Ontwikkeling van implementatiemateriaal gebaseerd op de Belgische richtlijn ‘Acne’ aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid in de huisartsenpraktijk

[Kaat Kelgtermans, Katholieke Universiteit Leuven]

Promotor: [Paul Van Royen, Universiteit Antwerpen]

Co-promotor: [Olivia Vandeput, Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding]

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.

Ontwikkeling van implementatiemateriaal gebaseerd op de Belgische richtlijn ‘Acne’ aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid in de huisartsenpraktijk

[Kaat Kelgtermans, Katholieke Universiteit Leuven]

Promotor: [Paul Van Royen, Universiteit Antwerpen]

Co-promotor: [Olivia Vandeput, Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding]

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2023]

VOORWOORD

Na een periode van uitgebreid onderzoek, opstellen van implementatiemateriaal en analyseren van vragenlijsten wil ik graag stilstaan bij iedereen die heeft bijgedragen tot de ontwikkeling van deze masterpaper.

Eerst en vooral wil ik mijn promotor prof. Dr. Paul Van Royen bedanken voor de verleende begeleiding en feedback tijdens het opstellen van deze masterproef. Zijn inzichten hebben een beduidende impact gehad op het realiseren van onderstaand schrijven.

Daarnaast wil ik mijn co-promotor Dr. Olivia Vandeput bedanken voor haar ondersteuning bij het organiseren van het PO-project. Tevens wil ik haar bedanken voor haar aanmoedigende woorden en constructieve feedback.

Verder wil ik Anneleen Janssen, coördinator richtlijnen van Domus Medica, bedanken voor het helpen optimaliseren van onze steekkaarten en het verspreiden van onze vragenlijsten via Domus Medica.

Bovendien wil ik de medewerkers van Domus Medica bedanken die achter de schermen hebben meegewerkt om onze ontwikkelde steekkaart in een passende lay-out te gieten.

Mede wil ik de PO's, STACO's, huisartsen en HAIO's bedanken die deelnamen aan onze vragenlijsten en interviews.

Ten laatste wil ik mijn collega's Anhtje Jans, Dafne Michiels, Brecht Nietvelt en Anne Verstraeten bedanken voor de fijne samenwerking tijdens het volledige proces.

Kaat Kelgtermans

VOORWOORD **3**

INHOUDSOPGAVE **4**

ABSTRACT **5**

INLEIDING **6-7**

LITERATUURSTUDIE **8-15**

1. Inleiding 8
2. Methode 8-11
    a. Zoekstrategie 8-9
    b. In- en exclusiecriteria 9
    c. Resultaten per databank 9-10
    d. Extractie van data 10-11
    e. Kwaliteitsbeoordeling van klinische richtlijnen 11
3. Resultaten 11-14
4. Conclusie 14-15

ALGEMENE DOMUS MEDICA VRAGENLIJST **16-22**

1. Methode 16
2. Resultaten 16-19
3. Discussie 19-22
4. Conclusie 22

SPECIFIEKE VRAGENLIJST PER STEEKKAART EN INTERVIEWS **23-25**

1. Methode 23
2. Resultaten 23-24
    a. Specifieke vragenlijst per steekkaart 23-24
    b. Interviews 24
3. Conclusie 25

BESLUIT **26**

REFERENTIES **27-30**

AUTEURS **31**

CONFLICT OF INTEREST **31**

FINANCIAL DISCLOSURE **31**

FUNDING **31**

ACKNOWLEDGMENT **31**

GOEDKEURING ETHISCH COMITE **31**

BIJLAGEN **32**

ABSTRACT

In een oogopslag: Ontwikkeling van nieuw implementatiemateriaal gebaseerd op een Belgische richtlijn aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid in de huisartsenpraktijk.

Doel: Het doel van de literatuurstudie is het beoordelen of de behandeling van acne uit de Belgische richtlijn 'Acne' overeenstemt met andere recente kwalitatieve richtlijnen. We ontwikkelen bijhorend implementatiemateriaal met als doel het gebruik van deze richtlijn te faciliteren. Aan de hand van vragenlijsten achterhalen we tekortkomingen en optimaliseren we de steekkaart.

Methode: We zoeken naar bestaande gepubliceerde richtlijnen en onderwerpen deze aan een kwaliteitsbeoordeling. Een algemene enquête bevraagt de mening van huisartsen over de toepasbaarheid van gepubliceerde steekkaarten. Met een specifieke enquête bevragen we de mening van huisartsen over tekortkomingen van de steekkaart 'Acne'.

Resultaten: De Belgische richtlijn 'Acne' komt inhoudelijk grotendeels overeen met andere recente kwalitatieve richtlijnen rond hetzelfde onderwerp. Er werden een paar kleine aanpassingen aan de bestaande steekaart van acne doorgevoerd. Drieënnegentig van de 97 deelnemers van de algemene vragenlijst zijn op de hoogte van de publicatie van steekkaarten op de Domus Medica website. Eénenzeventig deelnemers maken hier gebruik van. De meerderheid van de respondenten zou steekkaarten gebruiken voor aanvullend onderzoek (71/97) en beleid (94/ 97). De specifieke enquête toont dat alle deelnemers de steekkaart 'Acne' nuttig vinden en dat nagenoeg alle deelnemers deze ook zouden toepassen. Uit de enquête en het interview kwamen nog enkele opmerkingen rond de steekkaart naar boven.

Conclusie: Op basis van de literatuurstudie werden enkele aanpassingen uitgevoerd aan de bestaande steekkaart van acne. De steekkaarten van Domus Medica zijn bij de meesten gekend en worden voornamelijk gebruikt voor aanvullend onderzoek en beleid. Op basis van nuttige bemerkingen uit de specifieke vragenlijst en het interview werd de steekkaart 'Acne' verder aangepast.

Sleutelwoorden: acne, richtlijnen, implementatiemateriaal, toepasbaarheid, huisartsenpraktijk

INLEIDING

Huisartsen worden aangemoedigd patiëntencasussen te benaderen via het Evidence-Based Medicine principe. Evidence-Based Medicine is het uitvoeren van geneeskunde gebaseerd op wetenschappelijk bewezen literatuur.[1] In de dagdagelijkse klinische praktijk van de eerstelijnsgeneeskunde wordt voornamelijk gebruik gemaakt van richtlijnen om via bovenstaand principe van Evidence-Based Medicine te kunnen handelen. Richtlijnen worden volgens de meest recente definitie uit 2011 door het Institute of Medicine (IOM) gedefinieerd als 'verslagen die aanbevelingen bevatten ter optimalisatie van patiëntenzorg'. Richtlijnen dienen tevens aan verschillende voorwaarden te voldoen zoals het gebaseerd zijn op een systematic review (SR); het ontwikkeld zijn door een erkend, multidisciplinair panel van experten en vertegenwoordigers van belanghebbenden; rekening houden met belangrijke subgroepen in de patiëntenpopulatie en hun voorkeuren; het gebaseerd zijn op expliciete en transparante processen die distortion, bias en conflict of interest minimaliseren; het bieden van een heldere verklaring voor een logische relatie tussen alternatieve zorg en gezondheidsuitkomsten; het beoordelen van kwaliteit van evidence en sterkte van aanbevelingen en de noodzaak tot het herbekijken van richtlijnen wanneer nieuwe evidentie voorhanden is.[2] Sinds meer dan 25 jaar worden in België richtlijnen ontwikkeld. In 2011 werd een consortium voor Evidence-Based Medicine opgericht, heden bekend onder de naam Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL). De voornaamste opdracht van WOREL is de herziening van reeds bestaande richtlijnen en de ontwikkeling van nieuwe multidisciplinaire richtlijnen. Het rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) financiert als overheidsinstelling de WOREL.[3][4]

WOREL werkt nauw samen met Domus Medica en helpt bij het actualiseren van richtlijnen die worden gepubliceerd op de website van Domus Medica. Domus Medica is een vereniging zonder winstoogmerk, opgericht op 8 maart 2006, die de belangen van de huisartsen en huisartsenkringen in Vlaanderen op wetenschappelijk, maatschappelijk en syndicaal vlak via democratische besluitvorming en wetenschappelijke onderbouwing behartigt. Bovendien tracht deze vereniging de ontwikkeling en realisatie van een goede patiëntgerichte gezondheidszorg en zorgbeleid te bevorderen.[5][6]

Klinische expertise gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek wordt in de huisartsenpraktijk meer en meer gezien als een belangrijke voorwaarde voor kwaliteitsvolle zorg. Ondanks de vele studies die aantonen dat richtlijnen de uitkomst van de gezondheidszorg verbeteren, blijkt de implementatie van deze richtlijnen in de praktijk een uitdaging.[7][8][9][10] Implementatie van richtlijnen definieert men als concrete activiteiten en interventies die worden ondernomen om het beleid om te zetten in gewenste resultaten. Deze implementatie kan op verschillende manieren gebeuren zoals aan de

hand van steekkaarten, E-learnings, podcasts, etc.[11] Oorzaken die aan de basis kunnen liggen van een moeizame integratie van richtlijnen kunnen ten eerste te maken hebben met de inhoud van de richtlijn, de presentatie van de richtlijn, de aanwezigheid van een samenvatting van de richtlijn of de transparantie naar de wetenschappelijke achtergrond.[12][13] Ten tweede is het cruciaal dat het toepassen van een richtlijn in de huisartsenpraktijk praktisch haalbaar is. Ten derde bepaalt de houding van de hulpverleners ten opzichte van de richtlijn voornamelijk of de richtlijn gebruikt zal worden.[14][15] Gebruiksvriendelijkheid, wetenschappelijke evidentie, details omtrent competentie en opleiding en de mate waarin artsen hun eigen ervaringen (Experience-Based Knowledge) kunnen samenleggen met de wetenschappelijke achtergrond (Evidence-Based Medicine) bepalen hoe artsen een richtlijn beoordelen.[16][17][18][19]

Het doel van deze masterpaper is het toepassen van richtlijnen in de huisartsenpraktijk te faciliteren door het beschikbaar stellen van implementatiemateriaal op de website van Domus Medica waarvan artsen van alle leeftijden weten waar ze te vinden en hoe te gebruiken. Concreet vertalen we de Belgische richtlijn omtrent 'Acne' naar een nieuwe steekkaart om praktische handvaten aan te bieden aan huisartsen. Alvorens we de steekkaart opstellen, voeren we een literatuurstudie uit om na te gaan of de ontwikkelde WOREL-richtlijn overeenstemt met andere recente richtlijnen omtrent Acne. Bovendien trachten we na het opstellen van de steekkaart te achterhalen wat de grootste barrières of tekortkomingen zijn om steekkaarten te gebruiken en hoe steekkaarten verder geoptimaliseerd kunnen worden om aan de wensen van huisartsen te voldoen.

LITERATUURSTUDIE

Initieel voerden we een literatuurstudie uit. Het doel van deze literatuurstudie is beoordelen of de behandeling van acne uit de WOREL-richtlijn 'Acne' overeenstemt met andere kwalitatieve richtlijnen rond hetzelfde onderwerp. De kwaliteit van een richtlijn werd beoordeeld door gebruik te maken van het AGREE-II instrument.

1. Inleiding

Acne is een veelvoorkomende huidaandoening die voornamelijk jonge mensen treft. Het is een chronische ontsteking van talgklieren die zich uit in comedonen, papels, pustels, cystes en littekens.[20] Er is reeds veel geweten over de diagnose, de medicamenteuze en de niet-medicamenteuze behandelingen van acne. Om de huisarts in het beleid van acne te ondersteunen werd in 2017 een WOREL-richtlijn hieromtrent gepubliceerd.[21] In het kader van deze masterproef 'Ontwikkeling van implementatiemateriaal gebaseerd op de Belgische richtlijn 'Acne' aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid in de huisartsenpraktijk' wordt een steekkaart ontwikkeld die voortvloeit uit deze WOREL-richtlijn. Het is de bedoeling dat de huisarts deze steekkaart kan gebruiken om op een eenvoudige en snelle manier tijdens een consultatie de nodige informatie te vinden. In 2019 creëerde Domus Medica reeds een steekkaart gebaseerd op de WOREL-richtlijn van acne. In deze literatuurstudie wordt voornamelijk gefocust op de behandeling van acne en wordt er nagegaan of de behandeling in de reeds ontwikkelde richtlijn uit 2017 overeenstemt met andere kwalitatieve richtlijnen omtrent acne. Daarnaast wordt de richtlijn beoordeeld op de toepasbaarheid in de Belgische context. Hierbij wordt er vooral gekeken naar het BCFI om te zien welke middelen tegen acne op de Belgische markt verkrijgbaar zijn en wat de BAPCOC vertelt over het antibioticabeleid rond acne. De reeds bestaande steekkaart van acne wordt dan kritisch beoordeeld. Op basis van de verzamelde informatie wordt dan indien nodig een nieuw voorstel voor de steekkaart over de behandeling van acne gecreëerd.

2. Methode

    a. Zoekstrategie

Er werd gezocht naar reeds bestaande richtlijnen met betrekking tot het onderwerp acne in de eerste lijn. Als zoekterm werd telkens eenvoudigweg het woord 'acne' gebruikt. Volgende databanken werden geraadpleegd: 'de richtlijnendatabank van het Guidelines International Network (G-I-N), de richtlijnendatabank Clinical Knowledge Summaries (CKS) van het National Institute for health and Care Excellence (NICE), de richtlijnendatabank van het Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), de MEDLINE-richtlijnendatabank van de National Library of Medicine (NLM), de

richtlijnendatabank van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de richtlijnendatabank van de National Health Service guideline finder (NHS) en de zoekmotor Trip Database. De search vond plaats op 16/02/2021.

b. In-, en exclusiecriteria

Hieronder worden de gehanteerde in- en exclusiecriteria weergegeven.

Inclusiecriteria:

- Studie type: richtlijnen
- Richtlijnen gepubliceerd in het jaar 2016 of recenter
- Alle richtlijnen met als onderwerp de behandeling en opvolging van acne vulgaris
- Doelpopulatie: jongeren of volwassenen met acne
- Mini AGREE-score van meer dan 5/7 per onderdeel

Exclusiecriteria:

- Andere studiedesigns dan richtlijnen
- Richtlijnen over andere varianten van acne (zoals acne inversa, rosacea, acne conglobata, secundaire acne…)
- Acne bij zwangere patiënten, neonaten of PCOS
- Richtlijnen die niet beschikbaar zijn in het Nederlands of het Engels
- Richtlijnen waarvan geen full tekst beschikbaar is
- Richtlijnen gepubliceerd voor het jaar 2016

c. Resultaten per databank

Over de verschillende databanken heen werden 254 artikels gevonden. Uiteindelijk na screening van alle gevonden resultaten bleven er zes richtlijnen over exclusief de WOREL-richtlijn.

De richtlijnen databank G-I-N gaf met de gebruikte zoekterm ‘acne’ vier resultaten weer. Eén hiervan werd niet geïncludeerd wegens duplicaat (de NHG-richtlijn) en één hiervan was de richtlijn van WOREL zelf.[21] De overige twee werden geëxcludeerd wegens niet recent genoeg.

Op de richtlijnendatabank van NHG werd één richtlijn over acne gevonden die ook geïncludeerd werd in deze literatuurstudie.[22]

Er werden geen resultaten bekomen op de SIGN-databank.

In de NICE-richtlijnendatabank werd één richtlijn gevonden.[23] Deze werd geïncludeerd in de literatuurstudie.

De NHS-databank (zoekterm 'acne'; filters 'guidance' en 'date from 2016-01-01') gaf 111 resultaten weer. Hiervan werden 16 resultaten geëxcludeerd aangezien ze een onderdeel waren van de 'Clinical Knowledge Summaries'. Na screening op basis van titel werden verder nog 92 artikels geschrapt die niet als hoofdonderwerp de behandeling van acne hadden. Het ging hier over diverse onderwerpen zoals rosacea, eczeem, hirsutisme, PCOS… die niet aan de inclusiecriteria voldeden. De drie resterende artikels werden vervolgens nauwkeurig gelezen. Het artikel 'Acne Vulgaris' van de Primary Care Dermatology Society bleek geen richtlijn te zijn en werd alsnog geschrapt. De artikels 'Guidelines of care for the management of acne vulagris' van de American Academy of Dermatology (AAD) en 'Management of Acne: Canadian clinical practice guideline' resteerden voor inclusie.[24][25]

Op Tripdatabase werden er 127 resultaten bekomen met de zoekterm acne en de filters 'guidelines' en 'since 2016'. Elf artikels waren onderdeel van de Clinical Knowledge Summaries en werden geëxcludeerd. Na screening op basis van titel bleven er twee artikels over die als onderwerp acne hadden. Eén artikel werd ook reeds gevonden bij de search in NHS (Guidelines of care for the management of acne vulgaris van AAD) en werd geëxcludeerd wegens duplicaat. Uiteindelijk werd uit deze databank dus nog één artikel extra geïncludeerd, namelijk 'Guideline for the Treatment of Acne' van de European Dermatology Forum (EDF). [26]

In Medline werden er met als filter 'guideline' en '2016-2021' tien resultaten bekomen. Zeven artikels voldeden na screening op basis van titel niet aan de inclusiecriteria. Eén artikel was enkel in het Frans verkrijgbaar en één artikel was een duplicaat en werd bij de search in de NHS-databank reeds geïncluceerd (Canadian clinical practice guideline (CCPG)). Uiteindelijk werd nog één nieuw artikel geïncludeerd, namelijk 'Japanese Dermatological Association Guidelines: Guidelines for the treatment of Acne Vulgaris 2017'.[27] Figuur 1 geeft het stroomschema van de literatuursearch weer.

d. Extractie van data

In totaal werden er dus zeven richtlijnen geïncludeerd (inclusief de WOREL-richtlijn). Deze zeven artikels werden onderworpen aan het mini-AGREE instrument voor een eerste peiling naar de kwaliteit van de richtlijnen. De mini-AGREE-tool bestaat uit drie van 23 items van het AGREE II instrument, namelijk het gebruik van systemische methoden in de zoekstrategie, het beschrijven van de sterke/zwakke punten van het wetenschappelijk bewijs, en het vastleggen en bespreken van conflicterende belangen van leden van de richtlijnontwikkelingsgroep. Hierbij werden de Japanse [27] en Amerikaanse[24] richtlijn geëxcludeerd wegens het niet beschikbaar zijn van de uitgebreide

methodologie met als gevolg een slechtere score op het mini-AGREE instrument. Zo bleven er uiteindelijk nog vier richtlijnen over. In tabel 1 wordt een overzicht van deze vier geïncludeerde richtlijnen weergegeven. Ook de WOREL-richtlijn zelf is mee ingevoegd in deze tabel.

e. Kwaliteitsbeoordeling van klinische richtlijnen

De vier geïncludeerde richtlijnen en de WOREL-richtlijn zelf werden zorgvuldig beoordeeld op kwaliteit aan de hand van het AGREE II-instrument. Elke richtlijn werd door twee onafhankelijke lezers beoordeeld op de zes verschillende domeinen die het AGREE II instrument omvat.

AGREE staat voor **A**ppraisal of **G**uidelines for **Re**search & **E**valuation. Zoals hierboven vermeld kan men aan de hand van dit instrument richtlijnen beoordelen op kwaliteit door 23 verschillende items te doorlopen die gecategoriseerd zijn in zes domeinen. Deze domeinen zijn respectievelijk 'Onderwerp en doel', 'Betrokkenheid van belanghebbenden', 'Methodologie', 'Helderheid en presentatie', 'Toepassing' en 'Onafhankelijkheid van de opstellers'.[28]

De resultaten van het uitvoeren van het AGREE II instrument door twee verschillende lezers worden weergegeven in tabel 2.

3. Resultaten

In grote lijnen is de basis van de behandeling van acne in de verschillende richtlijnen hetzelfde. Kort samengevat zijn er de topische niet-antibiotische producten zoals benzoylperoxide (BPO), retinoïden en azelaïnezuur die bij mildere vormen van acne voorgeschreven worden en de topische en orale antibiotische producten die hieraan toegevoegd kunnen worden bij ernstigere vormen van acne. Daarnaast zijn er voor zeer ernstige of resistente vormen van acne nog de perorale retinoïden beschikbaar. Een overzicht van de behandelingen per richtlijn die bij elke gradatie van acne wordt aangeraden, wordt weergegeven in tabel 3.

De topische niet-antibiotische producten worden in monotherapie gestart in geval van comedonale acne. De WOREL-richtlijn beschrijft drie mogelijke opties, namelijk adapaleen (een topisch retinoïd), BPO en azelaïnezuur.[21] De NHG, CCPG en NICE richtlijnen raden eveneens BPO en adapaleen aan, maar in deze richtlijnen wordt azelaïnezuur niet bij de mogelijke opties vermeld.[22][25][23] De EDF-richtlijn vermeldt azelaïnezuur wel als mogelijke optie, maar geeft azelaïnezuur een lagere graad van aanbeveling dan BPO en adapaleen wat de werkzaamheid tegen acne betreft.[26]

Wat de nevenwerkingen betreft, geven alle richtlijnen aan dat zowel BPO als topische retinoïden lokale huidirritatie kunnen veroorzaken. BPO heeft ook een blekende werking op bedlinnen, kleding en haar. Topische retinoïden worden afgeraden tijdens de zwangerschap wegens een mogelijk

teratogeen effect. Azelaïnezuur zou ten opzichte van adapaleen en BPO volgens de WOREL- en EDF-richtlijnen beter verdragen worden en minder voor huidirritatie zorgen.[26][21] De WOREL- richtlijn (van 2017) vermeldt nog dat adapaleen het enig topisch retinoïd is dat op de Belgische markt in monotherapie beschikbaar is.[21] Deze informatie is hedendaags echter achterhaald, Trifaroteen (Aklief) is sinds kort eveneens als topische monotherapie beschikbaar in België.[29]

Zoals hierboven reeds aangehaald zijn er naast de topische niet-antibiotische producten nog antibiotica die aan de behandeling van acne toegevoegd kunnen worden. Het is belangrijk dat deze antibiotica (zowel topisch als peroraal) niet in monotherapie en slechts voor beperkte duur gegeven worden om resistentievorming te voorkomen. Topische en orale antibiotische producten mogen ook niet samen voorgeschreven worden.

In de Belgische steekkaart worden topische antibiotica niet aangehaald. In de WOREL-richtlijn zelf wordt hier ook maar kort op ingegaan. De andere vier richtlijnen evenals de BAPCOC 2021 raden topische antibiotica wel als eerste stap aan bij matige vormen van acne.[23][22][25][26][30] Welke keuze van lokaal antibioticum wordt samengevat in tabel 4. Clindamycine wordt in alle richtlijnen aangehaald. NHG spreekt ook over erythromycine en spreekt zich niet uit over een voorkeur tussen beide middelen.[22] Verder wordt erythromycine ook nog aangehaald in de BAPCOC en EDF-richtlijn. Deze richtlijnen verkiezen echter clindamycine boven erythromycine omwille van minder effectiviteit van erythromycine ten opzichte van clindamycine door toenemende antibioticaresistentie.[26][30] Op de Belgische markt zijn er twee combinatieproducten beschikbaar, namelijk Treclinax (een combinatie van clindamycine en tretinoïne) en Benzadermine (een combinatie van erythromycine en BPO).[29] Combinatieproducten kunnen eveneens magistraal voorgeschreven worden.

De keuze voor een peroraal antibioticum is iets minder duidelijk en hier is een groter onderling verschil tussen de richtlijnen. Dit wordt eveneens weergegeven in tabel 4. Doxycycline en lymecycline worden in de meeste richtlijnen als eerste keuze aangehaald. Minocycline zou even effectief zijn, maar heeft meer potentieel ernstige nevenwerkingen en wordt daarom niet als eerste keuze aangehaald. De Belgische Antibioticagids BAPCOC 2021 geeft de meest recente informatie weer. Hier wordt azithromycine in pulse therapie (500mg 1x/week) als eerste keuze gegeven.[30] Dit is gebaseerd op een recente meta-analyse gepubliceerd in 2018 die gebaseerd is op zes randomized controlled trials (RCT).[31] Deze zes RCT's vergeleken azithromycine in pulse therapie met doxycycline 1x/dag en concludeerden dat azithromycine in pulstherapie (500mg 1x/week) equivalent is aan doxycycline 100mg/dag en een goed alternatief kan zijn als doxycycline niet verdragen kan worden.

Nog een belangrijk punt om aan te halen, is de duur van de behandeling. Een inductiebehandeling met antibiotica (zowel peroraal als topisch) dient men maximaal drie tot vier maanden te

continueren (zie tabel 4). Indien nodig kan na een inductiebehandeling nog een onderhoudsbehandeling opgestart worden. Afhankelijk van welke richtlijn men bekijkt, kan deze drie tot twaalf maanden duren zoals samengevat in tabel 5. Belangrijk om te vermelden is dat de onderhoudsbehandeling geen antibiotica mag bevatten. De WOREL-richtlijn raadt adapaleen als onderhoudsbehandeling aan, en in ernstigere gevallen, een combinatieproduct adapaleen + BPO voor een tijdsperiode van zes tot twaalf maanden. De NICE-richtlijn raadt onafhankelijk van de graad van acne een onderhoudsbehandeling aan met het combinatieproduct adapaleen en BPO voor drie tot zes maanden afhankelijk van de respons.[23] De EDF- richtlijn raadt bij mildere graden van acne een onderhoudsbehandeling met één van de topische niet-antibiotische producten aan en in geval van ernstigere acne een topisch combinatieproduct van een retinoïd gecombineerd met BPO of zelfs een onderhoudsbehandeling met lage dosis oraal isotretinoïne (0,3mg/kg/d) gedurende drie tot twaalf maanden afhankelijk van de ernst van acne.[26]

Bij de meer ernstige of resistente vormen van acne kan oraal isotretinoïne gestart worden. Dit is een zeer effectief middel tegen acne, maar het heeft ook enkele potentieel ernstige nevenwerkingen die de toepassing van dit middel beperken. Om deze reden wordt oraal isotretinoïne in de verschillende richtlijnen achter de hand gehouden voor de meer ernstige en resistente vormen van acne. Hoe terughoudend men is in het voorschrijven van oraal isotretinoïne verschilt lichtjes van richtlijn tot richtlijn. De NICE-richtlijn raadt aan om oraal isotretinoïne enkel voor te schrijven bij ernstig acne als een eerdere behandeling met orale antibiotica in combinatie met topische producten reeds gefaald is.[23] NHG volgt hierin hetzelfde beleid.[22] Volgens de WOREL-, CCPG en EDF-richtlijnen kan oraal isotretinoïne ook al meteen gestart worden bij ernstige vormen van acne en niet enkel na falen van eerdere therapie.[21][25][26] Oraal isotretinoïne zou volgens de EDF-richtlijn bij ernstig acne zelfs een hogere graad van aanbeveling hebben dan de orale antibiotica in combinatie met topische producten.[26] De WOREL-richtlijn stelt ook al een behandeling met oraal isotretinoïne voor bij milde tot matige vormen van acne, maar dan wel enkel als voorafgaande therapie gefaald is.[21] Aandachtspunten bij de behandeling met oraal isotretinoïne zijn duidelijk beschreven in de WOREL-richtlijn en komt overeen met de andere richtlijnen. Mogelijke nevenwerkingen gaan van droge huid en mucosae tot anemie, trombocytose- of penie en verhoging van de leverenzymwaarden, totaal cholesterol en triglyceridenspiegels.[21] Oraal isotretinoïne is manifest teratogeen en is aldus absoluut gecontra-indiceerd tijdens de zwangerschap. Er dient een zwangerschapspreventieprogramma toegepast te worden bij het voorschrijven van oraal isotretinoïne in de vruchtbare leeftijd.[22] De dosis en opvolging van isotretinoïne is in de verschillende richtlijnen gebaseerd op de aanbevelingen van de European Medicines Agency.[32] De meest gebruikte dosis is 0,5mg/kg/dag en er dient gestreefd te worden naar een behandelduur die overeenstemt met een cumulatieve dosis van 120-

140 mg/kg. Bij de behandeling met isotretinoïne dient men voor de start, één maand na de start en nadien om de drie maanden een bloedname uit te voeren met een bepaling van het hemoglobine, de leukocyten, de trombocyten, de nierfunctie en het lipidenprofiel.[21]

Bij vrouwen in de reproductieve leeftijd is er nog een additionele optie voor de behandeling van acne. Indien er een anticonceptiewens is, kunnen ook orale anticonceptiva aan de behandeling toegevoegd worden. Elke geïncludeerde richtlijn concludeert dat orale anticonceptiva een verbetering geven in het aantal acneletsels. WOREL, CCPG en EDF raden aan om de orale contraceptiva toe te voegen aan een standaard acne-behandeling.[21][25][26] NHG geeft aan dat het ook ter vervanging van de standaardbehandeling gegeven kan worden bij mildere vormen van acne.[22] Hier kan eventueel in samenspraak met de patiënt en afhankelijk van de ernst van acne beslist worden of dit wordt toegevoegd aan de therapie of niet. Volgens de richtlijnen is er geen duidelijke meerwaarde van één oraal contraceptivum ten opzichte van een ander en er wordt daarom aangeraden het contraceptivum te kiezen aan de hand van de standaard richtlijnen over anticonceptie. De rol van orale contraceptiva in de behandeling van acne wordt samengevat in tabel 6.

