uit de oorspronkelijke Duodecim richtlijn al dan niet dienden te worden geadapteerd. Vervolgens werd een eerste versie van de geadapteerde Duodecim richtlijn opgemaakt. Deze geadapteerde richtlijn werd nadien ter beoordeling voorgelegd aan twee seminariegroepen van HAIO's, waarbij per aanbeveling gepeild werd naar helderheid en toepasbaarheid van de aanbeveling. Tot slot werd een steekkaart en samenvattende flowchart opgesteld.

Resultaten

De diagnose van hemorroïden wordt gesteld op basis van visuele inspectie, rectaal toucher en/of proctoscopie. Het niet-medicamenteuze aspect van de behandeling bestaat uit het toevoegen van

voedingsvezels, het vermijden van obstipatie door voldoende te drinken en modificatie van het stoelgangspatroon: toegeven aan de defecatiereflex, niet persen en minder tijd doorbrengen op het toilet.

Conclusie

In deze masterproef werd de Duodecim richtlijn 'Haemorrhoids' aangepast aan de Belgische zorgcontext. De geadapteerde richtlijn bevat aanbevelingen omtrent de diagnose en niet-medicamenteuze behandeling van hemorroïden, alsook verdere toelichting en onderbouwing bij deze aanbevelingen. Hoewel er geen belangrijke wijzigingen aan de oorspronkelijke Duodecim richtlijn zijn doorgevoerd, zijn er wel enkele nieuwe aanbevelingen toegevoegd en werden enkele aanbevelingen niet overgenomen als er te weinig bewijs voorhanden was.

ICPC-code

K96 (Hemorroïden)

Contact

Julie.Vanacker@student.uantwerpen.be

Inleiding

In 2010 werd vanuit het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering (RIZIV) het toenmalige EBMPracticeNet opgericht, ondertussen ebpracticenet genaamd. Dit is een online platform, geconnecteerd met het elektronisch medisch dossier, waarop Belgische zorgverleners evidence-based medicine (EBM) informatie zoals nationale en internationale richtlijnen kunnen terugvinden. Ook de Duodecim richtlijnen zijn hierop terug te vinden [1]. Duodecim is een Finse artsenvereniging en was een van de grootste buitenlandse bronnen voor ebpracticenet.

We merken dat het gebruik van richtlijnen als zorgverlener in de praktijk, en in het bijzonder als huisartsen in opleiding, een enorme meerwaarde biedt. Richtlijnen kunnen een houvast bieden om op een snelle, gerichte en efficiënte manier praktische informatie op te zoeken die kan helpen bij het medisch beleid in de dagelijkse praktijk. In het kader van onze masterproef hebben we een bestaande Duodecim richtlijn aangepast aan de Belgische zorgcontext en hopen we zo ons steentje bij te dragen aan het bieden van een kwaliteitsvolle, evidence-based patiëntenzorg. Een belangrijke kanttekening hierbij echter is dat ebpracticenet recent de samenwerking met de richtlijnenleverancier Duodecim heeft stopgezet. Dit omdat Duodecim niet meer bleek te voldoen aan de criteria die momenteel algemeen verwacht worden van een hoog kwalitatieve EBM bron. Op het ogenblik van het schrijven van deze masterproef is ebpracticenet nieuwe mogelijke samenwerkingen aan het verkennen. Intussen blijft de huidige informatie, aangepast aan de Belgische zorgcontext, beschikbaar [2].

Voor deze masterproef werkte ik samen met Catya Franssen. Wij hebben gekozen de Duodecim richtlijn ‘Haemorrhoids’ te adapteren aan de Belgische zorgcontext, omdat dit een frequente aandoening is binnen de huisartsenpraktijk. Naar schatting heeft 30% van de volwassenen er ooit last van [3]. Ondanks het feit dat hemorroïden vaak gezien worden als een banaal en onschuldig medisch probleem, kunnen patiënten er veel hinder van ondervinden door symptomen zoals jeuk, bloedverlies en pijn.

Hemorroïden, ook wel aambeien of speen genoemd, ontstaan vanuit de ‘anal cushions’, vrij vertaald de anale kussens. Deze anale kussens bestaan uit mucosa, submucosaal fibro-elastisch bindweefsel en een arterioveneus systeem (plexus haemorrhoidalis superior) en bevinden zich boven de linea dentata [4, 5]. De anale kussens dragen bij aan de anale rustdruk en voorkomen onder andere incontinentie voor flatus en vocht (soiling). Als deze anale kussens uitzakken in het anale kanaal als gevolg van destructie van het fibrineus bindweefsel, wordt de veneuze terugvloei belemmerd terwijl de arteriële instroom continueert. Dit resulteert in het zwellen van de arterioveneuze plexus tijdens en na het persen met onder andere prolaps en/of bloeden als gevolg [6]. Het uitzakken van de anale kussens kan ook ten gevolge van verhoogde druk zijn. Deze druk kan ontstaan door hard persen bij bijvoorbeeld harde stoelgang, constipatie of een bevalling [7].

In deze masterthesis zal ik de klinische vragen rond diagnose en niet-medicamenteuze behandeling van hemorroïden behandelen. De klinische vragen rond de medicamenteuze en chirurgische behandeling worden in een aparte masterthesis behandeld door mijn collega Catya Franssen.

Methode

Om de bestaande Duodecim richtlijn 'Haemorrhoids' aan te passen aan de Belgische zorgcontext hebben wij gebruik gemaakt van het voorziene handboek 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen' [1]. Dit handboek werd op zijn beurt gebaseerd op 'The ADAPTE process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0' [8]. Dit is een internationaal aanvaarde methodiek om richtlijnen te adapteren en bij te werken. We doorliepen in dit proces drie fases: de screeningsfase, de adaptatiefase en de implementatiefase.

Fase 1: Screeningsfase

In de eerste fase was het doel dat er praktische en wetenschappelijk correcte aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering toepasbaar in de Belgische zorgcontext werden opgesteld. Deze fase bestond uit vijf stappen.

Stap 1: Definiëren van de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadapteerd worden en specifiëren van de PIPOH-elementen

De huidige Duodecim richtlijn werd grondig geëvalueerd. Deze is gestructureerd in een aantal categorieën die betrekking hebben op grote thema's. Deze thema's kunnen nog verder opgesplitst worden in subthema's. Op basis hiervan stelden we vier klinische vragen op, twee voor elke HAIO, aan de hand van de PIPOH methode. PIPOH is een acroniem voor Population, Intervention, Professions, Outcomes en Health care systems.

Stap 2: Zoek naar relevante richtlijnen

Op basis van de gedefinieerde klinische vragen betreffende hemorroïden werd een zoekstrategie bepaald waarmee we op 9 maart 2021 in volgende databanken hebben gezocht: Guidelines International Network (GIN), National Guideline Clearinghouse (NGC), National Health Service (NHS) guideline finder, Trip Database, Richtlijnendatabase van de Federatie Medische Specialisten en Guideline Central. Verder zochten we ook naar evidence based publicaties over hemorroïden in relevante Belgische online bronnen, zijnde Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE), de Hoge Gezondheidsraad (HGR), Minerva, Farmaka (dit bestaat op zich niet meer, maar de informatie is nog terug te vinden via https:/www.farmaka.be/nl of via de website van het BCFI), Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI), Federale Overheidsdienst (FOD) Gezondheidszorg en Cebam Digital Library for Health. Volgende zoektermen werden hiervoor gebruikt: "hemorrhoid", "hemorrhoids", "haemorrhoids", "hemorroïd", "hemorroïden" en "aambeien'. Enkel richtlijnen met als publicatiedatum 2015 of later werden geïncludeerd.

Stap 3: Screen gevonden richtlijnen

In deze stap keken we na of de gevonden richtlijnen een antwoord gaven op de klinische vragen die geformuleerd werden. Allereerst werden richtlijnen die niet in het Nederlands, Engels of Frans beschikbaar waren geëxcludeerd. Verdere screening gebeurde aan de hand van de mini AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) methode [9]. Hierbij worden de gevonden richtlijnen snel aan de items 7, 9 en 23 van het AGREE II-instrument getoetst om te zien of ze van goede kwaliteit zijn. Deze items omvatten het gebruik van systematische methoden voor het zoeken

naar wetenschappelijk bewijsmateriaal, beschrijving van sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs en vermelding van conflicterende belangen van de leden van de richtlijnenwerkgroep.

Stap 4.1 t.e.m. 4.5: Waardeer geselecteerde richtlijnen

Allereerst hebben we het AGREE II-instrument gebruikt om de methodologische kwaliteit van de geselecteerde richtlijnen te beoordelen. Elke richtlijn werd door beide HAIO's onafhankelijk van elkaar beoordeeld. Nadien werden deze scores met elkaar vergeleken. Bij afwijkende scores kon de score via consensus door de twee auteurs worden aangepast. Op basis van deze evaluatie werden enkele richtlijnen die geselecteerd waren in stap 3 alsnog uitgesloten.

De aanbevelingen met betrekking tot de opgestelde klinische vragen uit de overgebleven richtlijnen werden opgelijst in een Excel-matrix (zie bijlage 5). Indien beschikbaar werden ook sterkte van aanbeveling ("grade of recommendation") en niveau van bewijskracht/evidentie ("level of evidence") vermeld in de matrix.

Nadien werden de verschillende aanbevelingen beoordeeld op samenhang. Hiervoor gebeurde een nazicht van de zoekstrategie en de focus van de klinische vraag. Er werd geëvalueerd of er consistentie was tussen de geselecteerde evidentie en de wijze waarop de auteurs dit hebben samengevat en geïnterpreteerd. Tenslotte werd geëvalueerd of er consistentie bestond tussen de interpretatie van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling.

Bij de volgende stap werd de aanbeveling gewaardeerd op courantheid: houdt de richtlijn rekening met alle recente literatuur? Hiervoor werd een bijkomende literatuurzoektocht uitgevoerd om te kijken of er recente(re) referenties konden worden teruggevonden. Voor deze zoektocht werd een watervalprocedure gebruikt waarbij eerst werd gezocht in de databank van Cochrane naar systematische reviews omtrent het onderwerp van de klinische vragen. Nadien werd een Medline (PubMed) search uitgevoerd. Er werd gebruik gemaakt van de MeSH-termen "hemorrhoid" en "hemorrhoids". Gebruikte filters hadden betrekking op het type artikel (inclusie van systematische reviews en Randomized Controlled Trials of RCT's), taal (inclusie van artikels in het Engels, Frans of Nederlands) en de publicatiedatum (inclusie van artikels met publicatiedatum vanaf de uiterste datum van literatuurzoektocht vermeld in de geselecteerde richtlijnen).

Als laatste stap van dit onderdeel werden de richtlijnen beoordeeld op toepasbaarheid waarbij men kijkt of de aanbeveling rekening houdt met de Belgische zorgcontext. Hierbij neemt men volgende zaken in overweging: beschikbaarheid van de vermelde interventies en eventuele organisatorische of financiële barrières bij de toepassing ervan.

Stap 5: Selectie van Duodecim aanbeveling voor verdere aanpassing

In dit stadium werd beslist de aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn te adopteren (dat wil zeggen overnemen zonder aanpassingen) dan wel te adapteren (dat wil zeggen overnemen met aanpassingen) waarbij dan meteen een voorstel tot een geadapteerde aanbeveling werd geformuleerd. Een andere mogelijkheid was om de aanbeveling niet over te nemen (noch te adopteren, noch te adapteren). Voor elk van deze mogelijke opties werd gedocumenteerd welke overwegingen (en welke richtlijnen en EBM-informatie) een rol hebben gespeeld.

Stap 6: Nazicht door leescommissie

Deze stap werd nog vermeld in de gebruikte handleiding “Adaptatie Duodecim richtlijnen” uit 2020, maar was niet meer van toepassing ten tijde van het uitwerken van deze masterproef. Feedback op het reeds geleverde werk door promotor professor dokter Paul Van Royen en begeleider van de Duodecimtrajecten professor dokter Nicolas Delvaux werd geïntegreerd in de matrix en eventuele aanpassingen werden doorgevoerd.

Fase 2: Adaptatiefase

Stap 7: Eerste versie opmaken

Om de eerste versie op te maken, werd vertrokken van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn. De aanbevelingen geformuleerd door Duodecim werden vergeleken met de in de matrix geïnventariseerde aanbevelingen van de geselecteerde richtlijnen. Wanneer deze, maar ook hun toelichting en onderbouwing overeenkwamen met de aanbeveling van Duodecim dan werd de aanbeveling behouden. Indien er echter belangrijke afwijkingen waren, werd de tekst van Duodecim herschreven. Hierbij werd de stijl die gehanteerd wordt in de Duodecim richtlijn zo veel mogelijk behouden. Aan elke aanbeveling werd een GRADE-score toegekend op basis van de kwaliteit van het bewijs (lettercode) en de sterkte van aanbeveling (cijfer). Hiervoor werd gebruik gemaakt van de GRADE-methodologie zoals beschreven op p.15-16 in het handboek “Adaptatie Duodecim Richtlijnen” [1]. Zie ook bijlage 1.

Fase 3: Implementatiefase

Stap 8: Peer review

In deze stap hebben we de geadapteerde richtlijn voorgesteld en voorgelegd aan twee seminariegroepen van HAIO’s gezien dit de doelgroep is van de richtlijn. Eerst gaven we een algemene introductie en werd er gepeild naar de huidige kennis over diagnose, behandeling en wanneer door te verwijzen bij hemorroïden aan de hand van een korte quiz bestaande uit enkele meerkeuzevragen die individueel werd ingevuld. Daarna werd de geadapteerde richtlijn voorgesteld met telkens de basis van de aanbeveling met ondersteuning van een powerpoint. Vervolgens werd aan de leden gevraagd een vragenlijst in te vullen over de helderheid en toepasbaarheid van de aanbevelingen. Deze twee items werden per aanbeveling telkens gescoord op een 7-punts Likert schaal: helemaal niet akkoord – niet akkoord – eerder niet akkoord – neutraal – eerder akkoord – akkoord – helemaal akkoord. Er werd een akkoord bereikt indien meer dan 70% van de respondenten een score gaf van 5 of meer op 7. De aanbevelingen waarbij dit niet het geval was, werden geherformuleerd op basis van de feedback en opmerkingen waarvoor per aanbeveling telkens ruimte werd gelaten. Ook wanneer bij de feedback of opmerkingen informatie werd neergeschreven die een wijziging aan de aanbeveling kon verantwoorden of die de aanbeveling kon verduidelijken, werd de aanbeveling op basis van deze informatie aangepast. Als laatste volgde een groepsdiscussie over de haalbaarheid van de aanbevelingen alsook wat de eindgebruikers vinden dat er nodig is voor implementatie. Bijvoorbeeld wat er zeker op een steekkaart moet staan. Deze groepsdiscussie werd opgenomen en later uitgetypt. Informed consent hieromtrent werd op voorhand ondertekend door de leden.

Stap 9: Formuleren van praktijkconsensus

In deze stap werd implementatiemateriaal (een steekkaart en een samenvattende flowchart omtrent de behandeling van hemorroïden) uitgewerkt op basis van de geadapteerde versie van de Duodecim richtlijn, rekening houdend met de feedback uit de groepsdiscussie tijdens de consensusprocedure. Deze flowchart werd nadien verspreid onder de deelnemers uit de seminariegroep en de collega's uit de eigen huisartsenpraktijk.

Resultaten

Fase 1: Screeningsfase

Stap 1: Definiëren van de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadapteerd worden en specifiëren van de PIPOH-elementen

Na grondige evaluatie van de huidige Duodecim richtlijn hebben we beslist dat ik rond de subthema's diagnose en niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden zou werken en mijn collega Catya Franssen rond de medicamenteuze en interventionele/chirurgische aanpak van hemorroïden. Dit leverde onderstaande PIPOH-elementen op (zie tabel 1 en 2), die als basis dienden voor volgende klinische vragen: "Hoe stel je de diagnose van hemorroïden?" en "Wat is de niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden?".

Tabel 1: PIPOH-elementen, inclusie- en exclusiecriteria bij de klinische vraag over diagnose van hemorroïden

"Hoe stel je de diagnose van hemorroïden?"		
PIPOH-elementen	**Inclusiecriteria**	**Exclusiecriteria**
Patient/Population	Personen met klachten die op hemorroïden kunnen wijzen (o.a. jeuk, bloedverlies, pijn)	Personen zonder klachten die op hemorroïden kunnen wijzen
Interventions	Visuele inspectie, evt. + proctoscopie	
Professionals	Belgische huisartsen	
Outcomes	Diagnose van hemorroïden	
Healthcare settings	Huisartsenpraktijk	

Tabel 2: PIPOH-elementen, inclusie- en exclusiecriteria bij de klinische vraag over niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden

"Wat is de niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden?"		
PIPOH-elementen	**Inclusiecriteria**	**Exclusiecriteria**
Patient/Population	Personen met hemorroïden met klachten	Personen zonder hemorroïden, personen met hemorroïden zonder klachten
Interventions	Niet-medicamenteuze aanpak (leefstijlmaatregelen, zitbaden)	
Professionals	Belgische huisartsen	

Outcomes	Gedeeltelijke of volledige resolutie van de klachten	
Healthcare settings	Huisartsenpraktijk	

Stap 2: Zoek naar relevante richtlijnen

De zoektocht naar relevante richtlijnen leverde 644 hits op. Na het verwijderen van duplicaten en een eerste ruwe selectie op basis van taal (inclusie van richtlijnen in het Nederlands, Enkels of Frans) en onderwerp van de richtlijn, werd dit aantal gereduceerd tot 8 richtlijnen en enkele Belgische EBM-bronnen. Zie bijlage 2 voor de exacte aantallen per bron alsook telkens de reden van exclusie.

Via onze promotor werd nog een interessant artikel aangebracht met aanbevelingen over de aanpak van hemorroïden in België, meer bepaald de "Belgian consensus guideline on the management of hemorrhoidal disease" van De Schepper et al. uit 2021 [10]. Gezien de toch wel interessante aanbevelingen die op basis van expertenconsensus (met in acht houden van wetenschappelijke literatuur) tot stand zijn gekomen en specifiek toegespitst zijn op de Belgische situatie, hebben we dit artikel meegenomen bij onze Belgische EBM-bronnen.

Stap 3: Screen gevonden richtlijnen

Na verdere selectie aan de hand van de in de methode beschreven screening, hielden we volgende twee richtlijnen over: NHG-standaard Rectaal bloedverlies (10) en richtlijn Proctologie [6]. Verder ook nog enkele EBM-bronnen. Vier richtlijnen werden geëxcludeerd, omdat zij geen antwoord gaven op de geformuleerde klinische vragen. Één richtlijn werd geëxcludeerd op basis van een slechte score op de mini AGREE methode (met name item 9 en 23). Zie ook bijlage 3.

Stap 4: waardeer geselecteerde richtlijnen

Stap 4.1: Evalueer richtlijnen met AGREE II

De evaluatie van de in stap 3 geselecteerde richtlijnen met het AGREE II instrument [9] leverde zowel voor de NHG-standaard Rectaal bloedverlies als voor de richtlijn Proctologie op de verschillende beoordeelde domeinen een (bijna) identieke score op. De eindbeoordeling tussen beide lezers kwam dermate overeen en was van die aard dat besloten werd om beide richtlijnen mee te nemen in de verdere uitwerking van het adaptatieproces. Voor de volledige beoordeling met bijhorende scores wordt verwezen naar bijlage 4. Voor de volledigheid vermeld ik hier ook dat wij de andere gevonden richtlijnen uit stap 2 ook onderworpen hebben aan een volledige beoordeling met het AGREE II instrument. Afgezien van één richtlijn die hier een slechte score behaalde (zie ook stap 3), waren de andere vier richtlijnen wel van een redelijke of onzekere kwaliteit, maar zoals eerder aangegeven gaven ze geen antwoord op de geformuleerde klinische vragen.

Stap 4.2 t.e.m. 4.5: Inventariseer inhoud van de aanbevelingen, waardeer de aanbevelingen op samenhang, courantheid en toepasbaarheid

In de matrix worden per richtlijn de aanbevelingen opgesomd die een antwoord bieden op de klinische vragen omtrent diagnose en niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden. Om de

aanbevelingen te waarderen op samenhang werd onderzocht of de zoekstrategie consistent was met de klinische vraag. In de richtlijn Rectaal bloedverlies [11] werd geen specifieke zoekopdracht teruggevonden naar de diagnose en niet-medicamenteuze aanpak. Ook in de richtlijn Proctologie [6] werd er geen zoekstrategie teruggevonden over de diagnose, omdat hier ook geen klinische vraagstelling over was gemaakt. Voor de niet-medicamenteuze behandeling werd enkel gezocht naar vergelijkende studies zonder behandeling. Daarna werd onderzocht of er consistentie is tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten. Hierop was het antwoord over het algemeen positief of 'niet van toepassing' wanneer er geen evidentie werd gevonden. Vervolgens keken we na of er consistentie was tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling. Ook hierop was het antwoord meestal positief of 'niet van toepassing.' Voor de waardering op courantheid werd nagekeken of alle belangrijke evidence werd geciteerd in de richtlijn. Zo niet, werd er gezocht naar recente referenties. Bij beide richtlijnen was er weinig tot geen evidentie, maar werd ook geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane of Medline. De aanbevelingen uit de richtlijn van Duodecim zelf, Rectaal bloedverlies [11] en Proctologie [6] werden allemaal toepasbaar bevonden. Het volledige resultaat van de waardering van deze aanbevelingen kan worden gevonden in bijlage 5.