Tot slot wordt er in de steekkaart van Domus Medica nog de niet-medicamenteuze therapie aangehaald. De evidentie over de niet-medicamenteuze behandelingen zoals het ontraden van voeding met een hoog glycemische index en de chemische peelings zijn echter zeer beperkt. Deze behandelingen worden naast de WOREL-richtlijn enkel aangehaald in de NICE- en NHG-richtlijn. NICE heeft het effect van verschillende diëten bestudeerd en concludeert dat er onvoldoende Evidence-Based informatie over verschillende diëten beschikbaar is.[23] In NHG onderzochten ze ook huidtherapeutische behandelingen zoals chemische peelings en ze concludeerden eveneens dat er onvoldoende evidentie is om deze therapie systematisch aan te raden als behandeling van acne.[22]

4. Conclusie

Uit deze literatuurstudie kan besloten worden dat de WOREL-richtlijn van acne grotendeels overeenkomt met andere kwalitatieve richtlijnen over acne die rond dezelfde datum of later gepubliceerd werden.

Wat de Domus Medica steekkaart, op basis van de WOREL-richtlijn, over de behandeling van acne betreft, zijn er eventueel enkele kleine aanpassingen mogelijk:

- Over het algemeen is er voor de niet-medicamenteuze behandelingen onvoldoende evidentie om systematisch aan te raden en zou dit uit de steekkaart weggelaten kunnen worden.

- De optie van topische antibiotica in combinatie met niet-antibiotische producten bij milde tot matige acne kan toegevoegd worden.
- Azithromycine in pulse therapie kan bij de mogelijke perorale antibiotica vermeld worden (als eerste keuze volgens BAPCOC).
- De duur van therapie van acne kan nog toegevoegd worden.
- Eventueel kan informatie rond het gebruik, de opvolging en de dosage van oraal isotretinoïne uitgebreider weergegeven worden.

ALGEMENE DOMUS MEDICA VRAGENIJST

1. Methode

Aan de hand van een enquête bevragen we de mening van een groep huisartsen en huisartsen in opleiding over de toepasbaarheid van reeds bestaande richtlijnen en steekkaarten in de klinische praktijk. Deze elektronische vragenlijst werd via de nieuwsbrief van Domus Medica verstuurd. Op de website van Domus medica was er eveneens een link naar deze vragenlijst beschikbaar. Deelname aan de vragenlijst was volledig vrijblijvend. Via de enquête diende men op voorhand toe te stemmen met het informed consent. Deelnemers moesten voldoen aan volgende in- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria:

- Erkend zijn als huisarts of huisarts in opleiding
- Actief zijn als huisarts

Exclusiecriteria:

- Gepensioneerde huisartsen
- Huisartsen die niet praktiserend zijn
- Andere arts-specialisten buiten huisartsgeneeskunde

2. Resultaten

De algemene vragenlijst werd ingevuld door 102 huisartsen, waarvan 97 artsen aangaven dat ze op het moment van het invullen van de enquête actief waren in de klinische praktijk. Deze 97 artsen vervolledigden de vragenlijst, de overige vijf werden geëxcludeerd. Van de 97 geïncludeerde artsen waren er 78 vrouwen en negentien mannen. Eénenveertig van de 97 artsen die de vragenlijst invulden, zijn huisartsen in opleiding. Tweeëndertig van de 97 artsen is maximaal tien jaar actief in de huisartsenpraktijk. Tien van de 97 artsen is maximaal twintig jaar actief in de huisartsenpraktijk. Slechts een kleine minderheid van de respondenten is meer dan twintig jaar actief in de huisartsenpraktijk: zeven van de 97 artsen zijn twintig tot dertig jaar actief, vijf van de 97 artsen zijn dertig tot veertig jaar actief en twee van de 97 artsen zijn meer dan veertig jaar actief (Figuur 2). De meerderheid van de respondenten, namelijk 56 van de 97 artsen werkt in een groepspraktijk (Figuur 3). Tweeënzestig van de 97 respondenten voeren tien tot twintig consultaties uit per dag. Vijfentwintig van de 97 deelnemers voeren twintig tot dertig consultaties uit per dag. Een minderheid voert minder dan tien of meer dan dertig consultaties uit per dag (Figuur 4).

De grote meerderheid van de respondenten pleegt op frequente basis overleg. Overleg wordt door 63 van de 97 huisartsen wekelijks gevoerd en door zeventien van de 97 huisartsen dagelijks. Slechts vier van de 97 deelnemers geeft aan nooit een overleg te organiseren (Figuur 5). Verder bemerken we dat 77 van de 97 artsen zijn consultatievoering voornamelijk baseert op richtlijnen. Slechts een minderheid, namelijk twintig van de 97 respondenten, geeft aan zich grotendeels op praktijkkennis te baseren (Figuur 6). Richtlijnen worden door 76 van de 97 artsen tijdens de consultatie geraadpleegd en door 67 van de 97 artsen na de consultatie. Richtlijnen worden minder gebruikt voor de start van een consultatie (47 van de 97 artsen) en tijdens praktijkoverleg (veertig van de 97 artsen). Eén van de artsen gebruikt nooit richtlijnen (Figuur 7). Van het bestaan van steekkaarten gepubliceerd op de website van Domus Medica zijn 93 van de 97 deelnemers op de hoogte (Figuur 8). Zesenzestig van de 97 respondenten raadpleegt zowel richtlijnen als steekkaarten van Domus Medica. Er zijn 26 huisartsen die geen steekkaarten van Domus Medica gebruiken. Hiervan gebruiken twaalf respondenten noch steekkaarten noch richtlijnen die beschikbaar zijn op de website van Domus Medica. Veertien deelnemers gebruiken enkel de richtlijnen van Domus Medica. Een minderheid, vijf van de 97 respondenten, gebruikt enkel de steekkaarten (Figuur 9). De groep huisartsen die geen steekkaarten van Domus Medica gebruiken (26 van de 97 artsen) geven aan dat ze andere websites dan Domus Medica prefereren (dertien van de 26 artsen), dat ze de steekkaarten niet snel genoeg terugvinden op de website van Domus Medica (tien van de 26 artsen), dat ze liever volledige richtlijnen gebruiken (negen van de 26 artsen), dat ze de steekkaarten niet duidelijk of overzichtelijk vinden (vier van de 26 artsen) en dat ze de steekkaarten reeds vanbuiten kennen (één van de 26 artsen). Bijkomend gaven acht artsen nog andere redenen aan waardoor ze de steekkaarten niet gebruiken zoals het gedateerd zijn van de steekkaarten, het te uitgebreid zijn van de steekkaarten, het onhandig gebruik van de steekkaarten, het onvoldoende toegankelijk zijn voor niet-leden en de noodzaak tot aanmelden op de Domus Medica website (Figuur 10).

Tachtig van de 97 artsen maken gebruik van richtlijnen gepubliceerd op de website van Domus Medica. Zesenzestig van de tachtig huisartsen, zoals hierboven reeds vermeld, maken gebruik van richtlijnen en steekkaarten. Veertien van de tachtig deelnemers gebruiken enkel de richtlijnen van Domus Medica (Figuur 9). Omwille van een fout in de vragenlijst, kregen slechts 62 van de tachtig deelnemers die richtlijnen gebruiken de vraag hoe frequent ze richtlijnen gebruiken. Achtentwintig van de 62 huisartsen raadpleegt richtlijnen op wekelijkse basis. Ongeveer één op drie huisartsen (22 van de 62 deelnemers) raadpleegt maandelijks richtlijnen en vier van de 62 huisartsen raadpleegt de richtlijnen dagelijks (Figuur 11). Eénenzeventig van de 97 artsen maken gebruik van steekkaarten gepubliceerd op de website van Domus Medica. Zesenzestig van de 71 huisartsen maken gebruik van richtlijnen en steekkaarten. Vijf van de 71 deelnemers gebruiken enkel de steekkaarten van Domus

Medica (Figuur 9). Omwille van een fout in de vragenlijst, kregen slechts 54 van de 71 deelnemers die steekkaarten gebruiken de vraag hoe frequent ze steekkaarten gebruiken. Tweeëntwintig van de 54 artsen gebruiken steekkaarten maandelijks, twintig van de 54 artsen gebruiken steekkaarten wekelijks, elf van de artsen gebruiken steekkaarten minder dan maandelijks en slechts één huisarts gebruikt steekkaarten dagelijks (Figuur 12).

De overduidelijke meerderheid van de respondenten zou steekkaarten gebruiken voor aanvullend onderzoek (71 van de 97 artsen) en beleid (94 van de 97 artsen). Een minderheid van de respondenten zou steekkaarten gebruiken voor anamnese (27 van de 97 artsen) en het klinisch onderzoek (24 van de 97 artsen) (Figuur 13). Eénennegentig van de 97 respondenten zou steekkaarten raadplegen via de website van Domus Medica. Veertig van de 97 deelnemers zou gebruik maken van een mobiele app. Achttien van de 97 artsen zou een papieren versie gebruiken (Figuur 14). Een mobiele app zou door de meerderheid (44 van de 97 artsen) uitsluitend op huisbezoek worden geraadpleegd. Zevenendertig van de 97 artsen zou de app zowel tijdens consultatie als huisbezoek raadplegen terwijl slechts één arts de app uitsluitend tijdens consultatie zou gebruiken. Vijftien van de 97 artsen is niet geïnteresseerd in het gebruik van de app (Figuur 15). De meerderheid van de respondenten (92 van de 97 deelnemers) gebruikt richtlijnen, samenvattingen of steekkaarten gepubliceerd op andere platformen dan de website van Domus Medica (Figuur 16). Vierendertig artsen raadplegen andere platformen dagelijks, 46 artsen raadplegen andere platformen wekelijks, tien artsen raadplegen andere platformen maandelijks en twee artsen raadplegen andere platformen minder dan maandelijks (Figuur 17). De platformen die door respondenten het meest geraadpleegd worden, zijn NHG en EBPracticenet. In mindere mate worden ook BCFI, UpToDate, NICE, farmacotherapeutisch kompas, KCE en de website www.huidziekten.nl geraadpleegd. De voornaamste redenen die worden aangehaald om andere platformen te raadplegen, zijn de uitgebreidheid in aanbod (74 van de 92 artsen), de overzichtelijkheid (49 van de 92 artsen), het recent zijn (46 van de 92 artsen), het toegankelijk zijn (veertig van de 92 artsen) en het kosteloos zijn (negentien van de 92 artsen) (Figuur 18). Wanneer uitgebreidheid van het aanbod op de website van Domus Medica expliciet bevraagd wordt, vindt de meerderheid van de respondenten (59 van de 97 artsen) dat er steekkaarten ontbreken van een heel aantal uiteenlopende onderwerpen. Een specifiek onderwerp komt uit de bevraging niet naar boven (Figuur 19).

Vervolgens vergeleken we de vraag ‘Waarop is uw consultatievoering het meest gebaseerd?’ met verschillende kwalitatieve kenmerken zoals ervaring, soort praktijk en aantal consultaties per dag. We zien dat het grootste deel van de HAIO’s (38 van de 41 artsen) hun consultatievoering het meest frequent baseert op richtlijnen. De groep artsen met het meeste ervaring (meer dan twintig jaar)

baseert zijn consultatie verhoudingsgewijs meer op praktijkkennis (zeven van de veertien artsen) (Figuur 20). Bovendien zien we dat een groter aandeel van de artsen die in een solopraktijk werken, zich vaker dan andere artsen baseren op praktijkkennis (Figuur 21). Artsen die nul tot tien consultaties per dag voeren, gebruiken voornamelijk meer richtlijnen. De groep huisartsen die meer dan twintig consultaties per dag voeren, maken in verhouding meer gebruik van praktijkkennis (Figuur 22).

Vervolgens vergelijken we de vraag 'Bent u op de hoogte dat er steekkaarten met betrekking tot verschillende richtlijnen zijn gepubliceerd op de website van Domus Medica?' met het kwalitatieve kenmerk ervaring. We zien dat huisartsen die nul tot twintig jaar ervaring hebben meer op de hoogte zijn van de steekkaarten en richtlijnen gepubliceerd op de website van Domus Medica dan huisartsen die meer dan twintig jaar ervaring hebben (Figuur 23).

Tenslotte vergeleken we de vraag 'Maakt u in de klinische praktijk gebruik van de richtlijnen en/of steekkaarten gepubliceerd op de website van Domus Medica?' met het kwalitatieve kenmerk ervaring. We zien dat artsen in opleiding of artsen met minder dan tien jaar ervaring voornamelijk gebruik maken van steekkaarten. Van de groep artsen met meer dan twintig jaar ervaring maakt een groter gedeelte nooit gebruik van richtlijnen en steekkaarten. De meerderheid van alle groepen maakt gebruik van richtlijnen en/of steekkaarten gepubliceerd op de website van Domus Medica (Figuur 24).

3. Discussie

Het grootste deel van de respondenten op deze enquête zijn jonge, vrouwelijke huisartsen die in een groepspraktijk werken en gemiddeld tien tot twintig patiënten per dag zien. De enquête heeft voornamelijk huisartsen in opleiding bereikt en slechts een beperkt aantal artsen met veel ervaring. In vergelijking met de jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen in België 2021[33], is de deelnemersgroep geen representatieve groep van de gehele huisartsenpopulatie. Dit heeft als gevolg dat er met voorzichtigheid omgegaan moet worden met de conclusies die we uit deze enquête trekken.

De enquête werd verstuurd via de online Domus Medica nieuwsbrief. Daarnaast was de link naar de enquête ook terug te vinden op de Domus Medica website. Tot slot werd er nog in de seminariegroepen van de auteurs gevraagd om deel te nemen aan de enquête. Op deze manier werden helaas onvoldoende deelnemers en geen representatieve groep bereikt. Een grote groep artsen die geen mails ontvangt van Domus Medica valt hierdoor uit de boot. Mogelijks is dit juist een groep artsen die minder op de hoogte is van richtlijnen en steekkaarten van Domus Medica. Er is

daarentegen wel een goede vertegenwoordiging van jonge huisartsen en HAIO's, wellicht ook diegenen die het meest gebruik maken van steekkaarten. Indien in de toekomst verder onderzoek hiernaar gewenst zou zijn, wordt de enquête best ook op andere manieren verspreid. Mogelijke opties zijn onder andere de enquête in verschillende LOK-groepen of via de huisartsenwachtposten te verspreiden.

Verder bemerken we dat Evidence-Based Medicine een opkomende benadering van de huisartsengeneeskunde is. De overgrote meerderheid geeft aan dat de consultatievoering voornamelijk op richtlijnen is gebaseerd en niet op praktijkkennis. Dit komt echter niet overeen met reeds bestaande literatuur waaruit blijkt dat over het algemeen nog te weinig richtlijnen worden geïmplementeerd. [8][9][7][10] Daarnaast is deze enquête ook niet verder ingegaan op wat artsen precies verstaan onder praktijkvoering op basis van richtlijnen. Richtlijnen worden doorheen de tijd regelmatig aangepast om deze up-to-date te houden. De vraag is of artsen die aangeven dat ze zich voornamelijk op richtlijnen baseren ook regelmatig de richtlijnen herbekijken en met welke frequentie. De mogelijkheid bestaat dat deze artsen zich baseren op gedateerde richtlijnen. Het feit dat de enquête meer artsen geëngageerd binnen de opleiding of leden van Domus Medica bereikte, is een mogelijks beïnvloedende factor in het meer Evidence-Based handelen.

Als we de vraag 'Waarop is uw consultatievoering het meest gebaseerd' vergelijken met de hoeveelheid ervaring die een arts heeft, zien we dat in verhouding artsen die recent gestart zijn zich het frequentst op richtlijnen baseren. Oudere artsen baseren hun consultatievoering verhoudingsgewijs minder op richtlijnen en meer op praktijkkennis, hoewel hier ook de meerderheid aangeeft zich voornamelijk op richtlijnen te baseren. Het ligt in de lijn van onze verwachtingen dat meer ervaren artsen sneller op hun praktijkkennis terugvallen. Nochtans is het ook in deze groep heel belangrijk om up-to-date te blijven en geregeld een richtlijn of steekkaart te herbekijken. Gezien we slechts een zeer beperkte groep artsen met meer dan twintig jaar praktijkervaring hebben bereikt, moeten we dit met voorzichtigheid interpreteren. Het zou interessant kunnen zijn om in toekomstige vragenlijsten een grotere groep meer ervaren artsen te ondervragen en te bekijken of deze conclusie bevestigd wordt. Als effectief bevestigd wordt dat meer ervaren artsen zich op praktijkkennis baseren en minder frequent richtlijnen raadplegen, kan verder bevraagd worden hoe richtlijnen en steekkaarten specifiek deze groep meer zouden kunnen bereiken.

Wanneer we consultatievoering op basis van richtlijnen of praktijkkennis vergelijken met de hoeveelheid patiënten die een arts gemiddeld op een dag ziet, blijkt dat artsen die minder patiënten zien op een dag, zich meer baseren op richtlijnen dan op praktijkkennis. Mogelijke verklaringen hiervoor kunnen zijn dat deze artsen meer tijd hebben om tussendoor richtlijnen te raadplegen of

dat de artsen met een lager patiëntenaantal per dag over het algemeen ook minder ervaren artsen zijn. Daarnaast neemt een groot aantal HAIO's deel aan deze enquête met nog beperkte praktijkkennis en over het algemeen minder consultaties per dag wat het algemeen resultaat kan beïnvloeden.

Bijna alle deelnemers van de enquête zijn op de hoogte van het bestaan van de Domus Medica richtlijnen en steekkaarten. Deze zouden door de helft ook op wekelijkse basis gebruikt worden. Gezien deze enquête verpreid is via de Domus Medica nieuwsbrief en via een link op de site van Domus Medica, kan dit een vertekend beeld geven en moeten we voorzichtig zijn met het concluderen dat de steekkaarten en richtlijnen van Domus Medica bij nagenoeg alle huisartsen gekend zijn.

In een recent artikel waarin de rol van Domus Medica in ondersteuning naar huisartsen toe onderzocht werd, bleek dat bijna 80% van de huisartsen aangaf dat Domus Medica hen het meest zou kunnen helpen met het verspreiden van praktische tools. Bij verder navragen waar Domus Medica in de toekomst het meest op zou moeten inzetten, bleek het verspreiden en maken van nieuwe steekkaarten bij de drie meest verkozen opties te staan, naast het ontwikkelen van E-learnings en het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen. Verder aanvullen van steekkaarten is volgens de meerderheid van de deelnemende huisartsen dus een belangrijke taak.[34] Uit onze enquête blijkt dat steekkaarten het frequentst gebruikt worden voor aanvullend onderzoek en beleid. Steekkaarten worden minder frequent geraadpleegd voor opzoekingen rond anamnese en klinisch onderzoek. We kunnen hieruit concluderen dat in toekomstige steekkaarten de focus voornamelijk mag liggen op aanvullend onderzoek en beleid. De anamnese en het klinisch onderzoek kan in steekkaarten beknopter weergegeven worden.

Ondanks dat nagenoeg alle deelnemers op de hoogte zijn van de steekkaarten of richtlijnen van Domus Medica, kunnen we uit de enquête afleiden dat er toch nog een relatief grote groep artsen (26 van de 97 deelnemers) hier geen gebruik van maakt. Dit aantal is mogelijks niet representatief en kan een onderschatting ten opzichte van de algemene huisartsenpopulatie zijn gezien de manier van verspreiding van de enquête. De voornaamste reden voor het niet gebruiken van de Domus Medica steekkaarten en richtlijnen is dat bij deze groep andere platformen dan Domus Medica de voorkeur genieten. De belangrijkste redenen hiervoor zijn het beperkt aanbod, de beperkte toegankelijkheid en het gedateerd zijn van steekkaarten en richtlijnen gepubliceerd op de website van Domus Medica. Indien men in de toekomst een frequenter gebruik van de Domus Medica steekkaarten of richtlijnen wil bereiken, zijn dat enkele punten waar rekening mee gehouden kan worden.

Twaalf van de 97 artsen gaven aan geen gebruik te maken van andere beschikbare platformen voor richtlijnen of steekkaarten buiten de Domus Medica website. Of er artsen zijn die nooit steekkaarten of richtlijnen gebruiken, noch die van Domus Medica noch die van andere platformen, valt uit deze enquête niet af te leiden.

4. Conclusie

Over het algemeen zien we dat Evidence-Based Medicine op basis van richtlijnen goed ingeburgerd is bij de respondenten. Het overgrote deel van de deelnemende artsen baseert zijn praktijkvoering op richtlijnen. De Domus Medica richtlijnen en steekkaarten zijn bij nagenoeg alle respondenten gekend. Echter worden deze Domus Medica richtlijnen en steekkaarten niet door iedereen gebruikt en wordt er vaak voorkeur gegeven aan andere platformen. Volgens de enquête is er voornamelijk ruimte voor verbetering wat betreft de uitgebreidheid van het aanbod, het up-to-date zijn en het toegankelijkheid zijn van de steekkaarten en richtlijnen. De steekkaarten worden voornamelijk gebruikt voor aanvullend onderzoek en beleid. Hier kan in de toekomst dan ook de focus opgelegd worden bij het ontwikkelen van nieuwe steekkaarten. Bij het analyseren van deze bevindingen dienen we echter een belangrijke kanttekening te maken. De enquête werd voornamelijk ingevuld door jonge, vrouwelijke huisartsen (in opleiding) wat geen representatieve groep is ter weerspiegeling van de huisartsenpopulatie in Vlaanderen. Er werd een beperkt aantal artsen met meer ervaring bereikt. Dit heeft tot gevolg dat er met voorzichtigheid met de resultaten dient omgegaan te worden.

SPECIFIEKE VRAGENLIJST PER STEEKKAART EN INTERVIEWS

1. Methode

We organiseerden een PO-project voor huisartsen in opleiding (HAIO's) en hun praktijkopleiders (PO's) via de door het ICHO opgestelde seminariegroepen van 2021-2022. Het PO-project heeft als doel om een specifieke steekkaart onder de loep te nemen. De specifieke steekkaart die we analyseerden voor deze masterpaper is de steekkaart gebaseerd op de richtlijn 'Acne'. De specifieke steekkaarten die werden geanalyseerd voor andere masterpapers waarmee we nauw samenwerkten, zijn de steekkaarten gebaseerd op de richtlijnen met volgende titels: 'Aanhoudende hoest bij kinderen', 'Richtlijnen voor de diagnose, behandeling, opvolging en verwijzing van infecties met Chlamydia trachomatis in de eerste lijn', 'Acute keelpijn' en 'Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk'. Voor het PO-project werd aan alle deelnemers gevraagd om de algemene vragenlijst in te vullen. Vervolgens stelden we de steekkaarten voor aan de hand van een PowerPoint-presentatie. Nadien werd er een specifieke vragenlijst en interview per steekkaart afgenomen. Tijdens het interview bespraken we de antwoorden van de deelnemers op de specifieke vragenlijst mondeling in groep. Van deze mondelinge bespreking werd een geluidsopname gemaakt dewelke door de onderzoekers schriftelijk en anoniem verwerkt werd. De resultaten die we concludeerden uit deze interviews dienen om de reeds bestaande steekkaarten te verbeteren en om de steekkaarten die in de toekomst ontwikkeld zullen worden beter af te stemmen op de noden van huisartsen.
De gesuggereerde aanpassingen stelden we voor aan een panel bestaande uit de auteurs van de steekkaarten, de co-promotor (Olivia Vandeput) en de promotor (Paul Van Royen). Aan de hand van een consensus werden deze aanpassingen al dan niet toegepast op de steekkaart die officieel gepubliceerd zal worden op de website van Domus Medica.

2. Resultaten

   a. Specifieke vragenlijst per steekkaart

Aan het PO-project namen negentien artsen deel waarvan dertien HAIO's en zes PO's. Alle deelnemende artsen (19/19) gaven aan de steekkaart van acne nuttig te vinden. De overgrote meerderheid (17/19) zou de steekkaart zelf ook gebruiken in de dagelijkse praktijk. Slechts twee van de negentien artsen gaven aan de steekkaart waarschijnlijk niet zelf te gebruiken. Beide artsen schreven als reden neer dat de inhoud van de steekkaart reeds goed gekend is. De twee artsen waren beide praktijkopleiders.

Het grootste deel van de artsen (17/19) gaf aan dat de informatie die ze nodig hadden gemakkelijk terug te vinden is in de steekkaart. Slechts twee artsen vonden dit niet het geval. Eén arts vond voornamelijk de behandelduur van acne niet gemakkelijk terug. De andere arts specifieerde verder niet wat hij/zij moeilijker terug te vinden vond in de steekkaart.

Net iets meer dan de helft (10/19) van deelnemende artsen gaf aan dat de steekkaart te beknopt was. Geen enkele arts vond de steekkaart te uitgebreid. Volgende punten werden door de verschillende artsen aangehaald als mogelijke uitbreidingen bij de originele steekkaart:

- Beeldmateriaal bij de verschillende gradaties van acne
- Nevenwerkingen van de medicatie
- Extra accentueren van de teratogeniciteit van oraal isotretinoïne
- Welk gecombineerd oraal contraceptivum preparaat de voorkeur geniet bij acne
- Het psychologische aspect rond acne
- Redenen voor verwijzing naar de tweede lijn

b. Interviews

In het inteview werden dezelfde inhoudelijke opmerkingen gegeven en zijn geen nieuwe zaken aan het licht gekomen. Twee artsen gaven wel nog aan dat ze een doorkliksysteem waarbij je vanuit de steekkaart kan doorklikken naar meer uitgebreide informatie rond een bepaald deel dat je op dat moment nodig hebt, heel gemakkelijk zouden vinden. Dit werd door het grootste deel van de andere deelnemende artsen ook bevestigd.

In samenspraak met het panel werd beslist welk van bovenstaande opmerkingen nog extra in de steekkaart vermeld konden worden (zoals hierboven in de methoden beschreven). Uiteindelijk werden de foto's bij de gradaties van acne, de vorm van anticonceptie bij acne en de redenen voor verwijzing naar de tweede lijn aan de oorspronkelijk steekkaart toegevoegd. De teratogeniciteit bij oraal isotretinoïne werd ook extra geaccentueerd door deze tekst in de nieuwe versie van de steekkaart te arceren. Er werd gezamenlijk besloten de overige twee opmerkingen (het psychologische aspect rond acne en nevenwerkingen van de medicatie) niet mee op te nemen in de steekkaart. Hoewel dit ook nuttige en belangrijke informatie is, werd unaniem door het panel besloten dat deze informatie te uitgebreid is om aan een steekkaart toe te voegen.

3. Conclusie

De steekkaart is bruikbaar in de klinische praktijkvoering en kan nuttig zijn om snel en efficiënt een correcte behandeling voor acne in te stellen. De overgrote meerderheid van de deelnemende artsen gaf dan ook aan dat ze zelf gebruik zouden maken van de steekkaart. Enkele door de respondenten aangegeven tekortkomingen werden aan de finale versie van de steekkaart toegevoegd.

BESLUIT

Een literatuurstudie met betrekking tot de WOREL-richtlijn ‘Acne’ werd uitgevoerd om te beoordelen of de behandeling van acne in de richtlijn ‘Acne’ overeenstemt met andere kwalitatieve richtlijnen rond hetzelfde onderwerp. We kunnen besluiten dat de richtlijn ‘Acne’ grotendeels overeenstemt met andere kwalitatieve richtlijnen. Aan de hand van de resultaten werden enkele kleine aanpassingen uitgevoerd aan de reeds bestaande steekkaart van Acne.

Een algemene vragenlijst met betrekking tot het gebruik van implementatiemateriaal gebaseerd op Belgische richtlijnen toont dat richtlijnen en steekkaarten niet door alle respondenten worden gebruikt en dat er voorkeur wordt gegeven aan andere platformen dan de website van Domus Medica. Volgens de vragenlijst is er voornamelijk ruimte voor verbetering wat betreft de uitgebreidheid van het aanbod, het up-to-date zijn van steekkaarten en richtlijnen en de toegankelijkheid van steekkaarten en richtlijnen op de website van Domus Medica. De steekkaarten worden voornamelijk gebruikt voor aanvullend onderzoeken en beleid. Hier dient men in de toekomst de focus op te leggen bij het ontwikkelen van steekkaarten.

De ontwikkelde steekkaart met betrekking tot ‘Acne’ is bruikbaar in de klinische praktijkvoering en kan nuttig zijn om snel en efficiënt een correcte behandeling voor acne in te stellen. Enkele door de respondenten aangegeven tekortkomingen, zoals toevoegen van beeldmateriaal, benadrukken van teratogeniciteit van oraal isotretinoïne en welk contraceptiva de voorkeur geniet bij acne, werden aan de finale versie van de steekkaart toegevoegd. De ontwikkelde steekkaart zal gepubliceerd worden op de website van Domus Medica.

REFERENTIES

1. Gezondheid en wetenschap. What is Evidence-Based Medicine? [Internet]. [cited 2022 Aug 9]. Available from: https://www.gezondheidenwetenschap.be/over-het-project/wat-is-evidence-based-medicine

2. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E. Clinical Practice Guidelines We Can Trust [Internet]. 2011. 300 p. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209546/#ddd00032

3. werkgroep ontwikkeling richtlijnen eerste lijn - ebmpracticenet [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 12]. Available from: https://www.ebp-guidelines.be/who

4. werkgroep ontwikkeling richtlijnen eerste lijn - ebmpracticenet [Internet]. [cited 2022 Aug 9]. Available from: https://www.ebp-guidelines.be/what?

5. Onze missie | Domus Medica [Internet]. [cited 2021 Oct 12]. Available from: https://www.domusmedica.be/onze-missie

6. DOMUS MEDICA VZW STAATSBLAD PUBLICATIES en JAARREKENINGEN (BE0410872303) [Internet]. [cited 2021 Oct 12]. Available from: https://www.staatsbladmonitor.be/bedrijfsfiche.html?ondernemingsnummer=0410872303

7. Grol R. Implementing guidelines in general practice care. Qual Health Care [Internet]. 1992;1(3):184–91. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10136861/

8. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. Implement Sci [Internet]. 2012;7(1):1. Available from: https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-7-50

9. Lugtenberg M, van Zegers-Schaick JM, Westert GP, de Vries PR, Evertse AJ, Burgers JS. Welke barrières ervaren huisartsen bij de toepassing van aanbevelingen uit NHG-Standaarden? Huisarts Wet [Internet]. 2010;53(1):13–9. Available from: https://www.henw.org/artikelen/welke-barrieres-ervaren-huisartsen-bij-de-toepassing-van-aanbevelingen-uit-nhg-0

10. Grol R, Braspenning J, Dijkstra R, Hulscher M, Wensing M. Implementation of NHG guidelines: Success or problem? | Implementatie van NHG-Standaarden: Succes of probleem? Huisarts Wet [Internet]. 2010;53(1):42–6. Available from: https://www.henw.org/artikelen/implementatie-van-nhg-standaarden-succes-probleem

11. Field MJ, Lohr KN. Implementing Guidelines: Overview and Illustrative Cases. 1992; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234499/

12. Hayward RSA, Guyatt GH, Moore K-A, McKibbon A, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines [Internet]. 1997. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9220923/

13. Atkins D, Best D, Briss P, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S. Grading quality of evidence and strength of recommendations. The GRADE Working Group. Br Med J (Clin Res Ed) [Internet]. 2004;328(June):328(7454):1490. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC428525/pdf/bmj32801490.pdf

14. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C in 't, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. BMJ Br Med J. 1998 Sep;317(7162):858.

15. Siriwardena AN. Clinical guidelines in primary care: a survey of general practitioners' attitudes and behaviour. Br J Gen Pract. 1995;45(401):643.

16. 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) [Internet]. 2008 Feb;85(2):148–61. Available from: https://journals.lww.com/joem/Abstract/2000/04000/Beliefs_About_and_Use_of_Occupational_Medicine.7.aspx

17. Beliefs About and Use of Occupational Medicine Practice Guid... : Journal of Occupational and Environmental Medicine.

18. Michie S, Pilling S, Garety P, Whitty P, Eccles MP, Johnston M, et al. Difficulties implementing a mental health guideline: an exploratory investigation using psychological theory. Implement Sci. 2007;2(1):8.

19. Nuckols TK, Lim Y-W, Wynn BO, Mattke S, MacLean CH, Harber P, et al. Rigorous Development does not Ensure that Guidelines are Acceptable to a Panel of Knowledgeable Providers. J Gen Intern Med. 2008 Jan;23(1):37.

20. Gawkrodger DJ, Ardern-Jones MR. Dermatology. Sixth Edit. Sheffield; 2017. 141 p.

21. Koeck P, Germonpré S, Dewachter J, Lambert J. Richtlijn Acne. EBM Pract. 2017;1–34.

22. Bruinsma M, Jaspar G, Verhoeven I, Verstappen V, van Vugt S, van der Zee H, et al. NHG-Standaard Acne (M15). Ned Huisartsen Genoot. 2017;1–54.

23. Cons J, Healy E, Higgins J, Joy K, Mackenzie S, Penzer-Hick R, et al. Guideline Acne vulgaris : management. Nice Guid. 2021;1–43.

24. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, Alikhan A, Baldwin HE, Berson DS, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol. 2016;22(4):676–80.

25. Asai Y, Baibergenova A, Dutil M, Humphrey S, Hull P, Lynde C, et al. Management of acne: Canadian clinical practice guideline. CMAJ. 2016;188(2):118–26.

26. Nast A, Dréno B, Bettoli V, Bukvic Mokos Z, Degitz K, Dressler C, et al. European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne – update 2016 – short version. J Eur Acad Dermatology Venereol. 2016;30(8):1261–8.

27. Hayashi N, Akamatsu H, Iwatsuki K, Shimada-Omori R, Kaminaka C, Kurokawa I, et al. Japanese Dermatological Association Guidelines: Guidelines for the treatment of acne vulgaris 2017. J Dermatol. 2018;45(8):898–935.

28. Koufogiannakis D, Brettle A. Agree. Being Evid Based Libr Inf Pract. 2018;59–70.

29. Christiaans T. BCFI [Internet]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/start

30. BAPCOC. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk. 2021;27–27. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/belgische_gids_bapcoc_nl_2021_a4_2.pdf

31. Kim JE, Park AY, Lee SY, Park YL, Whang KU, Kim HJ. Comparison of the efficacy of azithromycin versus doxycycline in acne vulgaris: A meta-analysis of randomized controlled trials. Ann Dermatol. 2018;30(4):417–26.

32. Hill B, Sussex W, Hill B, Sussex W. EMEA (2003) Annex II: Scientific conclusions and grounds for amendment of the summary(ies) of product characteristics presented by the EMEA. 2003; Available from: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Referrals_document/Isotretinoin_29/WC500010881.pdf

33. Mahieu T, Albert L, Deghorain C, Camerlinckx J, Chbaral Z, Dewallef E, et al. Statistieken van

de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen in België, volgens geslacht, leeftijd, gewest en provincie op 31/12/2021 [Internet]. 2021. Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-statan-2021-detailstatistieken

34. Vandeput O, Merckx M. De rol van Domus Medica in richtlijnontwikkeling. Wat zijn de verwachtingen van de huisarts? 2020;

AUTEURS

Rekening houdend met de ICMJE richtlijnen kwam deze studie tot stand door Prof. Dr. Van Royen Paul, Dr. Vandeput Olivia, Janssen Anneleen en Kelgtermans Kaat. Prof. Dr. Van Royen is hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen en werkt deeltijds eveneens als huisarts. Prof Dr. Van Royen was bijkomend ook decaan van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van 2012 – 2018 aan de Universiteit Antwerpen. Heden is hij werkzaam als voorzitter in de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Bevolkingsgezondheid. Dr. Vandeput is werkzaam als huisarts. Hiernaast is zij regionaal coördinator van het interuniversitair centrum voor huisartsgeneeskunde en bestuurslid van de huisartsenwachtpost regio Heist. Janssen Anneleen is coördinator richtlijnen binnen Domus Medica. Kelgtermans Kaat is laatstejaars master-na-masterstudent Huisartsgeneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven.

CONFLICT OF INTEREST

De auteurs vermelden geen belangenvermenging.

FINANCIAL DISCLOSURE

Elk van de auteurs verklaart geen financieel voordeel te hebben door het uitbrengen van deze wetenschappelijke research.

FUNDING

De auteurs vermelden dat er geen sprake is van financiële steun die het onderzoek faciliteren.

ACKNOWLEDGEMENT

Er zijn geen andere personen dan de co-auteurs die geholpen hebben bij het tot stand brengen van de studie.

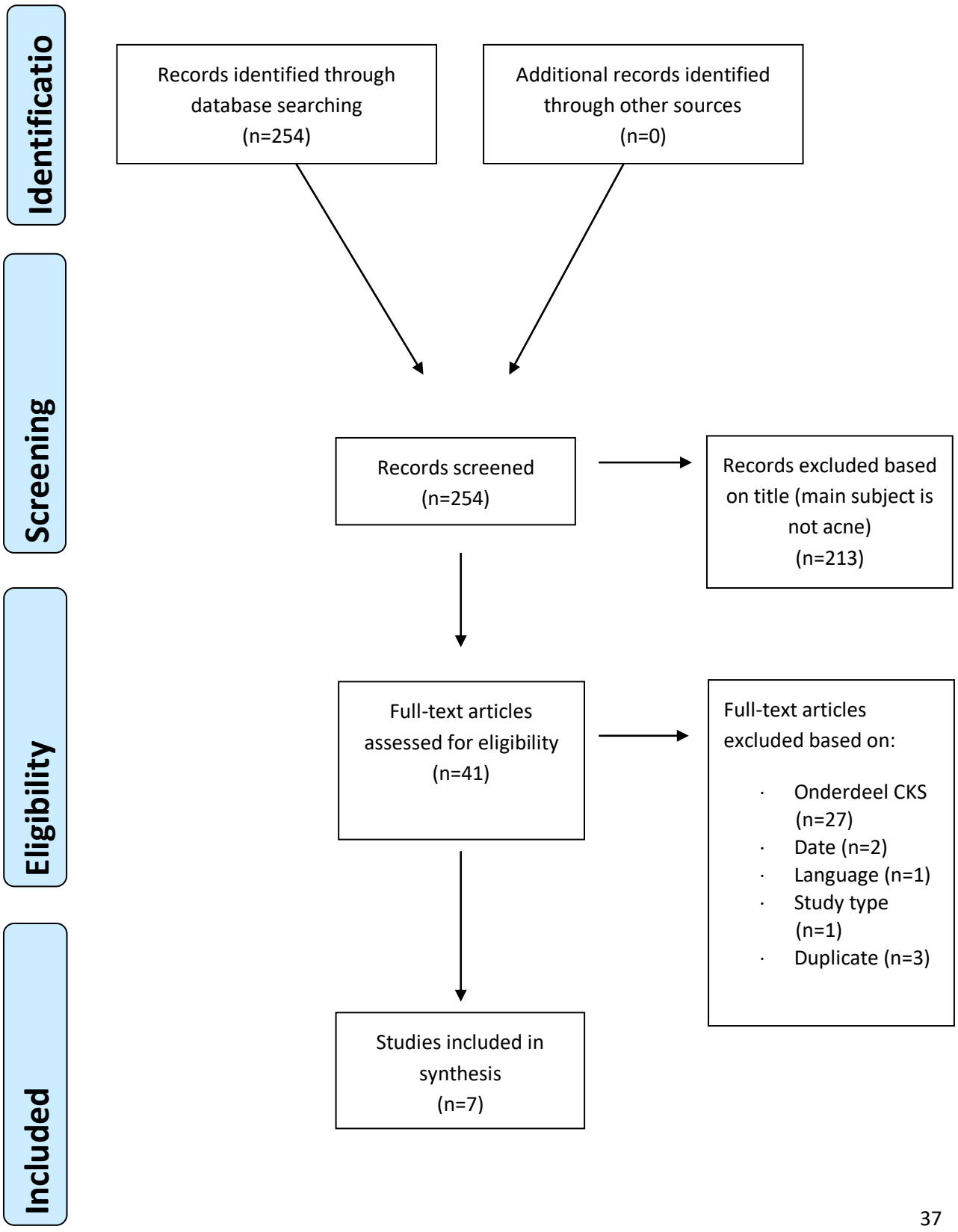
GOEDKEURING ETHISCH COMITE

Het onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van Universiteit Antwerpen (Figuur 24).

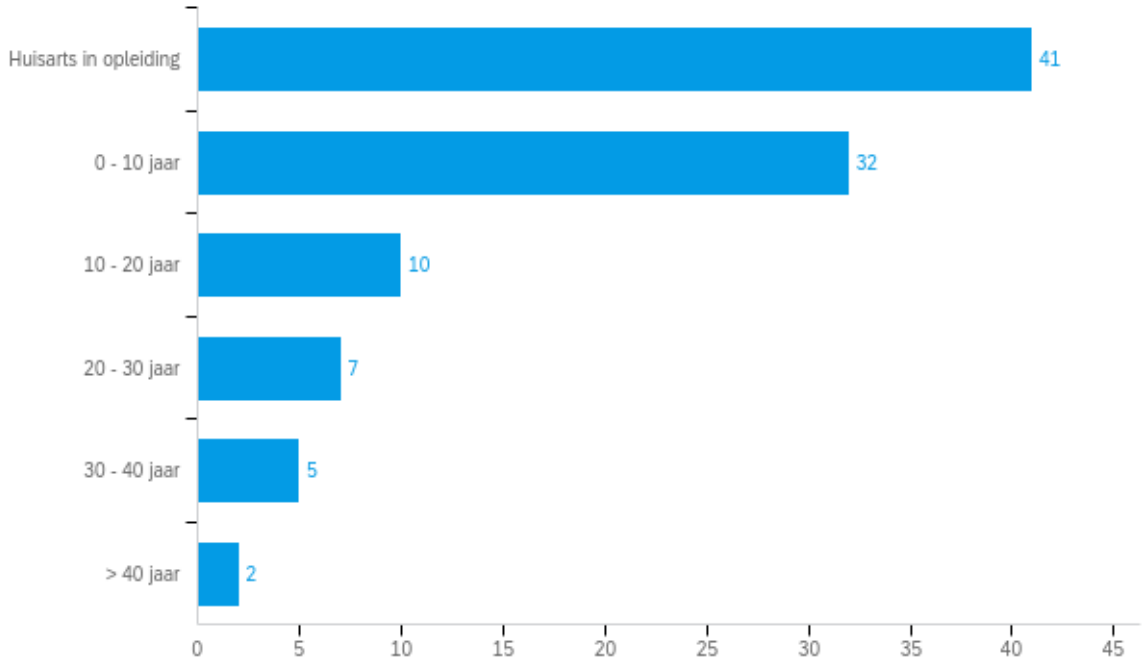
BIJLAGEN

1. Figuren

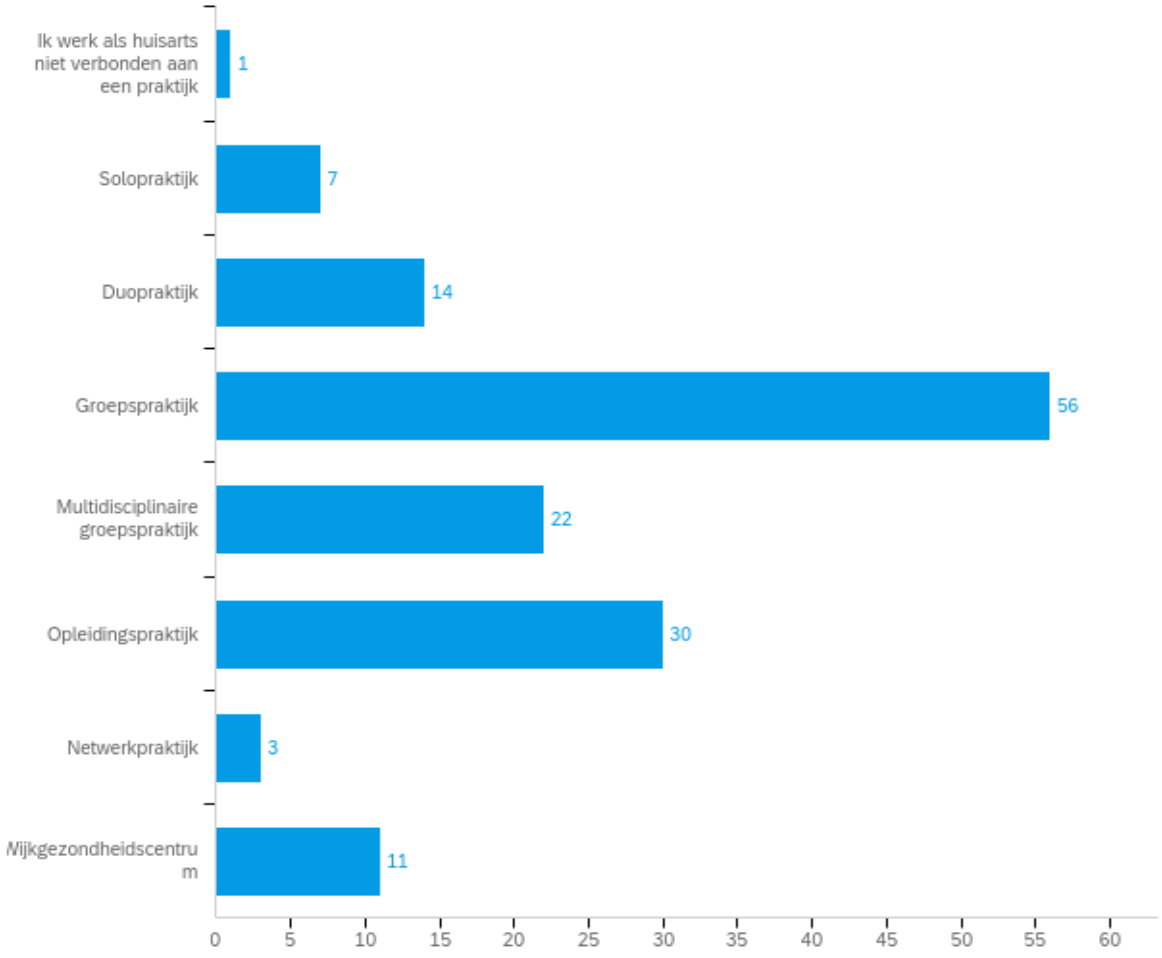
Figuur 1: **Flowdiagram van de literatuursearch betreffende de richtlijn 'Acne' –** Onderstaand flowdiagram demonstreert het verloop doorheen de verschillende fasen van de literatuursearch.



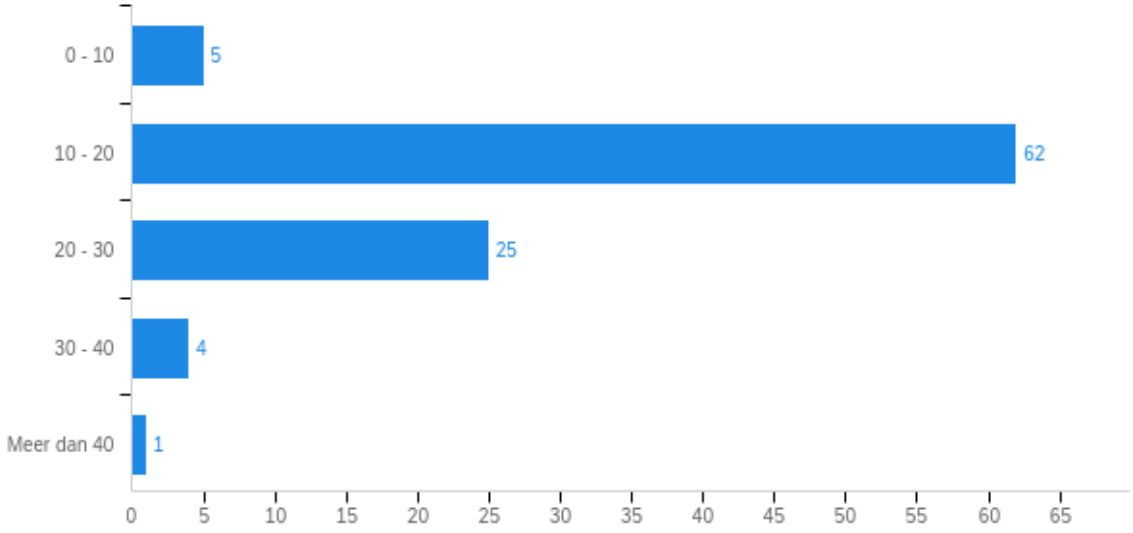
Figuur 2: **Ervaring huisartsen in de klinische praktijk** - Onderstaande afbeelding toont het aantal jaren ervaring van huisartsen die de algemene vragenlijst invulden.



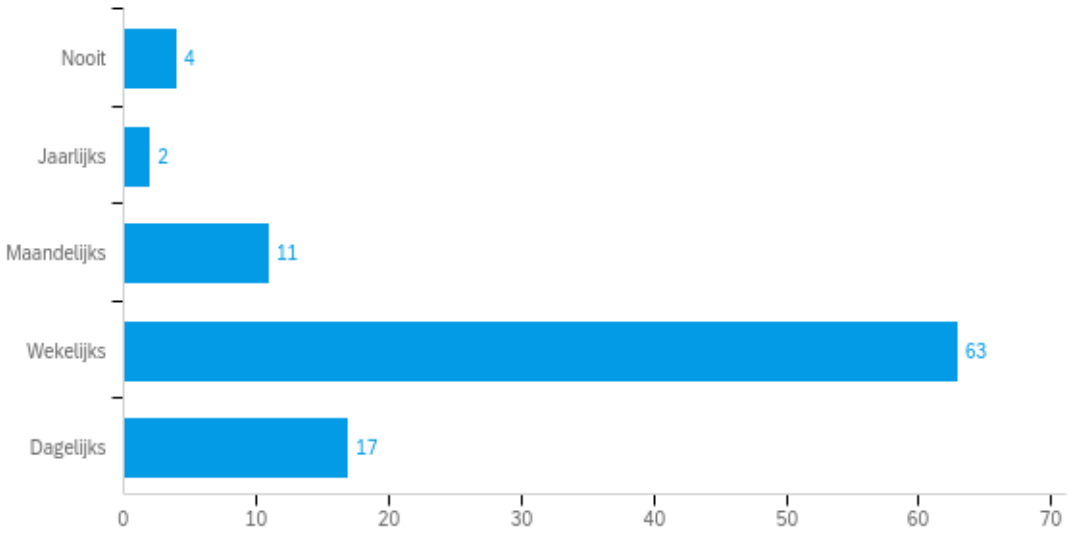
Figuur 3: **Soort huisartsenpraktijk** - Onderstaande afbeelding toont de soort praktijk waarin huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, tewerkgesteld zijn.



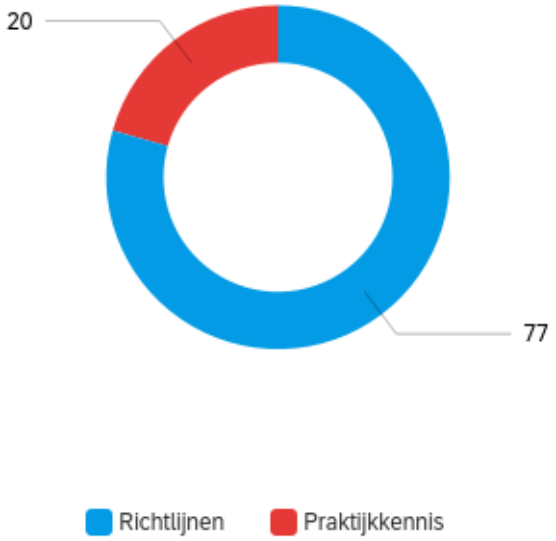
Figuur 4: **Aantal consultaties per dag** - Onderstaande afbeelding toont het aantal consultaties dat een huisarts, die de algemene vragenlijst invulde, gemiddeld per dag voert.



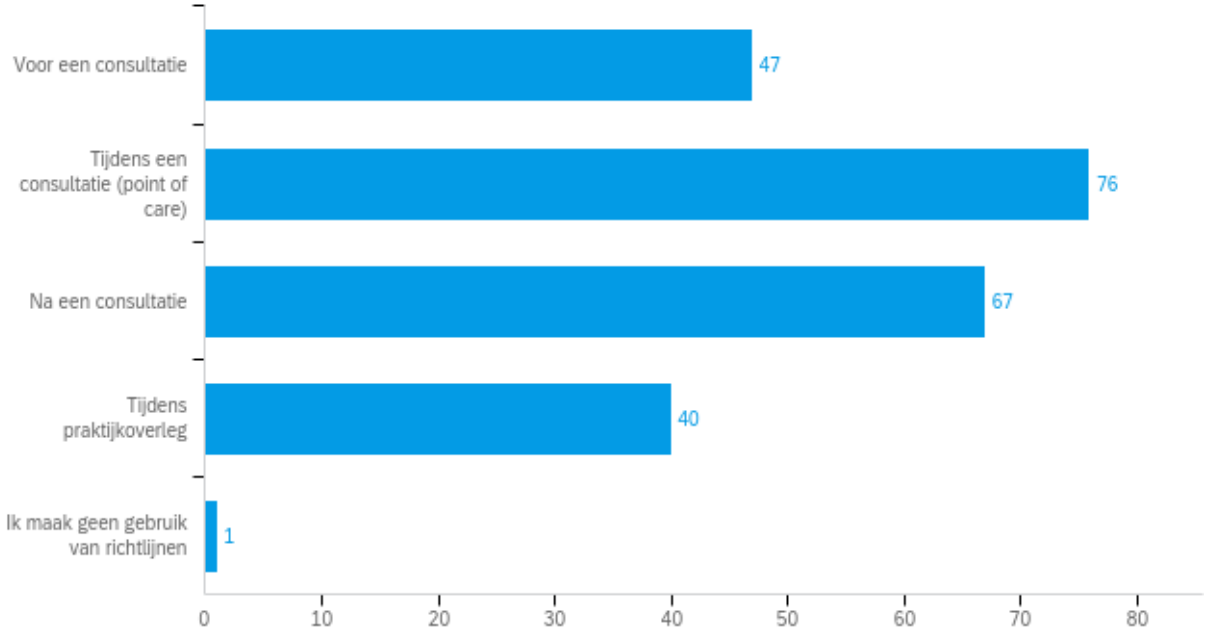
Figuur 5: **Organisatie van overlegmomenten** - Onderstaande afbeelding toont hoe frequent een overlegmoment wordt georganiseerd in de huisartsenpraktijk door huisartsen die de algemene vragenlijst invulden.



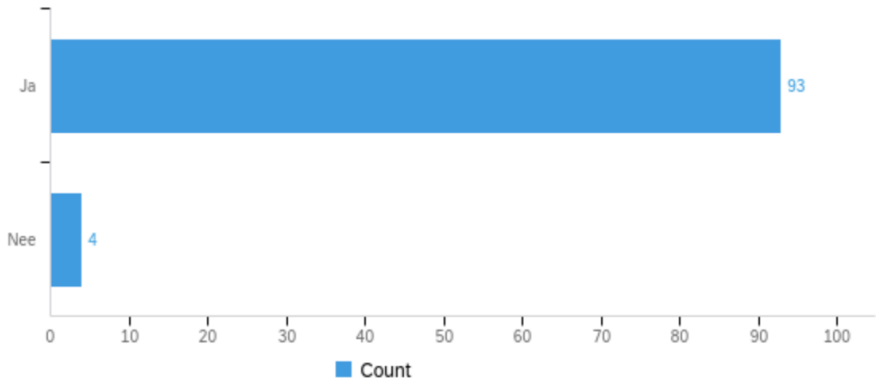
Figuur 6: **Basis van consultatievoering** - Onderstaande afbeelding toont in welke mate huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, zich tijdens consultatievoering baseren op praktijkkennis of richtlijnen.