Stap 5: Selectie van Duodecim aanbevelingen voor verdere aanpassing

De oorspronkelijke Duodecim aanbevelingen, het besluit ze al dan niet te adapteren en de factoren die hebben bijgedragen tot deze beslissing zullen verder bij stap 7 per aanbeveling besproken worden.

Stap 6: Nazicht door de leescommissie

Zoals reeds vermeld was deze stap niet meer van toepassing ten tijde van het uitwerken van deze masterthesis. De door Prof. Dr. Paul Van Royen en Prof. Dr. Nicolas Delvaux geleverde feedback en opmerkingen werden verwerkt en de nodige aanpassingen werden doorgevoerd.

Fase 2: Adaptatiefase

Stap 7: Eerste versie opmaken

Hieronder zullen per klinische vraag de verschillende aanbevelingen (al dan niet geadapteerd) opgesomd worden met telkens de sterkte van aanbeveling erbij vermeld in de vorm van een GRADE score (zie ook bijlage 1). Daarna volgt per aanbeveling telkens een toelichting en basis voor de aanbeveling.

Diagnose van hemorroïden

Overgenomen Duodecim aanbeveling	**Grade**
Visual inspection	Niet vermeld
Vertaling aanbeveling	
Inspectie	**1C**

Toelichting:
Anamnese kan al een richting geven over de mogelijke diagnose, maar inspectie bij klinisch onderzoek is onontbeerlijk. Hierbij observeer je voor andere mogelijke oorzaken van de klachten zoals externe skin tags, anale fissuren en tumoren. Dit zowel in rust als bij persen. Het is belangrijk om te vermelden dat (inwendige) hemorroïden niet altijd zichtbaar zijn.

Basis voor de aanbeveling:

Deze aanbeveling werd overgenomen zonder ze te adapteren. Deze beslissing werd gebaseerd op de informatie uit de NHG Richtlijn Rectaal bloedverlies [11], de richtlijn Proctologie [6] en de Belgian consensus guideline [10]. In de richtlijn Rectaal bloedverlies wordt vermeld dat de werkgroep geen onderzoek had gevonden naar de diagnostische waarde van het verrichten van lichamelijk onderzoek bij patiënten met rectaal bloedverlies.

Overgenomen Duodecim aanbeveling	Grade
Digital rectal examination	Niet vermeld
Vertaling aanbeveling	
Doe een rectaal toucher	1C

Toelichting:
Ook hier geldt dat anamnese al een richting kan geven over de mogelijke diagnose, maar dat klinisch onderzoek onontbeerlijk blijft. Let tijdens het rectaal toucher op de rusttonus, kracht van contractie en aanwezigheid van tumoren. Rectaal toucher wordt voornamelijk aanbevolen om andere oorzaken van bijvoorbeeld rectaal bloedverlies (deels) uit te sluiten. Diagnostisch heeft dit meestal weinig meerwaarde aangezien inwendige hemorroïden gewoon worden platgeduwd bij rectaal toucher.

Basis voor de aanbeveling:

Deze aanbeveling werd overgenomen zonder ze te adapteren. Ze werd wel in actieve vorm geformuleerd om aan te duiden dat het om een sterke aanbeveling gaat. Deze beslissing werd gebaseerd op de informatie uit de NHG Richtlijn Rectaal bloedverlies [11], de richtlijn Proctologie [6] en de Belgian consensus guideline [10]. In de richtlijn Rectaal bloedverlies wordt vermeld dat de werkgroep geen onderzoek had gevonden naar de diagnostische waarde van het verrichten van lichamelijk onderzoek bij patiënten met rectaal bloedverlies.

Overgenomen Duodecim aanbeveling	Grade
Proctoscopy	Niet vermeld
Vertaling aanbeveling	
Overweeg proctoscopie, indien beschikbaar	2C

Toelichting:
Proctoscopie kan worden uitgevoerd zonder darmvoorbereiding. De graad van de hemorroïden kan worden bepaald door de patiënt te vragen te persen wanneer de proctoscoop in situ is. Tijdens het persen dient men de proctoscoop terug te trekken, hierbij kunnen hemorroïden prolaberen in de proctoscoop. Belangrijke kanttekening hierbij is dat niet iedere huisarts een proctoscoop in de praktijk heeft of ervaring heeft met het gebruik hiervan. Dit kan echter wel een grote meerwaarde bieden bij de diagnostiek van (inwendige) hemorroïden.

Basis voor de aanbeveling:

Deze aanbeveling werd overgenomen zonder ze te adapteren. Ze werd wel in actieve vorm geformuleerd om aan te geven dat het om een zwakke aanbeveling gaat. Deze beslissing werd gebaseerd op de informatie uit de NHG Richtlijn Rectaal bloedverlies [11], de richtlijn Proctologie [6] en de Belgian consensus guideline [10]. Tijdens de consensusprocedure kwam naar voor dat niet iedere huisarts een proctoscoop in de praktijk heeft, vandaar ook de toevoeging ‘indien beschikbaar.’

Niet-medicamenteuze behandeling van hemorroïden

Overgenomen Duodecim aanbeveling	Grade
Dietary fibre (symptomatic grade I-III)	Niet vermeld
Vertaling aanbeveling	
Voedingsvezels (symptomatische graad I-III)	1C

Toelichting:

Vezelrijke voeding is een onderdeel van een gezond voedingspatroon [12]. Dit wordt aanbevolen om harde stoelgang en constipatie te vermijden om zo het fibrineus bindweefsel van de anale kussens niet te schaden. Ook kan harde stoelgang of constipatie lijden tot persen waardoor de druk verhoogt en de anale kussens kunnen uitzakken. Voorbeelden van vezelrijke voeding zijn volkoren graanproducten, peulvruchten, noten, aardappelen, groenten en fruit [13]. Het is echter ook belangrijk voldoende vochtinname te hebben zodat de vezels hun werk kunnen doen [14] (zie aanbeveling hieronder).

Basis voor de aanbeveling:

Deze aanbeveling werd overgenomen zonder ze te adapteren. Deze beslissing werd gebaseerd op de informatie uit de NHG Richtlijn Rectaal bloedverlies [11], de richtlijn Proctologie [6], de Belgian consensus guideline [10] en BCFI [15].

Toegevoegde aanbeveling (niet in Duodecim)	Grade
Vermijd obstipatie: voldoende drinken	1C

Toelichting:
Voldoende drinken is een onderdeel van een gezond voedingspatroon [16]. Dit wordt aanbevolen om harde stoelgang en constipatie te vermijden om de bij de bovenstaande aanbeveling vermelde redenen. De algemene regel hierbij is 1,5 liter per dag, bij voorkeur kraanwater. Dit kan echter in de praktijk nog individueel verschillen. Belangrijk is vooral de kleur van de urine. Lichtgeel betekent voldoende, donkergeel betekent dat je meer moet drinken.

Basis voor de aanbeveling:

Deze aanbeveling stond niet in de Duodecim richtlijn en werd toegevoegd. Ze werd gebaseerd op informatie uit de NHG Richtlijn Rectaal bloedverlies [11], de Belgian consensus guideline [10] en BCFI [15]. In de Belgian consensus guideline wordt vermeld dat er geen wetenschappelijk bewijs is om dit algemeen advies te verdedigen. Het is volledig gebaseerd op expert opinion.

Toevoegde aanbeveling (niet in Duodecim)	Grade
Modificatie stoelgangspatroon: toegeven aan defecatiereflex	1C

Toelichting:
Modificatie van het stoelgangspatroon door toe te geven aan de defecatiereflex wordt aanbevolen. Dit om obstipatie te vermijden om de reeds hierboven aangehaalde redenen.

Basis voor de aanbeveling:

Deze aanbeveling stond niet in de Duodecim richtlijn en werd toegevoegd. Ze werd gebaseerd op informatie uit de NHG Richtlijn Rectaal bloedverlies [11] en de Belgian consensus guideline [10].

Toegevoegde aanbeveling (niet in Duodecim)	Grade
Modificatie stoelgangspatroon: niet persen, minder tijd doorbrengen op het toilet	1C

Toelichting:
Modificatie van het stoelgangspatroon wordt aanbevolen door niet te persen en minder tijd door te brengen op het toilet. Op die manier wordt er minder druk opgebouwd wat prolaps van de anale kussens kan voorkomen.

Basis voor de aanbeveling:

Deze aanbeveling stond niet in de Duodecim richtlijn en werd toegevoegd. Ze werd gebaseerd op informatie uit de NHG Richtlijn Rectaal bloedverlies [11] en de Belgian consensus guideline [10].

Niet meegenomen aanbevelingen

In verband met de diagnose werd er één aanbeveling van Duodecim niet meegenomen, voor de niet-medicamenteuze behandeling werden er twee aanbevelingen niet meegenomen. Deze kan je hieronder terugvinden met toelichting.

Niet overgenomen Duodecim aanbeveling	Grade
Sigmoidoscopy/endoscopy	Niet vermeld

Reden van exclusie:

Deze aanbeveling kwam terug in de richtlijn Proctologie [6] en de Belgian consensus guideline [10], maar kwam niet volledig overeen. De Duodecim richtlijn raadt aan om standaard bij rectaal bloedverlies minstens een sigmoïdoscopie te doen. Na de leeftijd van 50 wordt aangeraden bij patiënten zelfs een coloscopie te doen om carcinomen en adenomen uit te sluiten. In de richtlijn proctologie raden ze pas een coloscopie aan bij persisterend rectaal bloedverlies na behandeling voor vermeende hemorroïden en dus niet als onderdeel van de diagnosestelling voor hemorroïden. Ook in de Belgische richtlijn maakt dit geen deel uit van het standaard diagnostisch onderzoek. Enkel bij bepaalde risicofactoren om andere zaken te kunnen uitsluiten. Verder is dit niet een onderzoek dat bij de huisarts gebeurt. Deze richtlijn richt zich op huisartsen en werd dus niet weerhouden.

Niet overgenomen Duodecim aanbeveling	Grade
Personal hygiene is most important	Niet vermeld

Reden van exclusie:

In de Duodecim richtlijn staat geen verdere toelichting omtrent 'persoonlijke hygiëne'. In de NHG richtlijn Rectaal bloedverlies [11] wordt vermeld dat er onvoldoende bewijs is om lokale hygiëne aan te raden. Vandaar werd deze richtlijn niet weerhouden.

Niet overgenomen Duodecim aanbeveling	Grade
Sitz baths (symptomatic grade III)	Niet vermeld

Reden van exclusie:

De aanbeveling in de Duodecim richtlijn komt niet terug in de NHG richtlijn Rectaal bloedverlies [11] of in de richtlijn Proctologie [6]. Ook niet in andere EBM literatuur [10, 15]. Deze lijkt mij dan ook niet wetenschappelijk genoeg onderbouwd te zijn en werd niet weerhouden.