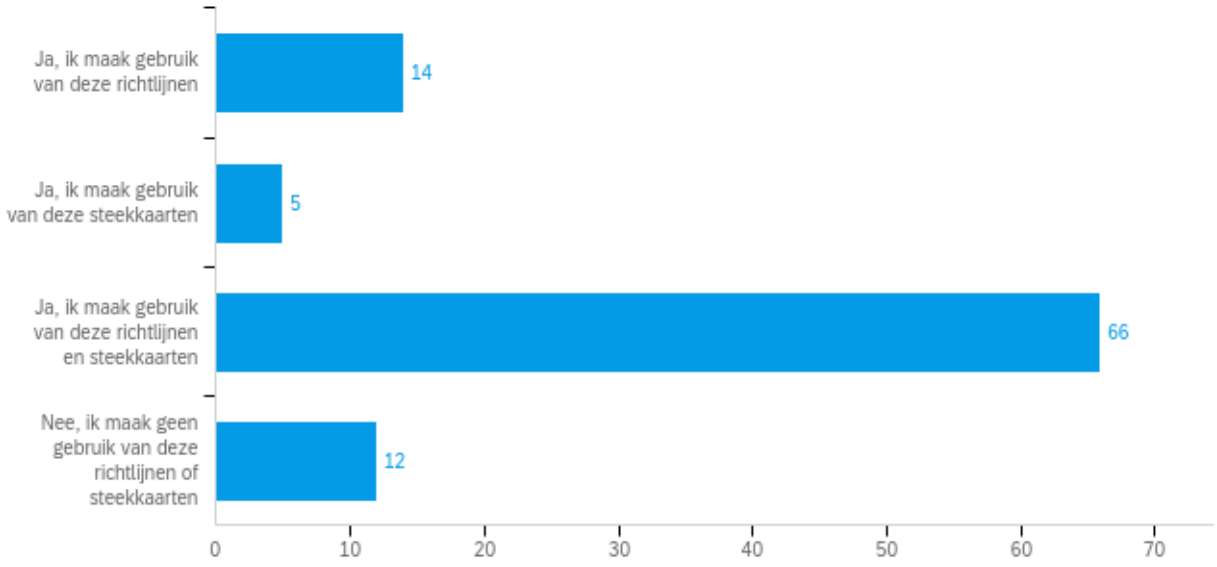
Figuur 7: **Gebruik van richtlijnen tijdens consultatievoering** - Onderstaande afbeelding toont wanneer richtlijnen voornamelijk gebruikt worden door huisartsen die de algemene vragenlijst invulden.



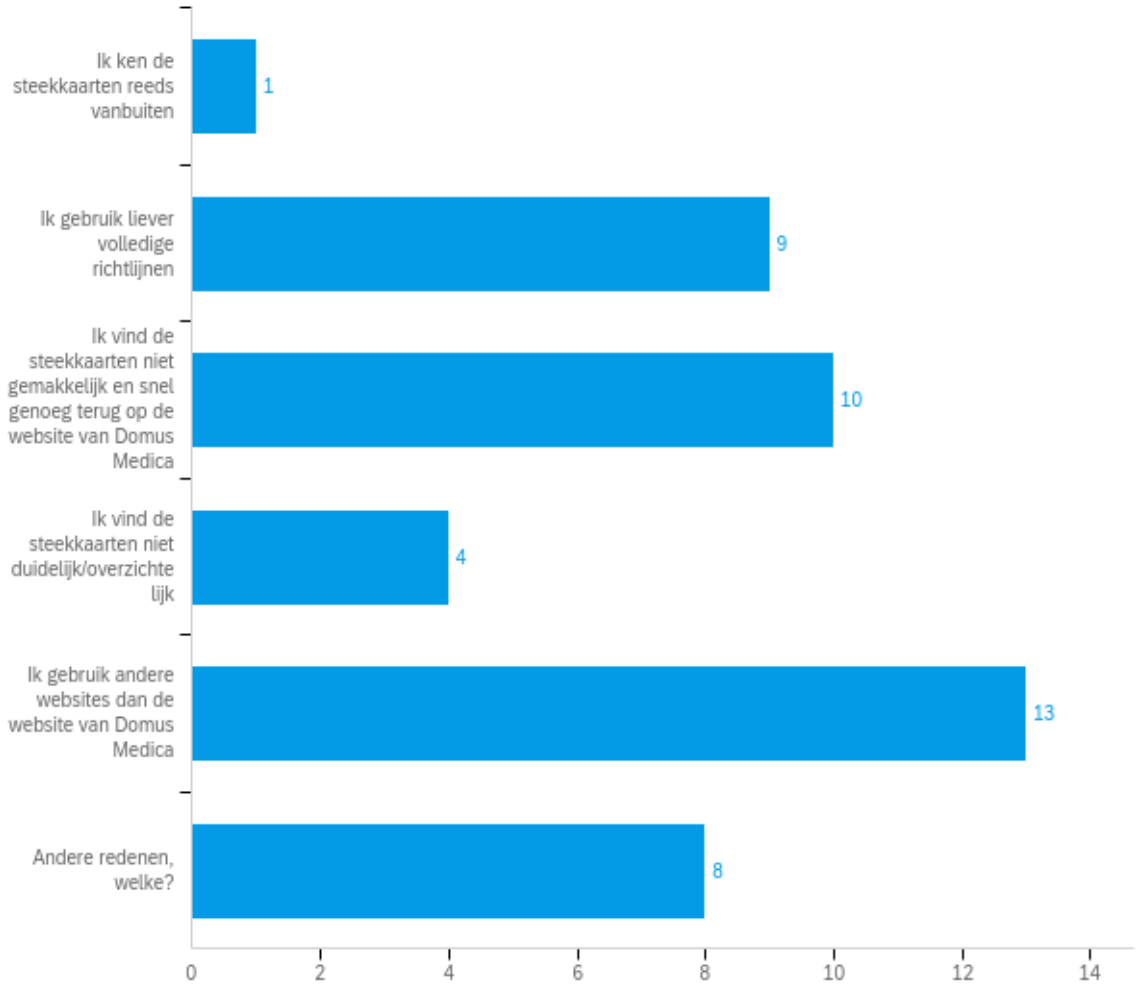
Figuur 8: **Op de hoogte zijn van Domus Medica steekkaarten** – Onderstaande afbeelding toont hoeveel huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, op de hoogte zijn van het bestaan van steekkaarten gepubliceerd op de website van Domus Medica.



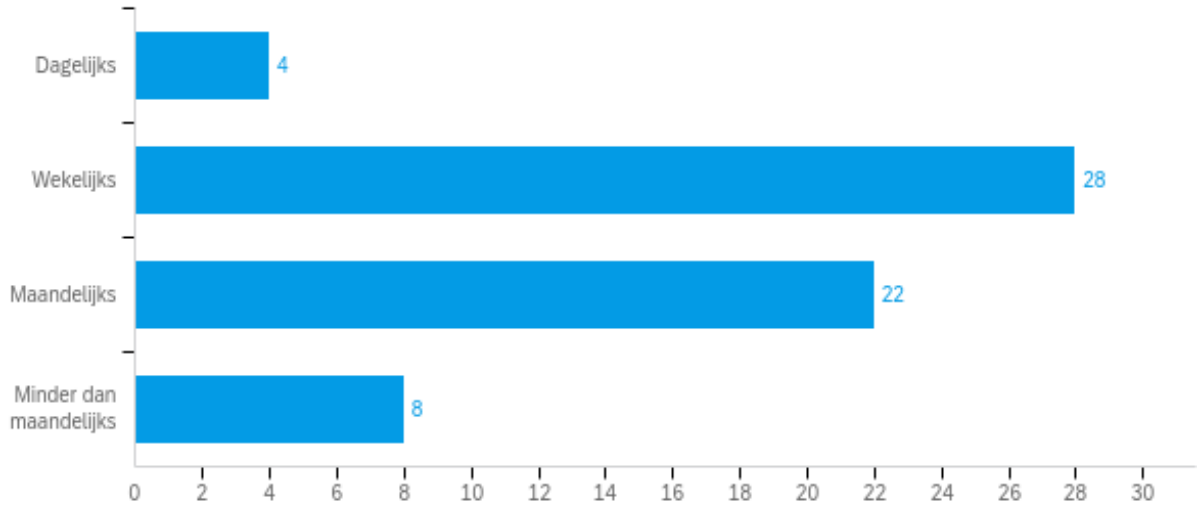
Figuur 9: **Gebruik van Domus Medica steekkaarten en richtlijnen** - Onderstaande afbeelding toont welke huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, gebruik maken van steekkaarten en/of richtlijnen gepubliceerd op de website van Domus Medica.



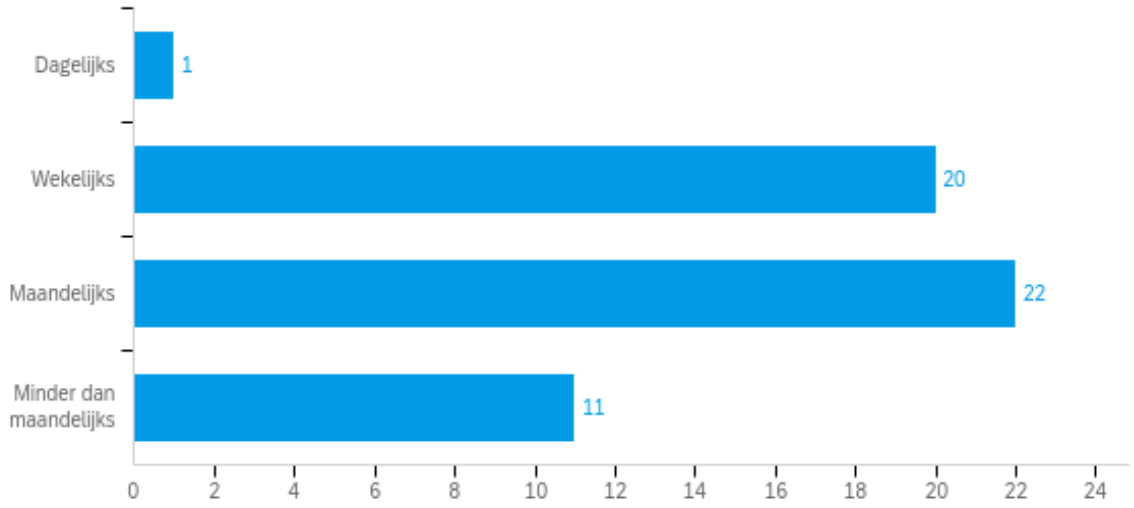
Figuur 10: **Redenen voor het niet gebruiken van Domus Medica steekkaarten** - Onderstaande afbeelding toont welke redenen huisartsen die de algemene vragenlijst invulden en die geen steekkaarten gebruiken, hebben om steekkaarten gepubliceerd op de website van Domus Medica niet te raadplegen.



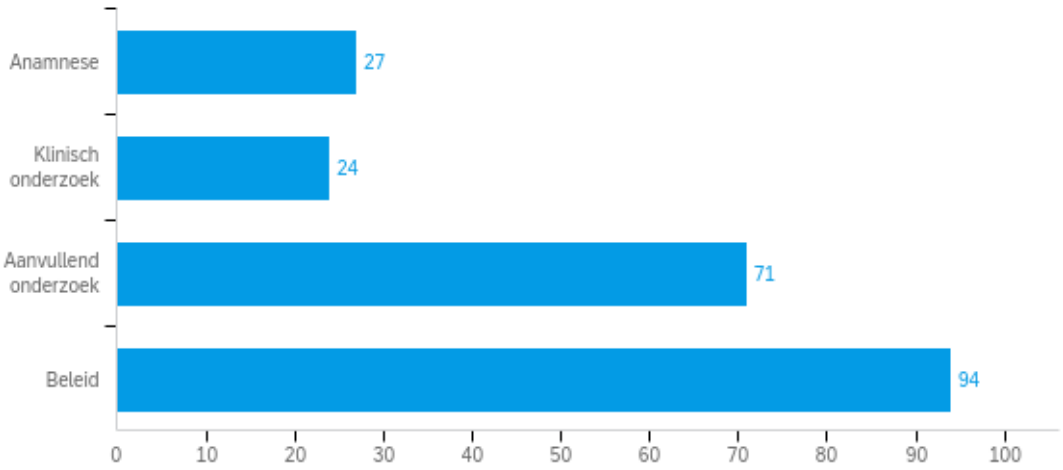
Figuur 11: **Frequentie van gebruik van Domus Medica richtlijnen** - Onderstaande afbeelding toont hoe frequent huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, richtlijnen gepubliceerd op Domus Medica gebruiken.



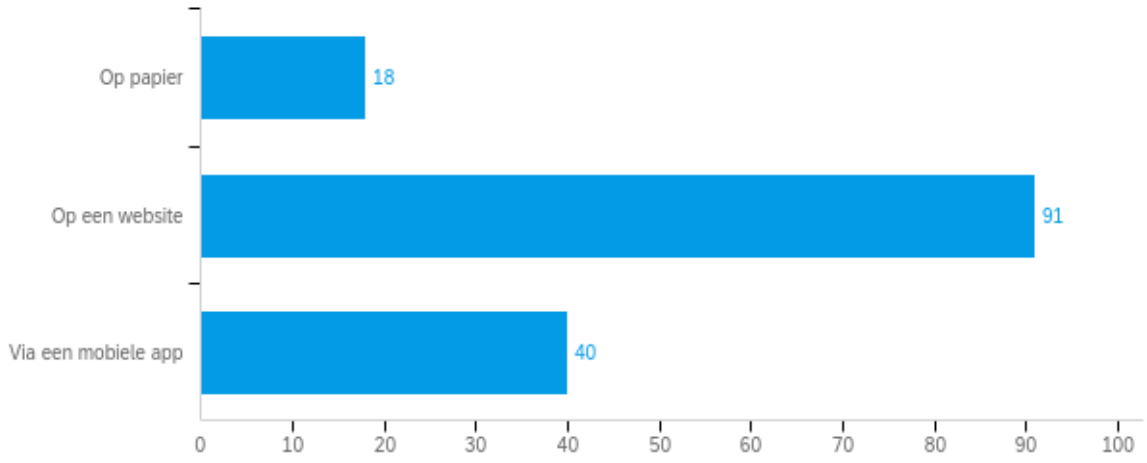
Figuur 12: **Frequentie van gebruik van Domus Medica steekkaarten** - Onderstaande afbeelding toont hoe frequent huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, steekkaarten gepubliceerd op Domus Medica gebruiken.



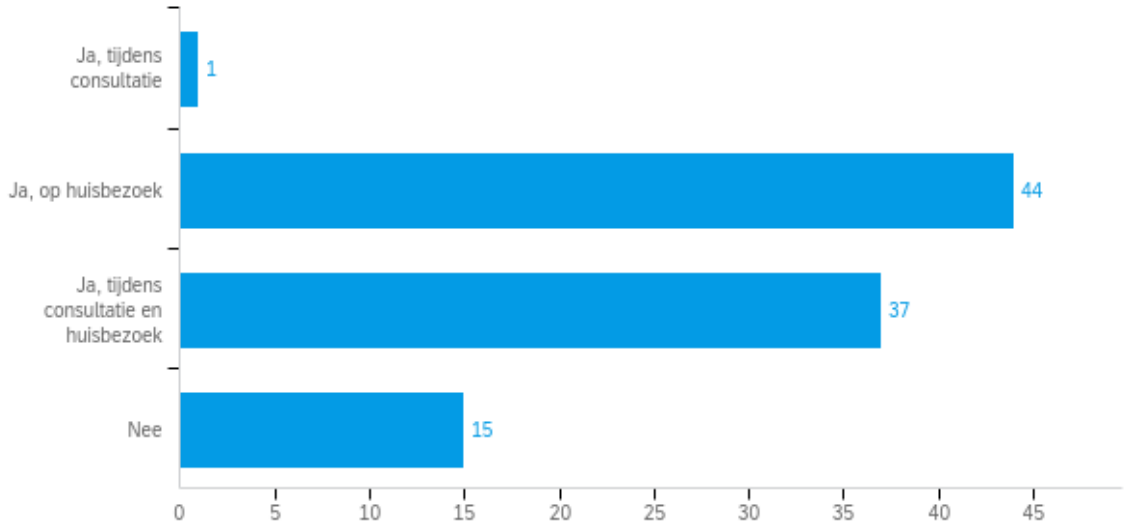
Figuur 13: **Gebruik van Domus Medica steekkaarten tijdens consultatievoering** - Onderstaande afbeelding toont voor welk onderdeel huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, steekkaarten gepubliceerd op Domus Medica voornamelijk gebruiken tijdens consultatievoering.



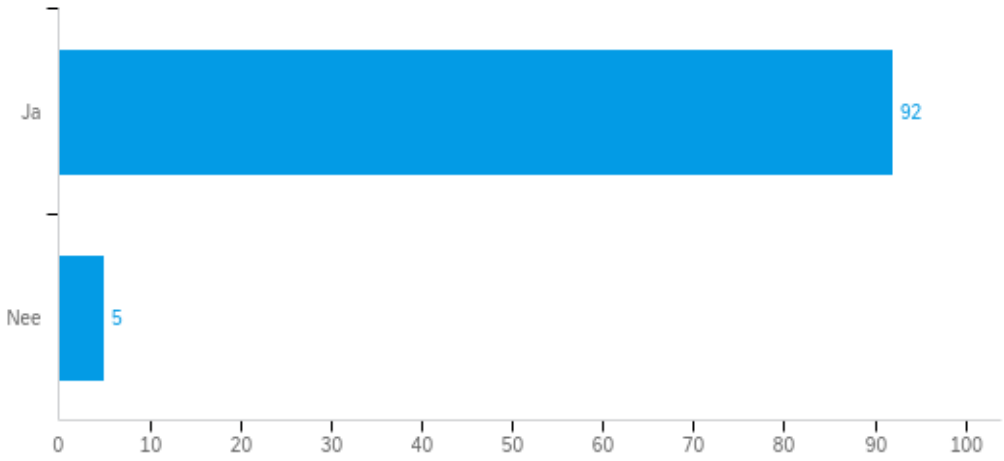
Figuur 14: **Medium om steekkaarten te raadplegen** - Onderstaande afbeelding toont via welk medium huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, het liefst steekkaarten raadplegen.



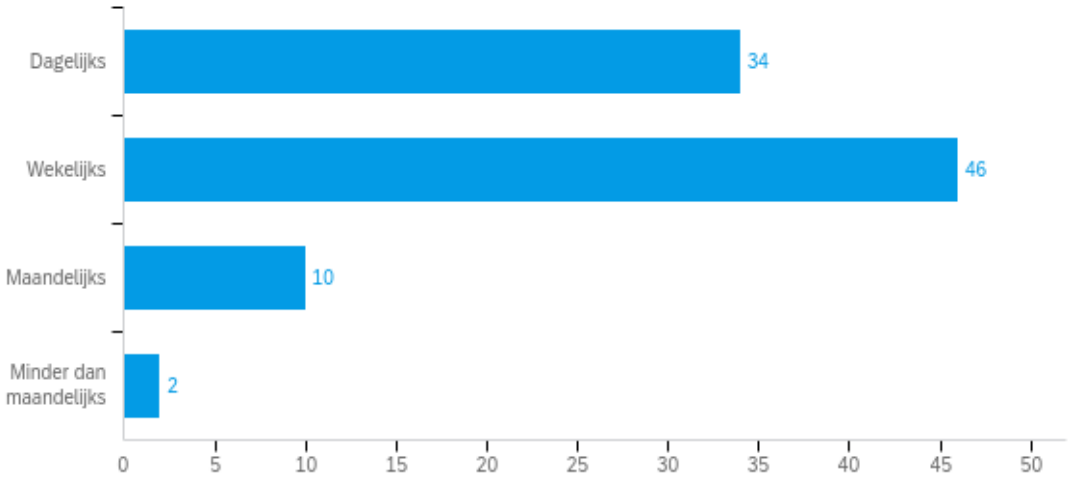
Figuur 15: **Gebruik van een mobiele applicatie** - Onderstaande afbeelding toont wanneer huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, een mobiele applicatie zouden gebruiken om steekkaarten te raadplegen.



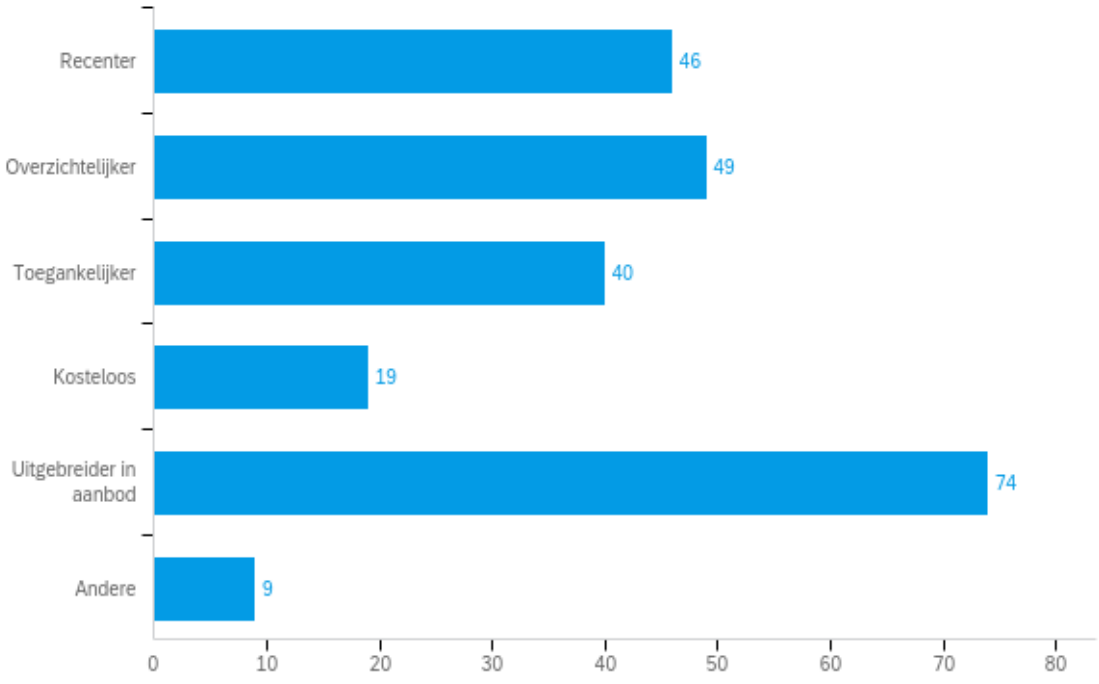
Figuur 16: **Gebruik van andere platformen dan Domus Medica** - Onderstaande afbeelding toont of huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, andere platformen raadplegen dan Domus Medica.



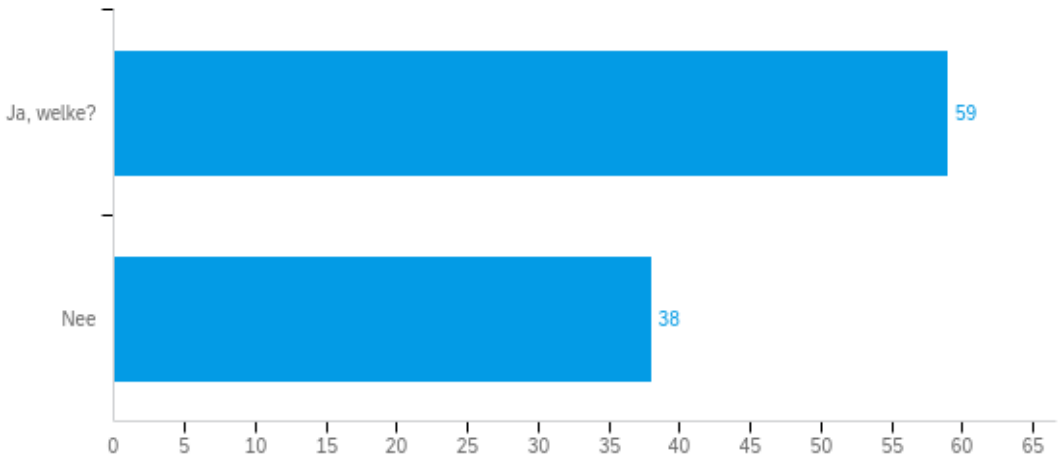
Figuur 17: **Frequentie van gebruik van andere platformen dan Domus Medica** - Onderstaande afbeelding toont hoe frequent huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, andere platformen raadplegen dan de website van Domus Medica.



Figuur 18: **Redenen om andere platformen te verkiezen** - Onderstaande afbeelding toont de redenen waarom huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, richtlijnen en implementatiemateriaal gepubliceerd op andere platformen verkiezen boven Domus Medica.



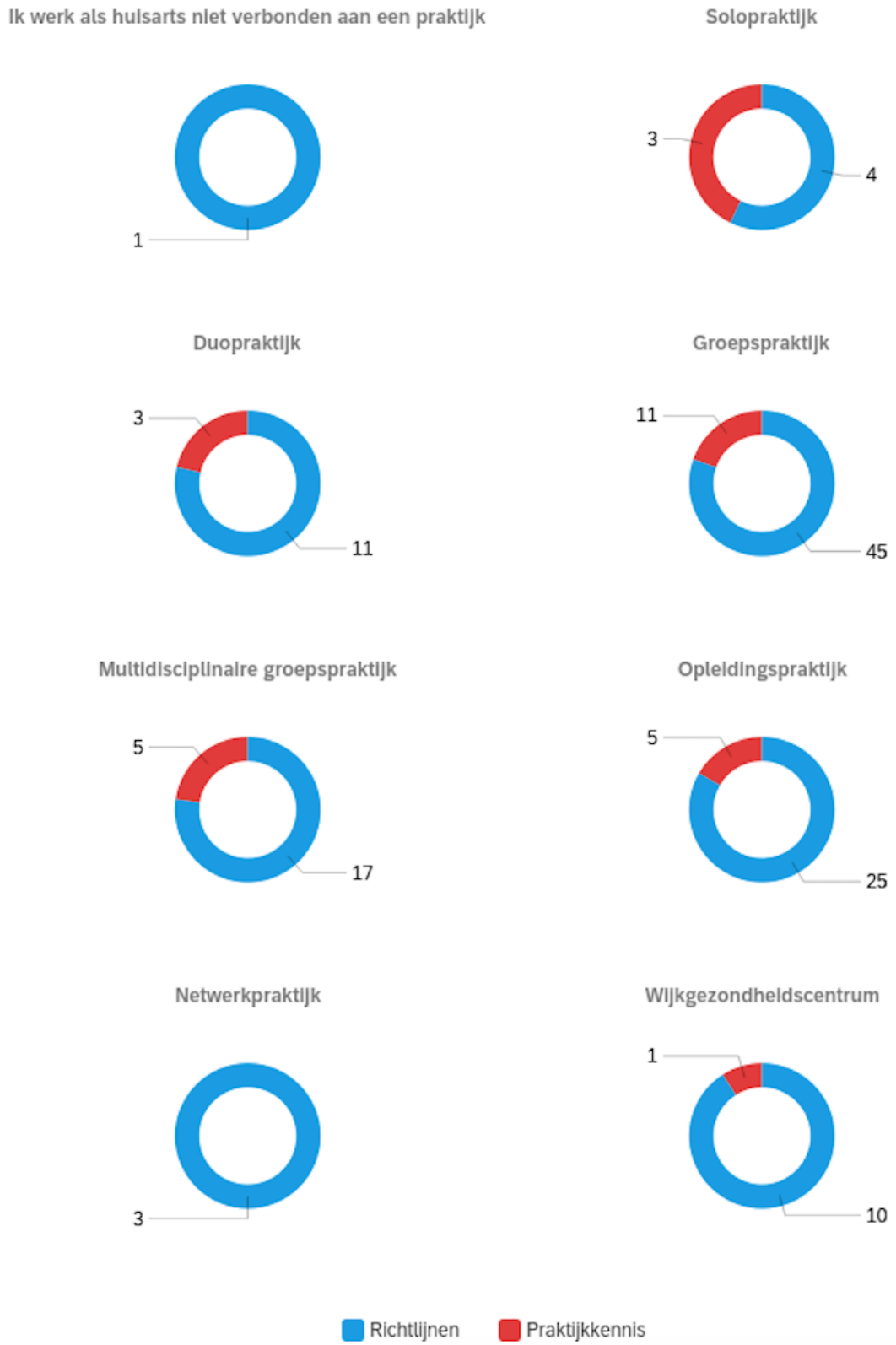
Figuur 19: **Uitgebreidheid van het aanbod van Domus Medica** - Onderstaande afbeelding toont of huisartsen, die de algemene vragenlijst invulden, het aanbod van steekkaarten op Domus Medica onvoldoende uitgebreid vinden.



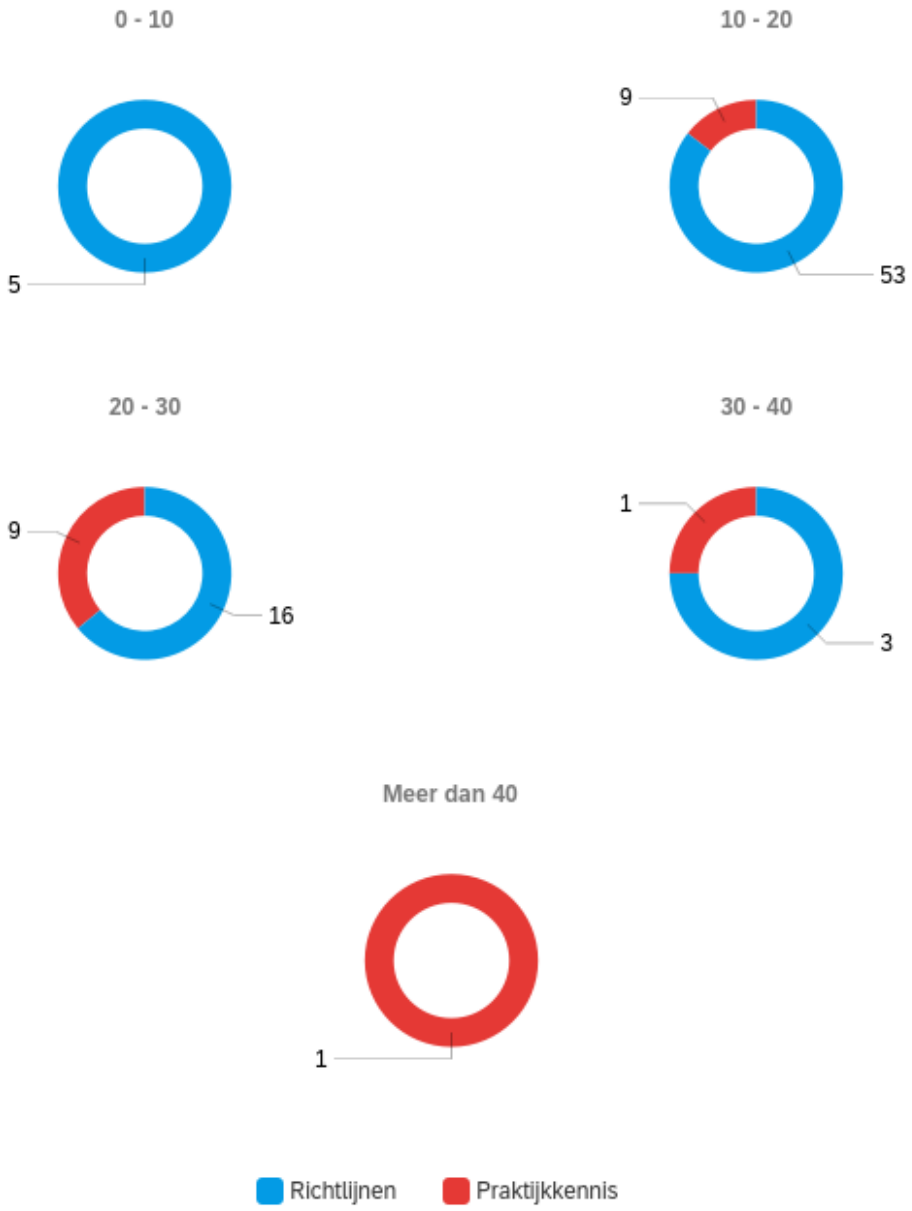
Figuur 20: **Gebruik van richtlijnen vs. praktijkkennis vergeleken met het aantal jaren ervaring** - Onderstaande afbeelding toont het gebruik van richtlijnen versus praktijkkennis van huisartsen opgedeeld op basis van het aantal jaren ervaring.



Figuur 21: **Gebruik van richtlijnen vs. praktijkkennis vergeleken met de soort praktijk van tewerkstelling** - Onderstaande afbeelding toont het gebruik van richtlijnen versus praktijkkennis van huisartsen opgedeeld op basis van de soort praktijk waarin huisartsen zijn tewerkgesteld.



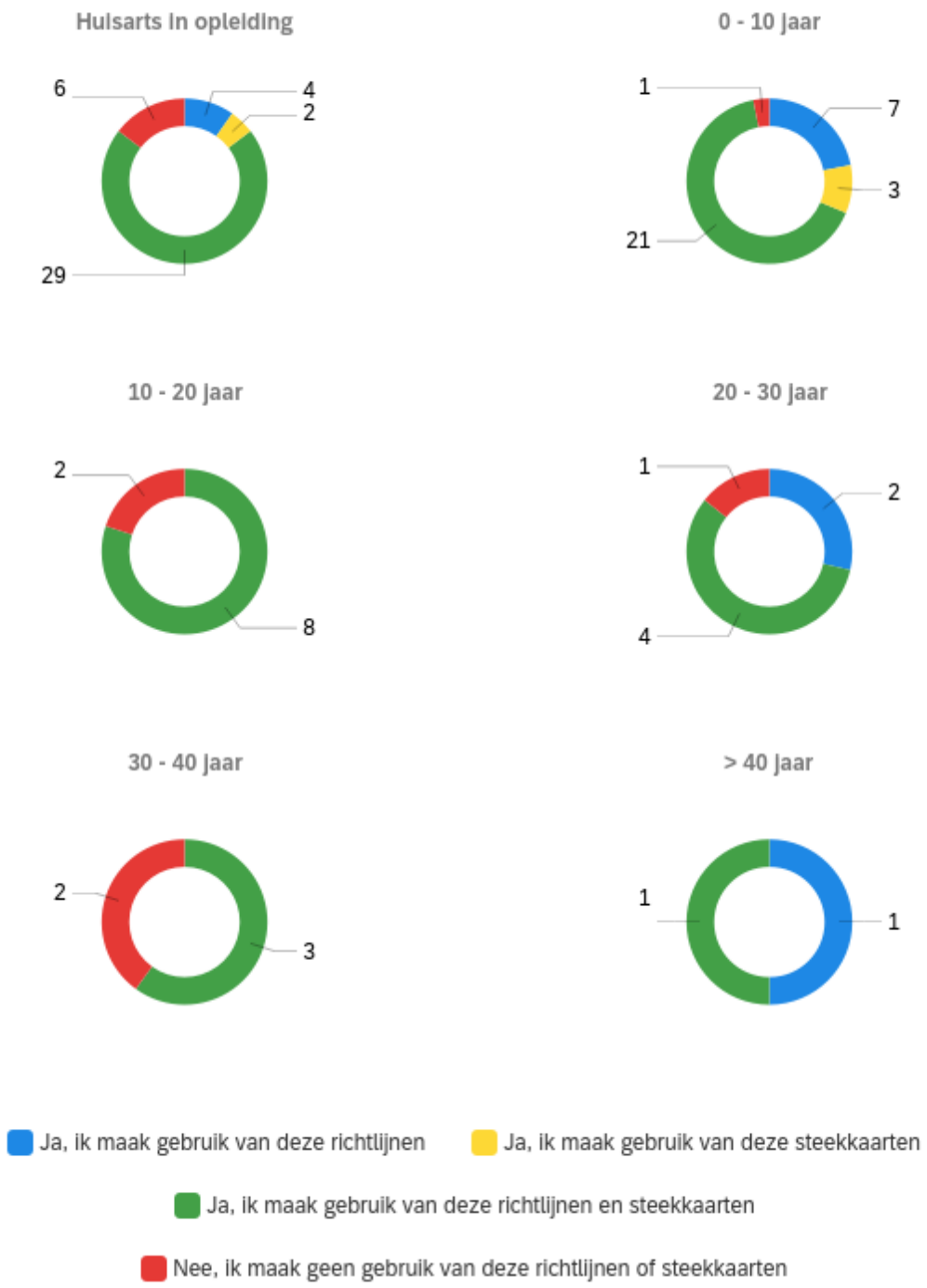
Figuur 22: **Gebruik van richtlijnen vs. praktijkkennis vergeleken met het aantal consultaties per dag** - Onderstaande afbeelding toont het gebruik van richtlijnen versus praktijkkennis van huisartsen opgedeeld op basis van het aantal consultaties dat ze per dag voeren.



Figuur 23: **Kennis van publicatie van richtlijnen en steekkaarten op Domus Medica vergeleken met jaren ervaring** - Onderstaande afbeelding toont het op de hoogte zijn van de publicatie van richtlijnen en steekkaarten op Domus Medica vergeleken met het aantal jaren ervaring van huisartsen.



Figuur 24: **Gebruik van Domus Medica steekkaarten en/of richtlijnen vergeleken met jaren ervaring** - Onderstaande afbeelding toont het gebruik van steekkaarten en/of richtlijnen gepubliceerd op Domus Medica opgedeeld op basis van het aantal jaren ervaring van huisartsen.



Figuur 25: **Goedkeuring ethisch comité** - Onderstaande afbeelding toont de verkregen goedkeuring van het ethisch comité van Universiteit Antwerpen.

ETHISCH COMITE

Prof. Dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Professor Paul Van Royen

Universiteit Antwerpen

Miss Kaat Kelgtermans

Datum: 06/12/2021

Project ID 2021-1913 - Edge n/a - BUN B3002021000240

Project titel: ontwikkeling van nieuw implementatiemateriaal gebaseerd op Belgische richtlijnen omtrent Chlamydia Trachomatis en acne gepubliceerd in 2017-2020 aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk.

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 06/12/2021.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
CV	CV Dafne Michiels	05/10/2021	1
CV	CV Kaat Kelgtermans	05/10/2021	1
Other	Steekkaart behandeling van acne - Kaat Kelgtermans	02/11/2021	2
Other	Steekkaart diagnose en behandeling van chlamydia in de huisartsenpraktijk - Dafne Michiels	02/11/2021	2
CV	Elektronisch onderzoekscurriculum_Van Royen Paul	15/11/2021	1
Other	Investigator CV Olivia Vandeput	16/11/2021	1
GCP	GCP-attest 1.1	16/11/2021	1
GCP	GCP-attest 1.1	16/11/2021	1
ICF	Informatieformulier en toestemming arts - PO-project 1.5	16/11/2021	5
ICF	Informatieformulier en toestemming arts DOMUS MEDICA 1.3	16/11/2021	3
Questionnaire	Vragenlijst Domus Medica 1.5	16/11/2021	5
Questionnaire	Vragenlijst PO-project 1.5	16/11/2021	5
Other	Samenvatting studieprotocol 1.2	16/11/2021	2
Accompanying letter	Begeleidend schrijven 1.4	20/11/2021	4
Insurance	Verzekeringsattest 1.1	20/11/2021	1
Protocol	Studieprotocol-1.8	20/11/2021	8

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

cc.

FAGG - Research & development departement, Victor Hortaplein 40 b40 - 1060 Brussel

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
Ms Bettina Blaumeiser	Physicians
Emeritus Professor Hilde Bortier	MD, PhD
Prof. Dr. Patrick Cras	Vice-Chair, Physicians
Ms Ingrid De Meester	Pharmacologist
Ms Elyne Debaetselier	Nurse
Ms Lina Fierens	Nurse
Ms Kristina Granaas	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
Ms Kristien Hens	Philosopher
Mr Kris Ides	Physiotherapist
Prof. Dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
Mr. Daan Kenis	Pharmacist
Ms Johanna Kwakkel-van Erp	Physicians
Dr Leon Luyten	Physicians
Ms Barbara Michiels	General Practitioner
Mr Peter Michielsen	Chair, Physicians
Ms Inge Michielsens	Legal
Mr Pieter Moons	Coordinator Bio- and Human Tissue bank
Mr Bernard Paelinck	Physicians
Mr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
Ms Veerle Schoeters	Nurse
Mr. Kris Smulders	Nurse
Mr Jan Van den Brande	Physicians
Mr Filip Van den Eede	Physicians
Mr Pieter Van Dyck	Physicians
Mr Guy Van Honste	Patient Representative
Ms Dominique Van Praag	Psychologist
Mr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
Mr Thierry Vansweevelt	Legal
Ms Griet Wyers	Pharmacist

2. Tabellen

Tabel 1: **Overzicht van geïncludeerde artikels** – Onderstaande tabel geeft een samenvatting van alle zoekresultaten die we weerhouden voor kwaliteitsbeoordeling doormiddel van het AGREE II instrument.

Databank	Referentie	Titel	Auteur(s)	Publicatie jaar
NHG/GIN	Bruinsma et al[22].	Acne NHG-richtlijnen	Bruinsma M, De Ruijter W, Jaspar AHJ, Van der Zee HH, Van Vugt SF, Verhoeven ICL, Verstappen V, Wiersma TJ	2017
NICE	Cons et al[23].	Acne Vulgaris: Management	Cons J, Healy E, Higgins J, Joy K, Mackenzie S, Penzer-Hick R, Rafiq M, Schofield J, Ravenscroft J, Wilcock J, Wood D, Duncan C, Northover G, Philpot U, Shah R, Walker N, Khanna P	2021
NHS/Medline	Asai et al[25].	Management of acne: Canadian clinical practice guidelines	Asai Y, Baibergenova A, Dutil M, Humphrey S, Hull P, Lynde C, Poulin Y, Shear N, Tan J, Toole J, Zip C	2016
Trip Database	Nast et al[26].	S3- Guideline for the Treatment of Acne (European Dermatology Forum)	Nast A, Dréno B, Bettoli V, Mokos Z, Degitz K, Dressler C, Finlay A, Haedersdal M, Lambert J	2016
WOREL	Koeck et al[21].	Richtlijn Acne	Koeck Ph, Germonpré S, Dewachter J, Lambert J	2017

Tabel 2: **Kwaliteitsbeoordeling AGREE-II instrument** – Onderstaande tabel geeft de score voor kwaliteitsbeoordeling weer aan de hand van de AGREE-II tool voor elk van de geïncludeerde richtlijnen.

WOREL-richtlijn: Richtlijn Acne[21]						
	Onderwerp en doel	Betrokkenheid belanghebbenden	Methodologie	Helderheid, presentatie	Toepassing	Onafhankelijkheid opstellers
Beoordelaar 1	21	19	46	21	10	14
Beoordelaar 2	21	17	46	21	10	14
Totaal	42	36	92	42	20	28
Domeinscore	100%	83%	71%	100%	25%	100%
NHG-standaard: Acne[22]						
	Onderwerp en doel	Betrokkenheid belanghebbenden	Methodologie	Helderheid, presentatie	Toepassing	Onafhankelijkheid opstellers
Beoordelaar 1	19	19	43	21	15	14
Beoordelaar 2	19	19	42	21	14	14
Totaal	38	38	85	42	29	28
Domeinscore	89%	89%	72%	100%	44%	100%
EDF richtlijn: European evidence-based guideline for the treatment of acne[26]						
	Onderwerp en doel	Betrokkenheid belanghebbenden	Methodologie	Helderheid, presentatie	Toepassing	Onafhankelijkheid opstellers
Beoordelaar 1	21	17	49	21	8	13

Beoordelaar 2	21	15	50	21	8	13
Totaal	42	32	99	42	16	26
Domeinscore	100%	72%	87%	100%	17%	92%
NICE richtlijn: Guideline Acne vulgaris: management[23]						
	Onderwerp en doel	Betrokkenheid belanghebbenden	Methodologie	Helderheid, presentatie	Toepassing	Onafhankelijkheid opstellers
Beoordelaar 1	21	15	52	21	14	14
Beoordelaar 2	21	14	51	21	17	14
Totaal	42	29	103	42	31	28
Domeinscore	100%	64%	91%	100%	48%	100%
CCPG guideline: Management of acne[25]						
	Onderwerp en doel	Betrokkenheid belanghebbenden	Methodologie	Helderheid, presentatie	Toepassing	Onafhankelijkheid opstellers
Beoordelaar 1	20	13	49	21	27	14
Beoordelaar 2	21	16	39	21	27	14
Totaal	41	29	98	42	54	28
Domeinscore	97%	64%	85%	100%	96%	100%

Tabel 3: **Overzicht behandeling acne –** Onderstaande tabel geeft een overzicht weer van de behandelingen van elke gradatie van acne die per richtlijn aangeraden worden.

	WOREL[21]	**NHG**[22]	**EDF**[26]
Comedonale acne	Topisch niet-antibiotisch *retinoid/BPO/azelaïnezuur in monotherapie*	Topisch niet-antibiotisch *BPO/retinoid in monotherapie*	Topisch niet-antibiotisch *ME: retinoid (adapaleen)* *LE: azelaïnezuur/BPO* *in monotherapie*
Bij onvoldoende verbetering	Topisch niet-antibiotisch *Combinatieproduct van bovenstaande producten*	Wisselen tussen bovenstaande producten	/
		Topisch niet-antibiotisch i.c.m. topisch antibiotisch *(Clindamycine of erythromycine + BPO of adapaleen)*	
Milde tot matige papulopustuleuze acne	Topisch niet-antibiotisch *Combinatieproduct van bovenstaande producten*	Topisch niet-antibiotisch i.c.m. topisch antibiotisch *(Clindamycine of erythromycine + BPO of adapaleen)*	HE: Topisch niet-antibiotisch combinatieproduct *(adapaleen +BPO)*
			HE: Topisch antibiotisch + topische niet-antibiotisch *(Clindamycine + BPO)*
Bij onvoldoende verbetering	Orale antibiotica i.c.m. topisch niet-antibiotisch	Orale antibiotica + topisch niet-antibiotisch	/
	Oraal isotretinoïne		
Ernstige papulopustuleuze acne	Orale antibiotica i.c.m. topisch niet-antibiotisch	Orale antibiotica i.c.m. topisch niet-antibiotisch	HE: Oraal isotretinoïne
	Oraal isotretinoïne		ME: orale antibiotica i.c.m. topisch niet-antibiotisch *(Oraal antibiotica + adapaleen of azelaïnezuur)*
Bij onvoldoende verbetering	Oraal isotretinoïne	Oraal isotretinoïne	/

	NICE[23]	CCPG[25]		BAPCOC[30]
Comedonale acne	Topische niet-antibiotisch *Adapaleen+BPO* *In combinatieproduct*	Topisch niet-antibiotisch *BPO/retinoid* *In monotherapie*		Topisch niet-antibiotisch
		Topisch niet-antibiotisch combinatieproduct *BPO + adapaleen*		
		Topisch niet-antibiotisch i.c.m. topisch antibiotisch *Clindamycine + BPO*		
Bij onvoldoende verbetering	/	Toevoegen van een COC		/
Milde tot matige papulopustuleuze acne	Topisch niet-antibiotisch i.c.m. topisch antibiotisch *Clindamycine + BPO*	Mild	Idem als comedonaal	Topisch niet-antibiotisch i.c.m. topische antibiotisch
		Matig	Idem als comedonaal i.c.m. COC	
			Idem als comedonaal i.c.m. orale AB	
Bij onvoldoende verbetering	/	/		/
Ernstige papulopustuleuze acne	Orale antibiotica i.c.m. topische niet-antibiotisch combinatieproduct *Adapaleen + BPO i.c.m. oraal AB of azelaïnezuur i.c.m. oraal AB*	Oraal isotretinoïne		Orale antibiotica i.c.m. topische niet-antibiotisch
		Orale antibiotica i.c.m. topische niet-antibiotisch Evt. i.c.m. COC		
Bij onvoldoende verbetering	Oraal isotretinoïne	/		/

Tabel 4: **Overzicht topische en perorale antibiotica –** Onderstaande tabel geeft een overzicht weer van de topische en perorale antibiotica die per richtlijn aangeraden worden.

	WOREL[21]	**NHG**[22]	**EDF**[26]
Lokaal antibiotica	Niet vermeld	Clindamycine of erythromycine	1e keuze: clindamycine 2e keuze: erythromycine
Peroraal antibiotica	Doxycycline, lymecycline (minocycline)	1e keuze: doxycycline 2e keuze: tetracycline 3e keuze: erythromycine 4e keuze: azitromycine	1e keus: doxycycline of lymecycline 2e keus: minocycline of tetracycline
Duur antibiotica therapie	Maximaal 4 maanden	Maximaal 3 maanden	Maximaal 3 maanden

	NICE[23]	**CCPG**[25]	**BAPCOC**[30]
Lokaal antibiotica	Clindamycine	Clindamycine	Clindamycine Erythromycine (minder effectief o.w.v. resistentievorming)
Peroraal antibiotica	Doxycycline, lymecycline	Doxycycline, tetracycline	1e keuze: azithromycine 2e keuze: doxycycline
Duur antibiotica therapie	3 maanden, eventueel te verlengen tot maximaal 6 maanden	Niet vermeld	Lokale antibiotica maximaal 4 maand Orale antibiotica maximaal 3 maand

Tabel 5: **Overzicht onderhoudstherapie –** Onderstaande tabel geeft een overzicht weer van de onderhoudstherapie dat per richtlijn aangeraden wordt.

	WOREL[21]	**NHG**[22]	**EDF**[26]
Comedonale acne	Adapaleen	/	Topisch niet-antibiotisch *(Azelaïnezuur of topisch retinoid)*
Milde tot matige papulopustuleuze acne	Adapaleen	/	Topisch niet-antibiotisch *(azelaïnezuur of BPO of topisch retinoid)*
Ernstige papulopustuleuze acne	Adapaleen + BPO	/	Topisch niet-antibiotisch *(adapaleen + BPO of azelaïnezuur of BPO)* Lage dosis oraal isotretinoïne (max 0,3mg/kg/d)
Duur onderhouds-behandeling	6 tot 12 maanden, daarna afbouwen	/	3 tot 6 maanden na inductietherapie; bij patiënten bij ernstige acne 6 tot 12 maanden

	NICE[23]	**CCPG**[25]	**BAPCOC**[30]
Comedonale acne	Adapaleen + BPO in combinatieproduct	/	/
Milde tot matige papulopustuleuze acne	Adapaleen + BPO in combinatieproduct	/	/
Ernstige papulopustuleuze acne	Adapaleen + BPO in combinatieproduct	/	/
Duur onderhouds-behandeling	Niet altijd nodig, indien opgestart, herevaluatie na 12 weken en eventueel nogmaals 12 weken verlengen	/	/

Tabel 6: **Overzicht orale contraceptiva –** Onderstaande tabel geeft een overzicht weer van het gebruik van orale contraceptiva dat per richtlijn aangeraden wordt.

	WOREL[21]	**NHG**[22]	**EDF**[26]
Orale contraceptiva	Aanbevolen wanneer ook contraceptie vereist is, niet in monotherapie, steeds in aanvulling op de standaardtherapie. Geen duidelijke voorkeur voor COC, keuze volgens richtlijn Domus Medica richtlijn orale anticonceptie	Mogelijke optie bij vrouwen die ook een anticonceptie wens hebben. Geen duidelijke voorkeur van anti-androgene producten; daarom voorkeur: levonorgestrel bevattende combinatiepreparaten van de 2de generatie. In plaats van, in aanvulling op de intiële behandeling of vervolgbehandeling. Niet duidelijk bij welke ernst.	Bij ernstige papulopustulaire acne i.c.m. orale antibiotica + en topisch niet-antibiotisch product of i.c.m. topisch niet-antibiotisch product Geen duidelijke voorkeur van product.

	NICE[23]	**CCPG**[25]	**BAPCOC**[30]
Orale contraceptiva	Wordt enkel vermeld als behandeling voor acne bij patiënten met PCOS in aanvulling met de standaard acne therapie	Kan bij elke graad van acne gebruikt worden in aanvulling op de standaardtherapie (medium graad van evidentie)	/

3. Steekkaart

STEEKKAART
ACNE

DOMUS MEDICA

BEHANDELING

Aanvalsbehandeling

	Comedonale acne	Milde tot matige papulopustuleuze acne	Ernstige papulopustuleuze acne
			
Eerste keuze	Benzoylperoxide 5%, adapaleen[1] of azelaïnezuur	Combinatieproduct van benzoylperoxide 5%, adapaleen[1] of azelaïnezuur	Benzoylperoxide 5%, adapaleen[1] of azelaïnezuur + peroraal antibioticum[3] ***OF*** Oraal isotretinoïne[4]
Onvoldoende beterschap	Combinatieproduct van benzoylperoxide 5%, adapaleen[1] of azelaïnezuur	Benzoylperoxide 5%, adapaleen[1] of azelaïnezuur + topisch antibioticum[2] ***OF*** Benzoylperoxide 5%, adapaleen[1] of azelaïnezuur + peroraal antibioticum[3] (Indien nog steeds onvoldoende effect: oraal isotretinoïne[4])	Oraal isotretinoïne[4]

Bij vrouwen met een anticonceptiewens kunnen ook gecombineerde orale contraceptiva worden gebruikt in plaats van of in aanvulling van de initiële behandeling van acne. Er zijn geen klinisch relevante verschillen in effectiviteit tussen de verschillende preparaten onderling.

Een inductiebehandeling met een antibioticum (zowel peroraal als topisch) moet minimaal 6 weken en maximaal 3 maanden worden voortgezet. Indien nodig kan hierna een onderhoudsbehandeling opgestart worden.

Onderhoudsbehandeling

Start een onderhoudsbehandeling op na een succesvolle inductietherapie om de kans op recidief te verminderen. Gebruik hiervoor adapaleen in monotherapie bij milde tot matige acne. Gebruik de combinatie van adapaleen en benzoylperoxide bij ernstigere vormen van acne. Deze behandeling kan afhankelijk van de ernst nog tot 12 maanden worden voortgezet.

Comedonale acne	Milde tot matige papulopustuleuze acne	Ernstige papulopustuleuze acne
Adapaleen[1]	Adapaleen[1]	Combinatieproduct van benzoylperoxide en adapaleen[1]

[1] *Adapaleen: contra-indicatie zwangerschap*
[2] *Clindamycine 1% (10 mg/ml) 1 x/dag*
[3] *Azithromycine: 500 mg 1 x/week OF doxycycline 100 mg 1 x/dag (contra-indicatie zwangerschap)*
[4] *Isotretinoïne: 0,5 mg/kg/dag tot een cumulatieve dosis van 120-140 mg/kg bereikt is; labo (Hb, leukocyten, trombocyten, nierfunctie, levertesten, lipidenprofiel, HCG bij vrouwen) voor start, na 1 maand, nadien om de 3 maanden. Verplichte anticonceptie bij vrouwen tijdens behandeling wegens manifeste teratogeniciteit!*

Bijvoegsel bij Huisarts Nu nr. 2 - maart-april 2023 © Domus Medica vzw - 2023

4. PowerPoint-presentatie PO-project

1

PO-project:
toepasbaarheid van steekkaarten in de huisartsenpraktijk

Anhtje Jans, Anne Verstraeten, Brecht Nietvelt, Dafne Michiels, Kaat Kelgtermans

2

Inhoudstabel

- Introductie
- Richtlijnen
- Doel
- Steekkaarten
  - Diagnose en behandeling van chlamydia in de huisartsenpraktijk
  - Behandeling van acne
  - Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk
  - Aanhoudende hoest bij kinderen
  - Acute keelpijn

3

Introductie

Ontwikkeling van nieuw implementatiemateriaal gebaseerd op Belgische richtlijnen gepubliceerd in 2017-2020 aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk

4

Richtlijnen

- Definitie (IOM 2012)
  - Aanbevelingen ter optimalisatie van patiëntenzorg
  - Gebaseerd op SR
  - Multidisciplinair panel
  - Expliciete en transparante processen
  - Heldere verklaring voor gezondheidsuitkomsten
  - Kwaliteit van evidence
  - Graad van aanbeveling

5

Richtlijnen

- Belang van richtlijnen
- Weinig implementatie
  - Ontwikkeling van implementatiemateriaal
    - Steekkaarten
    - E-learnings
    - Podcasts
    - ...