Fase 3: Implementatiefase

Stap 8: Peer review

De peer review werd in januari 2023 uitgevoerd in twee seminariegroepen, bestaande uit 12 leden (11 HAIO's en 1 stagecoördinator) regio Waasland en 10 leden (9 HAIO's en 1 stagecoördinator) regio Kempen. De resultaten hiervan betreffende helderheid en toepasbaarheid van de aanbevelingen, alsook extra feedback en opmerkingen zijn terug te vinden in bijlage 6.

Tijdens de consensusprocedure werd voor bijna alle geadapteerde aanbevelingen een consensus bereikt. Op basis van de bekomen feedback werd hier en daar nog extra informatie toegevoegd bij de toelichting van de aanbevelingen. Zoals wat nu juist vezelrijke voeding is en hoeveel vochtinname wordt aanbevolen. Voor de aanbeveling over de diagnose aan de hand van proctoscopie werd geen consensus bereikt. De aanbeveling was helder, maar werd niet door 70% of meer van de respondenten toepasbaar geacht.

Stap 9: Praktijk consensus

In deze stap werd implementatiemateriaal (zie hieronder) uitgewerkt op basis van de geadapteerde versie van de Duodecim richtlijn, rekening houdend met de feedback uit de groepsdiscussie tijdens de consensusprocedure. Deze steekkaart en flowchart werd dan verspreid onder de deelnemers uit de seminariegroep en de collega's uit de eigen huisartenpraktijken (praktijk van 4 vaste artsen en 1 HAIO in Rijkevorsel en praktijk van 7 vaste artsen en 2 HAIO's waaronder ikzelf in Beveren-Waas).

Figuur 1: Steekkaart

Gradaties van hemorroïden

- Graad I: geen prolaps bij persen, enkel zichtbaar bij proctoscopie
- Graad II: prolaps bij persen, spontaan retractie
- Graad III: prolaps bij persen (soms spontaan), digitaal reponeren noodzakelijk
- Graad IV: prolaps, niet reponibel, bij acuut ontstaan tevens strangulatie

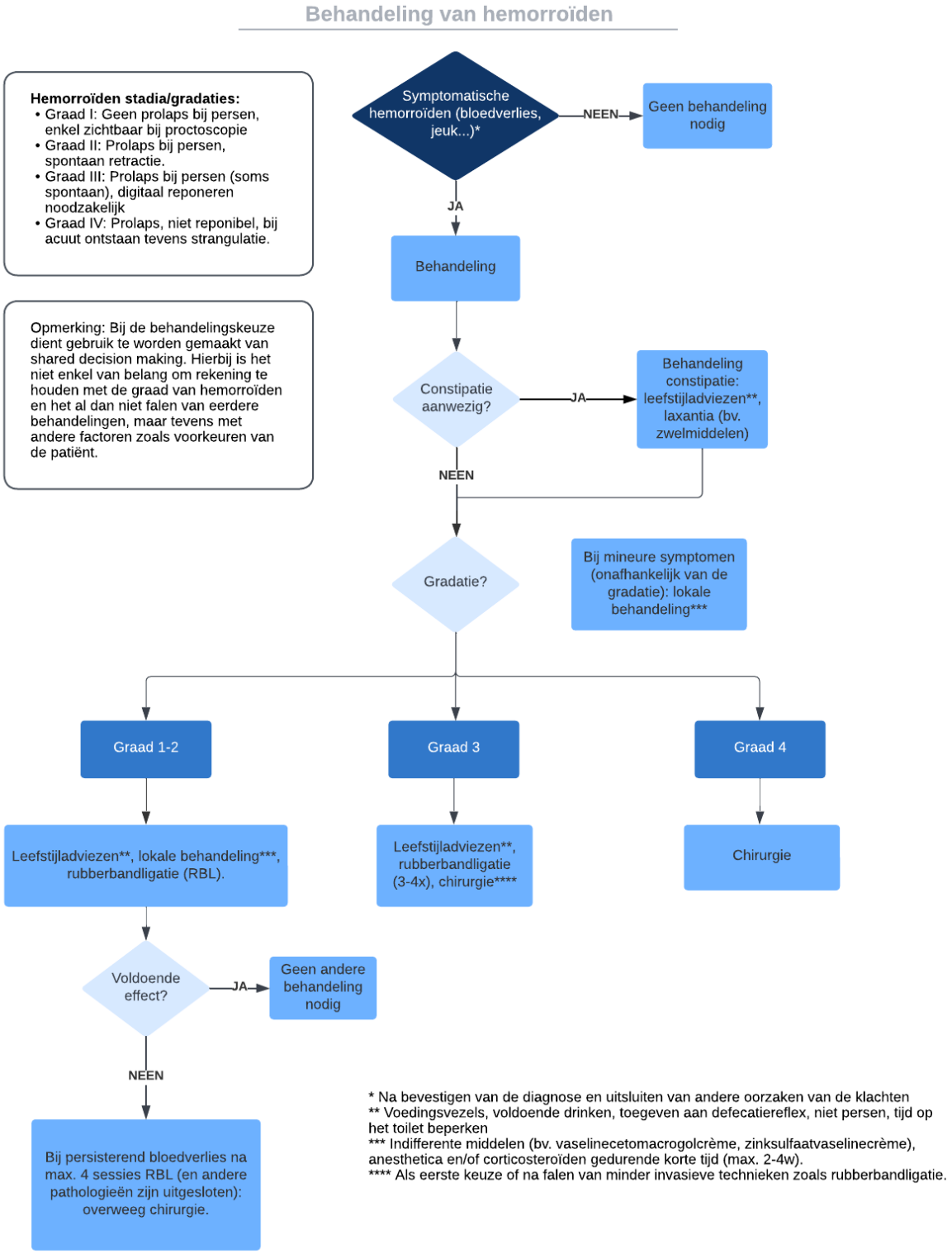
Diagnose van hemorroïden

- **Inspectie (GRADE 1C)**
    - Observeer voor andere mogelijke oorzaken van de klachten zoals externe skin tags, anale fissuren en tumoren
    - Inspecteer zowel in rust als bij persen
- **Doe een rectaal toucher (GRADE 1C)**
    - Let op de rusttonus, kracht van contractie en aanwezigheid van tumoren
- **Overweeg proctoscopie, indien beschikbaar (GRADE 2C)**
    - Vraag de patiënt te persen wanneer de proctoscoop in situ is, tijdens het persen de proctoscoop terugtrekken → hemorroïden kunnen prolaberen in de proctoscoop

Niet-medicamenteuze behandeling van hemorroïden

- **Voedingsvezels (symptomatisch graad I-III) (GRADE 1C)**
    - Vezelrijke voeding: volkoren graanproducten, peulvruchten, noten, aardappelen, groenten en fruit
- **Vermijd obstipatie: drink voldoende (GRADE 1C)**
    - Algemene regel: minstens 1,5 liter per dag
    - Cave let op de kleur van je urine: lichtgeel = voldoende. Donkergeel = meer drinken!
    - Voorkeur: kraanwater
- **Modificatie stoelgangspatroon: toegeven aan defecatiereflex (GRADE 1C)**
- **Modificatie stoelgangspatroon: niet persen, minder tijd doorbrengen op het toilet (GRADE 1C)**

Figuur 2: Flowchart behandeling van hemorroïden



Discussie

In deze masterproef werd getracht de bestaande Duodecim richtlijn 'Haemorrhoids' aan te passen aan de Belgische zorgcontext. Deze adaptatieprocedure gebeurde aan de hand van een aangereikt stappenplan zoals eerder reeds beschreven, bestaande uit een screeningsfase, adaptatiefase en implementatiefase. Bij dit proces dienen de volgende bedenkingen te worden gemaakt:

In de screeningsfase werd gebruik gemaakt van het AGREE II-instrument. Dit is een algemeen medisch hulpmiddel voor richtlijnmakers en -gebruikers om de methodologische kwaliteiten van klinische richtlijnen te beoordelen [9]. Hierbij dient de kanttekening te worden gemaakt dat zowel mijn collega Catya Franssen als ikzelf weinig tot geen voorgaande ervaring hadden met dit instrument bij het uitvoeren van de beoordeling en selectie van de gevonden richtlijnen. Echter, meestal is niet veel ervaring vereist om dit instrument te gebruiken, alsook lagen onze beider beoordelingen niet erg ver uit elkaar wat erop wijst dat dit wellicht wel redelijk goed werd toegepast.

Verder merkte ik op dat de gevonden aanbevelingen voornamelijk gebaseerd zijn op expert opinion. Goede diagnostische studies voor klinisch onderzoek in de eerstelijnszorg ontbreken. Dit betekent een item voor de research agenda. Er is nood aan onderbouwde studies, welke een hoog niveau van bewijskracht kunnen aanbieden waardoor er sterke aanbevelingen met een hoge GRADE score geformuleerd kunnen worden.

In de adaptatiefase wordt de GRADE-methodologie toegepast om aan elke aanbeveling een score toe te kennen om het niveau van bewijskracht en de sterkte van de aanbeveling aan te geven. Dit was de eerste keer dat ik zelf deze methodologie toepaste om een aanbeveling te beoordelen. Dit heeft dan ook mogelijks een effect gehad op de uiteindelijke toekenning van de GRADE-score als men dit zou vergelijken met beoordeling door een meer ervaren evaluator.

Zoals in de screeningsfase reeds was opgevallen, zijn bijna alle aanbevelingen gebaseerd op expert opinion waar weinig wetenschappelijk onderzoek naar is uitgevoerd. Dit maakt dan ook dat alle al dan niet geadapteerde aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn een GRADE-score C kregen toegekend. Het zijn echter wel allemaal – afgezien van de aanbeveling voor proctoscopie – sterke aanbevelingen, omdat we als arts erg zeker zijn dat de voordelen opwegen ten opzichte van de nadelen of er weinig nadelen zijn.

In de implementatiefase werden de geadapteerde aanbevelingen voorgesteld en beoordeeld op helderheid en toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext door twee seminariegroepen bestaande uit in totaal 20 huisartsen in opleiding en 2 stagecoördinatoren/huisartsen. Deze steekproef kan niet als volledig representatief worden beschouwd voor de algemene huisartsenpopulatie. Verder was er geen specialist uit het vakgebeid (bv. gastro-enteroloog, proctoloog, chirurg) betrokken bij het opstellen van de aanbevelingen of aanwezig bij de implementatiefase. Echter hebben we in deze masterproef de aanbevelingen uit de 'Belgian consensus guideline on the management of hemorrhoidal disease' van De Schepper et al. [10] mee in rekening genomen in de adaptatieprocedure. Wij geloven dat deze aanbevelingen een adequate representatie vormen van de specialistische opinie omtrent de diagnose en aanpak van hemorroïden in de Belgische zorgcontext.

Voorts werd het patiëntperspectief niet bevraagd. In de richtlijn Proctologie [6], die werd gebruikt in de adaptatieprocedure, werd wel aandacht besteed aan het patiëntperspectief door middel van het

uitzetten van een enquête voor patiënten en werd in de geïncludeerde studies gezocht naar uitkomsten wat betreft patiënttevredenheid. Indien beschikbaar, werd dit gerapporteerd.