6

Doel masterpaper

- Ontwikkelen van implementatiemateriaal in de vorm van steekkaarten
- Toepasbaarheid in de huisartsenpraktijk nagaan

Doel masterpaper

7

Steekkaarten

- **Diagnose en behandeling van chlamydia in de huisartsenpraktijk**
- Behandeling van acne
- Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk
- Aanhoudende hoest bij kinderen
- Acute keelpijn

8

Diagnose en behandeling van chlamydia in de huisartsenpraktijk

- Anamnese en klinische tekens
- Diagnose
- Behandeling
- Opvolging
- Verwijzing



https://www.gynandco.be/nl/ken-je-chlamydia/

9

Anamnese en klinische tekens

- Risicovol seksueel gedrag
- Laatste seksueel contact
- Meestal asymptomatisch



https://www.goedgezind.be/tieners/seks/help-mijn-tiener-heeft-chlamydia/

10

Anamnese en klinische tekens

- Vrouwen
  - Anamnese: verhoogde vaginale fluor, bloedverlies (tussentijds of postcoitaal), dysurie, pijn in de onderbuik, diepe dyspareunie
  - Klinische tekens: mucopurulente cervicitis met/zonder bloeding bij contact, bekkenpijn, slingerpijn
- Mannen
  - Anamnese: dysurie, verlies uit urethra, uitzonderlijk testiculaire pijn, anale klachten
  - Klinische tekens: verlies uit urethra, proctitis

11

Anamnese en klinische tekens

- Neonaten
  - Anamnese: oogafscheiding, gezwollen oogleden, tachypnoe, droge hoest
  - Klinische tekens: conjunctivitis, nasofaryngeale infectie, pneumonie

12

Diagnose

- NAAT
  - (a)symptomatische vrouwen: vulvovaginale wisser (zelfafname even sensitief)
  - (a)symptomatische mannen: eerstestraalsurine
  - Afh. seksueel gedrag
- \+ : geen confirmatiestaal nodig
- \- : indien nodig nieuwe test 2 weken na risicocontact
- !! Positieve anorectale test
  - ALTIJD test voor Lymfogranuloma venereum
- Serologie niet aanbevolen

Diagnose

13

Behandeling

- Ongecompliceerde urogenitale en/of faryngeale CT-infectie bij mannen en niet-zwangere vrouwen
  - Doxycycline 100mg 2x/dag voor 7 dagen OF
  - Azithromycine 1g eenmalig
- Zwangere vrouwen of borstvoedende vrouwen met een (urogenitale, anorectale of faryngeale) CT-infectie
  - Azithromycine 1g eenmalig

14

Behandeling

- Anorectale CT-infectie (non-LGV) bij mannen en niet-zwangere vrouwen
  - Doxycycline 100mg 2x/dag voor 7 dagen
- HIV-positieve + positieve anorectale CT-test met onbekende LGV-status of LGV-infectie
  - Doxycycline 100mg 2x/dag voor 21 dagen
- !! Seksuele partners: testen en behandelen

15

Opvolging

- Geen (oraal) seksueel contact tot 7 dagen na behandeling
- Test op andere SOI's
- Zwangere vrouwen
  - Gynaecoloog: verdere opvolging + preventieve maatregelen
  - CT-infectie met klachten (bv. pijn in de buik, bloedverlies): dringende verwijzing

16

Opvolging

- 'Test of cure' min 4 weken na stop behandeling bij
  - Rectale infectie (chlamydia of LGV)
  - Zwangere vrouwen met een CT-infectie
  - Alternatieve behandeling (bv. geen doxycycline of azithromycine) van urogenitale of faryngeale CT-infectie
  - Slechte therapietrouw
  - Aanhoudende klachten

17

Verwijzing

- Tweede lijn
  - Aanhoudende klachten
  - Complicaties
  - Na een positieve 'test of cure' na eerstekeuzebehandeling
  - Optreden van artritis
  - Fertiliteitsproblemen en/of –vragen
  - Kind van moeder met CT-infectie tijdens de zws + slechte alg. toestand in de eerste 3 maanden
  - (Vermoeden van) PID + goede alg. toestand:
    - Zo nodig advies gynaecoloog voor behandeling, follow-up
- Spoed
  - (Vermoeden van) PID + slechte alg. toestand

18

Steekkaarten

- Diagnose en behandeling van chlamydia in de huisartsenpraktijk
- **Behandeling van acne**
- Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk
- Aanhoudende hoest bij kinderen
- Acute keelpijn

Behandeling van acne

- Gradaties van acne
- Topische niet-antibiotische producten
- Topische antibiotica
- Perorale antibiotica
- Isotretinoïne

19

Gradaties acne



20

Behandeling van acne

	Comedonale acne	Milde tot matige papulopustuleuze acne	Ernstige papulopustuleuze acne
Eerste keuze	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	Combinatieproduct van BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. peroraal antibioticum[2] OF Oraal isotretinoïne[3]
Onvoldoende beterschap	Combinatieproduct van BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. topisch antibiotica[2] OF BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. peroraal antibioticum[2] (indien nog steeds onvoldoende effect: oraal isotretinoïne[3])	Oraal isotretinoïne[3]

Bij vrouwen met een anticonceptiewens, kunnen ook gecombineerde orale contraceptiva gebruikt worden, in plaats van of in aanvulling van de initiële behandeling van acne.

21

Topische niet-antibiotische producten

- Lokale retinoïden
  - adapaleen (Differin gel/creme)
  - Trifaroteen (Aklief creme)
- Aanbrengen op volledige huidzone
- Effect na 4-8 weken
- Nevenwerkingen
  - Irritatie
  - Mogelijks teratogeen → NIET tijdens zwangerschap

22

Topische niet-antibiotische producten

- Benzoylperoxide 5% of 10% (Benzac gel/cut suspensie of Pangel gel)
- Aanbrengen op volledige huidzone
- Effect na 4-8 weken:
- Nevenwerkingen
  - Irritatie
  - Contactallergie (zeldzaam)
  - Ontkleuring van linnen, kleding, haar
- Mag wel gedurdende zwangerschap gebruikt worden

23

Topische niet-antibiotische producten

- Azelaïnezuur (Skinoren c
- Aanbrengen op volledige huidzone
- Effect na 4-8 weken
- Weinig nevenwerkingen, minder huidirritatie i.v.m. andere topische producten
- Minder effectief

Topische niet-antibiotische producten

24

handeling van acne

Topische niet-antibiotische producten

- Combinatieproducten
  - Adapaleen + BPO (Epiduo)

25

Behandeling van acne

	Comedonale acne	Milde tot matige papulopustuleuze acne	Ernstige papulopustuleuze acne
Eerste keuze	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	Combinatieproduct van BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. peroraal antibioticum[2] OF Oraal isotretinoïne[3]
Onvoldoende beterschap	Combinatieproduct van BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. topisch antibiotica[2] OF BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. peroraal antibioticum[2] (indien nog steeds onvoldoende effect: oraal isotretinoïne[3])	Oraal isotretinoïne[3]

Bij vrouwen met een anticonceptiewens, kunnen ook gecombineerde orale contraceptiva gebruikt worden, in plaats van of in aanvulling van de initiële behandeling van acne.

26

Topische antibiotica

- Clindamycine 1% (Zindaclin gel) = eerste keuze
- (Erythromycine 2% (Erycine, Indemn, Zyneritt))
- Topische antibiotica nooit in monotherapie!
  - Altijd i.c.m. een topisch niet-antibiotisch product
  - Niet langer dan 4 maanden
- Veilig tijdens zwangerschap
- Bestaande combinatieproducten:
  - Clindamycine + tretinoïne (Treclinax)
  - (Erythromycine + BPO (Benzadermine))

27

Behandeling van acne

	Comedonale acne	Milde tot matige papulopustuleuze acne	Ernstige papulopustuleuze acne
Eerste keuze	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	Combinatieproduct van BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. peroraal antibioticum[2] OF Oraal isotretinoïne[3]
Onvoldoende beterschap	Combinatieproduct van BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. topisch antibiotica[2] OF BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. peroraal antibioticum[2] (indien nog steeds onvoldoende effect: oraal isotretinoïne[3])	Oraal isotretinoïne[3]

Bij vrouwen met een anticonceptiewens, kunnen ook gecombineerde orale contraceptiva gebruikt worden, in plaats van of in aanvulling van de initiële behandeling van acne.

28

Perorale antibiotica

- Producten
  - Azithromycine 500mg 1x/week
  - Lymecycline 300mg 2x/dag
  - Doxycycline 100mg 1x/dag
  - (Minocycline 100mg 1x/d)
- Maximaal 4 maanden
- Nooit als monotherapie, ALTIJD i.c.m. topische niet-antibiotische producten
- Niet i.c.m. lokale antibiotica

29

Behandeling van acne

	Comedonale acne	Milde tot matige papulopustuleuze acne	Ernstige papulopustuleuze acne
Eerste keuze	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	Combinatieproduct van BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. peroraal antibioticum[2] OF Oraal isotretinoïne[3]
Onvoldoende beterschap	Combinatieproduct van BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. topisch antibiotica[2] OF BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. peroraal antibioticum[2] (indien nog steeds onvoldoende effect: oraal isotretinoïne[3])	Oraal isotretinoïne[3]

Bij vrouwen met een anticonceptiewens, kunnen ook gecombineerde orale contraceptiva gebruikt worden, in plaats van of in aanvulling van de initiële behandeling van acne.

30

Isotretinoïne

- Isot [Geen titel] ane, Isotretinoïne EG, Isosupra, Isocural)
- Krachtigste behandeling voor acne
- Behouden voor ernstige/resistente vormen van acne

31

Isotretinoïne

- Nevenwerkingen
  - Droge huid, droge mucosae
  - Anemie, trombocytopenie of trombocytose, neutropenie
  - Gestoorde levertesten
  - Artralgie, myalgie, rugpijn
  - Verhoogde triglyceriden, verhoogde cholesterol
  - Manifest TERATOGEEN

32

Isotretinoïne

- Dosis: 0,5mg/kg/dag
- Behandelduur: tot een cumulatieve dosis van 120-140mg/kg bereikt is
- Controles d.m.v. labo's
  - Cofo, nierfunctie, levertesten, lipidenprofiel, (HCG)
  - Voor start behandeling, na 1 maand, nadien om de 3 maanden
- Bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd
  - Zwangerschapspreventieprogramma

33

Behandeling van acne

	Comedonale acne	Milde tot matige papulopustuleuze acne	Ernstige papulopustuleuze acne
Eerste keuze	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	Combinatieproduct van BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. peroraal antibioticum[2] OF Oraal isotretinoïne[3]
Onvoldoende beterschap	Combinatieproduct van BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. topisch antibiotica[2] OF BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. peroraal antibioticum[2] (indien nog steeds onvoldoende effect: oraal isotretinoïne[3])	Oraal isotretinoïne[3]

Bij vrouwen met een anticonceptiewens, kunnen ook gecombineerde orale contraceptiva gebruikt worden, in plaats van of in aanvulling van de initiële behandeling van acne.

34

Onderhoudsbehandeling

- Na succesvolle inductietherapie om recidief te voorkomen
- Geen topische of perorale antibiotica
- Milde tot matige acne: adapaleen
- Ernstigere vormen van acne: combinatie adapaleen + BPO
- Afhankelijk van ernst verder zetten tot 12 maanden

35

shorturl.at/giHU1

36

Steekkaarten

- Diagnose en behandeling van chlamydia in de huisartsenpraktijk
- Behandeling van acne
- **Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk**
- Aanhoudende hoest bij kinderen
- Acute keelpijn

37

Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk

- Risicogroepen
- Maatregelen om overdracht van influenza te voorkomen
  - Niet-medicamenteus
  - Medicamenteus
    - Griepvaccinatie
    - Antivirale middelen
- Indicatoren voor de implementatie van de richtlijn in de huisartsenpraktijk
- Informatieve hulpmiddelen m.b.t. de maatregelen voorgesteld in de aanbevelingen
- Beslissingsondersteunende tools om de toepassing van aanbevelingen te vergemakkelijken

38

Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk

- Risicogroepen
- Maatregelen om overdracht van influenza te voorkomen
  - Niet-medicamenteus
  - Medicamenteus
    - Griepvaccinatie
    - Antivirale middelen
- Indicatoren voor de implementatie van de richtlijn in de huisartsenpraktijk
- Informatieve hulpmiddelen m.b.t. de maatregelen voorgesteld in de aanbevelingen
- Beslissingsondersteunende tools om de toepassing van aanbevelingen te vergemakkelijken

39

Risicogroepen

- Groep 1: personen met risico op complicaties
  - Zwangere vrouwen in het 2e of 3e trimester tijdens de seizoensgriep, vaccinatie vanaf het 2e trimester
  - Patiënten ≥6 maanden met een onderliggende, zelfs gestabiliseerde, chronische aandoening
  - Personen ≥65 jaar
  - Geïnstitutionaliseerde personen
  - Kinderen tussen 6 maanden en 18 jaar onder langdurige aspirinetherapie

40

Risicogroepen

- Groep 2: personeel in de zorgsector
- Groep 3: personen die onder hetzelfde dak leven als
  - Personen behorend tot risicogroep 1
  - Kinderen <6 maanden

41

Risicogroepen

- Chronische aandoeningen van
  - Luchtwegen: ernstig astma, COPD, bronchiëctasieën en mucovisidose
  - Hart (met uitzondering van hypertensie)
  - Lever
  - Nieren (CNI)
  - Metabole aandoening (met inbegrip van diabetes)
  - Neuromusculaire aandoening
  - Extreme obesitas (BMI > 35)
  - Immuniteitsstoornissen: aangeboren of geïnduceerd

Risicogroepen

42

Nieuw advies HGR 2020

- Groep 1: personen met een risico op complicaties
  - Zwangere vrouwen **ongeacht de fase van de zwangerschap**
  - Patiënten ≥6 maanden met een onderliggende, zelfs gestabiliseerde, chronische aandoening
  - Personen ≥**50** jaar
  - Geïnstitutionaliseerde personen
  - Kinderen tussen 6 maanden en 18 jaar onder langdurige aspirinetherapie
- Groep 2: personeel in de gezondheidssector
- Groep 3: personen die onder hetzelfde dak wonen als
  - Personen behorend tot risicogroep 1
  - Kinderen <6 maanden

43

Nieuw advies HGR 2020

- Personen van 50-64 jaar, ook al hebben ze geen risicoaandoeningen
- Naast het verhoogd risico op griepcomplicaties o.w.v. oudere **leeftijd**, ook **één kans op drie** op
  - Roken
  - Overmatig drinken
  - Obesitas (BMI >30)

44

Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk

- Risicogroepen
- Maatregelen om overdracht van influenza te voorkomen
  - Niet-medicamenteus
  - Medicamenteus
    - Griepvaccinatie
    - Antivirale middelen
- Indicatoren voor de implementatie van de richtlijn in de huisartsenpraktijk
- Informatieve hulpmiddelen m.b.t. de maatregelen voorgesteld in de aanbevelingen
- Beslissingsondersteunende tools om de toepassing van aanbevelingen te vergemakkelijken

45

Niet-medicamenteuze maatregelen

- Persoonlijke beschermingsmaatregelen
  - Masker: chirurgisch mondneusmasker (geen FFP2) in WZC
  - Correcte handhygiëne
- Patiënteneducatie: informeer over preventiemaatregelingen zoals handhygiëne

46

Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk

- Risicogroepen
- Maatregelen om overdracht van influenza te voorkomen
  - Niet-medicamenteus
  - Medicamenteus
    - Griepvaccinatie
    - Antivirale middelen
- Indicatoren voor de implementatie van de richtlijn in de huisartsenpraktijk
- Informatieve hulpmiddelen m.b.t. de maatregelen voorgesteld in de aanbevelingen
- Beslissingsondersteunende tools om de toepassing van aanbevelingen te vergemakkelijken

47

Medicamenteus: griepvaccinatie

- Vaccineer risicogroepen zoals gedefinieerd in HGR advies 2020 zonder contra-indicaties

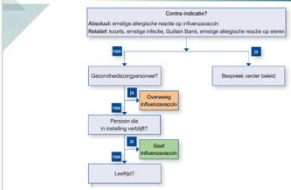
48

Steekkaarten

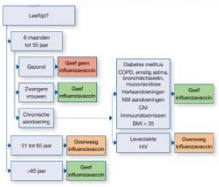
Griepvaccinatie:



49



50



51

Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk

- Risicogroepen
- Maatregelen om overdracht van influenza te voorkomen
  - Niet-medicamenteus
  - Medicamenteus
    - Griepvaccinatie
    - Antivirale middelen
- Indicatoren voor de implementatie van de richtlijn in de huisartsenpraktijk
- Informatieve hulpmiddelen m.b.t. de maatregelen voorgesteld in de aanbevelingen
- Beslissingsondersteunende tools om de toepassing van aanbevelingen te vergemakkelijken

52

Medicamenteus: antivirale middelen

- Oseltamavir
- NIET toedienen bij
  - Gezonde kinderen
  - Gezonde volwassenen en ouderen
    - i.k.v. PRE-exposureprevention
    - i.k.v. POST-exposureprevention
  - Geïnstitutionaliseerde volwassenen en ouderen
- Afgeraden bij
  - Oudere (>65 jaar) risicopatiënten i.k.v. PRE-exposureprofylaxe

53

Steekkaarten

- Diagnose en behandeling van chlamydia in de huisartsenpraktijk
- Behandeling van acne
- Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk
- **Aanhoudende hoest bij kinderen**
- Acute keelpijn

54

Aanhoudende hoest bij kinderen in de eerste lijn

- Anamnese
- Klinisch onderzoek
- Aanvullend onderzoek
- Behandeling

55

Anamnese

- Frequente etiologieën
- Alarmtekens
  - Pijn op de borst
  - Dyspneu / tachypneu / asfyxie
  - Hemoptoë
  - Recidiverende koortsepisodes
  - Voedingsproblemen / knik in de groeicurve
  - Herhaalde ernstige infecties
  - Dagelijkse productieve hoest / toename van hoest na enkele weken
  - Migratieachtergrond en risicocontext

56

Klinisch onderzoek

- Hartauscultatie
  - Hartafwijkingen
- Longauscultatie
  - Crepitaties
  - Wheezing
  - Asymmetrie
  - Opsporen van aangeboren afwijkingen, inhalatie van vreemde voorwerpen, astma of bronchiëctasieën
- Ademhalingsfrequentie
- Hypoxie
  - Trommelstokvingers
  - asfyxie

57

Klinisch onderzoek

- Thoraxmisvormingen
  - Pectus excavatum
  - Pectus carinatum
- Temperatuur
- Neurologische ontwikkeling
- Groeicurves

58

Aanvullend onderzoek

- **Aanhoudende hoest < 4 weken**
  - Aanwezigheid van alarmtekens: RX thorax
- **Aanhoudende hoest > 4 weken, < 8 weken**
  - Aanwezigheid van alarmtekens: RX thorax
  - Opsporen langdurige infecties
    - Mycoplasma pneumoniae, Bordetella pertussis, Chlamydia pneumoniae, adenovirussen
    - Serologisch onderzoek

59

Aanvullend onderzoek

- **Aanhoudende hoest > 8 weken**
  - RX thorax
  - Spirometrie (> 6 jaar)
  - Opsporen bronchiëctasieën
    - CT thorax
    - Immunologisch onderzoek
    - Zweettest
  - Opsporen bacteriële bronchitis
    - Sputumcultuur

60

Behandeling

- Bevraag bezorgdheden van ouders
- Informeer over het natuurlijke beloop van hoesten

61

Behandeling

- **Niet-medicamenteuze therapie**
  - Irriterende stoffen vermijden
  - Honing (>1 jaar)

62

Behandeling

- **Medicamenteuze behandeling**
  - Aspecifieke geïsoleerde hoest zonder alarmtekenen
    - GEEN empirische proefbehandeling met
      - Astmamedicatie
      - Anti-refluxmedicatie
      - Medicatie tegen allergische rhinitis
    - GEEN behandeling met
      - Dextrometorfan
      - Codeïne
      - Mucolytica
      - Expectorantia
      - Anticholinergische medicatie
      - Leukotrieenreceptorantagonisten
      - Antibiotica

63

Behandeling

- **Aanhoudende productieve hoest > 8 weken**
  - Antibiotica
    - amoxicilline-clavulaanzuur 22,5mg/kg 2x/d gedurende 14d
- **Aanhoudende hoest met aangetoonde onderliggende oorzaak**
  - Behandeling van onderliggende etiologie

64

Steekkaarten

- Diagnose en behandeling van chlamydia in de huisartsenpraktijk
- Behandeling van acne
- Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk
- Aanhoudende hoest bij kinderen
- **Acute keelpijn**

65

Acute keelpijn

- Anamnese
- Risicopatiënten
- Klinisch onderzoek
- Verwijzing
- Symptomatische behandeling
- Antimicrobiële behandeling
- Opvolging
- Recidiverende bacteriële keelontsteking

Acute keelpijn

66

Klinisch onderzoek

Anamnese

- Hoelang duurt de pijn?
  - > 3 dagen: kans op antibioticumeffect is gering
  - > 7 dagen: chronische keelpijn die kan berusten op andere oorzaken (omgevingsfactoren, roken)
- Hoe verlopen de klachten?
  - Snel progressieve toename vs geleidelijke afname
- Algemene ziektetekens?
- Hoest?
  - Afwezigheid van hoest maakt bacteriële infectie waarschijnlijker
- Koorts?
  - Rilkoorts kan wijzen op ernstige bacteriële infectie

67

Anamnese

- Kwijlen/speekselloop?
- Problemen met openen van de mond? (cave: peritonsillair abces)
- Langer dan 7 dagen moe? (cave: mononucleosis infectiosa, leukemie)
- Ademhalingsmoeilijkheden? (cave: epiglottitis)
- Neusloop? (bijna altijd viraal)
- Buikpijn bij kinderen? (cave: streptococcen-angina)
- Toxisch uitzicht?
- Risicopatiënt?

68

Risicopatiënten

- Oncologische patiënt (chemo- of radiotherapie)
- Acuut reumatisch lijden
- Verminderde algemene weerstand of gebruik van medicatie die weerstand vermindert
- GABHS-epidemie in gesloten gemeenschap
- Toxisch syndroom: ernstige ziektetoestand met hoge koorts, lage bloeddruk en gastro-intestinale verschijnselen zoals braken en diarree
- Recidieven ≥ 5 per jaar (twee jaar na elkaar)
- Recente prothese chirurgie en hartkleplijden met risico op endocarditis

69

Klinisch onderzoek

- Temperatuur meten
- Bloeddruk en pols (cave: toxisch syndroom bij lage bloeddruk)
- Bij vermoeden van mononucleosis infectiosa of leukemie: onderzoek naar lever, klieren, milt

70

70

Klinisch onderzoek

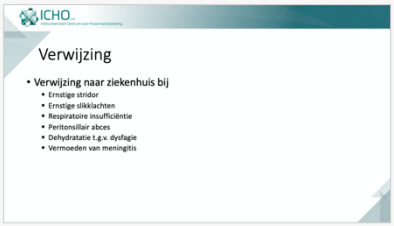
- Inspectie mond- en keelholte
  - Enkel faryngitis en/of ook ontsteking tonsillen
  - Beslag op tonsillen (niet per definitie bacteriëel), peritonsillair oedeem, problemen bij openen mond (trismus)
  - Kersrode tonsillen, frambozentong: Roodvonk (scarlatina)
  - Uni/bilateraal infiltraat (unilateraal bv. Plaut Vincent angina en peritonsillair abces)
  - Verplaatsing uvula en/of tonsil: peritonsillair abces
  - Erosie of ulceratie: aften, herpes
  - Petechiën: mononucleosis infectiosa, streptokokken, stafylokokken, meningokokken

71

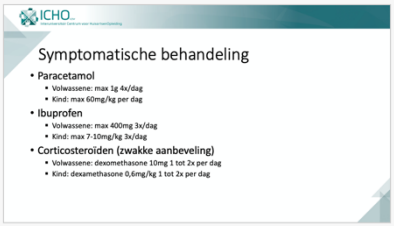
Klinisch onderzoek

- Palpatie nek
  - Gezwollen en/of drukpijnlijke klieren in de hals
  - Vergrote lymfeklieren niet-submandibulair (cave: mononucleosis)
  - Vergrote, pijnlijke schildklier (cave: subacute thyroiditis)
- Huiduitslag?
  - Peri-orale bleekheid, exantheem en teken van Pastia: Roodvonk (scarlatina)
  - Huidskleur: cyanose
  - Petechiën bij ernstig zieke patiënt? (cave: meningitis)

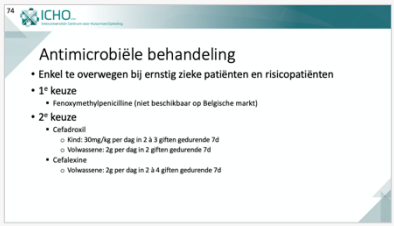
72



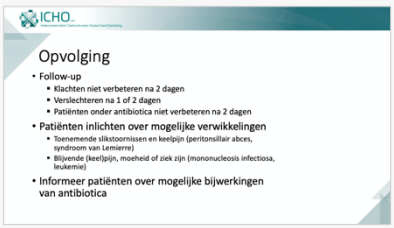
73



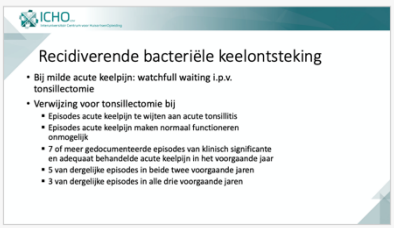
74



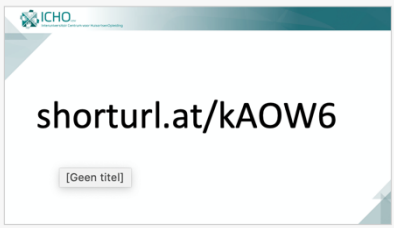
75



76



77



78

5. Studieprotocol

New application EC UZA-UAntwerpen

Application Type

Clinical trial/experiment or ethical question?

- ☑ Clinical trial/experiment
- ☐ Ethical question

The clinical trial/experiment is:

- ☑ Covered by the law of 07/05/2004 (Prospective observational/interventional trial)
- ☐ Not covered by the law of 07/05/2004 (Retrospective trial, MNP, CUP, human tissue trial, etc.)
- ☐ Clinical Trial Regulation (CTR - only IMP)

Introduction

Application Ethics Committee

Request for advice directed to the Ethics Committee concerning a proposal for a clinical trial/experiment.

Please complete the form in English.

General

In case of an initial submission, the clinical trial/experiment must be submitted simultaneously at the central ethics committee and the local ethics committee of the participating inverstigational sites.

Title

Short title/Ethical question *(200 chars max.)*

Ontwikkeling van implementatiemateriaal gebaseerd op Belgische richtlijnen omtrent Chlamydia Trachomatis en acne aangevuld met onderzoek naar de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk.

Full title

Ontwikkeling van nieuw implementatiemateriaal gebaseerd op Belgische richtlijnen omtrent Chlamydia Trachomatis en acne gepubliceerd in 2017-2020 aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk.

Trial name *(if applicable)*

Protocol number *(if applicable)*

Principal investigator

If the clinical trial/experiment applies to the law of May 7th, 2004, the principal investigator has to be practicing a healthcare profession as stated in art. 2, 17°.

In case of a PhD/Master thesis, the promoter will be considered as the principal investigator.

Principal investigator

Title	Professor
First name	Paul
Surname	Van Royen
Department	Family Medicine and Population Health

Address

City

Postcode

Email paul.vanroyen@uantwerpen.be

PhD/Master thesis? Yes No

PhD/Master student

Title

Miss

First name

Kaat

Surname

Kelgtermans

Faculty

Medicine

Email

kaat.kelgtermans@gmail.com

Please select **Add Another** for additional students

PhD/Master student

Title

Miss

First name

Dafne

Surname

Michiels

Faculty

Medicine

Email

dafne.michiels@student.kuleuven.be

Please select **Add Another** for additional students

Site location(s)

Primary site location

UAntwerpen

In Belgium, the clinical trial/experiment is (Law 2004):

- ☑ Monocentric (a clinical trial/experiment conducted according to 1 protocol and at 1 investigational site)
- ☐ Multicentric (a clinial trial/experiment conducted according to 1 protocol but at different investigational sites in Belgium and therefore conducted by more than one investigator)

Sponsor

Please select type of clinical trial/experiment (Law 2004 Mono CT)

(please specify below whether or not the study is a commercial one and within each category who the sponsor is)

- ☑ Non-commercial clinical trial/experiment
- ☐ Commercial clinical trial/experiment

Sponsor non-commercial trial/experiment

- ☑ UZA
- ☐ UAntwerpen
- ☐ Other

Name of Initiator/Sponsor: No sponsorship

Name of Contact Person

No sponsorship

Email of Contact Person: No sponsorship

EDGE-NUMBER

If UZA is clinically involved in the clinical trial/experiment, then the request for an EDGE-number is mandatory.
If the answer to at least one of the questions below is 'YES', an EDGE-number must be requested.

Are patients in UZA recruited for the clinical trial/experiment?	○ Yes	◉ No
Are data from UZA patients used in the clinical trial/experiment?	○ Yes	◉ No
Is human tissue from UZA patients used in the clinical trial/experiment?	○ Yes	◉ No

EDGE-number may not required

In case the answer is three times 'NO', no EDGE-number needs to be requested (except for commercial trials/experiments).

Ethics committee

Is the Ethics Committee UZA / UAntwerpen providing the single opinion (central EC)? LMN

◉ Yes ○ No

Are there other local ethics committees involved?

○ Yes ◉ No

Financial compensation

Will the researcher receive a financial compensation?

○ Yes ◉ No

Are there any investigations that will be reimbursed by the social security (RIZIV/INAMI)?

○ Yes ◉ No

Will participants receive a financial compensation?

○ Yes ◉ No

Trial specifications

Covered by 2004 Law

☑ Prospective, observational (questionnaire, interview)
☐ Prospective interventional

The clinical trial/experiment is:

- ☐ Physiological/physiopathological
- ☑ Diagnostic
- ☑ Therapeutic
- ☐ Epidemiologic
- ☐ Psychological
- ☐ Other

Clinical trial/experiment duration: Target date(s)

Do you have an exact or approximate start date? ◉ Yes ○ No

Start date 03/01/2022

End date 30/04/2022

Aim of the clinical trial/experiment *(2000 char max)*:

Wetenschappelijk onderzoek toont dat gebruik van implementatiemateriaal o.a. in de vorm van steekkaarten, de integratie van richtlijnen in de klinische huisartsenpraktijk verbetert. Het doel van deze masterproef is om na te gaan of steekkaarten gepubliceerd op de website van Domus Medica effectief in de dagelijkse praktijk door huisartsen en huisartsen in opleiding gebruikt worden, wat de grootste barrières of tekortkomingen zijn om deze te gebruiken en hoe de steekkaarten eventueel verder geoptimaliseerd kunnen worden om aan de wensen van huisartsen te voldoen.