Omtrent de aanbeveling, proctoscopie te verrichten om de diagnose van hemorroïden te stellen, werd geen consensus bereikt tijdens de consensusprocedure. De aanbeveling was helder, maar werd niet toepasbaar geacht in de huisartsenpraktijk om verschillende redenen zoals het niet beschikbaar zijn van een proctoscoop in de praktijk en/of onvoldoende opleiding hieromtrent te hebben gehad. De aanbeveling werd echter wel behouden, omdat het hier ging om een beperkte groep van huisartsen (in opleiding) die mogelijks niet representatief waren. Ze werd wel in een actieve vorm geformuleerd waardoor er beter kon aangegeven worden dat het om een zwakke aanbeveling gaat.

In de feedback en opmerkingen in de consensusprocedure kwamen enkele keren de vragen naar voren welke voeding vezelrijk is en hoeveel voldoende vochtinname nu eigenlijk is. Dit werd niet vermeld in de richtlijnen waarop deze adaptatie gebaseerd is, maar er zijn wel aanbevelingen vanuit het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw hieromtrent. Deze werden toegevoegd bij de toelichting bij de desbetreffende aanbevelingen.

Tot slot werd de geadapteerde richtlijn met het implementatiemateriaal slechts onder een beperkt aantal artsen verdeeld en dus nog niet wijdverspreid waardoor het moeilijk is uitspraken te doen over het gebruik hiervan in de praktijk.

Conclusie

In deze masterproef werd de Duodecim richtlijn 'Haemorrhoids' aangepast aan de Belgische zorgcontext. Hierbij werd gebruik gemaakt van de adaptatieprocedure zoals beschreven in de handleiding 'Adapatie Duodecim Richtlijnen – Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op Ebpracticenet.be' [1]. Deze masterproef handelt over de diagnose en niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden. Voor de aanbevelingen omtrent medicamenteuze en interventionele/chirurgische aanpak van hemorroïden verwijs ik graag naar de masterproef van mijn collega en mede-HAIO Catya Franssen. Hoewel er geen belangrijke wijzigingen aan de oorspronkelijke Duodecim richtlijn zijn doorgevoerd, zijn er wel enkele nieuwe aanbevelingen toegevoegd en enkele aanbevelingen niet overgenomen als er te weinig bewijs voorhanden was. Wat opvalt is dat alle aanbevelingen een laag niveau van bewijskracht hebben. Dit komt doordat er weinig onderzoek is gebeurd naar de diagnostische waarde van lichamelijk onderzoek en de niet-medicamenteuze behandeling van hemorroïden. Deze aanbevelingen zijn volledig gebaseerd op expert opinion. Ze worden echter allemaal – afgezien van de aanbeveling voor proctoscopie – wel sterk aanbevolen, omdat we als arts erg zeker zijn dat de voordelen opwegen ten opzichte van de nadelen of er weinig nadelen zijn.

Zie volgend een samenvatting van de uiteindelijke aanbevelingen:

Diagnose van hemorroïden:

- **Inspectie (GRADE 1C)**
- **Doe een rectaal toucher (GRADE 1C)**
- **Overweeg proctoscopie, indien beschikbaar(GRADE 2C)**

Niet-medicamenteuze behandeling van hemorroïden:

- **Voedingsvezels (symptomatisch graad I-III) (GRADE 1C)**
- **Vermijd obstipatie: drink voldoende (GRADE 1C)**
- **Modificatie stoelgangspatroon: toegeven aan defecatiereflex (GRADE 1C)**
- **Modificatie stoelgangspatroon: niet persen, minder tijd doorbrengen op het toilet (GRADE 1C)**

Referenties

1. Delvaux, N., et al., *Adaptatie Duodecim Richtlijnen - Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op Epracticenet.be.* 2020.
2. EBMPracticenet vzw. *Ebpracticenet verkent nieuwe samenwerkingen*. 2022; Available from: https://ebpnet.be/nl/nieuws/ebpracticenet-verkent-nieuwe-samenwerkingen.
3. Acheson, A.G. and J.H. Scholefield, *Management of haemorrhoids.* Bmj, 2008. **336**(7640): p. 380-3.
4. Willams, N.S. and M.R.B. Keighley, *Surgery of The Anus, Rectum and Colon*. 1999.
5. Givel, J.-C., N.J. Mortensen, and B. Roche, *Anorectal and Colonic Diseases. A Practical Guide to their Management.* Vol. 3rd Edition. 2010.
6. Federatie Medische Specialisten. *Proctologie*. 2015; Available from: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/proctologie/proctologie_-_korte_beschrijving.html.
7. Gezondheid en Wetenschap. *Aambeien*. 2019; Available from: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/aambeien.
8. The ADAPTE Collaboration. *The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0*. 2009; Available from: http://www.g-i-n.net.
9. AGREE Next Steps Consortium. *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II Instrument*. 2009; Available from: www.agreetrust.org.
10. De Schepper, H., et al., *Belgian consensus guideline on the management of hemorrhoidal disease.* Acta Gastroenterol Belg, 2021. **84**(1): p. 101-120.
11. Bouma, M., et al. *NHG-Standaard Rectaal bloedverlies*. 2017; Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/rectaal-bloedverlies#volledige-tekst.
12. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. *Voedingsdriehoek*. 2017; Available from: https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek.
13. Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ik wil veel vezels eten*. Available from: https://www.thuisarts.nl/verstopping/ik-wil-veel-vezels-eten.
14. Maag Lever Darm Stichting. *Vezelrijke voeding*. Available from: https://www.mlds.nl/gezonde-buik/vezelrijke-voeding/.
15. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. *Middelen bij hemorroïden*. 2022; Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/4?matches=Hemorro%C3%AFden%7Chemorro%C3%AFden&frag=3467.
16. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. *Dranken*. 2017; Available from: https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek/dranken.

Bijlagen

Bijlage 1: GRADE-methodologie zoals beschreven in de handleiding 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen' (p. 15-16) [1]

Een goede aanbeveling is kort, duidelijk en helder. Een aanbeveling krijgt tevens een GRADE. Om voor elke aanbeveling een GRADE te bepalen, past met de GRADE-methodologie toe [7,8,9]. Deze methodologie laat toe om op een overzichtelijke wijze de kwaliteit van het onderliggende bewijs te beoordelen en te beschrijven en de sterkte van de aanbeveling te bepalen en te beschrijven.

Het toepassen van GRADE is niet gemakkelijk. Uitgebreide instructies hierover zijn voorzien in een van de begeleidingsmomenten (eind jaar 2 en begin jaar 3).

Hieronder wordt een verkorte, pragmatische vorm de GRADE-methodologie weergegeven [10]. GRADE bestaat uit twee stappen:

- een beoordeling van de kwaliteit van het bewijs,
- een beoordeling van de sterkte van de aanbeveling.

De bewijskracht wordt vertaald naar een lettercode, de graad van aanbeveling in een cijfer.

STAP 1: KWALITEIT VAN HET BEWIJS (≈ NIVEAUS VAN BEWIJSKRACHT, EVIDENCE LEVEL)

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

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

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

STAP 2: STERKTE VAN DE AANBEVELING (≈ STRENGTH OF RECOMMENDATION)

Sterke aanbeveling ("1")

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

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

Zwakke of conditionele aanbeveling ("2")

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

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

GRADE (Samenvattende tabel)

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

Het is belangrijk om de juiste verwoording te gebruiken bij de juiste graad van aanbeveling. Indien een aanbeveling stoelt op sterk bewijs en sterk aanbevolen wordt, dan wordt een imperatieve taalgebruik gehanteerd. Men "verricht" een bepaald onderzoek, men "behandelt" een bepaalde aandoening. Indien de kans groot is dat een aanbeveling in de toekomst zou kunnen veranderen op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten (nieuwe evidence), dan formuleert men de aanbeveling eerder voorwaardelijk. Men "overweegt" bijvoorbeeld een bepaald onderzoek.

Bijlage 2: Resultaten Duodecim matrix stap 2 (Zoek naar relevante richtlijnen)

Stap 2: Zoek naar relevante richtlijnen en Belgische EBM publicaties

Geconsulteerde databank	Zoektermen	Aantal hits	Commentaar	Datum
G-I-N	hemorrhoids	0		9-mrt.-21
	haemorrhoids	1 (0)	Duitse richtlijn (uit 2019)	
Guideline.gov	hemorrhoids	267 (0)	Geen richtlijnen over hemorroïden	9-mrt.-21
Evidence.nhs.uk	hemorrhoids	124 (6)	Filter bij search: "Guidance and Policy" (exclusie secundary evidence) => 124 hits; 16 hits met richtlijnen over hemorroïden, 6 meegenomen naar stap 3 (rest: exclusie wegens niet beschikbaar, onderwerp niet (uitsluitend) over hemorroïden)	11-mrt.-21
Trip Database	hemorrhoids	113 (3)	Filter bij search: "Guidelines"	9-mrt.-21
KCE	hemorroïden	0		9-mrt.-21
	aambeien	0		
richtlijnendatabase.nl	hemorroïden	4 (1)	Richtlijn proctologie uit 2015, bij de rest hemorroïden niet als onderwerp	9-mrt.-21
	aambeien	1 (0)	Zelfde richtlijn als bij zoekterm hemorroïden, namelijk de richtlijn proctologie uit 2015	
www.guidelinecentral.com	hemorrhoids	96 (0)	Slechts 2 richtlijnen, hemorroïden niet als onderwerp	9-mrt.-21
HGR-CSS	hemorroïden	0		9-mrt.-21
	aambeien	0		
Minerva	hemorroïden	0		9-mrt.-21
	aambeien	0		
Farmaka	hemorroïden	1 (0)	Gaat over obstipatie, niet over hemorroïden	9-mrt.-21
	aambeien	0		
Riziv	hemorroïden	1 (0)	Bij klikken op link van zoekopbrengst: verschillende adviezen, 2 met hemorroïden als trefwoord, echter niet relevant	9-mrt.-21
Bcfi	hemorroïd	3 (2)	Folia: 2 over hemorroïden	9-mrt.-21
		2 (2)	Goed om te weten: 2 over hemorroïden, zelfde als bij folia	
		2 (2)	Repertorium: behandelingsopties	
FOD Volksgezondheid	aambeien	1 (0)	Filter bij search "gezondheid", gaat over ICD-9 codering	9-mrt.-21
	hemorroïden	13(0)	Statistieken, niet over hemorroïden	
Cebam Digital Library for Health (www.cdlh.be)	hemorrhoid	15 (1)	9 NHG standaarden, 5 BCFI folia's, 1 kritische artikelbespreking uit het Formularium Ouderenzorg. 2x zelfde richtlijn (NHG-Standaard Rectaal bloedverlies), rest van de zoekresultaten niet relevant (geen hemorroïden als onderwerp) en/of reeds teruggevonden via andere bronnen (BCFI en Formularium ouderenzorg)	9-mrt.-21