Brief summary of the protocol (understandable for people who are not specialized in the matter):

Er werden doorheen de jaren verschillende richtlijnen gepubliceerd door WOREL (Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn). Deze richtlijnen hebben als doel huisartsen in hun praktijkvoering te ondersteunen met wetenschappelijk onderbouwde informatie. Het voornaamste probleem is dat verschillende onderzoeken aantonen dat deze richtlijnen weinig geïntegreerd worden in de dagelijkse praktijk. Om de integratie van richtlijnen in de praktijk te verbeteren, werd er implementatiemateriaal opgesteld o.a. in de vorm van steekkaarten. Dit implementatiemateriaal kan door de huisartsen op een vlotte en eenvoudige manier tijdens de consultaties geraadpleegd worden wat de integratie van richtlijnen zou moeten faciliteren.

We vragen ons voornamelijk af of implementatiemateriaal in de vorm van steekkaarten, gepubliceerd op de website van Domus Medica, bruikbaar is in de dagelijkse klinische praktijk van een huisarts. Primair bevragen we of huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO's) gebruik maken van richtlijnen en/of steekkaarten gepubliceerd op de website van Domus Medica. Bijkomend bevragen we door welke huisartsen ze voornamelijk gebruikt worden en of praktiserende huisartsen liever richtlijnen, steekkaarten of ander implementatiemateriaal gebruiken. Secundair willen we te weten komen waarom richtlijnen en/of steekkaarten wel of niet gebruikt worden in de klinische praktijk en wat mogelijke barrières of tekortkomingen zijn.

Deze studie is een prospectief observationele studie. Met dit kwaliteitsbevorderend onderzoek trachten we de mening van een heterogene groep huisartsen te bevragen omtrent de toepasbaarheid van nieuw ontwikkelde steekkaarten in de huisartspraktijk. We vertrekken steeds vanuit een WOREL-richtlijn gepubliceerd in de periode van 2017 tot en met 2020. Om deze richtlijn efficiënt toe te kunnen passen in de huisartsenpraktijk, stellen we per richtlijn één of meerdere steekkaarten op. Deze steekkaarten publiceren we op de website van Domus Medica. Vervolgens bevragen we de mening van een groep huisartsen en HAIO's over de toepasbaarheid van deze nieuw ontwikkelde en reeds bestaande steekkaarten in de klinische praktijk op twee verschillende manieren. Enerzijds stellen we een algemene vragenlijst voor Domus Medica leden op die we afnemen via een online platform. De inclusiecriteria voor deelname aan deze vragenlijst zijn: praktiserend zijn als huisarts en erkend zijn als huisarts of huisarts in opleiding (HAIO). Anderzijds wordt er een samenkomst van HAIO's en PO's (PO-project) georganiseerd. Dit PO-project heeft als doel om een specifieke steekkaart onder de loep te nemen. De specifieke steekkaarten die we analyseren, zijn de steekkaarten gebaseerd op de richtlijnen met volgende titels: 'behandeling van acne' en 'richtlijnen voor de diagnose, behandeling, opvolging en verwijzing van infecties met chlamydia trachomatis in de eerste lijn'. We werken hiervoor samen met drie andere masterstudenten die steekkaarten analyseren gebaseerd op de richtlijnen met volgende titels: 'acute keelpijn', 'preventie van influenza in de huisartsenpraktijk' en 'aanhoudende hoest bij kinderen'. Aan alle deelnemers van het PO-project wordt gevraagd om vooraf de algemene vragenlijst voor Domus Medica leden in te vullen. We zullen het PO-project starten door de steekkaarten voor te stellen aan de hand van een PowerPointpresentatie. Vervolgens nemen we een vragenlijst af via een online platform waarin iedere steekkaart gedetailleerd aan bod komt. Tenslotte worden de antwoorden van de deelnemers mondeling in groep besproken.

De data van de ingevulde enquêtes en mondelinge vragen worden geanalyseerd en getracht visueel voor te stellen aan de hand van diagrammen. De antwoorden op de open vragen zullen we onderverdelen in een aantal hoofdcategorieën om deze nadien eveneens in een diagram te gieten. Ten slotte zullen we hier een conclusie uittrekken.

Scientific rationale of the clinical trial/experiment:

Er werden doorheen de jaren verschillende richtlijnen gepubliceerd door WOREL (Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn). Deze richtlijnen hebben als doel huisartsen in hun praktijkvoering te ondersteunen met wetenschappelijk onderbouwde informatie. Het voornaamste probleem is dat verschillende onderzoeken aantonen dat deze richtlijnen weinig geïntegreerd worden in de dagelijkse praktijk. Om de integratie van deze richtlijnen in de praktijk te verbeteren, werd er implementatiemateriaal opgesteld o.a. in de vorm van steekkaarten. Dit implementatiemateriaal zou door huisartsen op een vlotte en eenvoudige manier tijdens de consultaties geraadpleegd moeten kunnen worden zodat de integratie van richtlijnen gefaciliteerd kan worden.

Is there a placebo arm?

○ Yes ◉ No

Trials elsewhere

Was the clinical trial/experiment already performed elsewhere, either entirely or partially?

○ Yes ◉ No

Competitive Trials

Are there – during the same period – other competitive clinical trials/experiments in the departement?

○ Yes ◉ No

Number of participants

Number of participants to be recruited

In the entire trial: 100

Please provide a rationale for the number of patients

100 participants seems to be a reasonable amount to achieve and analyse.

In own center: 0

Participant selection criteria

☑ Healthy participants
- ☐ Minors
- ☑ Adults
  - ☑ Male
  - ☑ Female
    - ☐ Pregnant or might become pregnant during the trial

☐ Patients

Control group

Is there a control group?

○ Yes ◉ No

Investigations

Which investigations are involved?

Radiographic and/or radio-isotopic investigation	○ Yes	◉ No
Biopsy	○ Yes	◉ No
Blood Samples	○ Yes	◉ No

Special Investigations

Are there other investigations needed outside of clinical practice?

No

Risks

Taking into account the current knowledge of science, do you estimate the research has:

- ◉ No risk or complication
- ○ Potential risk(s) or complication(s)
- ○ Most likely to have a risk or complication

Informed consent

Does the patient information sheet and informed consent contain information about the following aspects? (cfr. law of 07/05/2004 experiments on human beings):

The aim of this clinical trial/experiment	◉ Yes	○ No	○ N/A
The standard treatment and whether this treatment is withheld	○ Yes	○ No	◉ N/A
Potential alternative treatments	○ Yes	○ No	◉ N/A
The risks for the participant and all efforts done to minimize these risks	○ Yes	○ No	◉ N/A
All activities expected of the participant	◉ Yes	○ No	○ N/A
The benefits for the participant	◉ Yes	○ No	○ N/A
The (possible) compensation for the participant and the investigators	◉ Yes	○ No	○ N/A
The insurance for the participant in case of possible injurie(s)	○ Yes	○ No	◉ N/A
The confidentiality of the data	◉ Yes	○ No	○ N/A
The voluntary participation	◉ Yes	○ No	○ N/A

The right to refuse participation at any time without consequences for the treatment	(•) Yes	( ) No	( ) N/A
The identity and contact details of the local investigator	(•) Yes	( ) No	( ) N/A
A copy of the informed consent will be provided to the participant	(•) Yes	( ) No	( ) N/A
The informed consent is written in a clear and understandable language and abbreviations used are clarified so the patient is able to understand	(•) Yes	( ) No	( ) N/A
The informed consent for children > 12 y old is provided (if applicable)	( ) Yes	( ) No	(•) N/A
The informed consent for children < 12 y old is provided (if applicable)	( ) Yes	( ) No	(•) N/A
In case of urgency, permission will be asked from the participant or legal representative as soon as possible	( ) Yes	( ) No	(•) N/A

How will the data be collected?

- [x] Anonymously
- [ ] Pseudonymized
- [ ] By name

Who will be responsible for the database?

Kaat Kelgtermans

Documents

Document Information

Please check if the files are submitted in a correct way.
Please check if all files are readable (preferably as PDF-files or files made with MS Office and please use a common font).

All self-made documents NEED to contain an edition number and an edition date.

If the required administrative documents are insufficient, the study will be considered as inadmissible.

Mandatory Documents

- [x] Accompanying letter
- [x] Protocol of the clinical trial/experiment

Is an information and informed consent required for this clinical trial/experiment? (•) Yes ( ) No

Information and informed consent

- [x] Information and informed consent for the patient and/or family in a clear and understandable language which the patient can understand/is acquainted with
- [ ] Information and informed consent for children
- [x] Insurance (unnecessary if the Antwerp University Hospital is the initiator)

Specify

unnecessary if the Antwerp University Hospital is the initiator

- [x] Signed and dated CV of principal investigator (maximum 3 years old)
- [x] Signed and dated GCP of principal investigator (maximum 3 years old)
- [x] Signed and dated CV of PhD/masters student (maximum 3 years old)
- [x] Signed and dated GCP of PhD/masters student (maximum 3 years old)

Identify which documents you will be attaching
If applicable for the protocol/clinical trial/experiment

- [ ] Dutch abstract of the protocol
- [ ] All diaries provided to the participant
- [x] All questionnaires provided to the participant
- [ ] The arrangements for recruitment of subjects
- [x] Other documents

Accompanying letter

Documents

Type	Document Name	File Name	Version Date	Versie	Maat
Accompanying letter	Begeleidend schrijven 1.4	Begeleidend schrijven 1.4.docx	20/11/2021	4	23,0 KB

Protocol of the clinical trial/experiment

Documents

Type	Document Name	File Name	Version Date	Versie	Maat
Protocol	Studieprotocol-1.8	Studieprotocol-1.8.docx	20/11/2021	8	2,1 MB

Information and informed consent for the patient and/or family in a clear and understandable language which the patient can understand/is acquainted with

Documents

Type	Document Name	File Name	Version Date	Versie	Maat
ICF	Informatieformulier en toestemming arts - PO-project 1.5	Informatieformulier en toestemming arts - PO-project 1.5.docx	16/11/2021	5	23,5 KB
ICF	Informatieformulier en toestemming arts DOMUS MEDICA 1.3	Informatieformulier en toestemming arts DOMUS MEDICA 1.3.docx	16/11/2021	3	23,9 KB

Insurance

Documents

Type	Document Name	File Name	Version Date	Versie	Maat
Insurance	Verzekeringsattest 1.1	Verzekeringsattest 1.1.docx	20/11/2021	1	19,3 KB

Principal Investigator CV

Documents

Type	Document Name	File Name	Version Date	Versie	Maat
CV	Elektronisch onderzoekscurriculum_Van Royen Paul	Elektronisch onderzoekscurriculum_Van Royen Paul.pdf	15/11/2021	1	425,6 KB

GCP of Principal Investigator

Documents

Type	Document Name	File Name	Version Date	Versie	Maat
GCP	GCP-attest 1.1	GCP-attest 1.1.docx	16/11/2021	1	15,3 KB

Master Student CVs

Documents

Type	Document Name	File Name	Version Date	Versie	Maat
CV	CV Dafne Michiels	CV Dafne Michiels.pdf	05/10/2021	1	215,5 KB
CV	CV Kaat Kelgtermans	CV Kaat Kelgtermans.pdf	05/10/2021	1	108,7 KB

GCPs of Masters Students

Documents

Type	Document Name	File Name	Version Date	Versie	Maat
GCP	GCP-attest 1.1	GCP-attest 1.1.docx	16/11/2021	1	15,3 KB

All questionnaires provided to the participant

Documents

Type	Document Name	File Name	Version Date	Versie	Maat
Questionnaire	Vragenlijst Domus Medica 1.5	Vragenlijst Domus Medica 1.5.docx	16/11/2021	5	22,1 KB
Questionnaire	Vragenlijst PO-project 1.5	Vragenlijst PO-project 1.5.docx	16/11/2021	5	19,3 KB

Other Documents

Documents

Type	Document Name	File Name	Version Date	Versie	Maat
Other	Investigator CV Olivia Vandeput	Investigator CV Olivia Vandeput.pdf	16/11/2021	1	207,2 KB
Other	Steekkaart behandeling van acne - Kaat Kelgtermans	Steekkaart behandeling van acne - Kaat Kelgtermans.docx	02/11/2021	2	18,9 KB
Other	Steekkaart diagnose en behandeling van chlamydia in de huisartsenpraktijk - Dafne Michiels	Steekkaart diagnose en behandeling van chlamydia in de huisartsenpraktijk - Dafne Michiels.docx	02/11/2021	2	19,4 KB
Other	Samenvatting studieprotocol 1.2	Samenvatting studieprotocol 1.2.docx	16/11/2021	2	23,4 KB

Please identify

Ontwikkelde steekkaarten met betrekking tot de richtlijnen: 'richtlijn acne' en 'richtlijnen voor de diagnose, behandeling, opvolging en verwijzing van infecties met chlamydia trachomatis in de eerste lijn'; CV co-promotor Olivia Vandeput; Samenvatting van het studieprotocol

Sign off

Are you the PI of this trial? ○ Yes ◉ No

Please enter name of the PI
Please add PI and Head of department details BEFORE requesting any signature

Paul Van Royen

Please request principal investigator's signature

Ondertekend: Dit formulier is ondertekend door Professor Paul Van Royen (paul.vanroyen@uantwerpen.be) on 20/11/2021 19:28

Do you require a Head of Department Signature?
Not requesting an HOD signature when one is required will delay review of your Trial.

○ Yes ◉ No

Please explain why no HOD Signature is required

There are no departments involved in the research project.

STUDIEPROTOCOL

Ontwikkeling van nieuw implementatiemateriaal gebaseerd op Belgische richtlijnen omtrent Chlamydia Trachomatis en acne gepubliceerd in 2017-2020 aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk.

Achtergrond

In de master-na-master huisartsgeneeskunde leert men de huisartsen in opleiding (HAIO's) om reeds bestaande richtlijnen voor de eerste lijn te gebruiken in de dagdagelijkse klinische praktijk. Op deze manier kan je als (startend) huisarts handelen volgens het principe van 'evidence-based-medicine' en hierop terugvallen bij patiëntencasussen. Voornamelijk de Nederlandstalige richtlijnen zoals de richtlijnen gepubliceerd op de website van Domus Medica en NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) dienen gekend te zijn. Het toepassen van deze richtlijnen zou gefaciliteerd kunnen worden door de ontwikkeling van implementatiemateriaal waarvan artsen van alle leeftijden weten waar ze te vinden en hoe te gebruiken in de dagelijkse huisartspraktijk.

Inleiding

Richtlijnen worden volgens de meest recente definitie uit 2011 door het IOM (Institute of Medicine) gedefinieerd als "verslagen die aanbevelingen bevatten ter optimalisatie van patiëntenzorg." Ze dienen tevens aan volgende voorwaarden te voldoen: ze dienen gebaseerd te zijn op een systematic review, ze zijn ontwikkeld door een erkend, multidisciplinair panel van experten en vertegenwoordigers van belanghebbenden, ze dienen rekening te houden met belangrijke patiënten-subgroepen en hun voorkeuren, ze dienen gebaseerd te zijn op expliciete en transparante processen die distortion, bias en conflict of interest minimaliseren, ze dienen een heldere verklaring te bieden voor de logische relatie tussen alternatieve zorg en gezondheidsuitkomsten en beoordelingen te verschaffen voor zowel de kwaliteit van evidence als de sterkte van de aanbevelingen en tot slot dienen ze herbekeken te worden wanneer nieuwe evidentie aanpassingen van de huidige aanbevelingen noodzakelijk maakt.[1]

Sinds meer dan 15 jaar worden in België richtlijnen ontwikkeld. In 2011 werd een consortium van richtlijnontwikkelaars opgericht. Initieel kreeg dit consortium de naam 'EBMPracticeNet', tegenwoordig 'Ebpracticenet' genoemd. Vanuit deze werking ontstond in 2014 de WOREL (Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn). De voornaamste opdracht van de WOREL was de herziening van reeds bestaande richtlijnen en de ontwikkeling van nieuwe multidisciplinaire richtlijnen. Het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) financiert als overheidsinstelling de WOREL. [2]
Ebpracticenet werkt nauw samen met Domus Medica en helpt bij het up-to-date houden van richtlijnen die worden gepubliceerd op de website van Domus Medica.
Domus Medica is een vereniging zonder winstoogmerk die werd opgericht op 8 maart 2006.[3] Domus Medica behartigt de belangen van de huisartsen en de huisartsenkringen in Vlaanderen op wetenschappelijk, maatschappelijk en syndicaal vlak via democratische besluitvorming en wetenschappelijke onderbouw. Bovendien trachten ze de ontwikkeling en realisatie van een goede patiëntgerichte gezondheidszorg en zorgbeleid te bevorderen.[4]
De laatste jaren wordt de ontwikkeling van richtlijnen gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en wordt klinische expertise in de huisartsenpraktijk meer en meer gezien als een belangrijke voorwaarde

voor kwaliteitsvolle zorg. Ondanks de vele studies die aantonen dat richtlijnen de uitkomst van de gezondheidszorg verbeteren, blijkt dat de integratie, of anders genoemd implementatie, van deze richtlijnen in de praktijk een uitdaging is.[5]

Implementatie van richtlijnen definieert men als 'de concrete activiteiten en interventies die worden ondernomen om het beleid om te zetten in de gewenste resultaten' Deze implementatie kan op verschillende manieren gebeuren bijvoorbeeld aan de hand van steekkaarten, E-learnings, podcasts, etc.[6]

Oorzaken die aan de basis kunnen liggen van een moeilijke integratie van richtlijnen kan ten eerste te maken hebben met de richtlijn zelf. De inhoud van de richtlijn, de presentatie van de richtlijn, de aanwezigheid van een samenvatting van de richtlijn of de transparantie naar de wetenschappelijke achtergrond speelt hierin een rol.[7], [8] Ten tweede is het cruciaal dat een richtlijn praktisch gezien toepasbaar is in de huisartsenpraktijk. Ten derde bepaalt de houding van de hulpverleners ten opzichte van de richtlijn voornamelijk of de richtlijn gebruikt wordt.[9],[10] Gebruiksvriendelijkheid, wetenschappelijke evidentie, details omtrent competentie en opleiding van de auteurs en de mate waarin artsen hun eigen ervaring (experience-based-knowledge) kunnen samenleggen met de wetenschappelijke achtergrond (evidence-based-medicine) bepalen hoe artsen een richtlijn beoordelen. [11],[12],[13],[14]

Voor deze masterpaper werd eerst implementatiemateriaal onder de vorm van enkele steekkaarten in aanvulling op reeds bestaande Domus Medica steekkaarten gemaakt. Deze nieuw ontwikkelde steekkaarten zijn gebaseerd op volgende WOREL richtlijnen: 'Richtlijnen voor de diagnose, behandeling, opvolging en verwijzing van infecties met Chlamydia trachomatis (CT) in de eerste lijn' en 'Richtlijn acne'. Voor een andere masterpaper, waarmee we nauw samenwerken, werd implementatiemateriaal onder de vorm van steekkaarten opgesteld gebaseerd op de richtlijnen 'Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk', 'Acute keelpijn' en 'Aanhoudende hoest bij kinderen'. Het doel van deze masterproef is om na te gaan of de steekkaarten gepubliceerd op de website van Domus Medica wel effectief in de dagelijkse praktijk door huisartsen en huisartsen in opleiding gebruikt worden, wat de grootste barrières of tekortkomingen zijn om deze te gebruiken en hoe de steekkaarten eventueel verder geoptimaliseerd kunnen worden om aan de wensen van huisartsen te voldoen.

Probleemstelling

Zoals hierboven reeds aangehaald, werden er doorheen de jaren verschillende richtlijnen gepubliceerd door WOREL (Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn). Deze richtlijnen hebben als doel de huisartsen in hun praktijkvoering te ondersteunen met Evidence-Based-Medicine. Het voornaamste probleem is dat verschillende onderzoeken aantonen dat deze richtlijnen echter weinig geïntegreerd worden in de dagelijkse praktijk.[15],[16],[17] Om de integratie van richtlijnen in de praktijk te verbeteren, dient er implementatiemateriaal opgesteld te worden, o.a. in de vorm van steekkaarten, dat door de huisartsen op een vlotte en eenvoudige manier tijdens de consultaties geraadpleegd kan worden.

Onderzoeksvraag

We vragen ons hoofdzakelijk af of implementatiemateriaal in de vorm van steekkaarten, gepubliceerd op de website van Domus Medica, bruikbaar is in de dagelijkse klinische praktijk van een huisarts. Primair bevragen we of huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO's) gebruik maken van richtlijnen en/of steekkaarten gepubliceerd op de website van Domus Medica. Bijkomend bevragen we door welke huisartsen ze voornamelijk gebruikt worden en of praktiserende huisartsen liever richtlijnen, steekkaarten of ander implementatiemateriaal gebruiken. Secundair trachten we te achterhalen waarom richtlijnen en/of steekkaarten wel of niet gebruikt worden in de klinische praktijk en wat mogelijke barrières of tekortkomingen zijn.

Methodologie

Studieopzet

Deze studie is een prospectief observationele studie. Met dit kwaliteitsonderzoek trachten we de mening van een heterogene groep huisartsen te bevragen omtrent de toepasbaarheid van reeds bestaande en nieuw ontwikkelde steekkaarten in de huisartspraktijk. We vertrekken steeds vanuit een WOREL-richtlijn gepubliceerd in de periode van 2017 tot en met 2020. Om deze richtlijn efficiënt toe te kunnen passen in de huisartsenpraktijk, stellen we per richtlijn één of meerdere steekkaarten op. Deze steekkaarten publiceren we op de website van Domus Medica. Vervolgens bevragen we de mening van een groep huisartsen en huisartsen in opleiding over de toepasbaarheid van reeds bestaande en nieuw ontwikkelde steekkaarten in de klinische praktijk. De mening van deze huisartsen bevragen we op twee verschillende manieren. Enerzijds stellen we een algemene vragenlijst op voor Domus Medica leden. Deze vragenlijst heeft als doel een beeld te krijgen van de bruikbaarheid van steekkaarten voor huisartsen. Anderzijds organiseren we een PO-project voor huisartsen in opleiding (HAIO's) en hun praktijkopleiders (PO's) via de door het ICHO reeds opgestelde seminariegroepen van 2021-2022. Dit PO-project heeft als doel om een specifieke steekkaart onder de loep te nemen. De specifieke steekkaarten die we analyseren voor deze masterpaper, zijn de steekkaarten gebaseerd op de richtlijnen met volgende titels: 'Richtlijn acne' en 'Richtlijnen voor de diagnose, behandeling, opvolging en verwijzing van infecties met Chlamydia trachomatis in de eerste lijn'. De specifieke steekkaarten die worden geanalyseerd voor een andere masterpaper waarmee we nauw samenwerken, zijn de steekkaarten gebaseerd op de richtlijnen met volgende titels: 'Preventie van influenza in de huisartsenpraktijk', 'Acute keelpijn' en 'Aanhoudende hoest bij kinderen'. Voor het PO-project zal aan alle deelnemers gevraagd worden om de algemene vragenlijst voor Domus Medica leden in te vullen. Tijdens het PO-project zullen de steekkaarten eerst worden voorgesteld aan de hand van een powerpointpresentatie. Vervolgens nemen we een vragenlijst af via een online platform waarin iedere steekkaart gedetailleerd aan bod komt. Tenslotte worden de antwoorden van de deelnemers mondeling in groep besproken. Van deze mondelinge bespreking zal een geluidsopname gemaakt worden. Deze geluidsopname zal door de onderzoekers schriftelijk en anoniem verwerkt worden en gedurende 10 jaar bewaard worden op de servers van Universiteit Antwerpen. Aan de vragenlijsten kunnen doorheen het studieproces nog enkele wijzigingen worden aangebracht. De resultaten die we concluderen uit de vragenlijsten dienen om de reeds bestaande steekkaarten te

verbeteren en om de steekkaarten die in de toekomst ontwikkeld worden beter af te stemmen op de noden van huisartsen.

Studiesubjecten en blootstellingen

Aangezien er via de nieuwsbrief van Domus Medica een vragenlijst wordt gestuurd, komen alle leden van Domus Medica in aanmerking. Zij moeten voldoen aan volgende in- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria:

- Erkend zijn als huisarts of huisarts in opleiding
- Actief zijn als huisarts

Exclusiecriteria:

- Gepensioneerde huisartsen
- Huisartsen die niet praktiserend zijn
- Andere arts-specialisten buiten huisartsgeneeskunde

Deelname is volledig vrijblijvend. Zij zullen via deze enquête hun toestemming moeten geven voor deelname aan deze studie.

Via de nieuwsbrief van Domus Medica en het PO-project hopen we in totaal een 100-tal deelnemers te bekomen.

Datacollectie en verwerking

De toepasbaarheid van steekkaarten in de huisartsenpraktijk wordt enerzijds geëvalueerd door middel van een algemene elektronische vragenlijst voor leden van Domus Medica en anderzijds door een PO-project. De algemene vragenlijst zal verspreid worden via de nieuwsbrief van Domus Medica. Het PO-project zal doorgaan volgens de hierboven beschreven specificiteiten.

De data van de ingevulde enquêtes en mondelinge bespreking wordt geanalyseerd en getracht visueel voor te stellen aan de hand van diagrammen. De antwoorden op de open vragen zullen we onderverdelen in een aantal hoofdcategorieën om deze nadien eveneens in een diagram te gieten. Ten slotte zullen we hier een conclusie uittrekken.

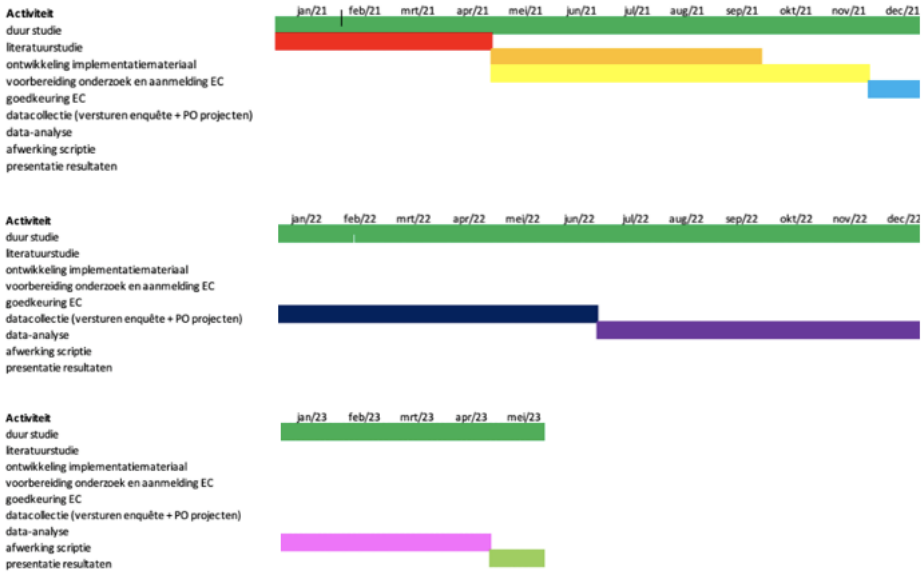
Ethische overwegingen

Een ethische goedkeuring voor deze studie werd aangevraagd aan het Ethisch comité UZA - Universiteit Antwerpen. In dit kwaliteitsonderzoek wordt er gebruik gemaakt van vragenlijsten. Bijgevolg worden de proefpersonen niet blootgesteld aan risico's en kennen ze geen voor- of nadelen bij deelname aan dit onderzoek. Aangezien we ons onderzoek louter baseren op vragenlijsten, is er geen probleem met betrekking tot co-interventie. Proefpersonen die reeds deelnamen aan andere studies worden niet geëxcludeerd. Deelname aan andere studies wordt dan ook niet door ons bevraagd. Deelnemers zullen geen vergoeding ontvangen voor participatie aan deze studie.

Deze studie heeft als doel om steekkaarten te verbeteren zodat ze meer bruikbaar zijn in de klinische praktijk voor huisartsen wat de kwaliteit en eenduidigheid van medische zorgen in de huisartspraktijk bevordert. Deelname aan de algemene vragenlijst voor Domus Medica leden zal ongeveer vijftien minuten in beslag nemen. Deelname aan een PO-project duurt 3 uur.