Bijlage 3: Resultaten Duodecim matrix stap 3 (Screen gevonden richtlijnen)

Stap 3: Screen gevonden richtlijnen (max. 7)									
							Evaluatie		
	Richtlijntitel/titel Belgische EBM-informatie	Organisatie	Land	Publicatie-jaar	Url of link document	Periode waarin naar literatuur werd gezocht	Bron geselecteerd	Bron uitgesloten	Reden voor exclusie
Totaal:							0	0	
	The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids	Clinical Practice Guidelines	Verenigde Staten	2018	https://fascrs.org/ascrs/media/files/downloads	1996 - eerste week van april 2017	0	x	Matige score op AGREE, slechte score op mini AGREE (item 9 en 23)
	Proctologie	Federatie	Nederland	2015	https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/proctolo		x	0	
	Rectaal bloedverlies	NHG-werkgroep	Nederland	2017	https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/rectaa	mei 2014 - november	x	0	
	Radiofrequency treatment for haemorrhoids	NICE	UK	2017	https://www.nice.org.uk/guidance/ipg589	... - 25 april 2017*	0	x	Geen specifiek antwoord op onze klinische vragen
	Electrotherapy for the treatment of haemorrhoids	NICE	UK	2015	https://www.nice.org.uk/guidance/ipg525	... - 24 februari 2015**	0	x	Geen specifiek antwoord op onze klinische vragen
	Superior rectal artery embolisation for haemorrhoids	NICE	UK	2018	https://www.nice.org.uk/guidance/ipg627	... - 26 april 2018***	0	x	Geen specifiek antwoord op onze klinische vragen
	Stapled haemorrhoidopexy for the treatment of haemorrhoids	NICE	UK	2007	https://www.nice.org.uk/guidance/ta128		0	x	Geen specifiek antwoord op onze klinische vragen
	Haemorrhoidal artery ligation	NICE	UK	2010	https://www.nice.org.uk/guidance/ipg342	... - 11 januari 2010°	0	x	Geen specifiek antwoord op onze klinische vragen
	BCFI	BCFI	België				x	0	
	- Folia			2018 en 2020	https://www.bcfi.be/nl/articles/2948?folia=29		x	0	
	- Goed om te weten			2018 en 2020	https://www.bcfi.be/nl/gows/2941?matches=		x	0	
	- Repertorium				https://www.bcfi.be/nl/chapters/4?frag=3467		x	0	
	Belgian consensus guideline on the management of hemorrhoidal disease	De Schepper et. al	België	2021	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33639701/	... - juni 2020	x	0	

* "The following databases were searched, covering the period from their start to 25 April 2017: MEDLINE, PREMEDLINE, EMBASE, Cochrane Library and other databases"
** "The following databases were searched, covering the period from their start to 4 February 2015: MEDLINE, PREMEDLINE, EMBASE, Cochrane Library and other databases"
*** "The following databases were searched, covering the period from their start to 26 April 2018: MEDLINE, PREMEDLINE, EMBASE, Cochrane Library and other databases."
° "Searches were conducted of the following databases, covering the period from their commencement to 11 January 2010: MEDLINE, PREMEDLINE, EMBASE, Cochrane Library and other databases"

Bijlage 4: Resultaten Duodecim matrix stap 4 (Evalueer richtlijnen met AGREE II)

RICHTLIJN TITEL:	NHG Rectaal bloedverlies			
	Item	**Evaluator 1 (Catya)**	**Evaluator 2 (Julie)**	**major remarks**
Scope and purpose	1	7	6	Te verwachten voordeel of uitkomst niet beschreven
	2	7	7	
	3	7	6	Niet heel specifiek (volwassen mannen en vrouwen met rectaal bloedverlies)
TOTAAL /21		21	19	
Stakeholder involvement	4	6	5	Beschrijving naam, discipline, organisatie, plaats. Geen beschrijving van rol in de werkgroep. Geen betrokkenheid van colorectale chirurgen in de werkgroep.
	5	5	5	Geen duidelijke beschrijving hoe de verzamelde info werd gebruikt in het richtlijnontwikkelingsproces en de formulering van de aanbevelingen.
	6	7	7	
TOTAAL /21		18	17	
Rigour of development	7	5	5	Enkel trefwoorden en periode waarin gezocht, niet uit welke databases
	8	3	3	Enkel studieontwerp, niet andere in- of exclusiecriteria vermeld
	9	2	2	In tabel 6 in de richtlijn bij opmerkingen vermelding van enkele kenmerken van de studie + selectiebias, verder praktisch niets terug te vinden.
	10	4	5	Slechts beknopte paragraaf (document "Totstandkoming en methoden" p.7 paragraaf 3.1.5), verder geen info terug te vinden
	11	7	7	
	12	7	6	
	13	4	4	Informatie en hoe ze ermee zijn omgegaan staat niet vermeld
	14	6	6	Geen methodologie voor herzieningsprocedure
TOTAAL /56		38	38	
Clarity and presentation	15	7	6	klinische toestand' is niet zo ondubbelzinnig
	16	7	7	
	17	7	7	
TOTAAL /21		21	20	
Applicability	18	3	3	Zeer schaarse vermelding doorheen de richtlijn
	19	7	7	Samenvatting van de richtlijn aanwezig, koppeling naar algoritme, koppeling naar 'how to do'-handleidingen, koppeling naar sites met info voor patiënten
	20	3	4	Zie apart document "Totstandkoming en methoden" p.7 paragraaf 3.1.4: Doelmatigheid: "Kosten worden bij het proces van bewijs naar aanbeveling meegewogen door de werkgroep door aannames hierover te maken. Er zijn geen kosteneffectiviteit- of budgetimpactanalyses gedaan."
	21	1	1	
TOTAAL /28		14	15	
Editorial independence	22	4	6	Geen expliciete vermelding dat de inhoud van de richtlijn niet is beïnvloed door de financierende instantie.
	23	7	7	
TOTAAL /14		11	13	
OVERALL ASSESSMENT				**REMARKS**
Strongly recommend				
Recommend (with provisos / alterations)		x	x	Op bepaalde punten betere/volledigere rapportering zou betere score op AGREE geven
Would not recommend				
Unsure				
RICHTLIJN TITEL:	Proctologie			

	Item	Evaluator 1 (Catya)	Evaluator 2 (Julie)	major remarks
Scope and purpose	1	7	7	
	2	7	7	
	3	7	7	
TOTAAL /21		21	21	
Stakeholder involvement	4	6	6	Naam, discipline, organisatie vermeld (niet plaats en beschrijving rol in de werkgroep)
	5	6	6	Wel vermeld hoe patiëntenperspectief werd verzameld en gebruikt, maar niet welke informatie ze hebben vergaard.
	6	7	7	
TOTAAL /21		19	19	
Rigour of development	7	6	5	Vermelding naam van databanken en bronnen waarin werd gezocht, periode, resultaat zoekactie. Zoekacties (o.a. gebruikte termen) zijn opvraagbaar (contact op te nemen met de Richtlijnendatabase.
	8	7	7	
	9	7	7	
	10	3.5	7	Julie en Catya: Implementatieplan, maar niet zo heel duidelijk omschreven
	11	7	6	Niet voldaan aan alle criteria, maar wel goed mogelijke bijwerkingen en risico's...
	12	7	6	Onduidelijkheid over hoe het wetenschappelijk bewijs werd beoordeeld
	13	5.5	6	Geen info terug te vinden over methodologische experts als referenten. Geen vermelding van invloed van referenten.
	14	5	6	Datum en samenstelling nieuwe werkgroep vermeld, verder geen info over herzieningsprocedure
TOTAAL /56		48	50	
Clarity and presentation	15	7	7	
	16	7	6	Minder mooi overzicht van verschillende beleidsopties
	17	7	7	
TOTAAL /21		21	20	
Applicability	18	7	7	
	19	6	6	Niet aan alle criteria voldaan
	20	4	4	Op een aantal plaatsen staat informatie met betrekking tot de kosten. De informatie rond kosten en de implicaties ervan komt m.i. voort uit de wetenschappelijke studies die werden gebruikt voor de aanbevelingen. Klein paragraafje "Impact op zorgkosten" bij "Implementatieplan". Verder niet veel info terug te vinden.
	21	6	6	
TOTAAL /28		23	23	
Editorial independence	22	7	7	
	23	7	7	
TOTAAL /14		14	14	
OVERALL ASSESSMENT				**REMARKS**
Strongly recommend		x	x	
Recommend (with provisos / alterations)				
Would not recommend				
Unsure				

Bijlage 5: Resultaten Duodecim matrix Stap 4.2 t.e.m. 4.5 (Inventariseer inhoud van de aanbevelingen, waardeer de aanbevelingen op samenhang, courantheid en toepasbaarheid)

	Titel van de geselecteerde guideline: titel Duodecim-richtlijn: Haemorrhoids						
	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			**Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op samenhang**			
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline	Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?	Opmerkingen?
Klinische vraag 1: Hoe stel je de diagnose van hemorroïden?	Visual inspection	Niet vermeld	Niet vermeld	Zoekstrategie niet gevonden	Nvt	Nvt	/
	Digital rectal examination	Niet vermeld	Niet vermeld	Zoekstrategie niet gevonden	Nvt	Nvt	/
	Proctoscopy	Niet vermeld	Niet vermeld	Zoekstrategie niet gevonden	Nvt	Nvt	/
	Sigmoidoscopy/endoscopy	Niet vermeld	Niet vermeld	Zoekstrategie niet gevonden	Nvt	Nvt	/

Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op courantheid				Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid	
Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht?	Bijkomende opmerkingen?	Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ?	Zo niet, waarom?
Nvt			/	Ja, visuele inspectie is het eerste onderdeel van het klinisch onderzoek en is makkelijk uitvoerbaar.	/
Nvt			/	Ja, rectaal toucher is een ander onderdeel van het klinisch onderzoek dat door elke arts kan worden toegepast.	/
Nvt			/	Ja, maar dan wel enkel in de tweede lijn. De meeste artsen van de eerste lijn hebben dit toestel niet standaard in de praktijk.	
Nvt			/	Ja, maar enkel in de tweede lijn. Dit is geen onderzoek dat kan gebeuren door artsen van de eerste lijn aangezien hier dure toestellen voor nodig zijn en een aparte opleiding.	

	Titel van de geselecteerde guideline: titel Duodecim-richtlijn: Haemorrhoids						
	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			**Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op samenhang**			
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline	Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?	Opmerkingen?
Klinische vraag 2: Wat is de niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden?	Personal hygiene is most important	Niet vermeld	Niet vermeld	Zoekstrategie niet gevonden	Nvt	Nvt	/
	Dietary fibre (symptomatic grade I-III)	Niet vermeld	Niet vermeld	Zoekstrategie niet gevonden	Nvt	Nvt	/
	Sitz baths (symptomatic grade III)	Niet vermeld	Niet vermeld	Zoekstrategie niet gevonden	Nvt	Nvt	/

Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op courantheid				Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid	
Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht?	Bijkomende opmerkingen?	Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ?	Zo niet, waarom?
Nvt			/	Ja, dit is basiszorg die voor alle patiënten mogelijk zou moeten zijn.	/
Nvt			/	Ja, in België zijn er genoeg vezelrijke of met vezels verrijkte producten op de markt.	/
Nvt			/	Ja, maar is niet alle patiënten mogelijk omwille van praktische redenen. Het kan natuurlijk wel aangeraden worden.	/

STAP 4.2 tot 4.5

Titel van de geselecteerde guideline: titel richtlijn 1: Rectaal bloedverlies

Beoogde eindgebruikers van deze richtlijn: Huisartsen (die bij de diagnostiek, behandeling van patiënten met rectaal bloedverlies betrokken zijn)

	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op samenhang			
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline	Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?	Opmerkingen?
Klinische vraag 1: Hoe stel je de diagnose van hemorroïden?	Anamnese	Niet vermeld	Niet vermeld	Zie apart document met zoekstrategie (https://richtlijnen.nhg.org//files/2020-12/zoekstrategie_bpa.pdf) Gezocht tussen 05/2014-11/2015. Geen specifieke zoekopdracht voor anamnestische diagnose van hemorroïden terug te vinden.	Nvt	Nvt	Er is geen evidentie voor, maar wordt toch aanbevolen
	Inspecteer de peri-anale regio met goede belichting; spreid de billen; laat patiënt even persen	Niet vermeld	Niet vermeld	Zie apart document met zoekstrategie (https://richtlijnen.nhg.org//files/2020-12/zoekstrategie_bpa.pdf) Gezocht tussen 05/2014-11/2015. Geen specifieke zoekopdracht voor diagnose d.m.v. inspectie van hemorroïden terug te vinden.	In detail nr. 13 wordt vermeld dat bloedende prolaberende hemorroïden gemakkelijk kunnen worden gediagnosticeerd bij inspectie. Er wordt geen evidentie bij vermeld.	Nvt	Er is geen evidentie voor, maar wordt toch aanbevolen
	Verricht rectaal toucher	Niet vermeld	Niet vermeld	Zie apart document met zoekstrategie (https://richtlijnen.nhg.org//files/2020-12/zoekstrategie_bpa.pdf) Gezocht tussen 05/2014-11/2015. Geen specifieke zoekopdracht voor diagnose van hemorroïden d.m.v. rectaal toucher terug te vinden.	In detail nr. 13 wordt vermeld dat hemorroïden graad 1 en 2 bij een rectaal toucher niet worden gevoeld waarnaar verwezen wordt naar referentie 15, maar artikel gaat over behandeling, nergens iets over rectaal toucher/PPA	Nee, niet wat betreft hemorroïden, maar wel voor andere pathologie (richtlijn behandelt het volledige beleid bij rectaal bloedverlies)	/
	Proctoscopie	Niet vermeld	Niet vermeld	Zie apart document met zoekstrategie (https://richtlijnen.nhg.org//files/2020-12/zoekstrategie_bpa.pdf) Gezocht tussen 05/2014-11/2015. Geen specifieke zoekopdracht voor diagnose van hemorroïden d.m.v. proctoscopie terug te vinden. Wel met sigmoïdoscopie.	In detail nr. 13 wordt vermeld dat je bij proctoscopie een bloedend hemorroïd kan zien. Er wordt geen evidentie vermeld.	Nvt	Er is geen evidentie voor, maar wordt toch aanbevolen

Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op courantheid				Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid	
Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht?	Bijkomende opmerkingen?	Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ?	Zo niet, waarom?
Er is geen evidentie rond deze aanbeveling. Tot november 2015 zou er geen evidentie rond deze vraag te vinden zijn.	Geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane. Medline (PubMed) search bracht geen nieuwe systematische reviews of RCT's rond de diagnose van hemorroïden vanaf 11/2015.	hemorrhoid[MeSH Terms], hemorrhoids[MeSH Terms], diagnosis	/	Ja, dit is normale good clinical practice.	/
Er is geen evidentie rond deze aanbeveling. Tot november 2015 zou er geen evidentie rond deze vraag te vinden zijn.	Geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane. Medline (PubMed) search bracht geen nieuwe systematische reviews of RCT's rond de diagnose van hemorroïden vanaf 11/2015.	hemorrhoid[MeSH Terms], hemorrhoids[MeSH Terms], diagnosis	/	Ja, visuele inspectie is het eerste onderdeel van het klinisch onderzoek en is makkelijk uitvoerbaar.	/
Nee, er is 1 referentie geciteerd bij de details (cfr referentie 15), maar behandelt de klinische vraag niet.	Geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane. Medline (PubMed) search bracht geen nieuwe systematische reviews of RCT's rond de diagnose van hemorroïden vanaf 11/2015.	hemorrhoid[MeSH Terms], hemorrhoids[MeSH Terms], diagnosis	/	Ja, rectaal toucher is een ander onderdeel van het klinisch onderzoek dat door elke arts kan worden toegepast.	/
Er is geen evidentie rond deze aanbeveling. Tot november 2015 zou er geen evidentie rond deze vraag te vinden zijn.	Geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane. Medline (PubMed) search bracht geen nieuwe systematische reviews of RCT's rond de diagnose van hemorroïden d.m.v. proctoscopie vanaf 11/2015.	hemorrhoid[MeSH Terms], hemorrhoids[MeSH Terms] , proctoscope[MeSH Terms]	/	Ja, maar dan wel enkel in de tweede lijn. De meeste artsen van de eerste lijn hebben dit toestel niet standaard in de praktijk.	/

	Titel van de geselecteerde guideline: titel richtlijn 1: Rectaal bloedverlies						
	Beoogde eindgebruikers van deze richtlijn: Huisartsen (die bij de diagnostiek, behandeling van patiënten met rectaal bloedverlies betrokken zijn)						
	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			**Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op samenhang**			
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline	Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?	Opmerkingen?
Klinische vraag 2: Wat is de niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden?	Eventuele obstipatie wordt behandeld: Adviseer vezelrijke voeding	Niet vermeld	Niet vermeld	Zie apart document met zoekstrategie (https://richtlijnen.nhg.org//files/2020-12/zoekstrategie_bpa.pdf) Gezocht tussen 05/2014-11/2015. Geen specifieke zoekopdracht voor niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden terug te vinden.	Referentie 15: ja Referentie 16: ja "Deze adviezen sluiten aan op de belangrijkste gepostuleerde etiologische factoren, maar zijn voor zover bekend niet op effectiviteit onderzocht"	Ja	/
	Eventuele obstipatie wordt behandeld: voldoende drinken	Niet vermeld	Niet vermeld	Zie apart document met zoekstrategie (https://richtlijnen.nhg.org//files/2020-12/zoekstrategie_bpa.pdf) Gezocht tussen 05/2014-11/2015. Geen specifieke zoekopdracht voor niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden terug te vinden.	Nvt	Nvt	Er is geen evidentie voor, maar wordt toch aanbevolen
	Eventuele obstipatie wordt behandeld: toegeven aan de defecatiereflex	Niet vermeld	Niet vermeld	Zie apart document met zoekstrategie (https://richtlijnen.nhg.org//files/2020-12/zoekstrategie_bpa.pdf) Gezocht tussen 05/2014-11/2015. Geen specifieke zoekopdracht voor niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden terug te vinden.	Referentie 16: ja "Deze adviezen sluiten aan op de belangrijkste gepostuleerde etiologische factoren, maar zijn voor zover bekend niet op effectiviteit onderzocht"	Ja	/
	Lichaamsbeweging, beperkte tijd doorbrengen op het toilet, verbeteren van lokale hygiëne	Niet vermeld	Niet vermeld	Zie apart document met zoekstrategie (https://richtlijnen.nhg.org//files/2020-12/zoekstrategie_bpa.pdf) Gezocht tussen 05/2014-11/2015. Geen specifieke zoekopdracht voor niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden terug te vinden.	in detail nr. 25 wordt vermeld dat dit niet wordt aanbevolen met verwijzing naar referentie 67: ja	ja	/

Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op courantheid				Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid	
Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht?	Bijkomende opmerkingen?	Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ?	Zo niet, waarom?
Nee, er zijn 2 referenties geciteerd bij de details (cfr referentie 15 en 16), maar er is nog een systematic review van 2006 (Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis), alsook een clinical trial uit 1996 (Effect of fiber supplements on internal bleeding hemorrhoids), mogelijks ook een trial reeds uit 1982 (High-fiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids: a double-blind trial of Vi-Siblin), maar geen full text of abstract aanwezig	Geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane. Medline (PubMed) search bracht geen nieuwe systematische reviews of RCT's rond de niet-medicamenteuze aanpak d.m.v. vezelrijke voeding van hemorroïden vanaf 11/2015.	hemorrhoid[MeSH Terms], hemorrhoids[MeSH Terms], dietary fiber[MeSH Terms], dietary fibers[MeSH Terms]	/	Ja, in België zijn er genoeg vezelrijke of met vezels verrijkte producten op de markt.	/
Er is geen evidentie rond deze aanbeveling. Tot november 2015 zou er geen evidentie rond deze vraag te vinden zijn.	Geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane. Medline (PubMed) search bracht geen nieuwe systematische reviews of RCT's rond de niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden vanaf 11/2015.	hemorrhoid[MeSH Terms], hemorrhoids[MeSH Terms]	/	Ja, advies dat je aan alle patiënten kan geven en dat makkelijk op te volgen is.	/
Ja, er is 1 referentie geciteerd (cfr referentie 16)	Geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane. Medline (PubMed) search bracht geen nieuwe systematische reviews of RCT's rond de niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden vanaf 11/2015.	hemorrhoid[MeSH Terms], hemorrhoids[MeSH Terms]	/	Ja, dit advies kan je aan alle patiënten geven.	/
Er is geen evidentie rond en wordt dan ook niet aanbevolen.	Geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane. Medline (PubMed) search bracht geen nieuwe systematische reviews of RCT's rond de niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden vanaf 11/2015.	hemorrhoid[MeSH Terms], hemorrhoids[MeSH Terms]	/	Ja, dit advies kan je aan alle patiënten geven.	/