Project management en timetable

In de periode van januari tot en met april 2021 werd er een literatuuronderzoek verricht naar hoe up-to-date en relevant de gekozen richtlijnen zijn in de huisartsenpraktijk. Het implementatiemateriaal in de vorm van steekkaarten gebaseerd op deze richtlijnen werd ontwikkeld van mei tot en met september 2021. In deze periode werden ook de voorbereidingen voor het onderzoek gestart. Met deze voorbereidingen wordt bedoeld het opstellen van de algemene vragenlijst die via de nieuwsbrief van Domus Medica verspreid zal worden, de vragenlijst die we zullen voorleggen tijdens een PO-project, het studieprotocol en de aanvraag bij het Ethisch Comité. Idealiter wordt de aanvraag bij het Ethisch Comité goedgekeurd tegen 1 januari 2022. De datacollectie begint vanaf deze goedkeuring en zal lopen tot en met juni 2022. De data werden zo gekozen opdat de PO-projecten kunnen doorgaan in de seminariegroepen 2021-2022. Op deze manier wordt de organisatie voor het verzamelen van data mogelijk gemaakt. Dataverwerking en analyses zullen plaatsvinden na de datacollectie, d.w.z. vanaf juli 2022 tot en met december 2022. Hierna zullen de resultaten en de bijbehorende scriptie afgewerkt en gepresenteerd worden tot uiterlijk mei 2023.



Financiering

Ontwikkeling van nieuw implementatiemateriaal gebaseerd op Belgische richtlijnen omtrent Chlamydia Trachomatis en acne gepubliceerd in 2017-2020 aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk.

Kaat Kelgtermans
Dafne Michiels

17/11/2021
Editienummer 8

Voor dit onderzoek zijn weinig tot geen financiële middelen nodig. Eerst en vooral zullen de vragenlijsten digitaal worden verstuurd en verwerkt. Hierdoor zijn er geen printkosten verbonden aan de studie. De locatie waar het PO-project zal doorgaan, wordt gratis ter beschikking gesteld aan de stagecoördinator van de verschillende seminariegroepen. De steekkaarten die we baseerden op de richtlijnen gepubliceerd op de website van Domus Medica konden we enkel ontwikkelen met de steun van Domus Medica. Domus Medica stelt hun template en ICT-personeel gratis ter beschikking voor het toepassen van de lay-out. De kosten voor eventuele verplaatsingen worden gefinancierd door de proefpersonen zelf. Bijkomend verklaart elk van de auteurs geen financieel voordeel te verwerven uit deze studie.

Ontwikkeling van nieuw implementatiemateriaal gebaseerd op Belgische richtlijnen omtrent Chlamydia Trachomatis en acne gepubliceerd in 2017-2020 aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk.

Kaat Kelgtermans
Dafne Michiels

17/11/2021
Editienummer 8

Literatuurlijst

1. Introduction - Clinical Practice Guidelines We Can Trust - NCBI Bookshelf [Internet]. [cited 2021 Oct 12]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209546/
2. werkgroep ontwikkeling richtlijnen eerste lijn - ebmpracticenet [Internet]. [cited 2021 Oct 12]. Available from: https://www.ebp-guidelines.be/who
3. DOMUS MEDICA VZW STAATSBLAD PUBLICATIES en JAARREKENINGEN (BE0410872303) [Internet]. [cited 2021 Oct 12]. Available from: https://www.staatsbladmonitor.be/bedrijfsfiche.html?ondernemingsnummer=0410872303
4. Onze missie | Domus Medica [Internet]. [cited 2021 Oct 12]. Available from: https://www.domusmedica.be/onze-missie
5. R G. Implementing guidelines in general practice care. Qual Health Care [Internet]. 1992 [cited 2021 Oct 12];1(3):184–91. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10136861/
6. Guidelines I of M (US) C on CP, Field MJ, Lohr KN. Implementing Guidelines: Overview and Illustrative Cases. 1992 [cited 2021 Oct 12]; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234499/
7. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines - PubMed [Internet]. [cited 2021 Oct 14]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9220923/
8. Group GW. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ Br Med J [Internet]. 2004 Jun 19 [cited 2021 Oct 14];328(7454):1490. Available from: /pmc/articles/PMC428525/
9. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C in 't, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. BMJ Br Med J [Internet]. 1998 Sep 26 [cited 2021 Oct 14];317(7162):858. Available from: /pmc/articles/PMC31096/
10. Siriwardena AN. Clinical guidelines in primary care: a survey of general practitioners' attitudes and behaviour. Br J Gen Pract [Internet]. 1995 [cited 2021 Oct 14];45(401):643. Available from: /pmc/articles/PMC1239465/?report=abstract
11. 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 Feb 1;85(2):148–61.
12. Beliefs About and Use of Occupational Medicine Practice Guid... : Journal of Occupational and Environmental Medicine [Internet]. [cited 2021 Oct 14]. Available from: https://journals.lww.com/joem/Abstract/2000/04000/Beliefs_About_and_Use_of_Occupational_Medicine.7.aspx
13. Michie S, Pilling S, Garety P, Whitty P, Eccles MP, Johnston M, et al. Difficulties implementing a mental health guideline: an exploratory investigation using psychological theory. Implement Sci [Internet]. 2007 [cited 2021 Oct 14];2(1):8. Available from: /pmc/articles/PMC1864990/

14. Nuckols TK, Lim Y-W, Wynn BO, Mattke S, MacLean CH, Harber P, et al. Rigorous Development does not Ensure that Guidelines are Acceptable to a Panel of Knowledgeable Providers. J Gen Intern Med [Internet]. 2008 Jan [cited 2021 Oct 14];23(1):37. Available from: /pmc/articles/PMC2173921/

15. Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Ramsay C, Fraser C, et al. Evidence (and its Limitations) of the Effectiveness of Guideline Dissemination and Implementation Strategies. J Gen Intern Med. 2006;21:14–20.

16. 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;8:1–11.

17. Delamothe T. Wanted: Guidelines that doctors will follow. Br Med J. 1993;307(6898):218.

Bijlagen

1. Steekkaarten

STEEKKAART DIAGNOSE EN BEHANDELING VAN CHLAMYDIA IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

ANAMNESE

- Risicovol seksueel gedrag bevragen
- Moment van laatste seksueel contact
- Meestal asymptomatisch echter volgende symptomen zijn mogelijk:
    - Vrouwen:
        - verhoogde vaginale fluor, bloedverlies (tussentijds of postcoïtaal), dysurie, pijn in de onderbuik, diepe dyspareunie
    - Mannen:
        - Dysurie, verlies uit urethra, uitzonderlijk testiculaire pijn, anale klachten
    - Neonaten:
        - Oogafscheiding, gezwollen oogleden, tachypnee en droge hoest

KLINISCHE TEKENS

- Vrouwen:
    - mucopurulente cervicitis met/zonder bloeding bij contact, bekkenpijn, slingerpijn
- Mannen:
    - verlies uit urethra, proctitis
- Neonaten:
    - Conjunctivitis, nasofaryngeale infectie, pneumonie

DIAGNOSE

"Nucleid Acid Amplification Test" (NAAT)

- (a)symptomatische vrouwen: voorkeur vulvovaginale wisser (zelfafname even sensitief)
- (a)symptomatische mannen: voorkeur eerstestraalsurine
- naargelang seksueel gedrag: staal op andere anatomische plaatsen (orofaryngeaal en anorectaal). Verstuur deze stalen altijd afzonderlijk naar het laboratorium.

    - Indien positief -> geen confirmatiestaal nodig
    - Indien negatief -> indien nodig nieuwe test 2 weken na risicocontact ('windowperiode')

    !! Na een positieve anorectale test ALTIJD een test voor Lymfogranuloma venereum

Serologische bepaling niet aanbevolen

BEHANDELING

Ongecompliceerde urogenitale en/of faryngeale CT-infectie bij mannen en niet-zwangere vrouwen:

- Doxycycline 100 mg 2x/dag voor 7 dagen OF
- Azithromycine 1g eenmalig

Zwangere vrouwen of borstvoedende vrouwen met een (urogenitale, anorectale of faryngeale) CT-infectie:

- Azithromycine 1g eenmalig

Anorectale CT-infectie (non-LGV) bij mannen en niet-zwangere vrouwen:

- Doxycycline 100 mg 2x/dag voor 7 dagen

HIV-positieve patiënten met een positieve anorectale CT-test maar onbekende LGV-status:

- Doxycycline 100 mg 2x/dag voor 21 dagen

Lymfogranuloma venereum infectie (LGV-infectie):

- Doxycycline 100 mg 2x/dag voor 21 dagen

!! Seksuele partners dienen getest en behandeld te worden. Het retrospectieve tijdskader bij CT bedraagt 3 weken tot 1 maand.

OPVOLGING

Zwangere vrouwen met een CT-infectie:

- Gynaecoloog op de hoogte brengen voor verdere opvolging en de te nemen preventieve maatregelen
- Dringende verwijzing bij CT-infectie met klachten (bv. pijn in de buik, bloedverlies)
- Noteer de CT-infectie in het dossier van zowel moeder als kind

'Test of cure' minstens 4 weken na beëindigen van behandeling aanbevolen bij:

  - Bij rectale infectie (chlamydia of LGV)
  - Bij zwangere vrouwen met een CT-infectie
  - Bij alternatieve behandeling (bv geen doxycycline of azithromycine) van urogenitale of faryngeale CT-infectie
  - Bij slechte therapietrouw
  - Bij aanhoudende klachten

Tot 7 dagen na het beëindigen van de behandeling mogen de patiënt en zijn/haar partner(s) geen (oraal) seksueel contact hebben.

Test alle patiënten met een diagnose van CT op andere soi's: gonorroe, syfilis, HIV (en zo nodig hepatitis B).

Een ongecompliceerde genitale CT-infectie is geen indicatie voor het verwijderen van een (hormoon)spiraal.

Ontwikkeling van nieuw implementatiemateriaal gebaseerd op Belgische richtlijnen omtrent Chlamydia Trachomatis en acne gepubliceerd in 2017-2020 aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk.

Kaat Kelgtermans
Dafne Michiels

17/11/2021
Editienummer 8

VERWIJZING

Naar tweede lijn:

- Aanhoudende klachten na behandeling van CT-infectie of LGV
- Complicaties
- Na een positieve 'test of cure' na eerstekeuzebehandeling
- Optreden van artritis
- Fertiliteitsproblemen of –vragen
- Kind van moeder met CT-infectie tijdens de zwangerschap (of met een vermoeden van een CT-infectie) met slechte algemene toestand in de eerste 3 levensmaanden (ziek, slechte gewichtstoename..): voor CT-test en behandeling
- Vrouwen met (een vermoeden van) PID met goede algemene toestand:
    - zo nodig advies gynaecoloog voor behandeling, follow-up

Met urgentie naar ziekenhuis:

- vrouwen met (een vermoeden van) PID en slechte algemene toestand:
    - onmiddellijk naar spoed

STEEKKAART BEHANDELING ACNE

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Aanvalsbehandeling

	Comedonale acne	Milde tot matige papulopustuleuze acne	Ernstige papulopustuleuze acne
Eerste keuze	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	Combinatieproduct van BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. peroraal antibioticum[3] OF Oraal isotretinoïne[4]
Onvoldoende beterschap	Combinatieproduct van BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur	BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. topisch antibiotica[2] OF BPO[1], adapaleen of azelaïnezuur i.c.m. peroraal antibioticum[3] (Indien nog steeds onvoldoende effect: oraal isotretinoïne[4])	Oraal isotretinoïne[4]
Bij vrouwen met een anticonceptiewens, kunnen ook gecombineerde orale contraceptiva gebruikt worden, in plaats van of in aanvulling van de initiële behandeling van acne.			

[1]Benzoylperoxide 5%
[2]Clindamycine 1% (10mg/ml) 1x/dag
[3]Azithromycine 500mg 1x/week OF lymecycline 300mg 1x/dag OF doxycycline 100mg 1x/dag
[4]Dosis: 0,5mg/kg/dag; Behandelduur: tot een cumulatieve dosis van 120-140mg/kg bereikt is; Controles: labo (Hb, leukocyten, trombocyten, nierfunctie, levertesten, lipidenprofiel) voor start, na 1 maand, nadien om 3 maanden; Verplichte anticonceptie bij vrouwen tijdens behandeling wegens manifeste teratogeniciteit

Een inductiebehandeling met antibiotica (zowel peroraal als topisch) dient men maximaal drie tot vier maanden te continueren. Indien nodig kan hierna een onderhoudsbehandeling opgestart worden.

Onderhoudsbehandeling

Start een onderhoudsbehandeling op na een succesvolle inductietherapie om de kans op recidief te verminderen. Gebruik hiervoor adapaleen in monotherapie bij milde tot matige acne. Gebruik de combinatie van adapaleen en benzoylperoxide bij ernstigere vormen van acne. Deze behandeling kan afhankelijk van de ernst nog tot 12 maanden verder gezet worden.

Ontwikkeling van nieuw implementatiemateriaal gebaseerd op Belgische richtlijnen omtrent Chlamydia Trachomatis en acne gepubliceerd in 2017-2020 aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk.

Kaat Kelgtermans
Dafne Michiels

17/11/2021
Editienummer 8

2. Vragenlijst Domus Medica

VRAGENLIJST DOMUS MEDICA

ALGEMENE VRAGEN

1. Bent u momenteel actief in de klinische praktijk als huisarts?
   - Ja
   - Nee
     I. Zo nee, de vragenlijst stopt.

2. Hoeveel jaar bent u reeds actief in de klinische praktijk als huisarts ?
   - Huisarts-in-opleiding
   - 0 - 10 jaar
   - 10 – 20 jaar
   - 20 – 30 jaar
   - 30 – 40 jaar
   - > 40 jaar

3. In welke huisartsenpraktijk werkt u?
   - Ik werk als huisarts niet verbonden aan een praktijk
   - Solopraktijk
   - Duopraktijk
   - Groepspraktijk
   - Multidisciplinaire groepspraktijk
   - Opleidingspraktijk

4. Wat is uw geslacht?
   - Man
   - Vrouw
   - X

5. Hoeveel patiëntconsultaties heeft u gemiddeld per werkdag?
   - 0 – 10
   - 10 – 20
   - 20 – 30
   - 30 – 40
   - > 40

6. Waarop baseert u uw consultatievoering het meest?
    - Richtlijnen
    - Praktijkkennis
        I. Zo richtlijnen, wanneer gebruikt u richtlijnen het meest?
            - Tijdens een consultatie (point of care)
            - Voor een consultatie
            - Na een consultatie
            - Tijdens praktijkoverleg

7. Bent u op de hoogte dat er steekkaarten met betrekking tot verschillende richtlijnen zijn gepubliceerd op de website van Domus Medica?
    - Ja
    - Nee

8. Maakt u in de klinische praktijk gebruik van de richtlijnen en/of steekkaarten gepubliceerd op de website van Domus Medica?
    - Ja, ik maak gebruik van de richtlijnen (a)
    - Ja, ik maak gebruik van de steekkaarten (b)
    - Ja, ik maak gebruik van de richtlijnen en steekkaarten (c)
    - Nee, ik maak geen gebruik van de richtlijnen en steekkaarten (d)

        i. Zo ja (a of c), hoe frequent maakt u gebruik van richtlijnen gepubliceerd op de Domus Medica website?
            - Dagelijks
            - Wekelijks
            - Maandelijks
            - Minder dan maandelijks

        ii. Zo ja (b of c), hoe frequent maakt u gebruik van steekkaarten gepubliceerd op de Domus Medica website?
            - Dagelijks
            - Wekelijks
            - Maandelijks
            - Minder dan maandelijks

        iii. Zo ja (c), maakt u het meest gebruik van richtlijnen of steekkaarten?
            - Richtlijnen
            - Steekkaarten

iv. (a of d): Waarom maakt u geen gebruik van de Domus Medica steekkaarten?
    - Ik ken de steekkaarten reeds vanbuiten
    - Ik gebruik liever volledige richtlijnen
    - Ik vind de steekkaarten niet gemakkelijk en snel genoeg terug op de website van Domus Medica
    - Ik vind de steekkaarten niet duidelijk genoeg
    - Ik gebruik andere websites dan de webiste van Domus Medica
    - Andere redenen
        i. Zo andere redenen, welke?

9. Maakt u in de klinische praktijk gebruik van richtlijnen en/of samenvattingen en/of steekkaarten gepubliceerd op andere platformen dan de Domus Medica website?
    - Ja
    - Nee
        i. Zo ja, hoe frequent maakt u gebruik van richtlijnen en/of samenvattingen en/of steekkaarten gepubliceerd op andere platformen dan de Domus Medica website?
            - Dagelijks
            - Wekelijks
            - Maandelijks
            - Minder dan maandelijks

10. Indien u steekkaarten zou gebruiken, voor welke onderdelen van uw consultatie lijken ze u het meest nuttig?
    - Anamnese
    - Klinisch onderzoek
    - Aanvullend onderzoek
    - Beleid

11. Zijn er onderwerpen waarvan u vindt dat er een steekkaart ontbreekt op de website van Domus Medica?
    - Ja
        i. Zo ja, welke onderwerpen?
    - Nee

12. Via welk medium verkiest u een steekkaart te gebruiken?
    - Op papier
    - Via een website
    - Via een mobiele app

13. Zou u een mobiele app nuttig vinden om te gebruiken in de klinische praktijk?
    - Ja, tijdens consultaties
    - Ja, op huisbezoek
    - Ja, tijdens consultaties en op huisbezoek
    - Nee

14. Heeft u nog tips of wenst u aanpassingen toe te passen in de steekkaarten die heden gepubliceerd zijn op de Domus Medica website?
    - Ja
        i. Zo ja, welke?
    - Nee

3. Informatieformulier en toestemming arts: Domus Medica

INFORMATIEFORMULIER EN TOESTEMMING ARTS: DOMUS MEDICA

Geachte

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan een kwaliteitsonderzoek door volgende vragenlijst in te vullen.

Deze studie bevraagt de mening van een heterogene groep huisartsen rond nieuw ontwikkelde steekkaarten gebaseerd op Belgische richtlijnen gepubliceerd in 2017-2020 en de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk.

We stellen u voor om aan deze studie deel te nemen omdat u lid bent van Domus Medica en/of momenteel tewerkgesteld bent als huisarts of huisarts in opleiding (HAIO). Aan deze studie zullen ongeveer 100 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u een goede kennis hebben van de Nederlandse taal en praktiserend huisarts (in opleiding) zijn.

Het invullen van deze online vragenlijst zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen.

Indien u deelneemt aan deze studie dient u te weten dat:

- Deze studie is opgesteld na evaluatie door de Ethische Commissie UZA - Universiteit Antwerpen;
- Uw deelname aan deze studie geen enkel gezondheidsrisico inhoudt;
- Uw deelname vrijwillig is. Op geen enkele manier kan er sprake zijn van dwang;
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, volledig anoniem zijn;
- Er geen persoonsgegevens (naam, geboortedatum, adres, etc.) worden verzameld. Anonimiteit van de resultaten bij publicatie zijn verzekerd.

U kan, wanneer u bijkomende informatie wenst, problemen ondervindt of u ergens zorgen over maakt, contact opnemen met één van de onderzoekers via mail (kaat.kelgtermans@student.kuleuven.be) of telefonisch (+32478408962). De hoofdonderzoeker, professor Van Royen Paul, kan u via mail (paul.vanroyen@uantwerpen.be) of telefonisch (+3232652527) contacteren tijdens de werkuren.

Wanneer u vragen heeft over uw rechten als deelnemer aan deze studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie UZA - Universiteit Antwerpen. Het secretariaat van de Ethische Commissie UZA - Universiteit Antwerpen kan u via mail (ethisch.comite@uza.be) of telefonisch (+3238213897) bereiken op iedere werkdag van 10u – 12u.

Wij willen u alvast bedanken voor uw deelname.

Dafne Michiels en Kaat Kelgtermans

4. Vragenlijst PO-project

VRAGENLIJST PO-PROJECT

ALGEMENE VRAGEN

1. Als wat bent u actief in de klinische praktijk?
    - Huisarts in opleiding (HAIO)
    - Praktijkopleidier (PO)

2. Vindt u een inleidende powerpoint nuttig?
    - Ja
        i. Zo ja, waarom?
    - Nee
        i. Zo nee, waarom niet?

SPECIFIEKE VRAGEN PER STEEKKAART

3. Wat vindt u van de steekkaart van …. ?
    - Nuttig, ik zou de steekkaart gebruiken (a)
    - Bruikbaar maar ik zou de steekkaart niet direct zelf gebruiken (b)
    - Niet bruikbaar (c)
        i. Zo a of b: Waarom zou u de steekkaart wél gebruiken?
        ii. Zo b of c: Waarom zou u de steekkaart niet gebruiken?

4. Vindt u de steekkaart van … te beknopt of te uitgebreid?
    - Nee
    - Te beknopt
        i. Waarmee zou u de steekkaart uitbreiden?
    - Te uitgebreid
        i. Wat zou u weglaten om de steekkaart in te korten?

5. Kon u de informatie die u nodig had snel terugvinden in de steekkaart van … ?
    - Ja
    - Nee
        i. Zo nee, welke veranderingen zouden volgens u gemaakt kunnen worden zodat de informatie sneller terug te vinden is?

6. Zou u het een meerwaarde vinden (indien van toepassing) als buiten de productnamen ook dosissen en merknamen vermeld worden in een steekkaart?
    - Ja, dosissen
    - Ja, merknamen
    - Ja, dosissen en merknamen
    - Nee

7. Heeft u nog tips/aanpassingen omtrent deze steekkaart van …?
    - Ja
        i. Zo ja, welke?
    - Nee

5. Informatieformulier en toestemming arts: PO-project

INFORMATIEFORMULIER EN TOESTEMMING ARTS: PO-PROJECT

Informatieformulier

Wij zijn twee masterstudenten huisartsgeneeskunde* die samen een masterpaper schrijven getiteld "Ontwikkeling van nieuw implementatiemateriaal gebaseerd op Belgische richtlijnen omtrent Chlamydia Trachomatis en acne gepubliceerd in 2017-2020 aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk."

Het betreft een kwalitatief onderzoek. Het doel van dit onderzoek is de mening bevragen van een heterogene groep huisartsen rond nieuw ontwikkelde steekkaarten gebaseerd op Belgische richtlijnen omtrent Chlamydia Trachomatis en acne gepubliceerd in 2017-2020 en de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk. Om te starten zullen wij alle deelnemers aan het PO-project vragen de algemene vragenlijst voor Domus Medica leden in te vullen. Tijdens het PO-project zullen we kort de steekkaarten toelichten aan de hand van een powerpointpresentatie. Hierna bevragen we de mening van een groep huisartsen via een aantal open en gesloten vragen. Van deze bevraging zal een geluidsopname gemaakt worden die gedurende 10 jaar bewaard zal worden op de servers van UAntwerpen. Op deze manier hopen we met de bekomen data de steekkaarten te verbeteren zodat ze in de toekomst meer bruikbaar zijn in de huisartsenpraktijk. De data verzameld uit deze bevraging is vertrouwelijk. Dit is een vrijwillige bevraging waarvoor geen compensatie zal worden voorzien. U heeft dan ook het recht om op elk moment deelname aan deze bevraging en daaropvolgend kwalitatief onderzoek te weigeren zonder dat hier gevolgen aan verbonden zijn. Er worden steeds 2 exemplaren van het informed consent getekend door de participant, waarvan één voor bewaring door de participant en één voor bewaring door de onderzoekers.

* Dafne Michiels (dafne.michiels@student.kuleuven.be)
Kaat Kelgtermans (kaat.kelgtermans@student.kuleuven.be)

Informed consent

Ik, ondergetekende, ... verklaar hierbij dat ik, als participant aan een onderzoek aan de Faculteit Geneeskunde onder leiding van Prof. Dr. Paul Van Royen van de Universiteit Antwerpen,

(1) de uitleg over de aard van de vragen en de taken die tijdens dit onderzoek zullen worden aangeboden, heb gekregen en dat mij de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen;

(2) totaal uit vrije wil deelneem aan het wetenschappelijk onderzoek;

(3) de toestemming geef aan de onderzoekers om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren;

(4) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder opgave van reden;

(5) weet dat niet deelnemen of mijn deelname aan het onderzoek stopzetten op geen enkele manier negatieve gevolgen heeft voor mij / op mijn evaluatie (er worden geen punten afgetrokken, maar ook niet verdiend) / op mijn studiebegeleiding

(6) weet dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen nadat de studie is afgerond en de resultaten bekend zijn;

Gelezen en goedgekeurd op ..... (datum),

Handtekening van de participant .....

Naam van de verantwoordelijke onderzoekers:

- Prof. Dr. Paul Van Royen
- Dr. Olivia Vandeput
- Dafne Michiels
- Kaat Kelgtermans

6. Samenvatting studieprotocol

SAMENVATTING STUDIEPROTOCOL

Ontwikkeling van nieuw implementatiemateriaal gebaseerd op Belgische richtlijnen omtrent Chlamydia Trachomatis en acne gepubliceerd in 2017-2020 aangevuld met kwaliteitsonderzoek naar de toepasbaarheid hiervan in de huisartsenpraktijk.

Er werden doorheen de jaren verschillende richtlijnen gepubliceerd door WOREL (Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn). Deze richtlijnen hebben als doel huisartsen in hun praktijkvoering te ondersteunen met wetenschappelijk onderbouwde informatie. Het voornaamste probleem is dat verschillende onderzoeken aantonen dat deze richtlijnen weinig geïntegreerd worden in de dagelijkse praktijk. Om de integratie van richtlijnen in de praktijk te verbeteren, werd er implementatiemateriaal opgesteld o.a. in de vorm van steekkaarten. Dit implementatiemateriaal kan door de huisartsen op een vlotte en eenvoudige manier tijdens de consultaties geraadpleegd worden wat de integratie van richtlijnen zou moeten faciliteren.

We vragen ons voornamelijk af of implementatiemateriaal in de vorm van steekkaarten, gepubliceerd op de website van Domus Medica, bruikbaar is in de dagelijkse klinische praktijk van een huisarts. Primair bevragen we of huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO's) gebruik maken van richtlijnen en/of steekkaarten gepubliceerd op de website van Domus Medica. Bijkomend bevragen we door welke huisartsen ze voornamelijk gebruikt worden en of praktiserende huisartsen liever richtlijnen, steekkaarten of ander implementatiemateriaal gebruiken. Secundair willen we te weten komen waarom richtlijnen en/of steekkaarten wel of niet gebruikt worden in de klinische praktijk en wat mogelijke barrières of tekortkomingen zijn.

Deze studie is een prospectief observationele studie. Met dit kwaliteitsbevorderend onderzoek trachten we de mening van een heterogene groep huisartsen te bevragen omtrent de toepasbaarheid van nieuw ontwikkelde steekkaarten in de huisartspraktijk. We vertrekken steeds vanuit een WOREL-richtlijn gepubliceerd in de periode van 2017 tot en met 2020. Om deze richtlijn efficiënt toe te kunnen passen in de huisartsenpraktijk, stellen we per richtlijn één of meerdere steekkaarten op. Deze steekkaarten publiceren we op de website van Domus Medica. Vervolgens bevragen we de mening van een groep huisartsen en HAIO's over de toepasbaarheid van deze nieuw ontwikkelde en reeds bestaande steekkaarten in de klinische praktijk op twee verschillende manieren. Enerzijds stellen we een algemene vragenlijst voor Domus Medica leden op die we afnemen via een online platform. De inclusiecriteria voor deelname aan deze vragenlijst zijn: praktiserend zijn als huisarts en erkend zijn als huisarts of huisarts in opleiding (HAIO). Anderzijds wordt er een samenkomst van HAIO's en PO's (PO-project) georganiseerd. Dit PO-project heeft als doel om een specifieke steekkaart onder de loep te nemen. De specifieke steekkaarten die we analyseren, zijn de steekkaarten gebaseerd op de richtlijnen met volgende titels: 'behandeling van acne' en 'richtlijnen voor de diagnose, behandeling, opvolging en verwijzing van infecties met chlamydia trachomatis in de eerste lijn'. We werken hiervoor samen met drie andere masterstudenten die steekkaarten analyseren gebaseerd op de richtlijnen met volgende titels: 'acute keelpijn', 'preventie van influenza in de huisartsenpraktijk' en 'aanhoudende hoest bij kinderen'. Aan alle deelnemers van het PO-project wordt gevraagd om vooraf de algemene vragenlijst voor Domus Medica leden in te vullen. We zullen het PO-project starten door de steekkaarten voor te stellen aan de hand van een PowerPointpresentatie. Vervolgens nemen we een vragenlijst af via een online platform waarin iedere steekkaart gedetailleerd aan bod komt. Tenslotte worden de antwoorden van de deelnemers mondeling in groep besproken.

De data van de ingevulde enquêtes en mondelinge vragen worden geanalyseerd en getracht visueel voor te stellen aan de hand van diagrammen. De antwoorden op de open vragen zullen we onderverdelen in een aantal hoofdcategorieën om deze nadien eveneens in een diagram te gieten. Ten slotte zullen we hier een conclusie uittrekken.