	Titel van de geselecteerde guideline: titel richtlijn 2: Proctologie						
	Beoogde eindgebruikers van deze richtlijn: Alle zorgverleners (zoals chirurgen, MDL-artsen, huisartsen...) die betrokken zijn bij de zorg van patiënten met aambeien, anusscheurtjes en peri-anale fistels						
	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			**Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op samenhang**			
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline	Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?	Opmerkingen?
Klinische vraag 1: Hoe stel je de diagnose van hemorroïden?	Lichamelijk onderzoek: inspectie	Niet vermeld	Niet vermeld	Zie PDF-versie Richtlijn Proctologie p.5 e.v. Ontstaan van hemorroïden Geen klinische vraagstelling gebruikt, aldus ook geen zoekstrategie. Referenties wel vermeld.	Ja, inspectie wordt aangeraden in de literatuur (richtlijn van NHG voor rectaal bloedverlies van 2009) en staat ook zo in de richtlijn samengevat.	Ja	/
	Lichamelijk onderzoek: rectaal toucher	Niet vermeld	Niet vermeld	Zie PDF-versie Richtlijn Proctologie p.5 e.v. Ontstaan van hemorroïden Geen klinische vraagstelling gebruikt, aldus ook geen zoekstrategie. Referenties wel vermeld.	Ja, rectaal toucher wordt aangeraden in de literatuur (richtlijn van NHG voor rectaal bloedverlies van 2009) en staat ook zo in de richtlijn samengevat.	Ja	/
	Lichamelijk onderzoek: proctoscopie	Niet vermeld	Niet vermeld	Zie PDF-versie Richtlijn Proctologie p.5 e.v. Ontstaan van hemorroïden Geen klinische vraagstelling gebruikt, aldus ook geen zoekstrategie. Referenties wel vermeld.	Ja, proctoscopie wordt aangeraden in de literatuur (richtlijn van NHG voor rectaal bloedverlies van 2009) en staat ook zo in de richtlijn samengevat.	Ja	/
Klinische vraag 2: Wat is de niet-medicamenteuze aanpak van hemorroïden?	Geef patiënten met obstipatie en/of hardere stoelgang ook dieetadviezen voor een adequate stoelgang	Niet vermeld	Niet vermeld	Zie PDF-versie Richtlijn Proctologie p.15 e.v. Vraagstelling: 'Wat is de beste behandeling voor graad 1, 2 (en 3) symptomatische hemorroïden? Wetenschappelijke vraagstelling: 'Wat zijn de voordelige en nadelige effecten van rubberbandligatie vs. Sclerotherapie vs. Lasertherapie vs. Conservatieve behandeling (laxeermiddelen en/of dieetaanpassingen) bij de behandeling van graad 1, 2 (en 3) hemorroïden?'	Geen evidentie over de niet-medicamenteuze aanpak (enkel vergelijkingen t.o.v. geen behandeling)	Nee, er is geen evidence over gevonden, maar wordt wel aanbevolen	/

Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op courantheid				Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid	
Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,…) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Welke PICO-elementen heb je gebruikt voor je zoektocht?	Bijkomende opmerkingen?	Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ?	Zo niet, waarom?
Ja, NHG-standaard rectaal bloedverlies van 2009, verder zou er geen evidentie rond deze vraag te vinden zijn tot 2014.	Geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane. Medline (PubMed) search bracht geen nieuwe systematische reviews of RCT's rond de diagnose van hemorroïden vanaf 2014.	hemorrhoid[MeSH Terms], hemorrhoids[MeSH Terms], diagnosis	/	Ja, visuele inspectie is het eerste onderdeel van het klinisch onderzoek en is makkelijk uitvoerbaar.	/
Ja, NHG-standaard rectaal bloedverlies van 2009, verder zou er geen evidentie rond deze vraag te vinden zijn tot 2014.	Geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane. Medline (PubMed) search bracht geen nieuwe systematische reviews of RCT's rond de diagnose van hemorroïden vanaf 2014.	hemorrhoid[MeSH Terms], hemorrhoids[MeSH Terms], diagnosis	/	Ja, rectaal toucher is een ander onderdeel van het klinisch onderzoek dat door elke arts kan worden toegepast.	/
Ja, NHG-standaard rectaal bloedverlies van 2009, verder zou er geen evidentie rond deze vraag te vinden zijn tot 2014.	Geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane. Medline (PubMed) search bracht geen nieuwe systematische reviews of RCT's rond de diagnose van hemorroïden d.m.v. proctoscopie vanaf 2014.	hemorrhoid[MeSH Terms], hemorrhoids[MeSH Terms] , proctoscope[MeSH Terms]	/	Ja, maar dan wel enkel in de tweede lijn. De meeste artsen van de eerste lijn hebben dit toestel niet standaard in de praktijk.	/
Er is geen evidentie rond deze aanbeveling. Tot 2014 zou er geen evidentie rond deze vraag te vinden zijn.	Geen nieuwe evidentie gevonden in Cochrane. Medline (PubMed) search bracht geen nieuwe systematische reviews of RCT's rond de niet-medicamenteuze aanpak d.m.v. dieetadviezen van hemorroïden vanaf 2014.	hemorrhoid[MeSH Terms], hemorrhoids[MeSH Terms]	/	Ja, advies dat je makkelijk aan patiënten kan geven. De dieetadviezen worden hier wel niet verder gespecifieerd.	/

Bijlage 6: Resultaten consensusprocedure

Aanbeveling	Grade
Visual inspection	1C

Helderheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling helder"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (31,8%)	15 (68,2%)
Toepasbaarheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling toepasbaar"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,5%)	7 (31,8%)	14 (63,6%)
Extra feedback/opmerkingen:						
- 'Diagnosestelling zonder inspectie vind ik zelfs een medische fout' - 'Visualisatie tumor lijkt als je hiermee tumoren kan uitsluiten'						

Aanbeveling	Grade
Digital rectal examination	1C

Helderheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling helder"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	1 (4,5%)	0 (0%)	2 (9,1%)	3 (13,6%)	10 (45,5%)	6 (27,3%)
Toepasbaarheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling toepasbaar"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	0 (0%)	2 (9,1%)	2 (9,1%)	4 (18,2%)	9 (40,9%)	5 (22,7%)
Extra feedback/opmerkingen:						
- 'Gebrek aan ervaring/deskundigheid bij uitvoeren PPA' - 'Aanwezigheid tumoren altijd detecteerbaar? Bv. wanneer geen hemorroïden zichtbaar en PPA normaal' - 'Bij uitwendig onzichtbaar is dit zeker een meerwaarde' - 'Patiënt staat hier vaak niet voor open' - 'Pt kan weigerachtig zijn in praktijk. Toepasbaarheid?' - 'Niet altijd makkelijk om rusttonus te bepalen wanneer je dit onderzoek niet frequant uitvoert.'						

Aanbeveling	Grade
Proctoscopy	2C

Helderheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling helder"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	0 (0%)	2 (9,1%)	1 (4,5%)	2 (9,1%)	13 (59,1%)	4 (18,2%)
Toepasbaarheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling toepasbaar"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
3 (13,6%)	5 (22,7%)	6 (27,3%)	1 (4,5%)	2 (9,1%)	5 (22,7%)	0 (0%)

Extra feedback/opmerkingen:

- 'Proctoscoop niet beschikbaar in praktijk'
- 'Gn proctoscoop id praktijk'
- 'Proctopscie is qua tijd moeilijk en hoort voor mij eerder thuis bij de specialist'
- 'Aanwezigheid in huisartsenpraktijk?'
- 'Ik vind het moeilijk om op deze manier graad van hemorroïden te bepalen, mij zou meer info/uitleg hierover wel kunnen hepen. Nadeel: geen proctoscoop ter beschikking'
- 'Zijn er veel huisartsen die over een proctoscoop beschikken?'
- 'Proctoscopie lijkt mij in de huisartsenpraktijk niet haalbaar. Daarenboven vraag ik me af wat de diagnostische meerwaarde is t.o.v. anamnese + rectaal toucher.'
- 'Pijn kan maken dat dit een zeer pijnlijk onderzoek is.'
- 'Extra opleiding is noodzakelijk'
- 'Veel huisartsen hebben dit niet + ervaring?'
- 'Ervaring met proctoscoop gebruik noodzakelijk'
- 'Geen proctoscoop'
- 'Er is geen standaard opleiding tot hanteren van een proctoscoop. Niet elke arts zal zich hier vertrouwd mee voelen.'
- 'Geen ervaring mee'
- 'Weinig ervaring met proctoscoop, niet beschikbaar in huisartsenpraktijk'
- 'Niet overal proctoscoop aanwezig.'
- 'Proctoscoop niet in elke huisartspraktijk aanwezig. Enige vervaring nodig.'

Aanbeveling	Grade
Dietary fibre (symptomatic grade I-III)	1C

Helderheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling helder"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (50%)	11 (50%)
Toepasbaarheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling toepasbaar"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,5%)	9 (40,9%)	12 (54,5%)
Extra feedback/opmerkingen:						
- 'Voor mensen met prikkelbare darm syndroom zijn vezels niet altijd beter en geven ze een langer verblijf op het toilet → kans op hemorroïden stijgt' - 'Hoeveelheid/werkt enkel met water' - 'Gaat hand in hand met voldoende drinken, anders juist risico op obstipatie?' - 'Eventueel concrete voorbeelden van vezelrijke voeding.'						

Aanbeveling	Grade
Avoid obstipation: drink sufficient	1C

Helderheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling helder"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,5%)	7 (31,9%)	14 (63,6%)
Toepasbaarheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling toepasbaar"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (36,4%)	14 (63,6%)
Extra feedback/opmerkingen:						
- 'Wat is voldoende?' - 'Hoeveelheid?' - 'Eventueel verduidelijken wat "sufficient" precies betekent qua hoeveelheid' - 'Hoeveel is sufficient?' - 'Misschien nog toevoegen wat voldoende is.'						

Aanbeveling	Grade
Modification stool pattern: admit to defecation reflex	1C

Helderheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling helder"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)	14 (63,6%)	6 (27,3%)
Toepasbaarheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling toepasbaar"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	0 (0%)	0 (%)	1 (4,5%)	7 (31,8%)	9 (40,9%)	5 (22,7%)
Extra feedback/opmerkingen:						
- 'Vaag voor patiënt → goede uitleg nodig, dan goed!' - 'Gaat dit ook over pro-actief reageren op de reflex? Bv. orthocoloische reflex: bij opstaan 's ochtends naar toilet gaan nog voor je aandrang voelt? Idem voor gastrocolische reflex → na de maaltijd naar toilet?' - 'Vaak ook "vals" gevoel te moeten gaan, waardoor soms onnodig persen.'						

Aanbeveling	Grade
Modification stool pattern: no squeezing, spend less time on the toilet	1C

Helderheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling helder"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)	11 (50%)	9 (40,9%)
Toepasbaarheid van de aanbeveling ("Ik vind deze aanbeveling toepasbaar"):						
Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Neutraal	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
0 (0%)	0 (0%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)	6 (27,3%)	5 (22,7%)	9 (40,9%)
Extra feedback/opmerkingen:						
- 'Sommige mensen zitten noodgedwongen langer op toilet.' - 'Persen en veel tijd op toilet is secundair aan constipatie dus dit kan in het kader hiervan gezien worden' - 'Wat is "less time"? Misschien duidelijker formuleren.' - 'Houding op toilet?'						